

Характеристики особистісного профілю хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності

М. Є. Хоміцький  *A,D,E,F, М. Ю. Кондратенко  A-D

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

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

Мета роботи – шляхом вивчення особистісного профілю дослідити особливості особистісних характеристик хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади та їхній зв'язок із проявами зниження критичності.

Матеріали та методи. У проспективне клінічне дослідження залучили 102 пацієнтів: 54 хворих із соматоформним розладом і 48 осіб із тривожно-фобічним розладом. Застосували такі методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, клініко-катамнестичний, клініко-психофеноменологічний, – виконали медико-статистичний аналіз.

Результати. У результаті дослідження виявили особливості особистісних характеристик хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади та їхній зв'язок із проявами зниження критичності. Визначили найпоширеніші клінічні типи акцентуації у пацієнтів із соматоформним розладом: «застрагально-демонстративна» (16,67 % групи), «застрагально-екзальтована» (11,11 %), «тривожно-демонстративна» (9,26 %) та «демонстративна» (9,26 %). Для них характерне виражене ($p < 0,05$) зниження критичності (переважно внаслідок явища алекситимії). Натомість типи акцентуації, що переважають у контингенту з тривожно-фобічним розладом, – «тривожна» (14,58 %) та «тривожно-педантична» (12,50 %); вони мають зв'язок ($p < 0,01$) із порушенням критичності легкого ступеня.

Висновки. Відповідно до встановлених відмінностей особистісних характеристик пацієнтів із соматоформним і тривожно-фобічним розладами виявили відмінності ступеня вираженості та патогенетичних механізмів зниження критичності. Результати дослідження дають змогу розробити персоналізовану систему корекції зниженої критичності. Її застосування покращить результати лікування пацієнтів із соматоформним і тривожно-фобічними розладами.

Ключові слова:

психічні розлади, невротичні розлади, соматоформний розлад, тривожно-фобічний розлад, клініка, особистість, критичність.

Запорізький медичний журнал. 2023. Т. 25, № 3(138). С. 215-219

*E-mail:

nhomitsky@gmail.com

Personality profile characteristics of patients with somatoform and anxiety-phobic disorders with phenomena of reduced criticality

M. Ye. Khomitskiy, M. Yu. Kondratenko

The aim: to study the personality characteristics and their relationship with reduced criticality manifestations by examining the personality profile of patients with somatoform and anxiety-phobic disorders.

Materials and methods. A prospective clinical study involved 102 patients: 54 patients with somatoform disorder and 48 patients with anxiety-phobic disorder. Research methods: clinical-psycho-pathological, clinical-anamnestic, clinical-catamnestic, clinical-psycho-phenomenological and medical statistical analysis.

Results. As the study result, the peculiarities of the personal characteristics of patients with somatoform and anxiety-phobic disorders and their connection with reduced criticality manifestations have been established. The most common clinical types of accentuations in patients with somatoform disorder have been revealed ("sticking-demonstrative" (16.67 % of the group), "sticking-exalted" (11.11 %), "anxious-demonstrative" (9.26 %) and "demonstrative" (9.26 %) as well as a characteristic pronounced ($p < 0.05$) reduction in criticality (mainly due to the phenomenon of alexithymia). The prevailing types of accentuation among the contingent with anxiety-phobic disorder ("anxious" (14.58 %) and "anxious-pedantic" (12.50 %)) had a connection ($p < 0.01$) with a mild degree of reduced criticality.

Conclusions. Based on the differences found in the personality characteristics of patients with somatoform and anxiety-phobic disorders, variations in the degree of severity and pathogenetic mechanisms of reduced criticality have been revealed. The obtained results offer the potential to develop a personalized system for correction of reduced criticality, the use of which would improve the treatment results in patients with somatoform and anxiety-phobic disorders.

Key words:

mental disorders, neurotic disorders, somatoform disorder, anxiety-phobic disorder, clinic, personality, criticality.

Zaporozhye medical journal 2023; 25(3), 215-219

Проблема нерозуміння або неповного розуміння пацієнтами свого хворобливого стану є надзвичайно актуальною в медичній практиці, оскільки цей феномен може впливати на своєчасність звернення пацієнтів за медичною допомогою та знижувати рівень комплаєнсу, а це необхідні передумови ефективності лікувальних впливів [1–3]. Зниження критичності передбачає нездатність або неповну здатність хворого критично оцінювати стан власного здоров'я, наявне захворювання та/або окремі його компоненти [1].

З-поміж усього спектра психічної патології невротичні розлади визначають як такі, що не характеризуються деформацією сприйняття пацієнтами свого захворювання. Такий погляд призвів до того, що феномену зниження критичності в контексті психічних розладів невротичного рівня приділяли найменше уваги. Втім, дослідження останніх років показали хибність таких підходів і свідчать про зниження критичності у хворих із невротичними розладами та його негативний вплив на структуру захворювання, особистість, моделі поведінки,

рівень комплаєнсу та прихильності до терапії [1,4,5]. Ці негативні тенденції диктують необхідність виявлення та корекції проявів зниження критичності в таких пацієнтів і розроблення системи профілактики та корекції, враховуючи особливості психопатогенезу.

Вважаючи особистісні риси предиспозиційним фактором, на якому виникають невротичні розлади, можна передбачати також наявність патогенетичних зв'язків між характеристиками особистісного профілю та проявами зниження критичності у цього контингенту хворих [4–8].

Отже, дослідження особистісних характеристик дасть інформацію щодо механізмів психопатогенезу, наявних зв'язків і впливу на зниження критичності у хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади. Це дасть змогу сформувати персоналізовану систему корекційних впливів, використовуючи психоосвітні та психотерапевтичні підходи.

Мета роботи

Шляхом вивчення особистісного профілю дослідити особливості особистісних характеристик хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади та їхній зв'язок із проявами зниження критичності.

Матеріали і методи дослідження

У проспективне клінічне дослідження залучили 102 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні пограничних станів Комунального підприємства «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» Запорізької обласної ради. Обстежених поділили на групи: група дослідження 1 (ГД1) – 54 пацієнти з соматоформним розладом (23 (42,59 %) чоловіки і 31 (57,41 %) жінка, середній вік – $40,74 \pm 12,34$ роки); група дослідження 2 (ГД2) – 48 хворих із тривожно-фобічним розладом (15 (31,25 %) чоловіків і 33 (68,75 %) жінки, середній вік – $38,65 \pm 10,90$ року).

Сформували глосарій психопатологічних і соматоформних феноменів, згідно з яким оцінювали наявність зниження критичності та ступінь його вираженості. Крім усвідомлення психопатологічних і соматоформних симптомів, оцінювали адекватність сприйняття ступеня їхньої 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 тощо. Крім того, для оцінювання ступеня критичності пацієнта збирали суб'єктивний (зі слів пацієнта) та об'єктивний (зі слів родичів, вивчення амбулаторної карти) анамнез.

На підставі даних, що одержали, зробили висновок щодо рівня критичності пацієнта за шкалою: повна критика – 0 балів, легке зниження критичності – 1 бал, помірне зниження критичності – 2 бали, виражене зниження критичності – 3 бали.

Обов'язковий критерій залучення до дослідження – відсутність психотичної симптоматики на час дослідження

і в анамнезі, відсутність тяжкої соматичної та неврологічної патології. Критерієм виключення вважали наявність у пацієнта повної критики до психічного захворювання (0 балів за наведеною шкалою). Усі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Під час дослідження застосували клініко-психопатологічний метод для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду. Клініко-анамнестичний метод використали для поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних. Клініко-катамнестичний метод передбачав аналіз медичної документації (амбулаторна карта, архівні історії хвороби), збір даних шляхом опитування пацієнта, його родичів і найближчого оточення. Застосували також клініко-психопатологічний, психодіагностичний (клінічне інтерв'ю, анкетування за бланковими методиками), клініко-психофеноменологічний методи. Як психодіагностичний інструмент обрали опитувальник акцентуації характеру та темпераменту Леонарда–Шмішека [Schmischek H., 1970, Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., 2011].

Статистично результати опрацювали за допомогою програмного забезпечення Excel (Microsoft, США) і Statistica 13.0. («Statsoft», США). Використали параметричні та непараметричні методи оцінювання даних. Під час опрацювання первинних даних застосували математичні методи, як-от критерій узгодженості Колмогорова–Смирнова, оцінювання дисперсій за кожною шкалою з використанням критерія рівності Левене. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальний розподіл та рівні дисперсії, розраховували за критерієм Стьюдента t . Під час оцінювання якісних ознак застосували метод аналізу довільних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 , критерій Пірсона χ^2 з поправкою Єйтса, точний критерій Фішера ϕ і критерій Стьюдента t).

Результати

Згідно з отриманими даними щодо зниження критичності в контингенту, який обстежили, визначили відмінності груп дослідження. Так, кількість осіб із легким ступенем зниження критичності (1 бал) у ГД1 становила 10 (18,52 %). Це статистично достовірно менше ($\chi^2 = 7,647$, $p < 0,01$), ніж у ГД2, де відповідний показник дорівнював 21 (43,75 %). Серед контингенту ГД1 виражене порушення критичності (3 бали) визначили частіше, ніж у ГД2 ($\chi^2 = 4,646$, $p < 0,05$). Цей показник становив 19 (35,19 %) і 7 (14,58 %) осіб у ГД1 і ГД2 відповідно. Результати, що одержали, наведено в таблиці 1.

Кількісне оцінювання показників особистісного профілю за шкалою опитувальника акцентуації характеру та темпераменту Леонарда–Шмішека показало перевищення показника 12 балів за окремими шкалами в ГД1 (показник шкали «тривожний тип» становить $13,62 \pm 6,86$ бала) та ГД2 (шкали «демонстративний тип» ($13,55 \pm 8,07$ бала), «застрягальний тип» ($12,48 \pm 7,76$ бала)). Порівнявши кількісні показники особистісного профілю, виявили: ГД1 статистично достовірно ($p < 0,05$) переважала ГД2 за показниками шкал «тривожний тип» ($13,62 \pm 6,86$ та $8,56 \pm 5,72$ бала відповідно, $p < 0,01$), «дистимічний тип» ($9,42 \pm 6,00$ та $6,94 \pm 4,34$ бала

Таблиця 1. Порівняльний аналіз показників зниження критичності за групами дослідження

Ступінь зниження критичності	ГД1 (n = 54)		ГД2 (n = 48)		χ^2	χ^2 з поправкою Єйтса	ϕ	p
	абс. ч.	%	абс. ч.	%				
Легкий (1 бал)	10	18,52	21	43,75	7,647	6,501	0,00913	<0,01
Помірний (2 бали)	23	42,59	20	41,67	0,009	0,011	1,00000	>0,05
Виражений (3 бали)	19	35,19	7	14,58	5,679	4,646	0,02269	<0,05

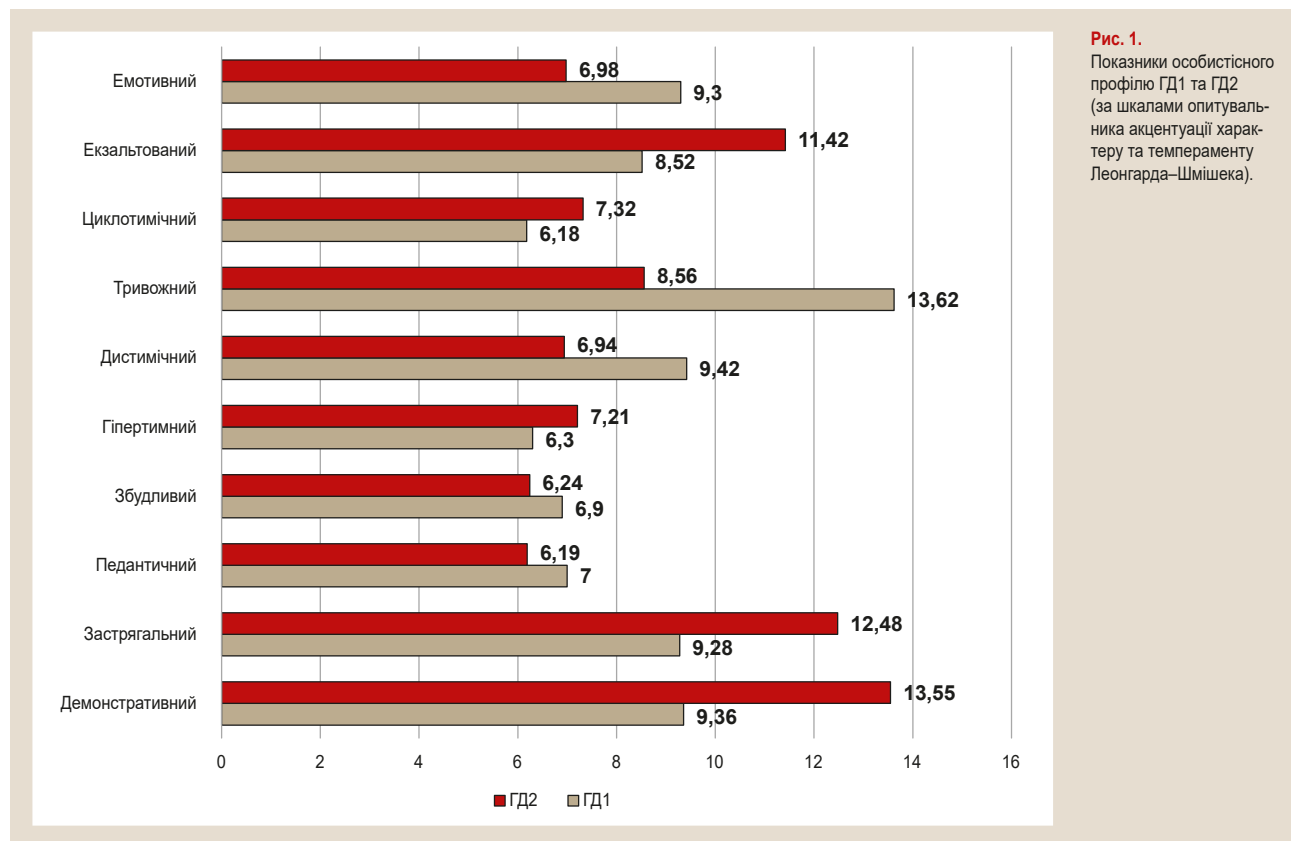


Рис. 1. Показники особистісного профілю ГД1 та ГД2 (за шкалами опитувальника акцентуації характеру та темпераменту Леонгарда-Шмішека).

відповідно, $p < 0,05$) та «емотивний тип» ($9,30 \pm 6,13$ та $6,98 \pm 4,10$ бала відповідно, $p < 0,05$). Натомість у контингенту ГД2 виявили переважання порівняно з ГД1 показників за шкалами «демонстративний тип» ($13,55 \pm 8,07$ та $9,36 \pm 6,42$ бала відповідно, $p < 0,01$), «застрягальний тип» ($12,48 \pm 7,76$ та $9,28 \pm 7,43$ бала відповідно, $p < 0,05$) та «екзальтований тип» ($11,42 \pm 7,36$ та $8,52 \pm 6,97$ бала відповідно, $p < 0,05$). Кількісні показники особистісного профілю ГД1 і ГД2 наведено на рис. 1.

Результати якісного оцінювання показників особистісного профілю контингенту, який обстежили, свідчать про суттєві відмінності за спектром представленості акцентуацій у ГД1 і ГД2 без статистично значущих відмінностей ($\chi^2 = 0,325$, $p > 0,05$) за частотою виявлення осіб з акцентуаціями. Так, у ГД1 акцентуовані риси особистості (ізолювано або в комбінаціях) визначили в 42 (77,78 %) осіб, а в ГД2 – у 35 (72,92 %) осіб.

Найчастіші комбінації акцентуацій у контингенту ГД1 – «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 %). Типи акцентуацій, що переважали в контингенту ГД2, – «тривожна» (7 осіб, 14,58 %), «тривожно-педантична» (6 осіб, 12,50 %) та «емотивно-демонстративна» (4 особи, 8,33 %).

Встановили асоціацію найпоширеніших клінічних типів акцентуацій із показниками зниження критичності. Так, у ГД1 у 13 із 25 осіб, у яких діагностували «застрягально-демонстративний», «застрягально-екзальтований», «тривожно-демонстративний» і «демонстративний» типи акцентуації, визначили виражений (3 бали) ступінь зниження критичності до захворювання. Це статистично достовірно більше ($\chi^2 = 5,771$, $p < 0,05$), ніж при інших типах акцентуацій, що виявили в групі дослідження. Поєднання чотирьох названих клінічних типів акцентуацій з вираженим ступенем зниження критичності підтверджено ($\chi^2 = 12,293$, $p < 0,01$) і під час опрацювання даних усього контингенту дослідження (ГД1 + ГД2). Втім, у контингенту ГД2 ці клінічні типи виявили тільки у 7 (14,58 % групи) осіб, а «застрягально-екзальтований» тип взагалі не зафіксували.

У контингенту ГД2 із такими типами акцентуацій, як «тривожна» та «тривожно-педантична» (13 осіб, 27,08 % групи) виявили поєднання (χ^2 із поправкою Єйтса = 6,231, $p < 0,05$) з порушеннями критичності легкого ступеня (1 бал), що визначили в 10 із 13 осіб. Цю тенденцію підтверджено під час опрацювання даних усього контингенту дослідження (ГД1 + ГД2). В осіб із «тривожною» та «тривожно-педантичною» акцентуаціями достовірно частіше ($\chi^2 = 9,021$, $p < 0,01$) виявляли порушення критичності легкого ступеня (1 бал).

Визначили асоціацію зниження критичності з показниками окремих шкал опитувальника акцентуації характеру та темпераменту Леонгарда–Шмішека. Так, виражене зниження критичності (3 бали) пов'язане з показниками особистісного профілю, що перевищують 12 балів (ізолювано або в комбінації з іншими типами акцентуації) за такими шкалами: «демонстративний тип» (зв'язок визначили в 15 із 35 осіб, $\chi^2 = 8,462$, $p < 0,01$) і «застрягальний тип» (у 10 із 24 обстежених, $\chi^2 = 4,324$, $p < 0,05$). Зниження критичності легкого ступеня частіше спостерігали в осіб, в особистісному профілі яких виявлено показник шкали «тривожний тип», що ізолювано чи в комбінації з іншими типами акцентуації перевищує 12 балів (зв'язок встановили в 15 із 29 осіб, $\chi^2 = 8,716$, $p < 0,01$).

Характерологічні особливості клінічних типів акцентуації, що визначили, виявлялися через специфічні патерни поведінкового й емоційного реагування, підтверджені за результатами клініко-анамнестичного й клініко-катамнестичного дослідження, а також шляхом застосування клініко-психопатологічного та клініко-психосоціологічного методів.

Так, характерологічні особливості типів акцентуації ГД1, до яких належав «демонстративний» тип («демонстративний», «застрягально-демонстративний», «тривожно-демонстративний»), полягали в егоцентризмі, демонстративності, перебільшенні власних соматоформних феноменів і знецінення стану інших, мотивовані бажанням отримати додаткову увагу з боку лікаря, недотримання дистанції під час спілкування. При цьому в пацієнтів спостерігали виражене зниження критичності щодо наявних психопатологічних феноменів (передусім щодо тривоги, навіть якщо поведінкові та вегетативні ознаки очевидні) та причинно-наслідкових зв'язків у формуванні клінічної картини захворювання. Пацієнти знецінювали значущість або викривлювали об'єктивні дані щодо власного психотравматичного досвіду, створюючи в такий спосіб (за допомогою високої здатності до витіснення, фантазування та самонавіювання) більш «бажаний» для себе анамнез. В осіб із найпоширенішим у ГД1 «застрягально-демонстративним» типом акцентуації (16,67 % групи) до цих особливостей додавалася ригідність власних переконань, що підкріплена патерном отримання «вигоди» від наявних симптомів і незадоволеністю можливою перспективою «стати таким, як інші». Лабільність емоційних реакцій пацієнтів із «застрягально-демонстративним» типом акцентуації поєднувалась з інертністю щодо негативних емоційних переживань, схильністю до реакцій підозрілості та недовіри до медичного персоналу, скептичного ставлення до лікувально-діагностичних заходів. Це спричинило низьку прихильність до побудови комплаєнтних терапевтичних відносин, зумовивши істотні труднощі під час психотерапевтичної роботи. Характерними були намагання пацієнтів керувати процесом, при цьому психотерапевту мала належати роль слухача, який має лише співчувати та погоджуватися з почутим. Для осіб цієї групи істотні труднощі викликала необхідність корекції власних уявлень щодо психотерапевтичного процесу. Рівень прихильності до медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування в пацієнтів із такими особистісними характеристиками частіше за все був низьким.

Характерологічні особливості найпоширеніших у ГД2 клінічних типів акцентуації, до яких належав «тривожний тип» («тривожна» – 14,58 % групи, «тривожно-педантична» – 12,50 % групи), полягали у замкненості, зниженій самооцінці, підвищеній чутливості, сором'язливості, низькому рівні довіри до медичного персоналу та наявності пасивної підкорюваності, незацікавленості, а також виявляли патерни поведінки уникнення, що відіграла роль бар'єра в процесі формування комплаєнтних відносин. Разом із низьким рівнем комплаєнтності під час психотерапевтичної роботи, в пацієнтів цієї групи визначили високий рівень прихильності до медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування. Схильність до політематичних фобічних переживань – і характерологічна особливість, і клінічна ознака психічного захворювання (при досягненні певного рівня інтенсивності). Пацієнтам з такими особистісними характеристиками не властиві алекситимічні прояви. Провідним механізмом зниження критичності в цих хворих можна вважати гіпнозію щодо необ'єктивності власних фобічних переживань і поведінки уникнення, а також тенденцію до їх оцінювання як «нормальних», «необхідних для уникнення небезпеки» або невизнання поведінки уникнення, навіть коли це очевидно. При доповненні «тривожного» типу високими показниками «педантичного» типу ці особистісні характеристики не зазнавали суттєвих змін, спостерігали їх посилення, доповнення ознаками психічної торпідності та ригідності, що створювали додаткові труднощі для психотерапевтичного процесу.

Обговорення

Результати дослідження корелюють із даними вітчизняних [1] та іноземних дослідників [5,6], свідчать про наявність у хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади особливостей особистісного профілю, а також їхній зв'язок з явищами зниження критичності. Відповідно до встановлених відмінностей особистісних характеристик пацієнтів із соматоформним і тривожно-фобічним розладами виявили відмінності ступеня вираженості та патогенетичних механізмів зниження критичності.

Висновки

1. У результаті дослідження встановили особливості особистісних характеристик хворих на соматоформний, тривожно-фобічний розлади та їхній зв'язок із проявами зниження критичності.

2. Виявили, що соматоформний розлад характеризується виразнішим зниженням критичності до захворювання, ніж тривожно-фобічний. Так, згідно з результатами дослідження, виражене зниження критичності при соматоформному розладі (35,19 %) визначали частіше ($p < 0,05$), ніж при тривожно-фобічному розладі (14,58 %). Натомість тривожно-фобічний розлад переважає ($p < 0,01$) над соматоформним розладом за показником кількості осіб із легким порушенням критичності (43,75 % і 18,52 % відповідно).

3. Визначили кількісні та якісні відмінності особистісного профілю в пацієнтів із соматоформним і тривожно-фобічним розладами. При соматоформному

розладі статистично достовірно ($p < 0,05$), ніж при тривожно-фобічному, переважають показники шкал «тривожний тип» ($13,62 \pm 6,86$ і $8,56 \pm 5,72$ бала відповідно, $p < 0,01$), «дистимічний тип» ($9,42 \pm 6,00$ і $6,94 \pm 4,34$ бала, $p < 0,05$) та «емотивний тип» ($9,30 \pm 6,13$ і $6,98 \pm 4,10$ бала, $p < 0,05$). Особистісний профіль хворих із тривожно-фобічним розладом порівняно з пацієнтами з соматоформним розладом характеризується вищими показниками за шкалами «демонстративний тип» ($13,55 \pm 8,07$ і $9,36 \pm 6,42$ бала відповідно, $p < 0,01$), «застрягальний тип» ($12,48 \pm 7,76$ і $9,28 \pm 7,43$ бала, $p < 0,05$) та «екзальтований тип» ($11,42 \pm 7,36$ і $8,52 \pm 6,97$ бала відповідно, $p < 0,05$).

4. Встановили найпоширеніші клінічні типи акцентуацій у пацієнтів із соматоформним розладом («застрягально-демонстративна» (16,67 % групи), «застрягально-екзальтована» (11,11 %), «тривожно-демонстративна» та «демонстративна» (по 9,26 % кожного типу)), а також характерне для них виражене зниження критичності ($p < 0,05$). Типи акцентуації, що переважають у контингенту з тривожно-фобічним розладом («тривожна» (14,58 % групи), «тривожно-педантична» (12,50 % групи)), мають зв'язок ($p < 0,01$) із порушенням критичності легкого ступеня.

5. Виявили специфічні патерни поведінкового й емоційного реагування, характерні для клінічних типів акцентуації, що домінують, і їхній зв'язок з особливостями психопатогенезу у хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади. Для пацієнтів із демонстративним типом акцентуації (який виявляли ізольовано або в комбінації з застрягальним і тривожним типами, переважав в осіб із соматоформним розладом) характерне виражене зниження критичності щодо наявних психопатологічних феноменів (переважно внаслідок явища алекситимії) та причинно-наслідкових зв'язків у формуванні клінічної картини захворювання (внаслідок високої здатності до витіснення, фантазування та самонавіювання). Характерологічні особливості найпоширеніших серед контингенту хворих із тривожно-фобічним розладом клінічних типів акцентуації («тривожна» – 12,96 %, «тривожно-педантична» – 11,11 % групи) визначали зниження критичності шляхом піпозії хибності власних фобічних переживань і поведінки уникнення.

6. Характеристики особистісного профілю, зв'язки з механізмами формування і ступенем зниження критичності, що визначили в результаті дослідження, дають підстави для розроблення персоналізованої системи корекційних впливів, використовуючи психоосвітні та психотерапевтичні підходи. Її застосування покращить результати лікування пацієнтів із соматоформним і тривожно-фобічними розладами.

Перспективи подальших досліджень. Визначення особливостей особистісного профілю, а також патогенетичних механізмів зниження критичності в кожному клінічному випадку є важливою складовою персоналізації та оптимізації необхідних заходів щодо корекції зниження критичності для підвищення ефективності психотерапевтичного, медикаментозного лікування цього контингенту. Перспективними вважаємо розроблення й апробацію персоналізованої системи корекційних впливів, застосовуючи психоосвітні та

психотерапевтичні підходи, а також дані щодо зв'язків характеристик особистісного профілю з особливостями зниження критичності, що одержали в результаті цього дослідження.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 30.09.2022

Після доопрацювання / Revised: 07.10.2022

Прийнято до друку / Accepted: 27.10.2022

Відомості про авторів:

Хоміцький М. Є., д-р мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: [0000-0002-8622-6718](https://orcid.org/0000-0002-8622-6718)

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

ORCID ID: [0000-0001-8865-863X](https://orcid.org/0000-0001-8865-863X)

Information about the authors:

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

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

References

- Chugunov, V. V. (2020). *Psykhopatoholichna syndromolohia: psykhoterapevtychni pidkhody* [Psychopathological syndromes: psychotherapeutic approaches] (6th ed.). Lviv : Marchenko T. V. [in Ukrainian].
- Pidlubnyi, V. L. (2021). Prohnostychnе ta sotsialno-ekonomichne znachennia vykorystannia systemnoi modeli otsiniuvannia psykhnichnoho zdorovia [Prognostic and socio-economic significance of using the mental health assessment system model]. *Zaporozhye Medical Journal*, 23(2), 286-292. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.2.205344>
- Yurіeva, L. M. (Ed.). (2017). *Kryzovi stany v suchasnykh umovakh: diahnozyka, korektsiia ta profilaktyka* [Crisis situations in modern conditions: diagnosis, correction and prevention]. Halereia Prynt. [in Ukrainian].
- Skrypnikov, A. M., Herasymenko, L. O., & Isakov R. I. (2016). *Psykho-sotsialna dezadaptatsiia pry posttravmatychnomu stresovomu rozladi u zhinok* [Psychosocial maladaptation in post-traumatic stress disorder among women]. Poltava: ASMI. [in Ukrainian].
- Guo, X., Lin, F., Yang, F., Chen, J., Cai, W., & Zou, T. (2022). Gut microbiome characteristics of comorbid generalized anxiety disorder and functional gastrointestinal disease: Correlation with alexithymia and personality traits. *Frontiers in psychiatry*, 13, 946808. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.946808>
- Koelen, J. A., Eurelings-Bontekoe, E. H., Stuke, F., & Luyten, P. (2015). Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder. *International journal of psychiatry in medicine*, 49(4), 264-278. <https://doi.org/10.1177/0091217415589303>
- Łakuta, P. (2019). Personality Trait Interactions in Risk for and Protection against Social Anxiety Symptoms. *The Journal of psychology*, 153(6), 599-614. <https://doi.org/10.1080/00223980.2019.1581723>
- Mielimaka, M., Rutkowski, K., Cyranka, K., Sobański, J., Müldner-Nieckowski, Ł., Dembińska, E., Smiatek-Mazgaj, B., & Klasa, K. (2015). Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości [Effectiveness of intensive group psychotherapy in treatment of neurotic and personality disorders]. *Psychiatria polska*, 49(1), 29-48. <https://doi.org/10.12740/PP/26093>