

М. Є. Хоміцький, М. Ю. Кондратенко

СТРУКТУРНІ ВІДМІННОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ДИСКРИТИЧНІСТЮ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНОМУ ТА СОМАТОФОРМНОМУ РОЗЛАДАХ

M. Ye. Khomitskyi, M. Yu. Kondratenko

STRUCTURAL DIFFERENCES IN THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AND THEIR RELATIONSHIP WITH DISCRITICALITY IN ANXIETY-PHOBIC AND SOMATOFORM DISORDERS

Ключові слова: анозогнозія; алекситимія; внутрішня картина хвороби; дискритичність; клініка; неврози; тривога; тривожно-фобічний розлад; соматоформний розлад

Key words: anosognosia; alexithymia; internal picture of disease; discriticality; clinic; neurosis; anxiety; anxious-phobic disorder; somatoform disorder

Мета: дослідити нозоспецифічні особливості внутрішньої картини хвороби за допомогою досліджування поширеності та вираженості окремих типів ставлення до хвороби, виявлення залежностей між типами ставлення до хвороби у пацієнтів з тривожно-фобічним та соматоформним розладами.

48 пацієнтів з тривожно-фобічним (ГД1) та 54 пацієнти з соматоформним розладом (ГД2) обстежені з використанням методик «Тип ставлення до хвороби», Торонтська шкала алекситимії (TAS-20), Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

У ГД1 переважали тривожний (33,33 %), сенситивний (31,25 %), анозогностичний (16,67 %) типи ставлення до хвороби. Виявлено вищий рівень тривожного типу (25,54 проти 19,59 балів в ГД2, $p < 0,05$), сенситивного типу (25,10 проти 20,37 балів, $p < 0,05$). У ГД2 переважали іпохондричний (38,89 %), сенситивний (25,93 %), тривожний (24,07 %) типи. За рівнем переважали іпохондричний (26,87 проти 19,10 балів в ГД1, $p < 0,01$), апатичний (14,57 проти 11,52 балів в ГД1, $p < 0,01$), егоцентричний (20,87 проти 16,19 балів в ГД1, $p < 0,05$).

Поширеність анозогностичного типу ставлення в обох групах була однаковою. Достовірна різниця при тривожно-фобічному розладі виявлена за тривожним та сенситивним типами ($p < 0,05$). При соматоформному розладі — за іпохондричним, меланхолічним, апатичним, егоцентричним типами ($p < 0,05$). При тривожно-фобічному розладі внутрішня картина хвороби характеризується відчуттям втрати контролю за власним станом та сферою емоцій, про що свідчить пряма кореляція між рівнем тривожного типу ставлення до хвороби та балами за субшкалою «Екстернальне мислення» TAS-EOT (0,3741, $p < 0,05$). Дискритичність проявляється формуванням анозогностичного ставлення до хвороби зі зниженням тривожності (зворотна кореляція між анозогностичним типом та тривогою: $-0,5264$, $p < 0,05$) або акцентом на контролі за власною емоційною сферою та підтриманні унікаючої поведінки. При соматоформному розладі у внутрішній картині хвороби переважав іпохондричний тип ставлення до хвороби, підвищений рівень та істотна роль алекситимії. Алекситимія також має виражений вплив на розвиток дискритичності при соматоформному розладі.

Purpose: To investigate nosospecific features of the internal picture of the disease by studying the prevalence and severity of certain types of attitude to the disease, identifying dependencies between the types of attitude to the disease in patients with anxiety-phobic and somatoform disorders.

48 patients with anxiety-phobic disorder — F40 (ICD-10) (group 1) and 54 patients with somatoform disorder — F45 (ICD-10) (group 2) were examined using the methods "Type of attitude towards illness", Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

In group 1, the types of attitude towards the disease prevailed: anxious (33.33 %), sensitive (31.25 %), anosognostic (16.67 %). A higher level of anxious type (25.54 vs. 19.59 points in group 2, $p < 0.05$), sensitive type (25.10 vs. 20.37 points, $p < 0.05$) was found. Hypochondriac (38.89 %), sensitive (25.93 %), anxious (24.07 %) prevailed in group 2. Hypochondriac (26.87 vs. 19.10 points in group 1, $p < 0.01$), apathetic (14.57 vs. 11.52 points in group 1, $p < 0.01$), egocentric (20.87 vs. 16.19 points in group 1, $p < 0.05$).

The prevalence of the anosognostic type of attitude in both groups was the same. The significant difference in anxiety-phobic disorders was at a higher level for anxious and sensitive types ($p < 0.05$). With somatoform disorders, it is higher for hypochondriac, melancholic, apathetic, egocentric types ($p < 0.05$). In anxiety-phobic disorders, the internal picture of the disease is characterized by a feeling of loss of control over one's own condition and the sphere of emotions. This is indicated by a positive correlation between the level of anxious attitude towards the disease and TAS-EOT scores (0.3741, $p < 0.05$). Discriticality is manifested by the formation of an anosognostic attitude to the disease with a decrease in anxiety (inverse correlation between anosognostic type and anxiety: -0.5264 , $p < 0.05$). Or an emphasis on controlling one's own emotional sphere and supporting avoidant behavior. With somatoform disorders, the internal picture of the disease was dominated by a hypochondriac type of attitude to the disease, an increased level and a more significant role of alexithymia. Alexithymia also has a significant impact on the development of discriticality in somatoform disorders.

Внутрішня картина хвороби — це комплекс усіх уявлень та суб'єктивних переживань пацієнта, сформований в процесі сприйняття власного хворобливого стану. Досліджування внутрішньої картини хвороби дає змогу отримати уявлення про вплив усвідомлення хвороби на психічний стан, психосоматичні взаємодії, збереженість критики до власного стану [1; 2]. При неспихотичних психічних розладах основну мету застосування терміна «внутрішня картина хвороби» багато дослідників бачать саме в досліджуванні порушень критичного ставлення до свого стану (дискритичності, або коли зовсім немає критики — анозогнозії) [2]. Актуальність проблеми дискритичності доведено в численних дослідженнях. При соціальних фобіях Vigne P. та співавтори виявили зниження критики у 29,7 % обстежених [3]. Суттєву проблему становить зниження критики при специфічних фобіях [4—6]. За даними Wardenaar K. J. із співавторами, тривожно-фобічний розлад важко піддається лікуванню через стійкість симптоматики та недовіру до рекомендацій спеціалістів. Ефективне лікування після чотирьох візитів до спеціалістів отримують не більше ніж 30 % пацієнтів [7].

Стійку симптоматику та часту зміну лікарів-кураторів дослідники спостерігають також у пацієнтів з соматоформним розладом [8; 9]. Наприклад, при іпохондрії це зумовлене тим, що пацієнти не довіряють лікарям, рекомендації яких заперечують уявленням пацієнта про власний стан. Система хибних уявлень про власний стан та природу симптомів при іпохондричній симптоматичі — стійка та важко піддається психокорекції. Стійкість вказаних феноменів робить їх схожими на маячні ідеї. Без прицільної роботи над зміною ставлення до хвороби, лікування іпохондричного розладу — неефективне [10]. Згідно з новітніми дослідженнями, важливе значення при формуванні ставлення до хвороби має зниження здатності до розпізнавання та вербалізації власних емоцій — алекситимія. Значення алекситимії досліджене при психосоматичних захворюваннях, соматоформному розладі і, меншою мірою, при тривожно-фобічному розладі [11—13]. Проте, вплив алекситимії вивчали ізольовано, без урахування внутрішньої картини хвороби.

Для повноцінного вивчення дискритичності та анозогнозії недостатньо вивчення окремих показників без знання особливостей внутрішньої картини хвороби пацієнтів. Внутрішня картина хвороби відображає цілісне уявлення про суб'єктивне сприйняття хвороби пацієнтом. Однак, внутрішня картина хвороби — це перевірена наукова концепція, яку застосовують в медичній психології при веденні пацієнтів психіатричного, неврологічного та соматичного профілю, відповідає критеріям відтворюваності результатів, наявності чіткої типо-

логізації з обмеженою кількістю типів та принциповою можливістю повторюваності кожного типу внутрішньої картини хвороби у популяції. Отже, концепція внутрішньої картини хвороби відображає прагнення отримати об'єктивну інформацію про суб'єктивне уявлення пацієнта про власний хворобливий стан [2; 14].

Дискритичність при тривожно-фобічному та соматоформному розладі — це актуальна проблема. Проте доступні дослідження розглядають окремі феномени, асоційовані з дискритичністю, як-от алекситимія та окремі аспекти внутрішньої картини хвороби. Розроблення комплексних підходів до вивчення критики до психічного стану, та розладу критики — дискритичності, дасть змогу підвищити ефективність лікування таких пацієнтів.

Мета: дослідити нозоспецифічні особливості внутрішньої картини хвороби за допомогою досліджування поширеності та вираженості окремих типів ставлення до хвороби, виявлення кореляційних зв'язків між типами ставлення до хвороби, рівнями тривоги та депресії, рівнем алекситимії у пацієнтів з тривожно-фобічним та соматоформним розладами.

Обстежено 102 амбулаторних пацієнти, які після стаціонарного лікування в відділенні пограничних станів КНП «Запорізький обласний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР мали встановлені діагнози відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10).

Групу дослідження 1 (ГД1) становили 48 пацієнтів зі встановленим діагнозом тривожно-фобічний розлад (F40 за МКХ-10), з них жінок — 68,75 %, чоловіків — 31,25 %. Середній вік $38,67 \pm 8,27$ років, середня тривалість перебігу захворювання на момент обстеження — $10,04 \pm 5,78$ років, середня кількість госпіталізацій — $2,23 \pm 1,78$.

Групу дослідження 2 (ГД2) становили 54 пацієнти зі встановленим діагнозом соматоформний розлад (F45 за МКХ-10), з них жінок — 57,41 %, чоловіків — 42,59 %. Середній вік — $39,22 \pm 8,92$ років, середня тривалість перебігу захворювання на момент обстеження — $8,80 \pm 6,12$ років, середня кількість госпіталізацій — $2,91 \pm 3,44$.

Для визначення внутрішньої картини хвороби застосовували опитувальник «Тип ставлення до хвороби», за яким диференціюють 12 типів ставлення до хвороби. Якщо за кількістю балів переважає один тип — це чистий тип ставлення до хвороби, якщо одночасно переважають два або три типи, це — змішаний тип, якщо переважають більше трьох типів — у пацієнта є дифузний тип ставлення до хвороби. Методику раніше застосовували під час досліджування внутрішньої картини хвороби у хворих на соматоформну дисфункцію серцево-судинної системи [15], вона показала практичну значущість в психіатрії та соматичній медицині.

Для вимірювання здатності розпізнавати власні емоції застосовано Торонтську шкалу алекситимії (TAS-20), за якою вимірюють загальний рівень алекситимії (TAS-20) та показники за субшкалами «Важкість ідентифікації почуттів» (TAS-DIF), Важкість опису почуттів (TAS-DDF), «Екстернальне мислення» (TAS-EOT) [16]. Для вивчення рівня тривоги та депресії застосовано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS) [17].

Статистичні методи: критерій Манна — Уїтні для визначення статистичної різниці в показниках між групами дослідження; χ^2 -квадрат Пірсона — для аналізу статистичної значущості певних типів та форм ставлення до хвороби; метод кореляційного аналізу за Спірменом — для визначення залежностей між кількісними показниками.

У зв'язку з тим, що у частини пацієнтів виявлені одночасно кілька типів ставлення до хвороби, сума всіх типів — більша за кількість пацієнтів. У ГД1 серед типів ставлення до хвороби переважали тривожний (33,33 %), сенситивний (31,25 %), анозогностичний (16,67 %). У ГД2 переважали іпохондричний (38,89 %), сенситивний (25,93 %), тривожний (24,07 %). Анозогностичний тип в ГД2 виявлено у 16,67 %, але серед інших типів був тільки на четвертому місці. Представленість різних типів ставлення до захворювання у внутрішній картині хвороби наведено в табл. 1 та на рис. 1.

У хворих на тривожно-фобічний розлад (ГД1) виявлено переважання чистих типів ставлення до хвороби над змішаними та дифузними. Тоді як у хворих на соматоформний розлад в ГД2 кількість пацієнтів зі змішаним типом ставлення до хвороби була більшою (29,63 %), ніж в ГД1 (18,75 %). Це може свідчити про більшу різноманітність внутрішньої картини хвороби в ГД2, але під час перевірки за критерієм χ^2 -квадрат Пірсона достовірної різниці не виявлено.

Таблиця 1. Розподіл за типами ставлення до хвороби

Типи ставлення до хвороби	ГД1 (n = 48)		ГД2 (n = 54)	
	абс.	%	абс.	%
«Чисті» типи	36	75,00	34	62,96
Г (Гармонійний)	2	4,17	1	1,85
Р (Ергопатичний)	1	2,08	2	3,70
З (Анозогностичний)	8	16,67	9	16,67
І (Іпохондричний)	2	4,17	10	18,52
Н (Неврастенічний)	2	4,17	0	0,00
Т (Тривожний)	6	12,50	2	3,70
М (Меланхолічний)	1	2,08	0	0,00
А (Апатичний)	2	4,17	0	0,00
С (Сенситивний)	9	18,75	7	12,96
Е (Егоцентричний)	2	4,17	0	0,00
П (Паранояльний)	0	0,00	2	3,70
Д (Дисфоричний)	1	2,08	1	1,85
«Змішані» типи	9	18,75	16	29,63
ІА	0	0,00	2	3,70
ТІ	0	0,00	2	3,70
ТН	1	2,08	0	0,00
ТС	3	6,25	1	1,85
ТМ	1	2,08	0	0,00
ТА	1	2,08	0	0,00
СЕ	0	0,00	1	1,85
ПД	0	0,00	3	5,56
ТІС	1	2,08	1	1,85
НЕД	1	2,08	0	0,00
НСД	1	2,08	0	0,00
ТІЕ	0	0,00	2	3,70
ТІН	0	0,00	1	1,85
ТМА	0	0,00	1	1,85
ТНЕ	0	0,00	1	1,85
ТСЕ	0	0,00	1	1,85
«Дифузні» типи	3	6,25	4	7,41
ТСПД	1	2,08	0	0,00
ТІМА	1	2,08	0	0,00
ТІМП	1	2,08	0	0,00
ІМАЕ	0	0,00	1	1,85
ІМСД	0	0,00	1	1,85
НАСПД	0	0,00	1	1,85
ТІАСЕ	0	0,00	1	1,85

Кількість, %

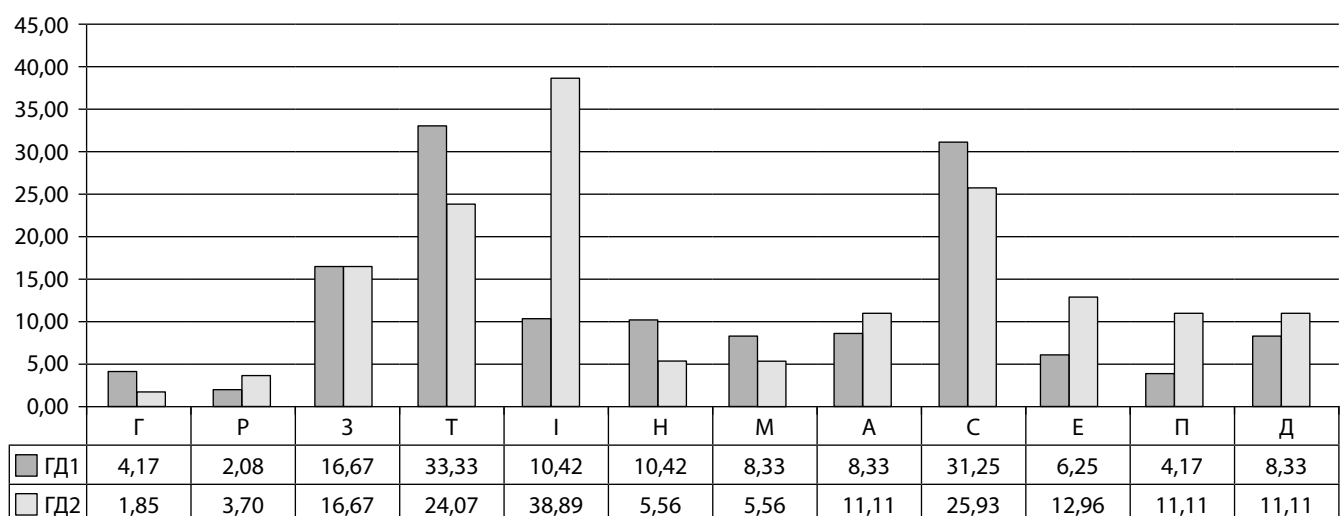


Рис. 1. Порівняння представленості окремих типів ставлення до хвороби в ГД1 та ГД2

За середнім балом кожного типу ставлення до хвороби (рис. 2, табл. 2) в ГД1 виявлено більший рівень тривожного типу (25,54 проти 19,59 балів в ГД2, $p < 0,05$), сенситивного типу (25,10 проти

20,37 балів, $p < 0,05$). У ГД2 переважають іпохондричний (26,87 проти 19,10 балів в ГД1, $p < 0,01$), апатичний (14,57 проти 11,52 балів в ГД1, $p < 0,01$), егоцентричний (20,87 проти 16,19 балів в ГД1, $p < 0,05$) типи.

Кількість, %

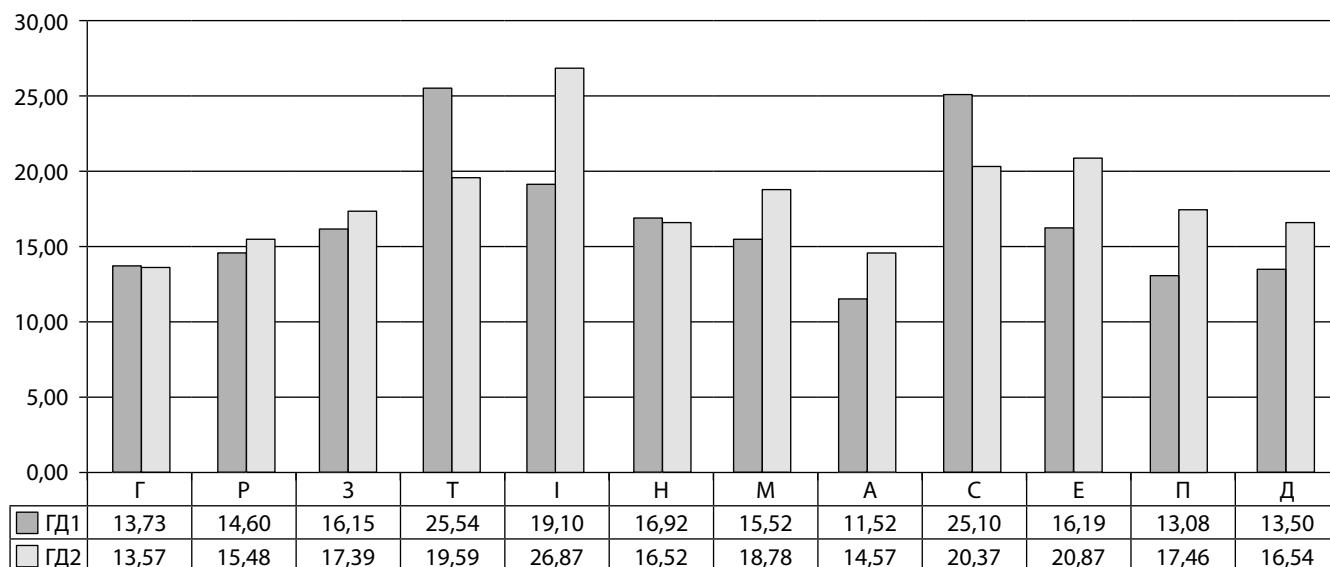


Рис. 2. Порівняння середніх балів за всіма типами ставлення до хвороби у пацієнтів з тривожно-фобічним розладом (ГД1) та з соматоформним розладом (ГД2)

Таблиця 2. Середні бали за типами ставлення до хвороби

Тип	Сумарний ранг		Середній бал		p
	ГД1	ГД2	ГД1	ГД2	
Г	2409,500	2843,500	13,73	13,57	0,676488
Р	2364,500	2888,500	14,60	15,48	0,472725
З	2184,500	3068,500	16,15	17,39	0,053659
Т*	2765,000	2488,000	25,54	19,59	0,049585
І*	2087,500	3165,500	19,10	26,87	0,009534
Н	2460,000	2793,000	16,92	16,52	0,938817
М*	2178,000	3075,000	15,52	18,78	0,048802
А*	2001,500	3251,500	11,52	14,57	0,001428
С*	2818,500	2434,500	25,10	20,37	0,019724
Е*	2039,500	3213,500	16,19	20,87	0,003455
П	2239,500	3013,500	13,08	17,46	0,119372
Д	2297,500	2955,500	13,50	16,54	0,243191

Примітка. Тут і далі: * — різниці достовірні ($p < 0,05$)

Під час дослідження кореляційних зв'язків у пацієнтів з тривожно-фобічним розладом (ГД1) виявлено такі зв'язки (табл. 3): неврастенічний тип та екстернальне мислення (0,3905, $p < 0,05$); тривожний тип та бали за TAS-20 (0,3245, $p < 0,05$); бали алекситимії за субшкалою TAS-EOT (0,3741, $p < 0,05$) та тривога (0,3464, $p < 0,05$); паранояльний тип з тривогою (0,2887, $p < 0,05$).

Зворотні кореляції виявлено між балами за анозогностичним типом та тривогою (-0,5264, $p < 0,05$), ергопатичним типом та балами за TAS-EOT (-0,3256, $p < 0,05$), ергопатичним типом та тривогою (-0,3624, $p < 0,05$).

Таблиця 3. Кореляційні зв'язки у пацієнтів з тривожно-фобічним розладом (ГД1)

Тип	Вік	Тривалість захворювання	Кількість госпіталізацій	TAS-20	TAS-DIF	TAS-DDF	TAS-EOT	HADS-A	HADS-D
Г	0,009067	-0,140633	0,094487	-0,131699	-0,068871	-0,194433	-0,125845	-0,035592	0,034879
Р	-0,116982	-0,042055	0,130515	-0,280009	-0,170423	-0,267251	-0,325641*	-0,362497*	0,106655
З	-0,209933	-0,011572	-0,114296	-0,133439	-0,061105	-0,088362	-0,183134	-0,526461*	0,040137
Т	0,139844	0,005480	0,060618	0,324571*	0,148142	0,262063	0,374122*	0,346481*	-0,119115
І	-0,136876	-0,051844	0,010864	0,063594	-0,005095	0,005708	0,100366	0,138295	-0,063026
Н	0,074520	0,040626	0,180792	-0,012003	-0,135486	-0,098645	0,121318	0,390539*	0,099044
М	-0,095725	-0,123113	-0,084058	-0,068478	-0,138852	-0,051533	0,027034	0,257771	-0,198597
А	-0,190327	-0,021875	-0,257730	-0,060869	0,005658	-0,087370	-0,006401	0,105505	-0,222717
С	0,165406	-0,004116	0,262008	0,058475	0,019276	0,096330	0,019605	0,123246	0,223403
Е	0,073598	-0,071986	0,143561	-0,135279	-0,273287	-0,046375	-0,019557	0,230627*	-0,051614
П	-0,066639	0,044607	0,023230	0,137591	0,090598	0,070017	0,134410	0,288789	-0,162075
Д	-0,045920	-0,002484	0,078689	0,005996	-0,020211	0,005963	0,026792	0,222538	-0,237306

У пацієнтів з соматоформним розладом (ГД2) виявлено прямі зв'язки між іпохондричним типом та загальним балом алекситимії (0,6192, $p < 0,05$), субшкалою TAS-DDF (0,3008), субшкалою TAS-EOT (0,4053, $p < 0,05$); між меланхолічним типом та загальним балом алекситимії (0,3881, $p < 0,05$) та субшкалою TAS-EOT (0,4128, $p < 0,05$); егоцентричним

типом та тривалістю перебігу захворювання (0,2725, $p < 0,05$) та загальним балом алекситимії; сенситивним типом та кількістю госпіталізацій (0,3270, $p < 0,05$). Зворотний зв'язок в ГД2 виявлено між паранояльним типом та кількістю госпіталізацій (-0,3680, $p < 0,05$); анозогностичним типом та загальним балом алекситимії (-0,3230, $p < 0,05$).

Таблиця 4. Кореляційні зв'язки у пацієнтів з соматоформним розладом (ГД2)

Тип	Вік	Тривалість захворювання	Кількість госпіталізацій	TAS-20	TAS-DIF	TAS-DDF	TAS-EOT	HADS-A	HADS-D
Г	0,100249	0,118119	0,071685	0,189645	0,155620	-0,001429	0,104643	-0,028165	0,015809
Р	0,011377	0,013137	-0,011716	-0,089839	0,114840	-0,260165	-0,039367	-0,059977	-0,084562
З	-0,025967	-0,009736	0,125007	-0,323055*	-0,217572	-0,185941	-0,144492	-0,085569	-0,241003
Т	-0,211185	-0,015298	0,199041	-0,010411	0,074807	-0,010576	-0,074085	0,041721	0,086251
І	0,131765	0,150326	-0,069824	0,619221*	0,215810	0,300821*	0,405319*	-0,053312	0,068505
Н	0,015378	-0,001439	-0,110980	0,091059	0,164069	-0,021475	-0,082127	0,124543	0,242936
М	-0,024451	0,057493	-0,044229	0,388171*	0,108832	0,066994	0,412874*	0,106779	0,138545
А	-0,039374	-0,087457	-0,111461	-0,040301	0,172270	-0,112799	-0,065581	0,024377	0,100001
С	-0,156710	0,148404	0,327003*	-0,126572	0,079072	-0,070944	-0,243144	0,249886	0,187377
Е	0,112883	0,272562*	0,006305	0,414512*	0,173595	0,216251	0,148837	0,036360	-0,078560
П	0,083458	-0,128083	-0,368079*	0,140696	0,025200	0,094574	0,088997	-0,056061	0,145649
Д	0,050376	0,008539	-0,116133	0,034257	-0,036316	0,084167	0,030685	-0,011054	0,227825

Внутрішня картина хвороби у групах дослідження характеризується такими особливостями. У пацієнтів з тривожно-фобічним розладом серед усіх типів ставлення до хвороби найбільше представлений тривожний тип (33,33 %), який характеризується підвищеною тривожністю. Пацієнти схильні перебільшувати ризик виникнення малоймовірних ситуацій, побоюються втратити свідомість у людному місці, стурбовані можливістю виникнення серцевого нападу або інших небезпечних соматичних станів, хоча для цього немає об'єктивних передумов. Частина пацієнтів відзначали, що мають страх залишатися вдома наодинці. Також серед поведінкових проявів, які відображають цей тип ставлення до хвороби в ГД1, — те, що під час переміщення містом вони намагаються проходити біля лікарень, щоб у разі потреби якомога швидше отримати допомогу. Пацієнти стежать за результатами лабораторних та інструментальних досліджень, уважно читають інструкції до препаратів, занепокоєні всіма побічними діями, які описані в анотаціях. Немає схильності зосереджуватись на тілесних відчуттях, а соматовегетативна симптоматика обмежена вегетативними проявами тривоги. Сенситивний тип характеризується занепокоєнням щодо впливу хвороби на соціальне життя, на взаємодію з родичами. Частина пацієнтів відзначали проблеми з трудовою адаптацією та наявні незручності, яких вони завдають родичам через страх людних місць або напади тривоги, коли пацієнт залишається наодинці вдома. Анозогностичний тип характеризується запереченням свого хворобливого стану або схильністю применшувати його тяжкість, а також недооцінку наслідків хвороби.

Пряма кореляція тривожного типу з балами алекситимії за шкалою TAS-20 та субшкалою екстернального мислення свідчить про велике значення порушень контролю за власною емоційною сферою для розвитку основної симптоматики у пацієнтів ГД1. Про це свідчить також прямий зв'язок між неврастеничним типом та екстернальним мисленням. Зворотний зв'язок між анозогностичним типом та тривогою (-0,5264) є ознакою того, що зниження критики у пацієнтів з тривожно-фобічним розладом зумовлене механізмами психологічного захисту, тому що тривога є основним феноменом, який суб'єктивно тяжкий для пацієнтів, і зумовлює іншу симптоматику в ГД1. Зворотний зв'язок між ергопатичним типом та екстернальним мисленням (-0,3256), а також тривогою (-0,3624), підтверджує, що у хворих на тривожно-фобічний розлад є істотний вплив механізмів психологічного захисту, які спрямовані на найбільш виражені прояви розладу — тривогу та відчуття втрати контролю за емоціями. Тому ергопатичний тип вважається адаптивним та суб'єктивно сприятливим для пацієнтів. Отже, через психологічний захист можливий розвиток як адаптивних компенсаторних дій, так і зниження критики до свого стану.

У хворих на соматоформний розлад переважав іпохондричний тип, для якого характерне зосередження на соматичних відчуттях, пошуку соматичного захворювання. Пацієнти з іпохондричними проявами шукають не певне захворювання, а соматичну патологію взагалі. Часто пацієнти з соматоформними розладами впевнені у соматичному неблагополуччі, проте не пов'язують його з якимось певним захворюванням, або ці конкретизовані переконання нестійкі

і часто переходять в інші. В ГД2 також були поширені сенситивний, тривожний та анозогностичний типи. Зворотний зв'язок у хворих на соматоформний розлад виявлено між паранояльним типом та кількістю госпіталізацій ($-0,3680, p < 0,05$), тому що клінічне наповнення, яке відображає цей тип в ГД2, містить елементи стурбованості за соматичний стан та недовіру до лікарів, які свідчать про те, що основний розлад у пацієнта — психічний. Зворотний зв'язок анозогностичного типу з загальним балом алекситимії ($-0,3230, p < 0,05$) свідчить про те, що пацієнти, які здатні розпізнавати свої емоції, вміють краще опрацьовувати власний стан та досягати компенсації, навіть такої ненадійної та тимчасової, яка забезпечується через заперечення психічних проблем.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. Досліджено поширеність типів ставлення до хвороби. При тривожно-фобічному розладі переважали тривожний, сенситивний та анозогностичний типи ставлення до хвороби. При соматоформному розладі переважали іпохондричний та сенситивний типи. Анозогностичний тип в обох групах був представлений однаково.

2. Досліджено вираженість окремих типів за середніми балами. Достовірна різниця при тривожно-фобічному розладі була виявлена за тривожним та сенситивним типами ($p < 0,05$). При соматоформному розладі — за іпохондричним, меланхолічним, апатичним, егоцентричним типами ($p < 0,05$).

3. При тривожно-фобічному розладі внутрішня картина хвороби характеризується відчуттям втрати контролю за власним станом, насамперед, за власною сферою емоцій. Контроль тривожності та впевненість у власній здатності не піддаватися паніці має важливе значення для зменшення проявів тривожно-фобічного розладу, про що свідчить пряма кореляція між рівнем тривожного типу ставлення до хвороби та рівнем алекситимії за субшкалою екстернального мислення ($0,3741, p < 0,05$). Дискритичність у таких пацієнтів проявляється або формуванням анозогностичного ставлення до хвороби зі зниженням тривожності (кореляція між анозогностичним типом та тривогою дорівнює $-0,5264, p < 0,05$; чого немає при соматоформних розладах), або зміщення акценту уваги з тривожного та обсесивно-фобічного синдромів як проблеми, яка підлягає розв'язанню, на контроль за власною емоційною сферою та підтримання унікаючої поведінки.

4. При соматоформному розладі провідне значення має зниження здатності розпізнавати власні емоції; внутрішня картина хвороби характеризується іпохондричним типом ставлення, зі стійкою стурбованістю за власний соматичний стан, також істотно виражені апатичний та егоцентричний типи ставлення ($p < 0,05$). Дискритичність при соматоформному розладі пов'язана з алекситимією, причому, на відміну від тривожно-фобічного розладу, більше значення має загальний рівень алекситимії та порушення здатності описувати власні емоції, про що свідчить прямий

зв'язок рівня іпохондричного типу з балами за шкалою TAS-20 ($0,6192, p < 0,05$) та за субшкалою TAS-DDF ($0,3008, p < 0,05$). Також усі типи ставлення до хвороби, які переважали при соматоформному розладі (іпохондричний, меланхолічний, апатичний) мали прямі кореляції з загальним різном алекситимії ($p < 0,05$). За рівнем анозогностичного типу складно робити висновки щодо дискритичності при соматоформному розладі, оскільки анозогнозія може бути вторинною, компенсаторною, та спрямованою більше на соматоформні прояви, ніж на психічний стан, про що свідчить зворотна кореляція між балами TAS-20 та анозогностичним типом ставлення ($-0,3230, p < 0,05$).

Список літератури

1. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / Михайлов Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О. [та ін.] // Українській медичний альманах. 2004. Т. 7, № 4 (додаток). С. 99—102. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper158.htm>.
2. Чурунов В. В. Нормы в психиатрическом измерении : монография. Львов : Марченко Т. В., 2020. 632 с.
3. A study of poor insight in social anxiety disorder / [Vigne P., Menezes G. B. de, Harrison B. J., Fontenelle L. F.] // *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 219 (3). P. 556—561. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.033.
4. Insight in specific phobias: a forgotten bias / [Coelho, Carlos & Pisitsungkagarn, Kullaya & Taephant, Nattasuda & Barbosa, Fernando] // *Acta Neuropsychologica*. 2017. Vol. 15, no. 4. P. 467—476. DOI: 10.5604/01.3001.0010.7774.
5. Eaton W. W. Specific phobias / W. W. Eaton, O. J. Bienvenu, B. Miloyan // *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5, Issue 8. P. 678—686. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X).
6. Social anxiety and its correlates among Lebanese adults: role of self-esteem, depression, alcohol use disorder, alexithymia, and work fatigue / Fares K., Haddad C., Malaeb D. [et al.] // *The primary Care Companion for CNS Disorders*. 2022. Vol. 24, no. 1. 20m02902. DOI: <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02902>.
7. The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys / Wardenaar K. J., Lim C. C. W., Al-Hamzawi A. O. [et al.] // *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47, no. 10. P. 1744—1760. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291717000174>.
8. Підлубний В. Л. Оцінка ступеня впливу біопсихосоціальних факторів на рівень психічного здоров'я працівників промислових популяцій // *ScienceRise*. 2016. Т. 2, № 3. С. 21—29. DOI: 10.15587/2313-8416.2016.61159.
9. Табачников С. І. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні / С. І. Табачников, Б. В. Михайлов, Н. О. Марута // *Форум психіатрії та психотерапії*. 2004. Т. 5, спец. випуск. С. 34—40. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper159.htm>.
10. Михайлов Б. В. Клиника и принципы терапии соматоформных расстройств // *Международный медицинский журнал*. 2003. Т. 9, № 1. С. 45—49. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/52514/10-Mikhailov.pdf?sequence=1>.
11. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice / [Clarke D. M., Piterman L., Byrne C. J., Austin D. W.] // *The Medical Journal of Australia*. 2008. Vol. 189, no. 10. P. 560—564. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2008.tb02180.x.
12. 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/download/2373/4947>.

13. Проскура Т. Ю. Тревожно-фобическое расстройство у подростков // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 3, № 64. С. 51—54. URL: <http://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/1c0/1c0aedf32774d716bf52b07691c86eda.PDF>.

14. Дьома І. С. Клініко-анамнестичні особливості хворих на серцево-судинні захворювання з різними типами іпохондричної симптоматики / І. С. Дьома, В. Л. Підлубний // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2018. № 9. С. 78—81. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-11>.

15. Заседа Ю. І. 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.

16. Bagby R.M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity / R. M. Bagby, G. J. Taylor, J. D. A. Parker // J. Psychosom. Res. 1994. Vol. 38. P. 33—40. DOI: 10.1016/0022-3999(94)90006-x.

17. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta psychiatrica scandinavica. 1983. Vol. 67, Issue 6. P. 361—370. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.

References

1. Mykhailov B. V., Tabachnikov S. I., Maruta N. O., Kryshtal V. V., Serdiuk O. I. Stratehichni shliakhy rozvytku psykhoterapii ta medychnoi psykholohii v Ukraini. *Ukrainskii medychnyi almanakh*. 2004. T. 7, No. 4 (dodatok). S. 99—102. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper158.htm>. (In Ukrainian).

2. Chugunov V. V. *Norma v psikiatricheskom izmerenii* : monografiya. Lvov : Marchenko T. V., 2020. 632 s. (In Russian).

3. Vigne P, de Menezes GB, Harrison BJ, Fontenelle LF. A study of poor insight in social anxiety disorder. *Psychiatry Research*. 2014 Nov 30;219(3):556-61. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.033. Epub 2014 Jun 2. PMID: 24972547.

4. Coelho, Carlos & Pisitsungkagarn, Kullaya & Taephant, Nattasuda & Barbosa, Fernando. (2017). Insight in specific phobias: A forgotten bias. *Acta Neuropsychologica*. 15. 10.5604/01.3001.0010.7774.

5. Eaton W. W., Bienvenu O. J., Miloyan B. Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5, Issue 8. P. 678-686. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X).

6. Fares K, Haddad C, Malaeb D, et al. Social anxiety and its correlates among Lebanese adults: role of self-esteem, depression, alcohol use disorder, alexithymia, and work fatigue *Prim Care Companion CNS Disord*. 2022;24(1):20m02902. <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02902>.

7. Wardenaar, K., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Benjet, C., ... De Jonge, P. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(10), 1744-1760. doi: 10.1017/S0033291717000174.

8. Pidlubnyi V. L. Otsinka stupenia vplyvu biopsykhosotsialnykh faktoriv na riven psykhichnoho zdorov'ia pratsivnykiv promyslovykh populatsii. *ScienceRise*. 2016. T. 2, No. 3. S. 21—29. DOI: 10.15587/2313-8416.2016.61159. (In Ukrainian).

9. Tabachnikov S. I., Mykhailov B. V., Maruta N. O. Aktualnyi stan ta perspektivu psykhoterapii ta medychnoi psykholohii v Ukraini. *Forum psikiatrii ta psykhoterapii*. 2004. T. 5, spets. vypusk. S. 34—40. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper159.htm>. (In Ukrainian).

10. Mikhaylov B. V. Klinika i printsipy terapii somatoformnykh rasstroystv. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal*.

2003. T. 9, No. 1. S. 45—49. URL: <http://dSPACE.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/52514/10-Mikhailov.pdf?sequence=1>. (In Russian).

11. Clarke, David & Piterman, Leon & Byrne, Claire & Austin, David. (2008). Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: A study of somatisation in Australian general practice. *The Medical Journal of Australia*. 189. 560-4. 10.5694/j.1326-5377.2008.tb02180.x.

12. Vizniuk I. M. Determinanty rozvytku ipokhondrychnykh yavlyshch u fakhivtsiv riznykh profesii. *Suchasni informatsiini tekhnolohii ta innovatsiini metodyky navchannia u pidhotovtsi fakhivtsiv: metodolohii, teoriia, dosvid, problemy*. 2016. No. 46. S. 128—132. URL: <https://vspu.net/sit/index.php/sit/article/download/2373/4947>. (In Ukrainian).

13. Proskurina T. YU. Trevozhno-fobicheskoye rasstroystvo u podrostkov. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii*. 2010. T. 18, vyp. 3, No. 64. S. 51—54. URL: <http://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/1c0/1c0aedf32774d716bf52b07691c86eda.PDF>. (In Russian).

14. Doma I. S., Pidlubnyi V. L. Kliniko-anamnesticni osoblyvosti khvorykh na sertsevo-sudynni zakhvoriuvannia z riznyimi tipyami ipokhondrychnoi symptomatyky. *Psykhiatriia, nevrolohii ta medychna psykholohii*. 2018. No. 9. S. 78—81. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-11>. (In Ukrainian).

15. Zaseda Yu. I. Mediko-psikhologicheskiye kharakteristiki patsiyentov s psikhosomaticheskimi i somatoformnymi rasstroystvami v kontekste kliniko-psikhofenomenologicheskogo issledovaniya. *Mizhnarodnyi medychnyi zhurnal*. 2015. 21, No. 3. S. 36—44. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mmzh_2015_21_3_10. (In Russian).

1. Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D.A. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J. Psychosom. Res.* 1994 Jan;38(1):33-40. doi: 10.1016/0022-3999(94)90006-x. PMID: 8126688.

2. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983. Vol. 67, Issue 6. P. 361-370. PMID: 6880820 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Надійшла до редакції 30.06.2023

Інформація про авторів:

ХОМІЦЬКИЙ Микола Євгенович, доктор медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-8622-6718>; e-mail: nhomitsky@gmail.com

КОНДРАТЕНКО Максим Юрійович, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0000-0001-8865-863X>; e-mail: maximus14ua@gmail.com

* — кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна

Information about authors:

KHOMITSKYI Mykola, MD, PhD, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-8622-6718>; e-mail: nhomitsky@gmail.com

KONDRATENKO Maksym, Postgraduate Student of the Department**; <https://orcid.org/0000-0001-8865-863X>; e-mail: maximus14ua@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine