

Хоміцький М.Є., Кондратенко М.Ю.

ВІДМІННОСТІ В СТРАТЕГІЯХ ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНИЙ ТА ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИЙ РОЗЛАДИ З ЯВИЩАМИ ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Khomitskyi M. Ye., Kondratenko M. Yu.

DIFFERENCES IN STRATEGIES FOR OVERCOMING STRESS SITUATIONS IN PATIENTS WITH SOMATOFORM AND ANXIETY-PHOBIC DISORDERS WITH PHENOMENA OF REDUCED CRITICALITY

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Резюме

Мета роботи – шляхом вивчення рівня тривоги, депресії, алекситимії та профілю копінг-стратегій, дослідити патопсихологічні особливості та відмінності в характері порушень критики до свого психічного стану у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.

Матеріали і методи – клініко-психопатологічний, психодіагностичні методики: Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS, Торонтська шкала алекситимії – TAS-20, Копінг-тест Лазаруса – LCS, Статистичний за критеріями Манна-Уїтні та Спірмена. Обстежено 102 пацієнти КНП «Запорізький обласний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР. Група дослідження 1 (ГД1) – 48 пацієнтів з тривожно-фобічними розладами (F40 за МКХ-10), група дослідження 2 (ГД2) – 54 пацієнти з соматоформними розладами (F45).

Результати. В ГД1 за шкалою HADS рівень тривоги був $11,79 \pm 3,07$, депресії – $5,48 \pm 1,76$. За шкалою TAS-20 рівень алекситимії був $34,69 \pm 10,69$. В ГД2 за шкалою HADS рівень тривоги був $6,41 \pm 1,74$, депресії – $8,07 \pm 1,98$. За шкалою TAS-20 рівень алекситимії був $47,54 \pm 5,20$. В ГД1 рівень депресії не мав значущих кореляцій з іншими показниками. Рівень тривоги мав позитивну кореляцію з субшкалою TAS-20 «Екстернальне мислення» та копінг-стратегіями «Позитивна переоцінка», «Втеча-уникнення», «Дистанціювання» ($p < 0,01$). В ГД2 рівень тривоги не мав значущих кореляцій, а рівень депресії мав негативний зв'язок з віком та копінг-стратегією «Позитивна переоцінка» ($p < 0,01$). Чіткі позитивні кореляції між субшкалами алекситимії виявлено тільки в ГД1. За профілем копінг-стратегій: в ГД1 переважають копінг-стратегії «Пошук соціалізації» (75%), «Самоконтроль» (60,71%), «Дистанціювання» (36,57%). В ГД2 переважають «Дистанціювання» (62,14%), «Позитивна переоцінка» (53,17%), «Конфронтаційний копінг» (39,71%).

Висновки. В ГД1 тривога переважала над депресією, алекситимія не відіграє значну роль в усвідомленні власного психічного стану, а копінг-профіль свідчить про схильність до психологічного дистанціювання та перекладання відповідальності за власне психічне здоров'я на інших. В ГД2 депресія переважала над тривогою, рівень алекситимії був вище, а разом з переважанням емоційного копінгу та характером кореляцій, це свідчить про значення алекситимії в порушенні критики до власного стану.

Ключові слова: соматоформний розлад, тривожно-фобічний розлад, алекситимія, копінг-стратегії, депресія, тривожність, критичність.

Вступ. Тривожно-фобічні та соматоформні розлади відносно поширені у популяції та чинять значний вплив на якість життя. Для цих розладів типовим є несвоєчасне звернення за психіатричною допомогою та труднощі з дотриманням лікувальних рекомендацій. Одним із факторів, який обумовлює вказані труднощі, є порушення критичного ставлення до власного стану, яке має місце, як при тривожно-фобічних, так і при соматоформних розладах, незважаючи на відсутність психотичної симптоматики у пацієнтів [13].

Тривожно-фобічні розлади виникають у 14% осіб віком 14-65 років [9, 12]. Є дані, що розповсюдженість соціальних фобій складає 19,4% [4]. А специфічні фобії протягом життя виникають у 3-15% людей, переважно це фобії висоти та тварин [3, 7].

В цілому, тривожно-фобічні розлади вивчені нерівномірно. Зроблено багато досліджень стосовно епідеміології та лікування соціальних фобій. Але специфічні фобії, на думку деяких авторів, вивчені недостатньо [3].

Перші фобічні прояви виникають у ранньому шкільному віці, в подальшому, серед значної частини пацієнтів, тривожно-фобічна симптоматика триває протягом багатьох років [7]. Виявлено, що у підлітків, окрім тривоги та фобій, спостерігалися кардіальні пароксизми, диспное, кардіосенестопатії. Анамнестично, вони схильні до вегетативно-вісцеральних симптомів [11].

При соціальному тривожному розладі у 29,7% пацієнтів рівень критичного ставлення до власних психопатологічних симптомів був визначений як низький. Ці пацієнти відрізнялися тим, що були менш схильні до депресивних симптомів та частіше припиняли психотерапію передчасно. Відмінностей за статтю, віком, тривалістю захворювання не було [6]. Є дані, що при зниженій критичності до тривожно-фобічних розладів, пацієнти менше скаржились на депресію та не дотримувались рекомендацій лікаря [6].

Поширеність соматоформних розладів, за даними ВООЗ, коливається в межах від 0,1 до 0,5%. Також, за цими даними, пацієн-

ти з соматоформними розладами складають 25% амбулаторних пацієнтів лікаря загальної практики. Серед працездатного населення розповсюдженість соматоформних розладів – 19,1% [10]. Clarke D.M. зі співавт. обстежили 10 507 дорослих амбулаторних пацієнтів; в результаті, соматоформні та іпохондричні симптоми мали місце у 18,5% пацієнтів сімейного лікаря [2].

Деякі автори роблять висновок, що поширеність соматоформних розладів в майбутньому буде зростати. Один із факторів вказує на те, що основна тенденція патоморфозу невротичних розладів – це збільшення частки соматовегетативної симптоматики у пацієнтів [13]. Критичне ставлення пацієнта до свого захворювання змінюється в залежності від того, які симптоми сприймаються суб'єктивно як найбільш важливі та дискомфортні. При соматоформних розладах соматовегетативні симптоми розцінюються як хворобливі, тоді як психічна симптоматика часто ігнорується. Це є частковою анозогнозією.

При соматоформних розладах частина пацієнтів довгий час не скаржиться на розлади психіки, тому психічний розлад діагностують через роки після появи симптомів [10, 13]. Вік та стать не чинять значний вплив на психометричні показники депресії, тривоги та інших психопатологічних феноменів, досліджених при соматоформних розладах [2].

Питання щодо патопсихологічних особливостей та відмінностей в структурі порушень критики до свого психічного стану у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади залишаються актуальними та потребують продовження вивчення.

Мета роботи – шляхом вивчення рівня тривоги, депресії, алекситимії та профілю копінг-стратегій дослідити патопсихологічні особливості та відмінності в характері порушень критики до свого психічного стану у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.

Матеріали і методи. На базі КНП Запорізький обласний заклад з надання психіатричної допомоги ЗОР було досліджено 102 пацієнти. Всі мали встановлені діагнози

згідно Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10), проходили стаціонарне лікування у відділенні пограничних станів. З них, 48 пацієнтів з тривожно-фобічними розладами (F 40 за МКХ-10), та 54 пацієнти з соматоформними розладами (F 45 за МКХ-10). Всього в дослідженні прийняли участь 64 жінок та 38 чоловіків. Середній вік всіх учасників складав $38,96 \pm 8,58$ років. Середня давність захворювання на момент обстеження $9,38 \pm 5,97$ років. Середня кількість госпіталізацій $2,59 \pm 2,79$.

Групу дослідження 1 (ГД1) склали 48 пацієнтів зі встановленими діагнозами групи тривожно-фобічних розладів. З них жінок 68,75%, чоловіків 31,25%. Середній вік $38,67 \pm 8,27$ років. Середня давність захворювання на момент обстеження $10,04 \pm 5,78$ років. Середня кількість госпіталізацій $2,23 \pm 1,78$.

Групу дослідження 2 (ГД2) склали 54 пацієнта зі встановленими діагнозами соматоформних розладів. З них жінок 57,41%, чоловіків 42,59%. Середній вік $39,22 \pm 8,92$ років. Середня давність захворювання на момент обстеження $8,80 \pm 6,12$ років. Середня кількість госпіталізацій $2,91 \pm 3,44$.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний; психодіагностичний, за допомогою методик: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) [8], Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) [1], Копінг-тест Лазаруса (LCS) [5]; медико-статистичний аналіз з використанням непараметричних критеріїв, більш придатних для ненормального розподілу та обробки даних порядкового типу. Значущість різниці між двома групами оці-

нювали за допомогою критерію Манна-Уїтні. Для розрахунку кореляційної залежності між всіма параметрами у межах кожної групи застосовували критерій Спірмена. Обробка первинних даних проводилася за допомогою програмного забезпечення «MS Excel for Windows» та «Statistica-10».

Результати. Різницю в демографічних та анамнестичних показниках між групами досліджували за допомогою критерію Манна-Уїтні. За віком, давністю захворювання та кількістю госпіталізацій в психіатричний стаціонар між групами немає статистично значущої різниці.

За допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (шкали HADS) виміряли рівень тривоги та депресії. В ГД1 тривога складала $11,79 \pm 3,07$ балів, депресія – $5,48 \pm 1,76$ балів. В другій групі тривога – $6,41 \pm 1,74$, а депресія – $8,07 \pm 1,98$ балів. Таким чином, в ГД1 тривога переважала над депресією і перевищувала норму, визначену для шкали HADS в 7 балів.

Рівень Алекситимії вимірювався за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20). В ГД1 середній загальний рівень алекситимії склав $34,69 \pm 10,69$ балів. В ГД2 – $47,54 \pm 5,20$ балів. Показники алекситимії в ГД2 були вище, як за загальним балом, так і за субшкалами «Тяжкість ідентифікації почуттів» (TAS-20 DIF), «Тяжкість опису почуттів» (TAS-20 DDF) та «Екстернальне мислення» (TAS-20 EOT). Різниця за всіма субшкалами між групами дослідження була статистично достовірною ($p < 0,01$). За шкалою «Екстернальне мислення» – $p < 0,05$. Результати наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняння показників між групами дослідження

Показник	ГД1 (N = 48)		ГД2 (N = 54)		p
	значення	SD	значення	SD	
Середній вік, років	38,67	8,27	39,22	8,92	0,823060
Давність захворювання, років	10,04	5,78	8,80	6,12	0,166913
Кількість госпіталізацій	2,23	1,78	2,91	3,44	0,976039

Показник	ГД1 (N = 48)		ГД2 (N = 54)		p
	значення	SD	значення	SD	
HADS-A	11,79	3,07	6,41	1,74	0,000000
HADS-D	5,48	1,76	8,07	1,98	0,000000
TAS-20, загальна	34,69	10,69	47,54	5,20	0,000000
TAS-20, тяжкість ідентифікації почуттів	12,48	4,69	17,93	2,53	0,000000
TAS-20, тяжкість опису почуттів	8,81	2,82	11,31	1,74	0,000000
TAS-20, екстернальне мислення	13,40	3,83	18,30	2,68	0,048029

За допомогою методики Копінг-тест Лазаруса дослідили емоційні та поведінкові особливості подолання стресових ситуацій – профіль копінг-стратегій. Результати відображені на рисунку 1.

цій – профіль копінг-стратегій. Результати відображені на рисунку 1.

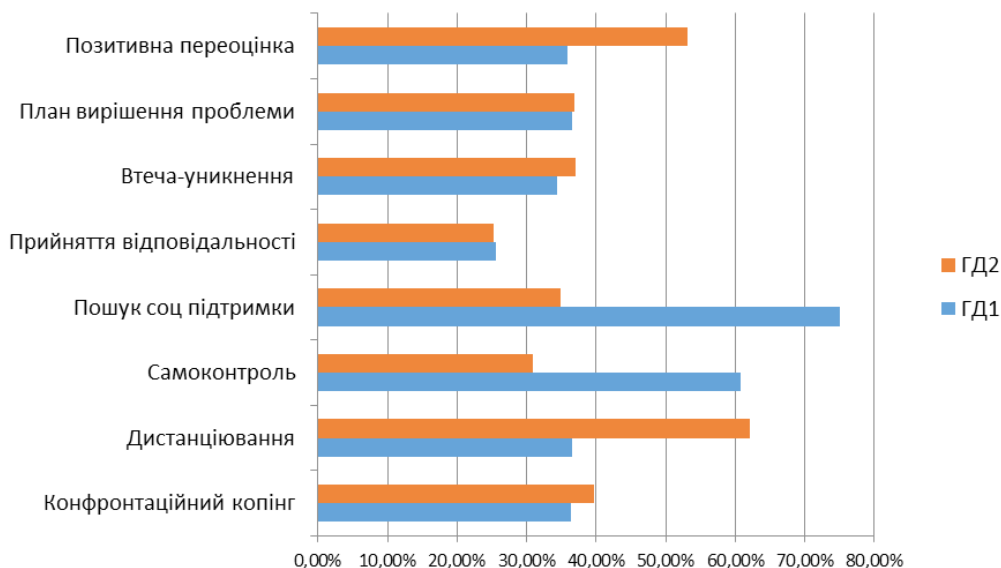


Рис. 1. Порівняння профілів копінг-стратегій між групами.

В ГД1 переважали «Конфронтаційний копінг» $36,34 \pm 14,72\%$, «Дистанціювання» $36,57 \pm 10,49\%$, «Самоконтроль» $60,71 \pm 11,09\%$, «Пошук соціальної підтримки» $75,00 \pm 10,38\%$, «Прийняття відповідальності» $25,52 \pm 9,63\%$, «Втеча-уникнення» $34,38 \pm 9,63\%$, «План вирішення проблем» $36,46 \pm 10,37\%$, «Позитивна переоцінка» $35,81 \pm 10,81\%$. Таким чином, в ГД1 найбільш напружені копінг-стратегії – «Пошук соціальної підтримки» та «Дистанціювання».

В ГД2 переважали «Конфронтаційний копінг» $39,71 \pm 10,26\%$, «Дистанціювання» $62,14 \pm 12,02\%$, «Самоконтроль» $30,86 \pm 8,62\%$, «Пошук соціальної підтримки» $34,88 \pm 7,43\%$, «Прийняття відповідальності» $25,31 \pm 10,49\%$, «Втеча-уникнення» $37,11 \pm 7,69\%$, «План вирішення проблем» $36,83 \pm 11,71\%$, «Позитивна переоцінка» $53,17 \pm 10,82\%$. В ГД2 найбільш напруженіми копінг-стратегіями були «Дистанціювання» та «Позитивна переоцінка».

В ГД1 рівень копінгу «Пошук соціальної підтримки» на 40,12% вище ніж в ГД2. Рівень копінгу «Самоконтроль» в ГД1 більше на 29,85%, в порівнянні з ГД2. В ГД2 «Дистанціювання» вище на 25,57%, ніж в ГД1 та «Позитивна переоцінка» вище на 17,36%, в порівнянні з ГД1. В обох групах стратегії Конфронтаційний копінг, Втеча-уникнення

та план вирішення проблем показали середній рівень, а Прийняття відповідальності – низький. Не було виявлено статистично значущої різниці між групами в копінг-стратегіях «Конфронтаційний копінг», «Прийняття відповідальності» та «План вирішення проблем». Всі результати наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

Порівняння результатів дослідження за методикою Копінг-тест Лазаруса

Копінг-стратегія	ГД1 (N = 48)		ГД2 (N = 54)		p
	значення	SD	значення	SD	
Конфронтаційний копінг	36,34%	14,72%	39,71%	10,26%	0,190814
Дистанціювання	36,57%	10,49%	62,14%	12,02%	0,000000
Самоконтроль	60,71%	11,09%	30,86%	8,62%	0,000000
Пошук соціальної підтримки	75,00%	10,38%	34,88%	7,43%	0,000000
Прийняття відповідальності	25,52%	9,63%	25,31%	10,49%	0,891165
Втеча-уникнення	34,38%	9,63%	37,11%	7,69%	0,040847
План вирішення проблеми	36,46%	10,37%	36,83%	11,71%	0,456385
Позитивна переоцінка	35,81%	10,81%	53,17%	10,82%	0,000000

За допомогою методу рангових кореляцій Спірмена було досліджено залежність між показниками, які були отримані при використанні психодіагностичних тестів.

Позитивний зв'язок між віком та давністю захворювання, віком та кількістю госпіталізацій ($p < 0,01$) виявлено тільки в ГД1. Скоріше за все, це пов'язано з тим, що тривожно-фобічні розлади маніфестують переважно в молодому віці, а при соматоформних розладах починаються з однаковою частотою в молодому та середньому віці. Тому що кореляція між давністю захворювання та кількістю госпіталізацій статистично значуща в обох групах. А при соматоформних розладах позитивна кореляція більша ($p < 0,01$), ніж при тривожно-фобічних.

В обох групах виражені залежності – це кореляції між показниками шкали алекситимії TAS-20 ($p < 0,01$). Проте, є різниця між групами в тому, що кореляції між всіма субшкалами TAS-20 в першій групі позитив-

ні, статистично значущі ($p < 0,01$) та значно перевищують аналогічні коефіцієнти у другій групі. Залежність між балами за субшкалами у групі 2 не є статистично значущою, а між субшкалою «Тяжкість ідентифікації почуттів» та, відповідно, субшкалами «Тяжкість опису почуттів» та «Екстернальне мислення» від'ємна, що означає негативну, проте статистично незначущу, залежність. В ГД1 загальний бал алекситимії корелює ($p < 0,01$) з копінг-стратегіями «Дистанціювання» (0,329944) та «Позитивна переоцінка» (0,288895).

Така різниця, можливо, пов'язана з більшою задіяністю алекситимічних складових психопатології при соматоформних розладах. На користь цього висновку можна додати, що середній рівень алекситимії у ГД2 був вищим за загальним балом та всіма субшкалами ($p < 0,01$).

Показники тривоги та депресії у ГД 1 мали таку залежність: значний позитивний

показник між тривогою та копінг-стратегіями «Позитивна переоцінка» (0,321411), «Втеча-уникнення» (0,315487) та «Дистанціювання» (0,307123) ($p < 0,01$). Позитивна залежність між рівнем тривоги та субшкалою «Екстернальне мислення» TAS-20 (0,307894) у ГД1 ($p < 0,01$).

У ГД2 виявлено інші кореляції, такі як значний негативний зв'язок між віком та депресією (-0,301184) ($p < 0,01$). Негативна залежність між депресією та копінг-стратегією «Позитивна переоцінка» (-0,307891) у ГД2 ($p < 0,01$).

Інші кореляції копінг-стратегій були такі. У ГД1 «Конфронтаційний копінг» і давність захворювання (-0,299577). «Конфронтаційний копінг» та стратегії «Дистанціювання» (0,463254), «Прийняття відповідальності» (0,487611), «Втеча-уникнення» (0,455106), «План вирішення проблеми» (0,454959), «Позитивна переоцінка» (0,480939). «Конфронтаційний копінг» позитивно корелює з показниками алекситимії, чого немає в групі 2. Коефіцієнт між «Конфронтаційним копінгом» та загальним балом алекситимії (0,356192), «Тяжкість опису почуттів» (0,349090), «Екстернальне мислення» (0,354850). Копінг-стратегія «Дистанціювання» корелює з напруженістю стратегій «Самоконтроль» (0,297229), «Прийняття відповідальності» (0,389627), «Втеча-уникнення» (0,390783), «План вирішення проблеми» (0,413790), «Позитивна переоцінка» (0,673759), у другій групі аналогічні залеж-

ності негативні, проте без статистичної значущості. Стратегія «Самоконтроль» – зі стратегіями «Прийняття відповідальності» (0,359774), «Втеча-уникнення» (0,441782), План вирішення проблеми (0,348714), «Позитивна переоцінка» (0,408346). Копінг «Прийняття відповідальності» – з копінгам «Втеча-уникнення» (0,421168), «План вирішення проблеми» (0,333377), «Позитивна переоцінка» (0,403633). Копінг «Втеча-уникнення» – з копінгам «План вирішення проблеми» (0,346086), «Позитивна переоцінка» (0,509781). «План вирішення проблеми» позитивно корелює зі стратегією «Позитивна переоцінка» (0,502685).

У другій групі зв'язки такі. Копінг-стратегія «Дистанціювання» та кількість госпіталізацій (0,425927). «Конфронтаційний копінг» та «План вирішення проблеми» (0,369407). Копінг «Самоконтроль» з копінгам «Втеча-уникнення» (0,343227) та «Позитивна переоцінка» (0,337867). Негативний зв'язок між копінгом «Самоконтроль» та субшкалами важкості опису почуттів (-0,278494) та екстернального мислення (-0,270276). «Прийняття відповідальності» та субшкала важкості опису почуттів (-0,285811). «Пошук соціпідтримки» та «Прийняття відповідальності» (0,310186). Копінг «Втеча-уникнення» з копінгом «План вирішення проблеми» (0,361763), з субшкалами важкості ідентифікації почуттів (0,386915) та «Екстернальне мислення» (-0,428271). Всі результати наведені у таблиці 3.

Таблиця 3

Кореляційна залежність між різними показниками, ($p < 0,05$)

Досліджувані параметри		ГД1	ГД2
Вік	Давність захворювання	0,3915	
Вік	Кількість госпіталізацій	0,3278	
Вік	HADS-D		-0,3012
Давність захворювання	Кількість госпіталізацій	0,3861	0,6172
Давність захворювання	Конфронтаційний копінг	-0,2996	
Кількість госпіталізацій	Дистанціювання		0,4259
Конфронтаційний копінг	Дистанціювання	0,4633	

Досліджувані параметри		ГД1	ГД2
Конфронтаційний копінг	Прийняття відповідальності	0,4876	
Конфронтаційний копінг	Втеча-уникнення	0,4551	
Конфронтаційний копінг	План вирішення проблеми	0,4550	0,3694
Конфронтаційний копінг	Позитивна переоцінка	0,4809	
Конфронтаційний копінг	Загальний бал	0,3562	
Конфронтаційний копінг	Важкість опису почуттів	0,3491	
Конфронтаційний копінг	Екстернальне мислення	0,3549	
Дистанціювання	Самоконтроль	0,2972	
Дистанціювання	Прийняття відповідальності	0,3896	
Дистанціювання	Втеча-уникнення	0,3908	
Дистанціювання	План вирішення проблеми	0,4138	
Дистанціювання	Позитивна переоцінка	0,6738	
Дистанціювання	HADS-A	0,3071	
Дистанціювання	Загальний бал	0,3299	
Дистанціювання	Екстернальне мислення	0,2994	
Самоконтроль	Прийняття відповідальності	0,3598	
Самоконтроль	Втеча-уникнення	0,4418	0,3432
Самоконтроль	План вирішення проблеми	0,3487	
Самоконтроль	Позитивна переоцінка	0,4083	0,3379
Самоконтроль	Важкість опису почуттів		-0,2785
Самоконтроль	Екстернальне мислення		-0,2703
Пошук соцпідтримки	Прийняття відповідальності		0,3102
Прийняття відповідальності	Втеча-уникнення	0,4212	
Прийняття віяловідальності	План вирішення проблеми	0,3334	
Прийняття віяловідальності	Позитивна переоцінка	0,4036	
Прийняття віяловідальності	Важкість опису почуттів		-0,2858
Втеча-уникнення	План вирішення проблеми	0,3461	0,3618
Втеча-уникнення	Позитивна переоцінка	0,5098	
Втеча-уникнення	HADS-A	0,3155	
Втеча-уникнення	Важкість ідентифікації почуттів		0,3869
Втеча-уникнення	Екстернальне мислення		-0,4283
План вирішення проблеми	Позитивна переоцінка	0,5027	
План вирішення проблеми	Екстернальне мислення		-0,3703
Позитивна переоцінка	HADS-A	0,3214	

Досліджувані параметри		ГД1	ГД2
Позитивна переоцінка	HADS-D		-0,3079
Позитивна переоцінка	Загальний бал	0,2889	
HADS-A	Екстернальне мислення	0,3079	
Загальний бал	Важкі сть ідентифікації почуттів	0,8333	0,4614
Загальний бал	Важкість опису почуттів	0,7816	0,4733
Загальний бал	Екстернальне мислення	0,8281	0,4993
Важкість ідентифікації почуттів	Важкість опису почуттів	0,7398	
Важкість ідентифікації почуттів	Екстернальне мислення	0,4731	
Важкість опису почуттів	Екстернальне мислення	0,4194	

На рисунках 2 та 3 відображено тільки залежності з $p < 0,05$.

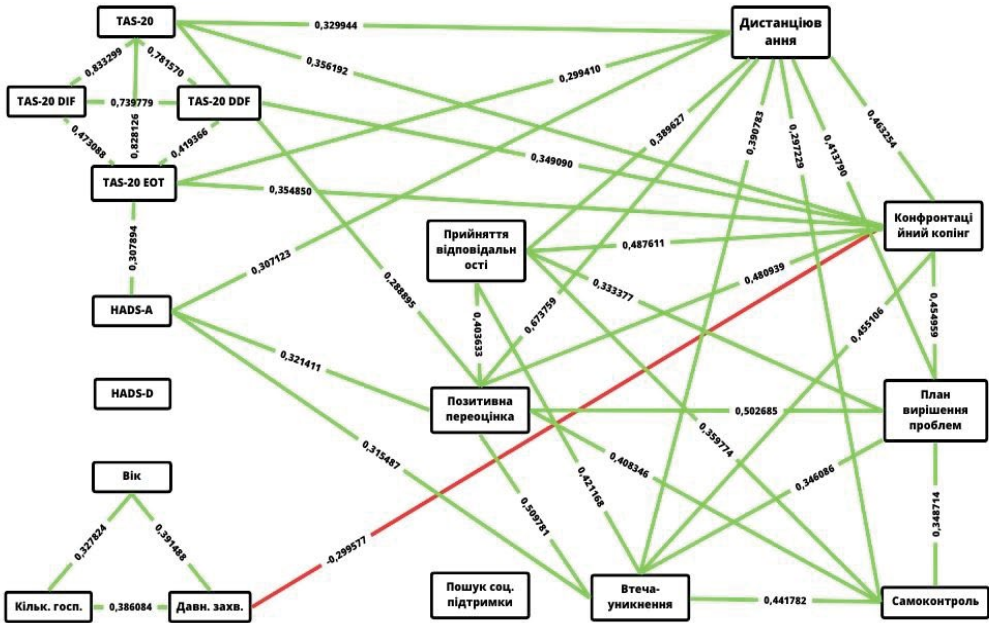


Рис. 2. Графічне відображення кореляційних залежностей, ГД1.

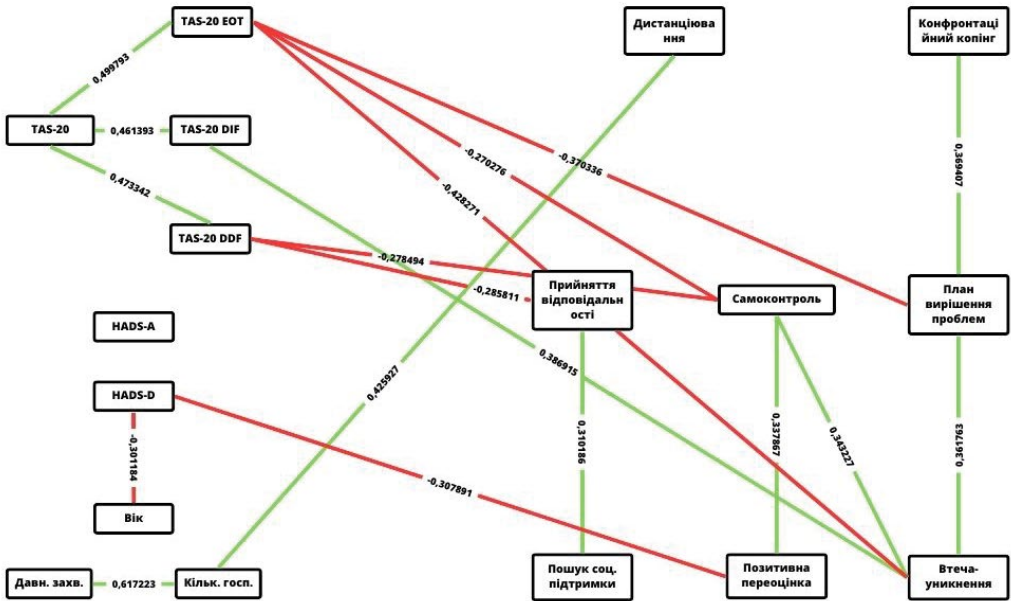


Рис. 3. Графічне відображення кореляційних залежностей, ГД2.

Висновки:

1. Виявлено відмінності у рівнях тривоги, депресії, алекситимії та профілях копінг-стратегій у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади. Відмінності між групами дослідження були достовірними за всіма показниками ($p < 0,05$), крім копінг-стратегій «Прийняття відповідальності», «План вирішення проблеми», «Конфронтаційний копінг».
2. При тривожно-фобічних розладах рівень депресії складав $5,48 \pm 1,76$. За результатами кореляційного аналізу не виявлено значущих залежностей між рівнем депресії та іншими вимірними показниками ($p > 0,05$). Рівень тривоги був $11,79 \pm 3,07$ та мав позитивну кореляцію з показниками субшкали TAS-20 «Екстернальне мислення», копінг-стратегіями «Позитивна переоцінка», «Втеча-уникнення», «Дистанціювання» ($p < 0,01$). Ці копінг-стратегії реалізуються, відповідно: перенесенням уваги на інші, не пов'язані з розладом, аспекти життя;

уникненням та зменшенням суб'єктивного значення проблеми. Що є проявами уникаючої поведінки – одним з основних компонентів фобічного синдрому. Позитивна кореляція цих копінг-стратегій з рівнем екстернального мислення, відображає компоненти зниження критичності, характерні саме для тривожно-фобічних розладів. Якщо зв'язати на високий рівень копінгу «Пошук соціальної підтримки» $75,00 \pm 10,38\%$ при тривожно-фобічних, порівняно з $34,88 \pm 7,43\%$ при соматоформних розладах, такі результати свідчать про схильність до психологічного дистанціювання та перекладання відповідальності за власне психічне здоров'я на інших, що відіграє важливу роль при порушенні критики до свого стану при тривожно-фобічних розладах.

3. Виявлено, що більш високий рівень алекситимії був при соматоформних розладах, $47,54 \pm 5,20$ проти $34,69 \pm 10,69$ при тривожно-фобічних розладах ($p < 0,01$). Також виявлено, що при три-

- можно-фобічних розладах виявлено позитивні кореляції між всіма субшкалами TAS-20, що, разом з низьким рівнем алекситимії, говорить про незначну роль алекситимії для розвитку порушень критики до власного психічного стану при тривожно-фобічних розладах. При соматоформних розладах не виявлено позитивних кореляцій між субшкалами шкали алекситимії, були тільки позитивні зв'язки між кількістю балів за субшкалами та загальним балом ($p < 0,01$). Це свідчить про більшу важливість алекситимії в розвитку порушень критики до власного психічного стану при соматоформних розладах.
4. При соматоформних розладах рівень тривоги був $6,41 \pm 1,74$ та не мав значущих кореляцій з іншими вимірними показниками. Рівень депресії складав $8,07 \pm 1,98$ та мав негативний зв'язок з віком пацієнтів ($p < 0,01$) (молодші пацієнти мали більший рівень депресії) та копінг-стратегією «Позитивна переоцінка» ($p < 0,01$). При соматоформних розладах показники субшкал алекситимії мають негативну кореляцію з копінг-стратегіями «Прийняття відповідальності» ($p < 0,01$), «Самоконтроль» ($p < 0,01$), «План вирішення проблеми» ($p < 0,01$), це конструктивні копінг-стратегії, тому такі зв'язки, разом з відсутністю значущих кореляцій депресії та тривоги з показниками алекситимії, та майже всіма копінг-стратегіями, може вказувати на те, що тривога та депресія частково не усвідомлюються, а найбільш значущим компонентом порушення критики до власного психічного стану при соматоформних розладах є алекситимічний.
5. Виявлені в результаті дослідження дані щодо вираженості психопатологічної симптоматики, порушення здатності до самооцінки власного емоційного стану та співвідношення стратегій поведінки при подоланні стресових ситуацій, дають можливості для розробки персоналізованих систем психокорекції, підбору та розробки психоосвітніх програм для покращення результатів лікування пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
- Конфлікт інтересів: відсутній.**
- Conflicts of Interests: authors have no conflict of interest to declare.**

ЛІТЕРАТУРА:

1. 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.
2. Clarke D. M., Piterman L., Byrne C. J., Austin D. W. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *The Medical journal of Australia.* 2008. Vol. 189, № 10. P. 560-564.
3. Eaton W. W., Bienvenu O. J., Miloyan B. Specific phobias. *The Lancet Psychiatry.* 2018. Vol. 5, № 8. P. 678-686.
4. Fares K., Haddad C., Malaeb D., Sacre H., Akel M., Salameh P., Obeid S., Hallit S. 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, № 1. 20m02902
5. Folkman S, Lazarus RS. *Ways of Coping Questionnaire Manual.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1988.
6. Vigne P., Menezes G. B. de, Harrison B. J., Fontenelle L. F. A study of poor insight in social anxiety disorder. *Psychiatry Research.* 2014. Vol. 219, № 3. P. 556-561.
7. Wardenaar K. J., Lim C. C. W., Al-Hamzawi A. O., Alonso J., Andrade L. H., Benjet C., Bunting B., Girolamo G. de, Demyttenaere K., Florescu S. E., Gureje O., Hisateru T., Hu C., Huang Y., Karam E., Kiejna A., Lepine J. P., Navarro-Mateu F., Oakley Browne M., Piazza M., Posada-Villa J., Have M. L. Ten, Torres Y., Xavier M., Zarkov Z., Kessler R. C., Scott K. M., Jonge P. de. The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine.* 2017. Vol. 47, № 10. P. 1744-1760.
8. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica.* 1983. Vol.67, №6. P. 361-370.

9. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О., Кришталь В. В., Сердюк О. І. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. Українській медичний альманах. 2004. Т. 7, № 4 (додаток). С. 99-102.
10. Підлубний В. Л. Оцінка ступеня впливу біопсихосоціальних факторів на рівень психічного здоров'я працівників промислових популяцій. ScienceRise. 2016. Т. 2, № 3. С. 21-29
11. Проскурина Т. Ю. Тревожно-фобическое расстройство у подростков. Український вісник психоневрології. 2010. Вип. 3, № 64. С. 51–54.
12. Табачников 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.
13. Чугунов В. В. Норма в психиатрическом измерении : монографія / В. В. Чугунов. – Львов : Изд. Марченко Т. В., 2020. – 632 с.

SUMMARY

DIFFERENCES IN STRATEGIES FOR OVERCOMING STRESS SITUATIONS IN PATIENTS WITH SOMATOFORM AND ANXIETY-PHOBIC DISORDERS WITH PHENOMENA OF REDUCED CRITICALITY

Khomitskyi M. Ye., Kondratenko M. Yu.

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

The aim – by studying the level of anxiety, depression, alexithymia and the profile of coping strategies, to investigate the structure of psychopathological symptoms and differences in the nature of violations of criticism of mental state in patients with anxiety-phobic and somatoform disorders.

Materials and methods. Clinical-psychopathological, psychodiagnostic methods: Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, Toronto Alexithymia Scale – TAS-20, Lazarus Coping Test – LCS, Statistical according to Mann-Whitney and Spearman criteria. 102 patients of the “Zaporizhzhia Regional Institution for the Provision of Psychiatric Care” were examined. Study group 1 (SG1) – 48 patients with anxiety-phobic disorders (F40 according to ICD-10), study group 2 (SG2) – 54 patients with somatoform disorders (F45).

The results. In SG1, according to the HADS scale, the level of anxiety was 11.79, depression – 5.48. According to the TAS-20 scale, the level of alexithymia was 34.69. In SG2, according to the HADS scale, the level of anxiety was 6.41, depression –

8.07. According to the TAS-20 scale, the level of alexithymia was 47.54. Only in SG1, the level of depression did not have significant correlations with other indicators. The level of anxiety had a positive correlation with the TAS-20 subscale “External thinking” and coping strategies “Positive reappraisal”, “Escape-avoidance”, “Distancing” ($p < 0.01$). In SG2, the level of anxiety had no significant correlations, and the level of depression had a negative relationship with age and the coping strategy “Positive reappraisal” ($p < 0.01$). Clear positive correlations between subscales of alexithymia were found only in SG1. According to the profile of coping strategies: coping strategies “Search for social support” (75%), “Self-control” (60.71%), “Distancing” (36.57%) prevail in SG1. In SG2, “Distancing” (62.14%), “Positive reappraisal” (53.17%), “Confrontational coping” (39.71%) prevail.

Conclusions. In SG1, anxiety prevailed over depression, alexithymia does not play a significant role in awareness of one's own mental state, and the coping profile indicates a tendency to psychological distancing and shifting responsibility for one's own mental health to others. In SG2, depression prevailed over anxiety, the level of alexithymia was higher, and together with the predominance of emotional coping and the nature of the correlations, this testifies to the importance of alexithymia in disrupting criticism of one's own condition.

Key words: somatoform disorder, anxiety-phobic disorder, alexithymia, coping strategies, depression, anxiety, criticality.

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- **Хоміцький Микола Євгенович**

д.мед.н., доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет

Адреса: пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, Україна, 69035

Тел.: 066-720-53-43

E-mail: nhomitsky@gmail.com

ORCID ID 0000-0002-8622-6718

- **Khomitskyi Mykola**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine

Address: Pr. Mayakovskiyi, 26, Zaporizhzhia, Ukraine, 69035

Tel.: 066-720-53-43

E-mail: nhomitsky@gmail.com

ORCID ID 0000-0002-8622-6718

- **Кондратенко Максим Юрійович**

PhD-аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет

Адреса: пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, Україна, 69035

Тел.: 063-808-47-38

E-mail: maximus14ua@gmail.com

ORCID ID: 0000-0001-8865-863X

- **Kondratenko Maksym**

PhD-student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Address: Pr. Mayakovskiyi, 26, Zaporizhzhia, Ukraine, 69035

Tel.: 063-808-47-38

E-mail: max_swordsmen@ukr.net

ORCID ID: 0000-0001-8865-863X

Стаття надійшла до редакції 12.01.2023 р.

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу info@ujmh.net