

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота

**ОСОБЛИВОСТІ МЕНТАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ
ВИРАЖЕНОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
СИМПТОМАТИКИ**

Виконала: студентка

6 курсу, групи ЗПП20/М

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми «Клінічна психологія

з основами психодинамічної терапії»

Товкач М.В.

Науковий керівник:

Турецька Х.

Рецензент

Львів – 2022

ЗМІСТ

Вступ.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛІЗАЦІЇ В ОСІБ З РІЗНОЮ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ.....	7
1.1. Феномен металізації в психології та психотерапії.....	7
1.2. Дефіцит металізації крізь призму межового розладу особистості.....	12
1.3. Роль металізації у діагностиці клінічно-психологічної симптоматики.....	16
1.4. Теоретична модель дослідження	22
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВИРАЖЕНОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ.....	25
2.1. Опис групи досліджуваних	25
2.2. Характеристика методів дослідження	26
2.3. Статистичний аналіз даних.....	33
Висновки до другого розділу.....	34
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВИРАЖЕНОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ	35
3.1. Особливості взаємозв'язку металізації, рефлексивної функції та алекситемії.....	35
3.2. Виявлення зв'язків між особливостями металізації та вираженістю клінічно-психологічної симптоматики	36
3.3. Виявлення відмінностей металізації осіб з різним рівнем клініко-психологічної симптоматики.....	46
3.4. Дискусія результатів.....	49

Висновки до третього розділу.....	3 52
ВИСНОВКИ.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55
ДОДАТКИ.....	60

ВСТУП

Актуальність:

Останнім часом теорія менталізації набуває популярності як теоретична модель, яка підкреслює соціальне пізнання як ключове питання у розумінні психопатології. Менталізація – або рефлексивна функція як операціоналізація менталізації — це здатність розуміти й інтерпретувати поведінку людини з точки зору основних психічних станів себе та інших. Ці психічні стани включають почуття, емоції, потреби, бажання, , переконання та цілі. (Fonagy & Target, 2006).

Здатність до менталізації відіграє ключову функцію в міжособистісній поведінці з кількох причин. Наприклад, менталізація дає можливість людям сприймати та обмірковувати дії та поведінку, тому це життєво важливо для диференційованого розуміння людської поведінки (Slade, 2005). Крім того, менталізація має велике значення в регулюванні міжособистісних стосунків (Fonagy & Bateman, 2006). Також, дослідження демонструють важливість менталізації в різних областях психопатології. Розлади, які включають патологію Я, наприклад, прикордонний розлад особистості, особливо тісно пов'язаний з порушеннями менталізації (Fonagy & Luyten, 2009). Важливо ще враховувати, що порушення здатності менталізувати пов'язані з небезпечною прив'язаністю (Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991).

Такі психічні розлади, як соматизація (Spaans, Veselka, Luyten, Buhning, 2009), депресія (Fischer-Kern et al., 2013; Donges et al., 2005), соціальний тривожний розлад (Niels-Christensen, Stein та Means-Christensen, 2003; Kashdan, Weeks, Savostyanova, 2011), obsesивно компульсивний розлад (Abramowitz, Taylor, McKay, 2009; Darvishi 2013) та шизофренія (Montag et al., 2011; Pickup & Frith, 2001), можуть бути пов'язані з дефіцитом менталізації та рефлексивної функції.

У даному дослідженні зосереджена увага на вивченні особливостей менталізації в осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики. Що важливо, дослідження проводилось на неклінічній вибірці, тому в даному контексті буде сприймати ширшому розумінні концепції менталізації, оскільки до того більшість досліджень проводились саме на клінічній вибірці.

Об'єкт: менталізація

Предмет: особливості менталізації осіб з різними рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики

Мета дослідження: з'ясувати особливості менталізації серед осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики.

Завдання дослідження:

1. Аналіз поняття менталізації в науковій літературі.
2. Вивчення наукових підходів, концепцій, які стосуються особливостей менталізації осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики.
3. Розробити план дослідження та підібрати діагностичний інструментарій.
4. Емпірично з'ясувати особливості менталізації осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики

Гіпотеза:

1. Існує відмінність вираженості клініко-психологічної симптоматики в осіб з різною здатністю до менталізації, а саме в осіб з нижчою здатністю до менталізації будуть вищі показники соматизації, тривожності, депресії та фобічної симптоматики, у порівнянні з особами з вищою здатністю до менталізації.

Методики дослідження: методика вимірювання здатності до менталізації (Mentalization Questionnaire) адаптація Турецька Х. та Кунікевич Б., Торонтську алекситемічну шкалу (Toronto Alexithymia Scale) у адаптації Психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, опитувальник на визначення рефлексивної функції для молоді (The Reflective Function Questionnaire for Youth), методику самооцінки психічних станів (Self-assessment of mental states) та опитувальник базових симптомів (Symptom Checklist Scale 90) у адаптації Дембіцького С. та Середи Ю.

Група досліджуваних: у дослідженні взяло участь 51 респондент, з них 32 жіночої та 19 чоловічої статі, віком від 14 до 36 років.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (90 найменувань) та 6 додатків. У роботі подано загалом 1 таблиця, 24 рисунка. Зальний обсяг роботи – 68 сторінки, основний зміст містить 54 сторінки.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛІЗАЦІЇ В ОСІБ З РІЗНОЮ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ

1.1. Феномен металізації в психології та психотерапії

Менталізація — це здатність сприймати та інтерпретувати поведінку в термінах навмисних психічних станів, уявляти, що думають і відчують інші. Fonagy (2006) визначає менталізацію як форму передсвідомої образної психічної діяльності, а саме інтерпретація поведінки людини в термінах психічних станів. Менталізація також включає метакогнітивні навички, тобто здатність думати про мислення. Менталізація в цьому сенсі означає бути відкритим до непрозорості психічних станів і включає усвідомлення того, що психічні стани можуть швидко змінюватися, що вони не такі стабільні, як фізичні речі, і що висновки про власний і чужий психічний стан допомагають розуміти, що соціальна взаємодія водночас схильна до помилок. Менталізація є уявою, тому що індивід повинен уявити, що можуть думати або відчувати інші люди. На думку Fonagy (2006), важливим показником високої якості менталізації є усвідомлення того, що індивід не знає і не можемо точно знати, що в чужій свідомості. Щоб уявити інших як такі, що мають розум, індивіду необхідна символічна система репрезентації психічних станів, а також повинна бути змога вибірково активувати стани розуму відповідно до конкретних намірів, що вимагає контролю уваги.

Allen (2006) наголошує, що менталізація стосується величезної кількості психічних станів: бажань, потреб, почуттів, думок, переконань, галюцинацій та снів, і це лише деякі з них. Менталізація стосується подібних станів не тільки в собі, а й у інших людей. І, як розумова діяльність, менталізація включає широкий спектр когнітивних операцій, що стосуються психічних станів, включаючи сприйняття, розпізнавання, опис, інтерпретацію, висновки, уяву, моделювання, запам'ятовування, рефлексію та передбачення.

Здатність розуміти себе як психічного агента виростає з міжособистісного досвіду, зокрема первинних об'єктних відносин (Fonagy, 2003). Відчуття немовляти себе як окремого розуму не є генетичною даністю;

воно розвивається протягом дитинства, і розвиток відчуття себе критично залежить від взаємодії з більш зрілим об'єктом, який є доброзичливими, рефлексивними та достатньо емоційно налаштованим. Fonagy (2003) наголошує, що менталізація включає як саморефлексію, так і міжособистісний компонент, що підкріплюється великою кількістю специфічних когнітивних навичок, включаючи розуміння емоційних станів, увагу та контроль над емоційними станами, а також здатність думати про суб'єктивні стани інших. У сукупності ці функції дозволяють індивіду відрізнити внутрішню реальність від зовнішньої, а внутрішні психічні та емоційні процеси від міжособистісних подій.

Вважається, що поняття менталізації з'явилося на основі чотирьох відмінних теоретичних коренів, а саме: когнітивна психологія; психоаналітична теорія об'єктних відносин; франкомовний психоаналіз; і психопатологія розвитку під впливом теорії прихильності (Holmes, 2006). Когнітивні психологи розвинули концепцію теорії розуму, щоб пояснити деякі труднощі, з якими стикаються люди, які страждають на аутизм, а також формальні відмінності в розвитку між аутичним і нормальним способами мислення (Baron-Cohen et al., 1995). Для того, щоб діяти в інтенсивному соціальному світі людської взаємодії, необхідно розуміти, що інші мають схожий розум, але ніколи не ідентичний індивіду.

В межах теорії розуму, Sharp (2006) висловила припущення, що соціальні труднощі, з якими стикаються люди з аутизмом, виникають через їх нездатність концептуалізувати інших як тих, хто також має розум і, отже, погляди, відмінні від їх. Люди розглядаються як такі, що нічим не відрізняються від речей, і їх не можна зрозуміти як бажання і плани, які можуть перетинатися або не перетинатися з планами аутичного суб'єкта. В результаті міжособистісний світ стає незрозумілим і непередбачуваним, що призводить до оборонного відсторонення та заклопотаності собою. При нормальному розвитку, теорія розуму виникає у дітей у перші п'ять років життя. Як було продемонстровано у дослідженні Sharp (2006), приблизно у віці трьох років діти

припускають, що чужі погляди на світ обов'язково збігаються з їхніми, проте ближче вже до п'яти років діти починають розуміти, що розум іншої людини може дивитися на світ інакше в залежності від доступної їй інформації. Від цього лише невеликий крок до теорії менталізації, тобто до погляду на те, що світ завжди фільтрується через перспективний розум, який може бути більш-менш точним у своїй оцінці реальності.

Кляйніанський психоаналітик Bion (1962) запропонував схематизовану теорію походження мислення. Bion (1962) намагався дослідити загальне походженням самої думки, а не специфічною і когнітивно-афективною здатністю, яку представляє менталізація. Тим не менш, ідеї Bion (1962) допомагають глибше заглянути в те, що пов'язано з менталізацією.

Bion (1962) виходить з ідеї, що мислення, яке також можна було б назвати уявою, виникає у відповідь на відсутність. У своїй теорії Bion (1962) розрізняє думки та апарат, який мислить думки, або іншими словами мислення. Думки повинні стримуватись мислителем, тобто тим, хто може їх думати. Здатність мислити думки Bion (1962) називає альфа-функцією. Альфа-функція перетворює бета-елементи (думки без мислителя) в альфа-елементи, які потім доступні для роздумів, тобто для менталізації.

За словами Bion (1962), успішне перетворення бета-елементів в альфа-елементи призводить до встановлення «контактного бар'єру» між несвідомим і свідомим мисленням. Це означає, що, з одного боку, людина може розрізнити соматичні відчуття, неназвані бажання та почуття (бета-елементи), а з іншого, думки чи концепції (альфа-елементи), які утворюють матеріал раціонального мислення. Така диференціація дозволяє людині впевнено відрізнити реальність від фантазії, що є ключовим компонентом здатності до менталізації. Такої думки дотримувались також Blasi, Zanette та Ferro (2017) у своєму дослідженні, де вони розглядали концепцію менталізації як алфавітизацію емоцій. Відповідно до цього можливо розглядати менталізацію як здатність мислити емоційний досвід, створювати символи, починаючи з невідомих відчуттів, а потім перетворювати їх у думки.

Підходячи до концепції менталізації, франкомовний психоаналіз виходять із ідеї Freud (1895), що думка виникає із зв'язування нестримних енергій драйву. За відсутності такого зв'язування психічна енергія або розряджається за допомогою дії, або спрямовується на соматичні процеси, що клінічно проявляється як соматизація. Так, Lecours і Bouchard (1997) розглядають клінічний феномен соматизації в термінах алекситемії – операційного або роботоподібного мислення, позбавленого афектів, що вони спостерігають у групи пацієнтів схильної до соматизації. Менталізація з цієї точки зору є антитезою алекситемії або, як висловлюються Lecours і Bouchard (1997), розривним імпульсом, тобто розігруванням. На думку Lecours і Bouchard (1997) менталізація містить у собі здатність перетворювати драйви в почуття, а також репрезентувати, символізувати, сублімувати, абстрагувати і розмірковувати. Таким чином, без менталізації повторення, чи розігрування, є неминучим.

У свою чергу, теорія менталізації, яку розвинув Fonagy та його колеги (2002), багато в чому базується на теорії Winnicott (1971) про перехідний простір, бар'єр свідомого та несвідомого контакту. У цьому просторі з думками та почуттями можна гратися, наче вони реальні, тоді як реальність можна безпечно деконструювати, як ніби це фантазія. Впровадження моделі Winnicott (1971) найбільш чітко видно у розрізненні Fonagy, Steele M., Steele H. і Target (1997) між режимом удавання і режимом психічної еквівалентності мислення:

- У режимі психічної еквівалентності світ є таким, яким його сприймає індивід, відкидається ідея про те, що у інших сприйняття світу може відрізнятись. Негативні внутрішні переживання відчуються як реальні.
- Режим удаваності характеризується відходом у світ фантазій. Психічний світ відірваний від реальності, ідеї не будують міст між внутрішньою і зовнішньою реальністю, емоції часто не відповідають змісту думок.

Так виглядає, ніби в обох випадках індивіди з дефіцитом менталізації не помічають, що при сприйнятті світу необхідно враховувати, що в інших теж є мислення. Fonagy та його колеги (1997) стверджують, що менталізація

передбачає здатність розрізняти удавані та еквівалентні способи мислення, тримати їх роздільними та дозволяти рух між свідомим і несвідомим мисленням.

Люди, які страждають на прикордонний розлад особистості, страждають від відсутності міцного відчуття себе: на глибокому рівні вони не знають, хто вони і як впливають на інших. Ця неусвідомленість неминуче обмежує або дестабілізує їхню здатність формувати інтимні стосунки та ефективно діяти в міжособистісному світі. Здатність провести цю відмінність виникає, на думку Fonagy та колег (2002), через інтенсивні інтерактивні процеси між вихователем і дитиною в перші роки життя. У нормальному розвитку перехідний простір, особливо віддзеркалення взаємодії між матір'ю і дитиною, забезпечують основу для такого відчуття себе. Дитина дізнається, хто вона і які її почуття, завдяки здатності матері відображати жести дитини за допомогою ігрових дзеркальних відповідей. У міру розвитку, граючи наодинці або з іншими, уява дитини та відчуття того, що насправді є світ, розвиваються паралельно. Дитина починає будувати картину того, де починається і закінчуються внутрішня і зовнішня реальність, а це дозволяє дитині враховувати внесок власних почуттів у оцінку світу. Разом з появою здібностей до самоменталізації, дитина вчиться брати до уваги ментальність інших як пояснення їхніх дій і реакцій.

Загальна передумова, що лежить в основі підходу до менталізації, полягає в тому, що безпечна прив'язаність призводить до появи менталізації і, навпаки, що здатність до менталізації є маркером надійної прив'язаності. Дослідження підтверджують думку про те, що здатність матері розуміти переживання своїх дітей і вміти гратися з ними, тісно пов'язане з безпечною прив'язаністю у цих дітей (Slade, 1999; Meins et al. , 1998). Також, з'являється все більше доказів того, що форми ненадійної прив'язаності, особливо дезорганізована прив'язаність, ставлять під загрозу розумові здібності в подальшому житті (Grossman, Grossman, Waters, 2005).

Таким чином, менталізація як концепція має три різні інтелектуальні корені. Віон і когнітивні психологи спираються на розуміння різниці між

власне емоційними переживаннями та думками про них. Франкомовні психоаналітики залишаються вірними раннім концепціям Freud, заснованими на драйві. Fonagy та його колеги пов'язують клінічний досвід з висновками психопатології розвитку. Франкомовні психоаналітики та Bion прагнуть до повного пояснення самого процесу мислення, тоді як Fonagy та його колеги зосереджуються на конкретному аспекті мислення: здатності розуміти інших і себе. Так виглядає, що скромніша мета Fonagy та його колег може дати більше можливостей, ніж спроби використати психоаналітичні ідеї для пояснення всього функціонування людського розуму.

1.2. Дефіцит менталізації крізь призму межового розладу особистості

Визначення менталізації має досить загальний характер, через це можна припускати, що більшість психічних захворювань буде характеризуватись деякими труднощами з процесом менталізації. На думку Bateman та Fonagy (2010), більшість психічних розладів можна розглядати як помилка свідомості при інтерпретації досвіду самого себе, тобто зрештою як порушення менталізації. У своїх працях Bateman та Fonagy (2004, 2010) часто звертались до прикордонного розладу особистості, оскільки понятійний апарат менталізації та прив'язаності корисний для моделі розуміння розвитку даного розладу.

Вважається, що основними ознаками прикордонного розладу особистості (ПРО) є емоційна дисрегуляція (Linehan, 1993; Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus та Linehan, 2008), високий рівень імпульсивності (Grootens et al., 2008), що призводить до самоушкоджень та суїцидальності (Black, Blum, Pfohl та Hale, 2004), а також порушення міжособистісного функціонування (Hill et al., 2008), що також виражається у високих рівнях заклопотаності та дезорганізації моделей прив'язаності у пацієнтів з прикордонним розладом особистості (Levy, Meehan, Weber, Reynoso, та Clarkin, 2005). Важкий стан прикордонного розладу особистості часто супроводжується розладами настрою та тривожними розладами, біполярним розладом, шизотипним і нарцисичним розладом особистості (Grant et al., 2008). У

прикордонних пацієнтів також помічали характерну модель тривожно-уникаючої прив'язаності, хворобливу нетерпимість до самотності, гіперчутливість до соціального оточення, очікування ворожості з боку інших та значно менше позитивних спогадів діадних взаємодій (Critchfield, Levy, Clarkin, та Kernberg, 2008).

Fonagy та Luyten (2009) підкреслюють ще три аспекти прикордонного розладу особистості, які з'являються в наслідок порушення соціальних зв'язків. По-перше, пацієнти з ПРО частіше повідомляють про дисоціативну супутню хворобу, ніж інші групи (Sar, Akyuz, Kugu, Ozturk, & Ertem-Vehid, 2006). По-друге, ПРО також характеризується порушенням почуттям ідентичності, що вкорінене в дисфункції або дефіциті почуття власної волі (Barnow, Ruge, Spitzer, Freyberger, 2005). По-третє, переживання інтенсивного внутрішнього болю, яке не відповідає значущості події, може бути основною ознакою ПРО, що часто пов'язується з порушеними стосунками (Gunderson, Lyons-Ruth, 2008). Зазвичай це викликано соціальними ситуаціями, які передбачають відторгнення, покидання та/або ізоляцію, включають сильне почуття сорому, і можуть спровокувати дисоціацію (Philipsen et al., 2004).

Концепція менталізації зазнала відповідної критики як маркера специфічної форми психопатології, такої як ПРО, оскільки в її первісному формулюванні це поняття було занадто широким і багатогранним, щоб бути операціоналізованим (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Як наслідок, Luyten, Fonagy et al. (2009), запропонували характеристику менталізації, яка організована на основі чотирьох полярностей: автоматична/керована, когнітивна/афективна, внутрішня/зовнішня та орієнтована на себе/іншого. Нижче розглядається релевантність кожної з цих полярностей до труднощів з менталізацією, з якими стикаються пацієнти з ПРО, і опис, як ці труднощі пов'язані з основними ознаками ПРО, про які йшлося вище.

Різниця між автоматичним і контрольованим соціальним пізнанням існувала як в соціальній, так і в когнітивній психології деякий час, але в області менталізації воно було застосовано відносно недавно (Satpute, Lieberman, 2006).

Явна менталізація зазвичай інтерпретується свідомо, вербально та рефлексивно. Це послідовний і повільний процес, який вимагає уваги, усвідомлення та зусиль. Навпаки, автоматична або неявна менталізація сприймається несвідомо, невербально і нереклексивно. Характерним для цього є дзеркальне відображення. Вона передбачає паралельну і, отже, набагато швидшу обробку, вимагає невеликих зусиль чи зосередженої уваги.

Що стосується характеристики менталізації на основі внутрішнього і зовнішнього сприйняття, то пацієнти з ПРО насамперед демонструють дефіцит у прийнятті суджень про психічний стан, коли вимагається зосередження уваги на власних внутрішніх психічних станах. Кінг-Казас та його колеги (2008) попросили пацієнтів з ПРО взяти участь у нейроекономічному соціальному обміні та виявили, що їм було важко передбачити ймовірний вплив їхніх дій на партнера, якого вони ніколи раніше не зустрічали. Натомість, велика кількість досліджень свідчить про те, що завдання з менталізації, які зосереджують увагу на зовнішньому світі, викликають менше проблем у цих пацієнтів, і фактично було виявлено, що пацієнти з ПРО надчутливі до виразів обличчя інших (Domes et al., 2008).

Найпоширеніша відмінність менталізації полягає у розрізненні когнітивного та афективного змісту. Baron-Cohen, Golan, Chakrabarti та Belmonte (2008) визначили дві незалежні системи обробки, якими зазвичай будуть аналізуватися ці категорії вмісту: теорія механізму розуму (ТОММ) і система емпатії (TESS). Розуміння емоцій і міркування переконання-бажання зазвичай взаємодіють і лише в поєднанні породжують справжнє соціальне розуміння в тому, що називається менталізованою афективністю або «почуттям» (Fonagy et al., 2002).

На думку Fonagy та Luyten (2009), при прикордонному розладі особистості, система TESS працює активніше, що у свою чергу компенсує дисфункціональну систему ТОММ. Це може призвести до таких характеристик, як схильність до емоційного зараження, надмірна чутливість до деяких емоційних сигналів, схильність до перевантаження афектами та нездатність

інтегрувати афективні знання з більш рефлексивними та когнітивними знаннями щодо інших і щодо себе (Blatt, 2008). Ймовірно, це матиме особливий вплив на здатність людини до справжнього співпереживання, якщо фактична відповідність установок між собою та іншими є недосконалою.

Описуючи відмінності у менталізації орієнтованої на себе та інших, Fonagy та Luyten (2009) наголошують, що тут не так важлива дихотомія, а швидше як ці процеси взаємодіють між собою. Дослідження нейровізуалізації підтверджують припущення, що уявлення про розум іншого підтримується тими ж системами мозку, що й ідентифікація власних думок і почуттів (Dimaggio, Lysaker, Carcione, Nicolo, Semerari, 2008). Таким чином, виділюють дві системи нейров'язків, які дозволяють обробляти інформацію про себе та інших. Перша система включає лобно-тім'яну дзеркальну нейронну систему, яка більше заснована на тілесному рівні та бере участь у розумінні мультимодального «Я», розпізнавання обличчя та тіла, розуміння інших за допомогою механізмів моторної симуляції (Rizzolatti, Craighero, 2004). Це говорить про те, що фундаментальний процес, який дозволяє оцінити дії та емоції інших, включає активацію дзеркальної нейронної системи для дій і активацію вісцеромоторних центрів для розуміння афекту. Друга, кортикальна система, складається з медіальної префронтальної кори, передньої поясної кори та скроневоготім'яного з'єднання в бічнійтім'яній корі (Lieberman, 2007; Uddin et al., 2007), відіграє центральну роль у цьому процесі. Ця система менше ґрунтується на тілі та обробляє інформацію про себе та інших більш абстрактним і символічним способом (Frith, 2007; Uddin et al., 2007). Важливо, що на відміну від лобно-тім'яної системи, вона в основному формується в процесі розвитку міжособистісних стосунків. Спільність онтогенезу та нейронної структури у пізнанні себе та інших вказує, на думку Fonagy (2009), на міжособистісне походження «Я», яке переживає себе та інших «Я» як мотивованих психічними станами.

Хоча концепція менталізації та структура терапії на основі менталізації спочатку була розроблена як відповідь на труднощі, з якими клініцисти

стикаються при лікуванні прикордонного розладу особистості, і на теперішній момент вважається однією з двох домінуючих напрямків для лікування прикордонного розладу (Swenson, Choi-Kain, 2015), зараз менталізація використовується як ключова клінічна основа для лікування ряду розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад, розлади харчової поведінки та депресія (Bateman, Fonagy, 2010). Це розширення сфери застосування менталізації ґрунтується на більш сміливому твердженні, що не тільки дисфункція здатності розуміти психічні стани є причиною звернутись до психотерапії, але й підвищення здатності до менталізації є основною загальною ціллю у всіх психотерапевтичних стосунках (Bateman, Fonagy, 2012).

1.3. Роль менталізації у діагностиці клінічно-психологічної симптоматики

Проаналізувавши поняття менталізації з боку підходу до розуміння прикордонного розладу особистості, буде також доцільно зупинитись на інших психічних розладах та розглянути як менталізації може допомогти у розумінні клінічно-психологічної симптоматики.

Як зазначалось вище, один з теоретичних коренів менталізації був заснований на проблематиці алекситемії серед пацієнтів, у яких спостерігаються соматичні симптоми. Непояснені з медичної точки зору соматичні симптоми визначаються як фізичні симптоми з поки невідомими органічними причинами та/або дезадаптивною реакцією на органічні фізичні симптоми, які тривають щонайменше 3 місяці (APA, 2013). Дослідження показують, що не надійна прив'язаність відіграє посередницьку роль у зв'язку між травмою та соматизацією, і що тривожний стиль прив'язаності особливо збільшує вразливість до соматизації (Ciechanowski, Walker, Katon, Russo, 2002; Waldinger, Schulz, Barsky, Ahern, 2006). Waldinger et al. (2006) показали, що дитяча травма впливає на рівень соматизації, сприяючи розвитку небезпечної тривожної прив'язаності у жінок. Проте мало відомо про механізми, що лежать в основі зв'язку між не надійною прив'язаністю та соматизацією. Одне з можливих пояснень полягає в тому, що люди з ненадійним стилем

прив'язаності відчують дефіцит менталізації, тобто здатності розуміти як себе, так і інших з точки зору їхніх потреб, причин, думок, почуттів, побажань та особистих бажань (Fonagy et al., 2002; Fonagy and Luyten, 2009).

Погані навички менталізації можна вважати порушенням регуляції афектів, і є певні докази зв'язку між дефіцитом менталізації та неправильною інтерпретацією станів тіла. Наприклад, люди з проблемами менталізації можуть не інтерпретувати фізичні відчуття як негативні емоційні стани (Spraans, Veselka, Luyten, Buhning, 2009). Ці хибні тлумачення часто трапляються у пацієнтів із соматизацією (Luyten, van Houdenhove, Lemma, Target, Fonagy, 2012). Пацієнти з соматизацією не здатні пов'язувати емоційні відчуття з станами тіла і мають труднощі з інтерпретацією та описом тілесних почуттів і відчуттів. Це, у свою чергу, може призвести до надмірного чіпляння за біологічні пояснення хвороби та заперечення можливих психосоціальних факторів (Allen, Fonagy, Bateman, 2008). Riem, Doedée, Broekhuizen-Dijksman, та Beijer (2018) підтверджують, що пацієнти, які схильні до соматизації, не відчують афективного збудження як почуття, а натомість відчують емоційний дистрес соматично. Таким чином, дефіцит менталізації, здається, відіграє певну роль у більш високих рівнях соматизації.

Окрім схильності до соматизації, дефіцит менталізації може відігравати певну роль у розвитку депресивних розладів. Luyten, Lemma, Target, (2012) розробили підхід до депресії, заснований на менталізації, в рамках теорії прив'язаності. За словами Bowlby (1980), першого теоретика прив'язаності, депресію можна розуміти як реакцію на несприятливий досвід раннього дитинства. Він описав три основні обставини, які, найімовірніше, пов'язані з подальшим розвитком депресії. По-перше, коли дитина ніколи не досягає стабільних і безпечних стосунків з батьками, незважаючи на великі зусилля, і згодом розвиває модель себе як невдачу і сприймає втрату чи розчарування як свою власну провину. По-друге, коли батьки дають дитині повідомлення про те, що вона некомпетентна чи нелюбима, дитина розвиває відповідну модель себе як некомпетентного та нелюбимого. По-третє, коли один з батьків дитини

помирає, і він чи вона стикається з неможливістю оплакування (Bowlby, 1980). У дорослому житті особи, які зазнали такого досвіду в дитинстві, вразливі до депресії, коли стикаються з проблемами прив'язаності у поточних стосунках. Наближення розриву у стосунках може сприйматися як результат відкидання чи втрати, невдачі або комбінації цих міжособистісних та внутрішньоособистісних стресових факторів. Як міркує Luyten з колегами (2012), усвідомлення розриву стосунків, у свою чергу, становить загрозу для самого себе, що призводить до порушення та/або викривленої менталізації щодо власних і чужих мотивацій та бажань. Крім того, припускається, що депресивний настрій призводить до подальшого підвищення рівня збудження та стресу, що призводить до порушень і викривлень менталізації, що, у свою чергу, може призвести до втрати стійкості перед стресом.

Однак, досліджень, що вивчали менталізацію у пацієнтів з депресією, дають суперечливі результати. Fischer-Kern et al. (2013) виявили низькі показники менталізації у стаціонарних пацієнтів із великим депресивним розладом порівняно з контрольною вибіркою, тоді як Taubner та ін. (2011) не виявили різниці між пацієнтами з хронічною депресією та контрольною здоровою групою. Що стосується полярності мислення «Я-інший», теорії, що пояснюють депресивні розлади відповідно до менталізаційної моделі, підкреслюють підвищену заклопотаність собою у пацієнтів з депресією (Donges et al., 2005) і нижчу здатність справлятися зі складними емоціями інших (Bateman and Fonagy 2015). Більше того, люди з депресією стурбовані самодосвідом, менш емпатійно налаштовані на інших і мають більші недоліки в їх здатності концептуалізувати емоції інших, але не свої (Donges et al., 2005).

Цікавим є дослідження Lily Rothschild-Yakar та колег (2019), де було проаналізовано зв'язок менталізації з депресією та анорексією. Групи з алекситемією та депресією демонстрували нижчу загальну здатність до менталізації та вищий рівень алекситимії, ніж у контрольної групи. Підвищена менталізація та адекватна регуляція афекту передбачили меншу тяжкість симптомів розладу харчування. Проте, Lily Rothschild-Yakar та колеги (2019)

дійшли висновку про те, що недоліки менталізації та регуляції афектів не є винятковими для анорексії, а можуть бути пов'язані з психопатологією в цілому.

Варто також розглянути наскільки добре індивіди з obsесивно-компульсивним розладом здатні сприймати свої психічні стани та інших. Obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) є частим і виснажливим тривожним розладом з постійним перебігом, що характеризується нав'язливими ідеями або компульсивами, які викликають сильний дистрес і заважають когнітивному функціонуванню пацієнтів (Abramowitz, Taylor, McKay, 2009). Клінічні дослідження повідомляють, що дефіцит емоційної свідомості та сприйняття є більш поширеним серед пацієнтів з ОКР порівняно з контрольною здоровою групою (Darvishi 2013). Пацієнти з ОКР демонструють нижчу продуктивність при виконанні завдань менталізації, ніж контрольна здорова група (Sayin 2010). Кілька досліджень показують, що пацієнти з ОКР мають труднощі в емоційному сприйнятті та емпатії (Kang, Namkoong, Yoo, Jhung & Kim 2012; Grisham & Norberg 2010). У своєму дослідженні Kang разом з колегами (2012) підкреслюють, що дефіцит емоційної свідомості може мати вирішальне значення для підтримки obsесивно-компульсивних симптомів. Pino з колегами (2016) дослідили, що пацієнти з ОКР порівняно з контрольними суб'єктами показали дефіцит у показниках менталізації. Вони були нездатні зрозуміти психічний та емоційний стан інших людей. Хоча, варто зазначити, що у мірах обміну досвідом група ОКР була здатна співпереживати емоційному досвіду інших людей, коли вони висловлювали емоції з позитивною валентністю, але не могла цього робити, коли емоційна валентність була негативною (Pino et al., 2016).

Окрім того, припускається, що на фоні соціально тривожного розладу також можна спостерігати дефіцит у здатності до менталізації. Соціально тривожний розлад характеризується вираженим, стійким страхом бути осоромленим та приниженим, а також уникненням соціальних ситуацій (APA, 2013). Дослідження щодо упередженості інтерпретації свідчать про те, що люди

з соціально тривожним розладом сприймають нейтральні та неоднозначні стимули як більш загрозливі, ніж не соціально-тривожні особи. Наприклад, Niels-Christensen, Stein та Means-Christensen (2003) виявили, що соціально тривожні люди оцінюють себе негативно і помилково вважають, що інші оцінюють їх негативно в соціальній взаємодії. Інші дослідження свідчать про те, що соціально тривожні люди мають аномальну обробку позитивних стимулів, у тому числі страхітливі реакції на сприятливий зворотний зв'язок (Kashdan, Weeks, Savostyanova, 2011) і відсутність позитивної упередженості інтерпретації, якою володіють нетривожні особи (Hirsch, Mathews, 2000). Однак також можливо, що соціально тривожні особи мають труднощі з розумінням психічних станів інших, незалежно від валентності або неоднозначності стимулу. Тобто вони можуть бути порушені у висновках та міркуваннях щодо переконань, емоцій та намірів інших, а отже, у прогнозуванні їхніх думок та дій, особливо в соціальних ситуаціях. Таким чином, якщо індивід має проблеми з визначенням і міркуванням про емоції та наміри інших, це може викликати тривогу в соціальних ситуаціях.

У дослідженні Hezel та McNally (2014) проаналізовано, чи мають соціально тривожні люди також порушення менталізації або здатність розуміти психічні стани інших, включаючи емоції, переконання та наміри. Учасники з соціально тривожним розладом гірше виконували завдання менталізації, ніж несоціально тривожні учасники. Порівняно з учасниками контрольної групи, ті, хто страждав від соціально тривожного розладу, частіше приписували більш інтенсивні емоції та більше значення тому, що думали та відчували інші. Порушення менталізації у людей із соціально тривожним розладом мають протилежний напрямок, ніж у людей із захворюваннями аутичного спектру, чий висновок про психічні стани інших людей відсутні або дуже обмежені.

Особи з генералізованим соціальним тривожним розладом мають тенденцію робити надмірно негативні та спотворені прогнози щодо соціальних подій, які посилюють сприйняття загрози та сприяють надмірній тривожності в соціальних ситуаціях. Spirada та колеги (2010) поєднали функціональну

магнітно-резонансну томографію та багатораундову гру економічного обміну («trust game»), щоб дослідити менталізацію, соціально-когнітивну здатність приписувати психічні стани іншим. Порівняно із взаємодією з комп'ютером, у пацієнтів із загальною соціальною тривогою спостерігається менша активація медіальної префронтальної кори, у порівнянні з відповідними здоровими учасниками контрольної групи. Знижена функція медіальної префронтальної кори може відігравати певну роль у соціально-когнітивній патофізіології соціальної тривоги. На відміну від здорових осіб контролю, особи з соціальною тривогою не змогли активувати медіальну префронтальну кору, ключову область, яка бере участь у менталізації та формуванні вражень про інших людей.

Соціальна тривожність і здатність до менталізації обернено корелюють серед людей з розладами спектру шизофренії. Одна з інтерпретацій цього висновку полягає в тому, що здібності до менталізації мають захисний ефект від параної або, що високий рівень соціальної тривоги негативно впливає на менталізацію (Lysaker et al., 2010). Вважається, що порушення менталізації або нездатність приписувати іншим наміри та психічні стани є невід'ємною характеристикою шизофренії (Frith, 1992), але природа дефіциту менталізації та її зв'язок з проявом симптомів досі є спірною. Шизофренія є гетерогенним поняттям, і ранні дослідження Frith та його колег (Corcoran, Mercer, & Frith, 1995; Pickup & Frith, 2001) показали, що різні симптоми шизофренії можуть бути пов'язані з різними дефіцитами менталізації. Подальші результати показали, що пацієнти з шизофренією роблять більше помилок, коли приписують емоційні стани іншим, ніж коли вони приписують думки або наміри іншим (Shamay-Tsoory et al., 2007). Однак, згідно з пізнішим дослідженням, проведеним за допомогою фільму для оцінки соціального пізнання (Dziobek et al., 2006), як когнітивні, так і афективні порушення менталізації пов'язані з шизофренією. Приписування іншим людям надмірно спрощених психічних станів пов'язують із негативними симптомами шизофренії (Montag et al., 2011). Натомість, приписування надмірно складних

психічних станів іншим було пов'язано з позитивними симптомами шизофренії (Montag et al., 2011).

Деякі результати свідчать про те, що дефіцит менталізації переважно присутній у пацієнтів з гострими дезорганізованими та негативними симптомами, і що пацієнти в ремісії, можуть так само добре виконувати завдання з менталізації як здорові особи контролю або пацієнти з іншими психічними розладами (Pickup & Frith, 2001). Проте, новітні дослідження показали, що дефіцит менталізації присутній у пацієнтів з ремісією (Wang et al., 2015), пацієнтів з першим епізодом в анамнезі (Koelkebeck et al., 2010; Ho et al., 2015) і присутній у здорових братів і сестер пацієнтів з шизофренією (Cella et al., 2015; Ho et al., 2015).

Таким чином, теорія менталізації була розглянута як важливий компонент у розумінні таких розладів як соматизація, депресія, соціальний тривожний розлад, obsесивно компульсивний розлад та шизофренія. Спостерігається зв'язок між здатністю до менталізації та серйозністю симптоматики, проте спірні результати досліджень наголошують на важливості глибшого дослідження даного напрямку.

1.4. Тереотична модель дослідження

Завдяки тереотичному аналізу, було окреслено гіпотетичну модель менталізації в контексті клініко-психологічної симптоматики (Рис.1.1). В даному дослідженні концепція менталізації розглядається на основі даних таких науковців як Fonagy, Batemen, Allen та Luyten, де менталізація розглядається як форму переважно передсвідомої образної психічної діяльності, а саме інтерпретації поведінки людини в термінах навмисних психічних станів таких як бажань, потреб, почуттів, думок, переконань, галюцинацій та снів. Менталізація стосується подібних станів не тільки в собі, а й у інших людей. Алекситемія ж розглядається як поняття, що є протилежним здатності до менталізації.



Рис.1.1 Гіпотетична теоретична модель особливостей менталізації в контексті різної клініко-психологічно симптоматики

Індивіди з дефіцитом менталізації не помічають, що при сприйнятті світу необхідно враховувати, що в інших теж є мислення. Така ситуація призводить до режиму психічної еквівалентності, де світ є таким, яким його сприймає індивід, відкидається ідея про те, що у інших сприйняття світу може відрізнятись. З іншої сторони, може розвинутих режим удаваності, який характеризується відходом у світ фантазій. Останні дослідження ж наводять все більше аргументів, чому розуміння та ідентифікація власних та чужих психічних станів, відіграють важливу роль у розумінні різної клініко-психологічної симптоматики.

Висновки до розділу

Менталізація є уявою, тому що індивід повинен уявити, що можуть думати або відчувати інші люди. Важливим показником високої якості менталізації є усвідомлення того, що індивід не знає і не можемо точно знати, що в чужій свідомості. Щоб уявити інших як такі, що мають розум, індивіду необхідна символічна система репрезентації психічних станів, а також повинна бути змога вибірково активувати стани розуму відповідно до конкретних намірів, що вимагає контролю уваги.

Менталізація як концепція має три різні інтелектуальні корені. Вона і когнітивні психологи спираються на розуміння різниці між власне емоційними переживаннями та думками про них. Франкомовні психоаналітики

залишаються вірними раннім концепціям Freud, заснованими на драйві. Fonagy та його колеги пов'язують клінічний досвід з висновками психопатології розвитку. Франкомовні психоаналітики та Bion прагнуть до повного пояснення самого процесу мислення, тоді як Fonagy та його колеги зосереджуються на конкретному аспекті мислення: здатності розуміти інших і себе.

Визначення менталізації має досить загальний характер, через це можна припускати, що більшість психічних захворювань буде характеризуватись деякими труднощами з процесом менталізації. На думку Bateman та Fonagy, більшість психічних розладів можна розглядати як помилка свідомості при інтерпретації досвіду самого себе, тобто зрештою як порушення менталізації. У своїх працях Bateman та Fonagy часто звертались до прикордонного розладу особистості, оскільки понятійний апарат менталізації та прив'язаності корисний для моделі розуміння розвитку даного розладу. На даний момент, менталізація використовується як ключова клінічна основа для лікування ряду розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад, розлади харчової поведінки та депресія (Bateman, Fonagy, 2010). Це розширення сфери застосування менталізації ґрунтується на більш сміливому твердженні, що не тільки дисфункція здатності розуміти психічні стани є причиною звернутись до психотерапії, але й підвищення здатності до менталізації є основною загальною ціллю у всіх психотерапевтичних стосунках.

Теорія менталізації була розглянута як важливий компонент у розумінні таких розладів як соматизація, депресія, соціальний тривожний розлад, обсесивно компульсивний розлад та шизофренія. Спостерігається зв'язок між здатністю до менталізації та серйозністю симптоматики, проте спірні результати досліджень наголошують на важливості глибшого дослідження даного напрямку.

РОЗДІЛ II

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВИРАЖЕНОСТІ КЛІНІКО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

2.1. Опис групи досліджуваних

Емпіричне дослідження проводилося у вигляді онлайн-опитування за допомогою Google-форми та тривало впродовж березня 2022 року. Учасники були попередньо проінформовані про конфіденційність та анонімність результатів. В опитуванні взяло участь 51 респондент віком від 15 до 35 років (Рис. 2.1).

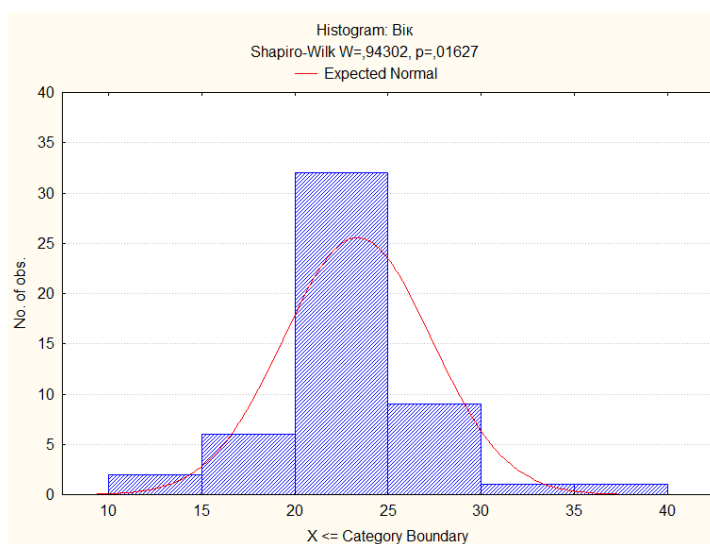


Рис. 2.1 Розподіл досліджуваних за віком

Серед респондентів було 32 жінок та 19 чоловіків (Рис. 2.2).

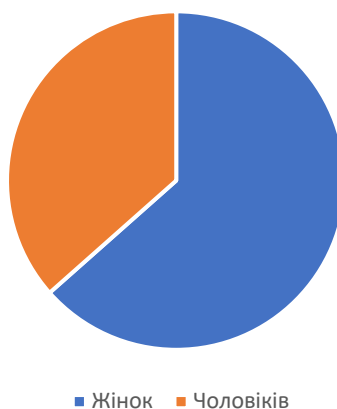


Рис. 2.2 Розподіл досліджуваних за статтю

2.2. Характеристика методів дослідження

З метою вивчення особливостей менталізації осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики, були підібрані відповідні методи дослідження. Для дослідження взаємозв'язків менталізації, алекситимії, рефлексивної функції та різною клініко-психологічною симптоматикою, було використано наступні методики: методика вимірювання здатності до менталізації (Mentalization Questionnaire, Hausberg et al., 2012), Торонтську алекситемічну шкалу (Toronto Alexithymia Scale, Taylor et al., 1994), опитувальник на визначення рефлексивної функції для молоді (The Reflective Function Questionnaire for Youth, Sharp et al., 2009), методику самооцінки психічних станів (Self-assessment of mental states, Eysenck) та опитувальник базових симптомів (Symptom Checklist Scale 90, Derogatis & Savitz, 1976)

Методика вимірювання здатності до менталізації (MZQ) розроблена Hausberg та колегами (2012) та адаптована на неклінічній вибірці Турецькою та Кунікевич (2020). Опитувальник менталізації представлений у 15 питаннях, які формують 4 шкали: відмова від саморефлексії, емоційне усвідомлення, режим психічної еквівалентності, регуляція афекту. Питання оцінюються за шкалою від 1 до 5, де 1 бал – абсолютно не згоден, а 5 балів – абсолютно згоден. Діапазон отриманих балів по загальній шкалі MZQ може коливатись від 15 до 75 балів, де високі бали будуть говорити про низьку здатність до менталізації.

Шкала відмови від саморефлексії включає чотири пункти, які вимірюють схильність до уникання думок про внутрішні стани або неприйняття власних почуттів у поєднанні зі страхом бути ними переповненим. Ця неспроможність замислитися над власними почуттями також включає телеологічні припущення, такі як: «Якщо хтось позіхає в моїй присутності, це надійна ознака того, що йому нудно в моїй компанії». Уникання думок про внутрішні стани інших несе за собою егоцентричний характер, оскільки не допускається, що «хтось позіхає, тому що втомився».

Шкала емоційного усвідомлення включає чотири питання, які оцінюють відсутність сприйняття та диференціації власних внутрішніх станів. За

відсутності сприйняття власних внутрішніх станів ідентифікація почуттів і відчуття приналежності неможлива, як наслідок, регуляція афекту також порушується, і почуття сприймаються як дуже розсіяні. Ідентифікація афекту вважається центральним аспектом менталізації, що веде до усвідомленого поводження з власними почуттями.

Шкала режиму психічної еквівалентності складається з чотирьох пунктів, які відображають аспекти режиму психічної еквівалентності, описаного Fonagy et al. (2002). У режимі психічної еквівалентності внутрішні психічні стани і зовнішня реальність ототожнюються, все здається реальним. Як наслідок, уявлення про критичну ситуацію може мати такий же емоційний вплив на людину, як і фактична подія. Окрім цього, внутрішні уявлення про відносини видаються нестійкими, а гнучкість сприйняття відносин обмежена.

Шкала регуляції афекту включає три питання, які оцінюють здатність контролювати афект, що може призводити до відчуття безпорадності, коли людина відчуватиме загрозу через власні почуття.

Торонтська алекситемічна шкала (TAS-26) створена Taylor та колегами (1988), адаптована російськими науковцями у науково-дослідному Психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева (2005). Опитувальник спрямований на виявлення рівня нездатності розуміння власних емоцій. На думку Taylor і колег (1988), алекситемія визначається наступними психологічними особливостями: складність у ідентифікації та описі власних емоцій; складність у розрізненні власних почуттів та тілесних відчуттів; знижена здатність до символізації; фокус уваги в більшості на зовнішніх подіях, а ніж внутрішньому світі.

Методика складається із 26 тверджень, ряд з яких інтерпретується у протилежних значеннях. З твердженнями потрібно або погодитися, або не погодитись, відповідно начисляються бали. У TAS-26 немає внутрішніх шкал, тому весь результат виражається одним значенням. Оцінка рівня алекситимії здійснюється шляхом підсумування балів. Алекситимії у здорових людей

знаходиться на рівні до 62 балів, припускається, що 63-73 бали є зоною ризику, вище 73 балів – наявність алекситимії.

Російськомовну версію TAS-26 було перекладено українською мовою (Додаток А), відтак була здійснена перевірка TAS-26 на внутрішню надійність за допомогою статистичного метода Альфа-Кромбаха (Додаток Б). Коефіцієнт Альфа-Кромбаха для україномовної версії TAS-26 становить $\alpha=0,69$, що свідчить про високу внутрішню узгодженість питань всередині Торонтської алекситемічної шкали.

Опитувальник на визначення рефлексивної функції для молоді (RFQ-Y) розроблений Sharp та колегами (2009) для визначення рівня менталізації. Вперше, менталізація була операціоналізована як поняття рефлексивної функції Fonagy та його колегами (1995). Вони розробили шкалу рефлексивної функції (RFQ) для емпіричного вимірювання здатності розуміти думки, наміри, почуття та переконання про себе та інших у контексті теорії прив'язаності. На думку Fonagy і Target (1997), рефлексивна функція — це здатність реагувати не тільки на поведінку інших людей, а й на їх уявлення, переконання, почуття, сподівання, плани тощо. Тобто, рефлексивна функція дає змогу припускати, що на думці у інших людей.

У свою чергу Sharp з колегами (2009) адаптували RFQ для використання даного опитувальника серед молоді. Опитувальник на визначення рефлексивної функції для молоді налічує 46 питань і включає у собі дві підшкали: шкала А та шкала В. Відповіді кодуються за 6-бальною шкалою Лайкерта від «Категорично не згоден» до «Абсолютно згоден». двома підшкалами.

Шкала А налічує 23 питання та визначає рівень менталізації. Дана шкала оцінюється за середнім показником, тобто респонденти з вищою здатністю до рефлексивної функції будуть мати середні показники на шкалі А, натомість екстремальні бали відобразатимуть низький рівень рефлексивної функції. Респонденти з оптимальним рівнем рефлексивної функції отримають максимальну середню оцінку 3 за цією шкалою.

Шкала В також налічує 23 питання, де вищі бали вказують на вищу рефлексивну функцію. Вісім тверджень є оберненими на цій шкалі. Респонденти з оптимальною рефлексивною функцією отримають максимальну середню оцінку 6 за цією шкалою.

Загальна оцінка RFQ-Y можна отримати шляхом підсумовування обох шкал А і В, причому високі бали вказують на високу здатність до рефлексивної функції. Максимальний показник оптимальної рефлексивної функції для загальної шкали буде 9.

В оригіналі опитувальник на визначення рефлексивної функції для молоді має достатньо високі показники надійності та валідності. У даному дослідженні буде використовуватись пілотна версія україномовної адаптації (Додаток В). Для перевірки опитувальника на надійність було проведено перевірку шкал на внутрішню узгодженість за методом Альфа-Кронбаха (Додаток Г).

Коефіцієнт Альфа-Кронбаха для шкали А становить 0,78, для шкали В – 0,64, та для загальної оцінки RFQ-Y – 0,66. Отримані результати вказують на достатньо високі показники внутрішньої узгодженості питань всередині шкал методики. (Таблиця 2.1)

Таблиця 2.1

Показник коефіцієнта Альфа-Кронбаха для шкал Опитувальника на визначення рефлексивної функції для молоді

	Показник α
Шкала А	$\alpha=0,78$
Шкала В	$\alpha=0,64$
RFQ-Y	$\alpha=0,66$

Методика самооцінки психічних станів розроблена британським психологом Eysenck та визначає рівень таких психічних станів респондентів, як тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність. Вважається, що перелічені

стани є важливими для визначення загальних адаптаційних можливостей людини.

Методика налічує 40 питань, по 10 питань на кожну шкалу, які включають опис різних психічних станів. Питання оцінюються за шкалою від 0 до 2 балів (0 – зовсім не підходить, 1 – не дуже підходить, 2 - підходить). Результати по шкалах коливаються від 0 до 20 балів.

Шкала тривожності. Передбачається, що високий рівень тривоги погіршує ефективне функціонування через зниження контролю уваги, підвищуючи увагу до стимулів, пов'язаних із загрозою. Однак помірна тривога може не погіршувати ефективність роботи, а навпаки призводить до використання адаптивних стратегій, які дозволяють справитись з проблемою. Згідно методики низька тривожність буде в межах 0-7 балів, середня тривожність допустимого рівня – 8-14 балів, висока тривожність – 15-20 балів.

Шкала фрустрації. В даній методиці, фрустрація визначається як психологічний стан, при якому підвищується емоційно-вольове напруження, що виникає у відповідь на конфліктну ситуацію. Високий рівень фрустрації (15-20 балів) передбачає, що людина схильна уникати труднощі та боїться невдач. Середній рівень фрустрації (8-14 балів) буде говорити про те, що є місце помірній фрустрації. При низькому рівні фрустрації (0-7 балів) людина стійка до невдач та не боїться труднощів.

Шкала агресивності. Рівень агресивності відіграє важливу роль в оцінці адаптаційних можливостей та демонструє здатність до регуляції афекту. Такі якості як нестриманість, агресивність, труднощі у стосунках з людьми характеризують високий рівень агресивності (15-20 балів). Натомість низький рівень агресивності (0-7 балів) передбачає стриманість та спокійність.

Шкала ригідності оцінює тенденцію до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність зміни свою точку зору. Відповідно, низький рівень ригідності (0-7 балів) буде говорити про ментальну гнучкість та здатність підлаштовуватись під зовнішній світ. Сильно виражена ригідність

(15-20 балів) буде свідчити про те, що людина важко сприймає будь-які зміни у своєму житті.

Опитувальник базових симптомів SCS-90 розроблений Derogatis та Savitz (1976), призначений для оцінки низки психологічних симптомів та дистресу загалом. Метою методики є визначення рівня дев'яти симптоматичних вимірів: соматизації, міжособистісної сензитивності, obsесивно-компульсивного, депресії, тривожності, фобійної тривожності, ворожості, параноїдальних ідей та психозів. Також опитувальник передбачає обчислення трьох індексів психологічного дистресу: глобального індексу тяжкості дистресу (GSI), індексу наявного симптоматичного дистресу (PSDI), загальної кількості виявлених симптомів (PST).

Опитувальник налічує у собі 90 тверджень, які мають на меті зафіксувати наскільки сильно протягом останніх 7 днів людина потерпала від різних симптомів. Питання оцінюються за шкалою від 1 до 4 балів, де 1 бал – взагалі не потерпав, а 4 бали – сильно потерпав. При обчисленні, результати по шкалам усереднюються.

Вимір соматизації відображає дистрес, що виникає внаслідок сприйняття тілесної дисфункції та містить у собі 12 питань. Включаються скарги на серцево-судинну, травневу, дихальну та інші системи з вираженою вегетативною дією. Також враховані головні болі, біль і дискомфорт, що локалізується в загальній мускулатурі та інші соматичні еквіваленти тривоги.

Вимір міжособистісної сензитивності складається з 9 питань та зосереджується на почутті особистої неповноцінності, зокрема в порівнянні з іншими людьми. Характерними проявами є самоприниження, відчуття тривоги та вираженого дискомфорту під час стосункових взаємодій, а також негативні очікування щодо міжособистісного спілкування.

Obsесивно-компульсивний вимір складається з 10 питань та відображає симптоми, які тісно ототожнюються з клінічним синдромом цієї назви. Цей вимір фокусується на думках, імпульсах і діях, які переживаються як постійні

та непереборні для індивіда, та мають характер чужорідного его або небажаності. Поведінка, що вказує на більш загальні когнітивні труднощі, також включена у цей показник.

Шкала, що містить вимір депресії, включає в собі 13 питань та відображає широкий спектр симптомів супутніх клінічному депресивному синдрому. Симптоми дисфоричного настрою та афекту представлені як ознаки втрати життєвого інтересу, відсутність мотивації, низький рівень життєвої енергії. Почуття безнадійності, думки про самогубство та інші когнітивні та соматичні кореляти також включені.

Вимір тривожності складається з 10 питань, які представлені як набір симптомів і поведінки, клінічно пов'язаних із вираженою тривожністю. Представлені такі загальні показники, як неспокій, нервозність і напруженість, а також когнітивні ознаки тривоги. Також включені симптоми, що відображають панічні атаки.

Фобійна тривога визначається як стійка реакція страху на конкретну людину, місце, об'єкт чи ситуацію, та характеризується як ірраціональна та непропорційна до стимулу, що призводить до поведінки уникання чи втечі. Дана шкала містить 7 питань. Елементи даного виміру зосереджені на більш патогномічних і руйнівних проявах фобічної поведінки.

Вимір ворожості складається з 6 питань та відображає думки, почуття або дії, які є характеристиками негативного афекту стану гніву. Питання репрезентують всі три способи прояву афекту і відображають такі якості, як агресія, дратівливість, лють і образа.

Вимір параноїдальних ідей представляє параноїдальну поведінку по суті як невпорядкований спосіб мислення. Кардинальні характеристики проективного мислення, відвертості, підозрливості, грандіозності, страху втрати автономії та марення, розглядаються як основні відображення цього розладу, і питання орієнтовані на репрезентацію цієї концептуалізації. Шкала містить 6 питань.

Шкала психотизму налічує в собі 10 питань, та була розроблена таким чином, щоб представляти конструкт як безперервний вимір людського досвіду. Були включені елементи, що вказують на замкнутість, ізольованість, шизоїдний спосіб життя, а також перші симптоми шизофренії, такі як галюцинації та мовлення думок. Шкала психотизму забезпечує плавний континуум від легкого міжособистісного відчуження до драматичних ознак психозу.

Також опитувальник базових симптомів містить 7 додаткових симптомів: поганий апетит, переїдання, труднощі із засинанням, ранкове безсоння, неспокійний і тривожний сон, думки про смерть, почуття провини.

Показник глобального індексу тяжкості дистресу представлений як середнє значення за методикою загалом. Тобто, даний показник поєднує в собі інформацію про кількість симптомів та інтенсивність дистресу.

Загальна кількість виявлених симптомів (PST) визначається підрахунком кількості усіх наявних симптомів та вказує на широту симптоматики. Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI) говорить про загальну тяжкість дистресу та розраховується діленням загальної суми значень за опитувальником на кількість виявлених симптомів. У дослідженні не було використано індекси PST та PSDI через складність в обчисленні. В дослідженні використано методику SCS-90 в українській адаптації Дембіцького та Середи (2015).

2.3. Статистичний аналіз даних

Статистичне аналіз одержаних даних виконано за допомогою методів описової статистики, кореляційного аналізу, кластерного аналізу та порівняльного аналізу. Крім того, було здійснено психометричну перевірку україномовних версій опитувальників, за допомогою критерію Альфа Кронбаха.

За методом описової статистики визначено розподіл шкал менталізації, алекситемії, рефлексивної функції, психічних станів та базових симптомів. За допомогою кореляційного аналізу встановлений взаємозв'язок між методиками менталізації, рефлексивної функції та алекситемії. Також, кореляційний аналіз

був застосований для встановлення взаємозв'язків між особливостями менталізації респондентів з психічними станами та базовими симптомами. Завдяки критерію Краскела-Уолліса було проведено порівняльний аналіз особливостей клініко-психологічних симптомів з різним рівнем здатності до менталізації.

Висновки до другого розділу

В даному розділі наукової роботи були описані особливості групи досліджуваних. Також здійснено підбір методик, що узгоджується з метою та завданням дослідження. У дослідженні використано пілотні версії україномовних опитувальників, які були перекладені з російської та англійської мови, які були перевірені на надійність та підтвердили високу внутрішню узгодженість питань в шкалах опитувальників за допомогою коефіцієнта Альфа-Кронбаха.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВИРАЖЕНОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

3.1. Особливості взаємозв'язку менталізації, рефлексивної функції та алекситемії

Перед безпосереднім аналізом особливостей менталізації осіб з різним рівнем вираженості клініко психологічної симптоматики, варто розглянути як взаємодіють між собою шкали методик, які мають на меті оцінити рівень здатності респондентів до менталізації (Рис.3.1). Для цього був проведений кореляційний аналіз за допомогою непараметричного статистичного критерію Спірмена.

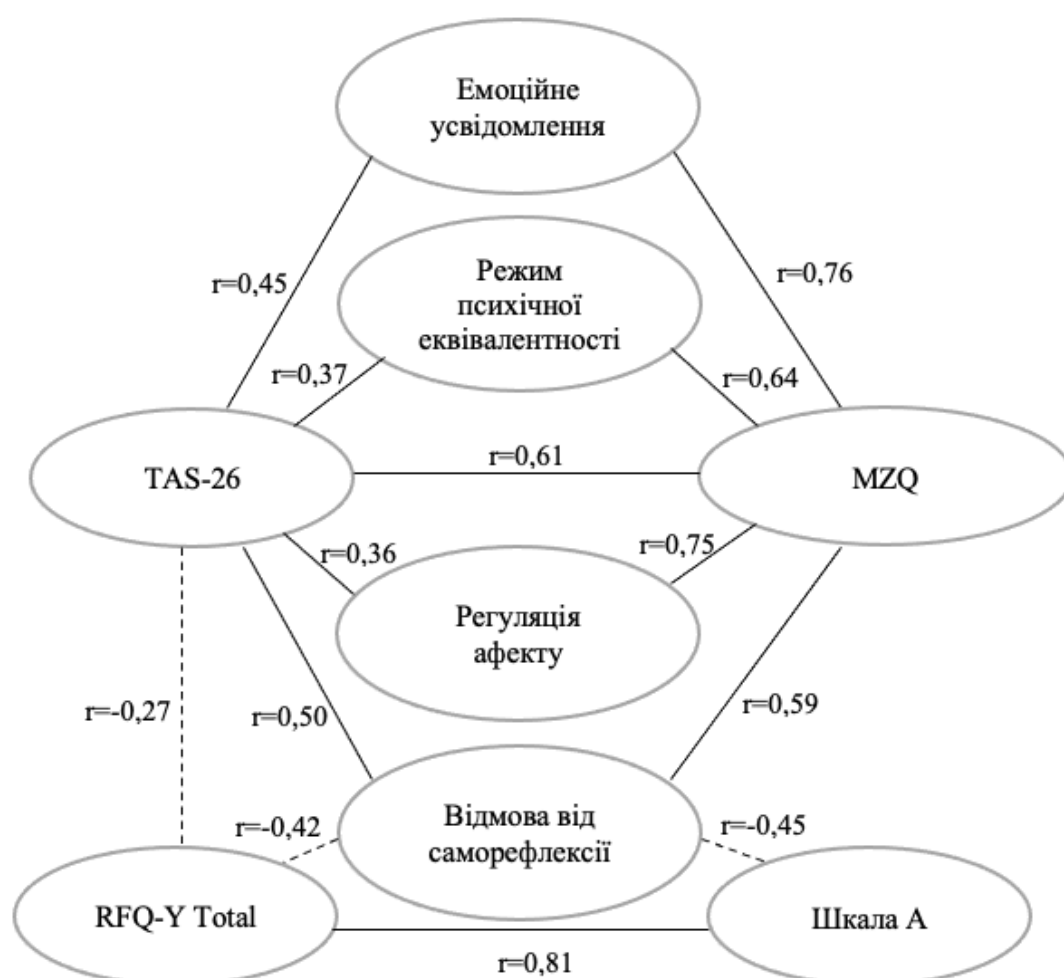


Рис.3.1 Кореляційна плеяда особливостей взаємозв'язку менталізації, рефлексивної функції та алекситемії

В результаті кореляційного аналізу, було виявлено, що методика TAS-26 корелює із методикою MZQ ($r=0,61$; $p<0,05$) та усіма її шкалами, а саме з

емоційним усвідомленням ($r=0,45$; $p<0,05$), режимом психічної еквівалентності ($r=0,37$; $p<0,05$), регуляцією афекту ($r=0,36$; $p<0,05$) та відмовою від саморефлексії ($r=0,50$; $p<0,05$). Даний результат є логічним, та узгоджується з теоретичним припущенням, що алекситемія та менталізація це протилежні поняття.

Цікавим є те, що опитувальник на визначення рефлексивної функції показав не так багато статистично значущих зв'язків із шкалами менталізації. Загальний показник рефлексивної функції має обернену кореляцію з показником алекситемії ($r=-0,27$; $p<0,05$). Тобто здатність реагувати не тільки на поведінку інших людей, а й на їх уявлення, переконання, почуття, пов'язана зі вмінням ідентифікувати та розуміти власні емоції. Окрім цього, шкала відмова від саморефлексії опитувальника MZQ обернено корелює із загальним показником RFQ-Y ($r=-0,42$; $p<0,05$) та шкалою А ($r=-0,45$; $p<0,05$). Виглядає так, що неприйняття власних переживань та уникання думок про емоцій пов'язується із неспроможністю припускати про, що думають інші люди. Шкала В опитувальника RFQ-Y не продемонструвала жодних статистично значущих кореляцій із іншими шкалами, що може бути зумовлено використанням піотної версії опитувальника (Додаток Д).

Таким чином, проаналізовано кореляційні зв'язки методик та шкал, що відповідають у дослідженні за оцінку здатності до менталізації. Відтак можна стверджувати, що дані методики добре поєднуються між собою і зможуть допомогти визначити особливості менталізації в осіб з різним рівнем клініко-психологічної симптоматики.

3.2. Виявлення зв'язків між особливостями менталізації та вираженістю клініко-психологічної симптоматики

Для того, щоб перевірити припущення про те, що існує зв'язок між вираженістю клініко-психологічної симптоматики та здатністю до менталізації, був проведений кореляційний аналіз за допомогою непараметричного критерію Спірмена, оскільки деякі шкали не узгодженні з нормальним розподілом ($p<0,05$).

В результаті кореляційного аналізу було виявлено статистично значущий зв'язок між менталізацією, яка представлена у вигляді загальної оцінки методики MZQ, та деякими шкалами методики Самооцінка психічних станів. На Рис. 3.2 зображено, що менталізація позитивно корелює зі шкалою тривожності ($r=0,34$; $p<0,05$), фрустрації ($r=0,31$; $p<0,05$) та ригідності ($r=0,39$; $p<0,05$). Шкала агресивності не показала статистично значущого зв'язку з MZQ (Додаток Д). Важливо зазначити, що показники MZQ є оберненими, таким чином, це дозволяє припускати, що низький рівень здатності до менталізації пов'язаний з високою тривожністю, схильністю до збереження стереотипних способів мислення та високим рівнем напруженості у складних ситуаціях.

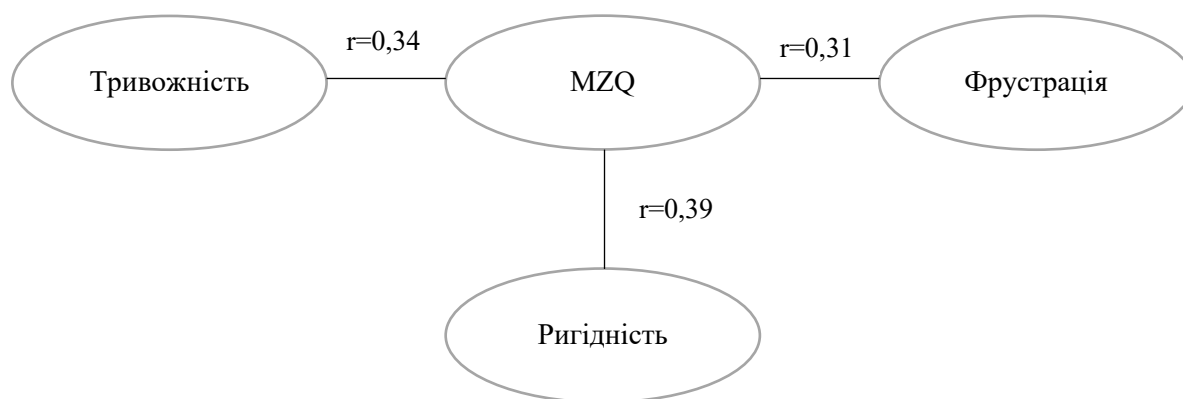


Рис. 3.2 Кореляційна плеяда методик MZQ та Самооцінка психічних станів

Оскільки методика MZQ містить в собі чотири шкали, було вирішено також провести кореляційний аналіз між шкалами режим психічної еквівалентності, регуляція афекту, відмова від саморефлексії та емоційне усвідомлення. Виявлено статистично значущий показник кореляції між режимом психічної еквівалентності та шкалами тривожності ($r=0,45$; $p<0,05$), фрустрації ($r=0,50$; $p<0,05$) та ригідності ($r=0,41$; $p<0,05$), що продемонстровано на Рис.3.3. Таким чином, можна припускати, що високий рівень режиму психічної еквівалентності, який супроводжується відчуттям реальності внутрішніх переживань на рівні із зовнішніми подіями, пов'язаний з такими психічними станами як тривожність, фрустрація та ригідність.

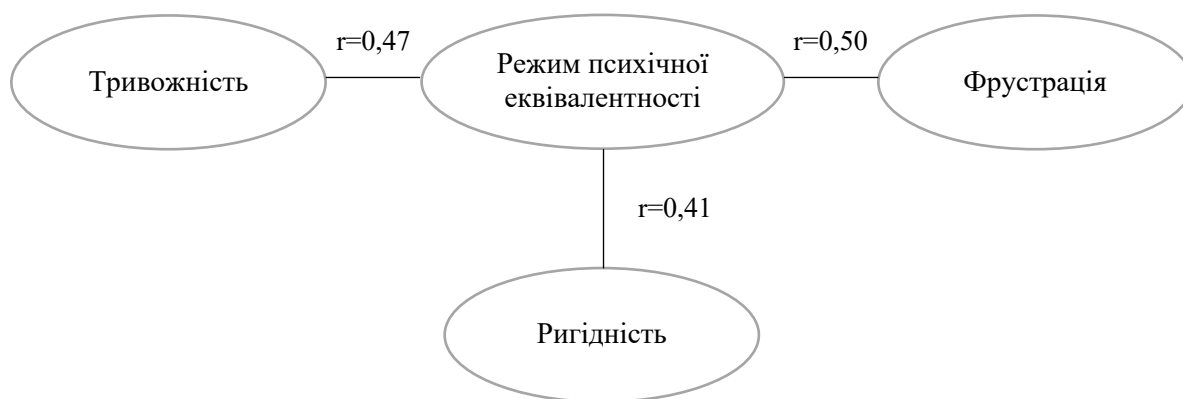


Рис.3.3 Кореляційна плеяда шкали MZQ Режим психічної еквівалентності та методикою Самооцінка психічних станів

Наступна шкала MZQ, регуляція афекту, продемонструвала позитивний статистично значущий зв'язок зі шкалами ригідність ($r=0,51$; $p<0,05$) та фрустрація ($r=0,38$; $p<0,05$), що зображено на Рис.3.4. Тобто, чим нижча здатність в особи до регуляції афекту, тим більше вона буде схильна до збереження ментальних стереотипів та уникання невдач через емоційно-вольове напруження. Також, був проведений кореляційний аналіз зі шкалами відмова від саморефлексії та емоційне усвідомлення, проте не виявлено жодних статистично значущих результатів.

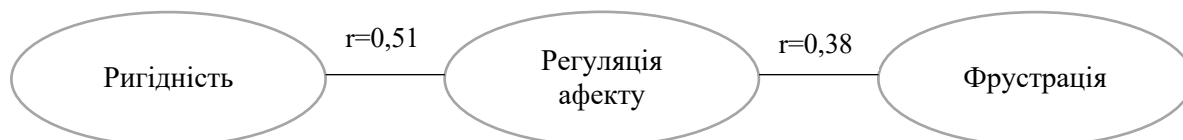


Рис.3.4 Кореляційна плеяда шкали MZQ Регуляція афекту та методикою Самооцінка психічних станів

Наступним кроком, було проаналізовано кореляційний зв'язок шкал MZQ та Опитувальник базових симптомів SCS-90 (Додаток Д). В результаті виявлено, що усі шкали Опитувальника базових симптомів позитивно корелюють з показником MZQ (Рис.3.5): соматизація ($r=0,29$; $p<0,05$); obsесивно-компульсивний вимір ($r=0,45$; $p<0,05$); сенситивність ($r=0,53$; $p<0,05$); депресія ($r=0,43$; $p<0,05$); тривожність ($r=0,35$; $p<0,05$); ворожість ($r=0,44$; $p<0,05$); фобійна тривога ($r=0,46$; $p<0,05$); параноїдність ($r=0,59$; $p<0,05$); психотизм ($r=0,55$; $p<0,05$) та GSI ($r=0,50$; $p<0,05$).

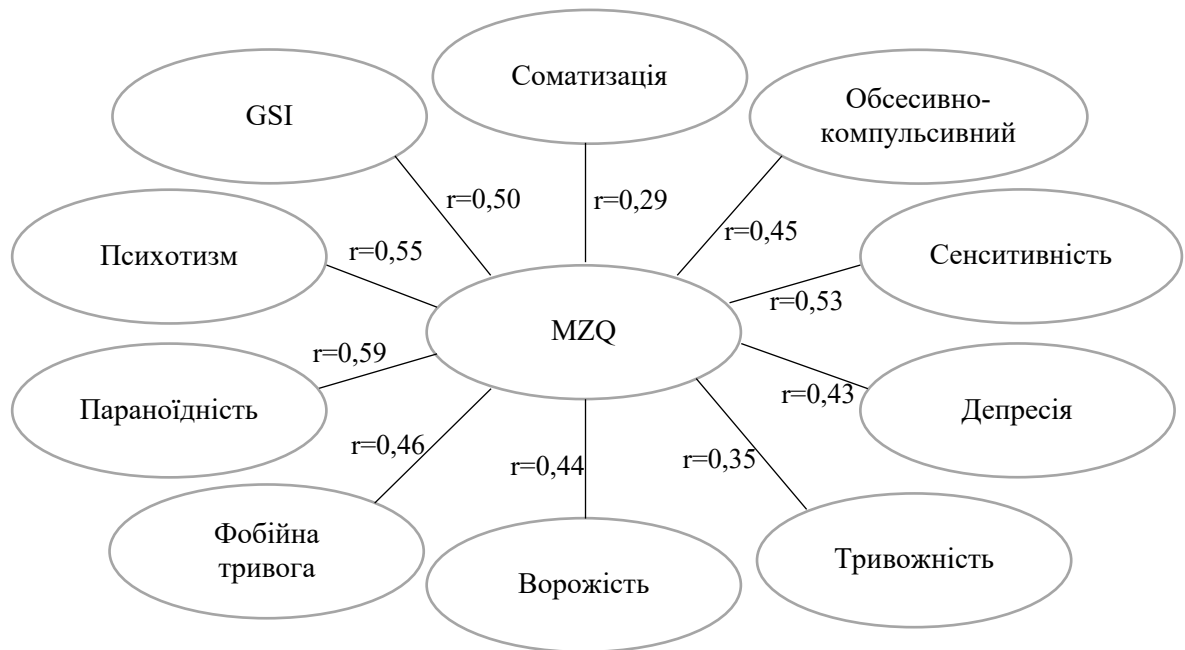


Рис.3.5 Кореляційна плеяда методики MZQ та Опитувальник базових симптомів SCS-90

Таким чином, менталізація, як здатність сприймати та ідентифікувати психічні стани інших та власні, пов'язується з рядом симптоматичних вимірів. Так виглядає, що індивіди, які схильні до соматизації та скаржаться на ряд фізичних симптомів, мають низьку здатність до розпізнавання власних переживань та емоцій. У свою чергу, особи зі стійкими відчуттями, що думки мають нав'язливий характер, які важко контролювати, також будуть погано ідентифікувати свої психічні стани. Такі симптоми як чутливість до взаємодії з іншими через відчуття особистої неповноцінності, тривожність, фобійні страхи, депресивність, дратівливість, також мають зв'язок із здатністю усвідомлювати та розрізняти внутрішні переживання. Параноїдальна поведінка, невпорядкований спосіб мислення, замкнутість та шизоїдний спосіб життя, теж пов'язаний із низькою здатністю до менталізації. Оскільки всі шкали Опитувальника базових симптомів SCS-90 корелюють із загальним показником MZQ, не дивно, що Інтенсивність глобального психологічного дистресу має статистично значущий зв'язок зі здатністю до менталізації.

З метою глибше проаналізувати описані вище кореляційні зв'язки, було проведено кореляційний аналіз чотирьох підшкал методики MZQ та шкалами Опитувальника базових симптомів SCS-90. Шкала регуляція афекту позитивно корелює зі шкалами соматизація ($r=0,37$; $p<0,05$), обсесивно-компульсивний

розлад ($r=0,40$; $p<0,05$), сенситивність ($r=0,37$; $p<0,05$), депресія ($r=0,38$; $p<0,05$), тривожність ($r=0,30$; $p<0,05$), ворожість ($r=0,44$; $p<0,05$), параноїдність ($r=0,48$; $p<0,05$), психотизм ($r=0,48$; $p<0,05$) та GSI ($r=0,45$; $p<0,05$). Кореляційна плеяда представлена на Рис.3.6.

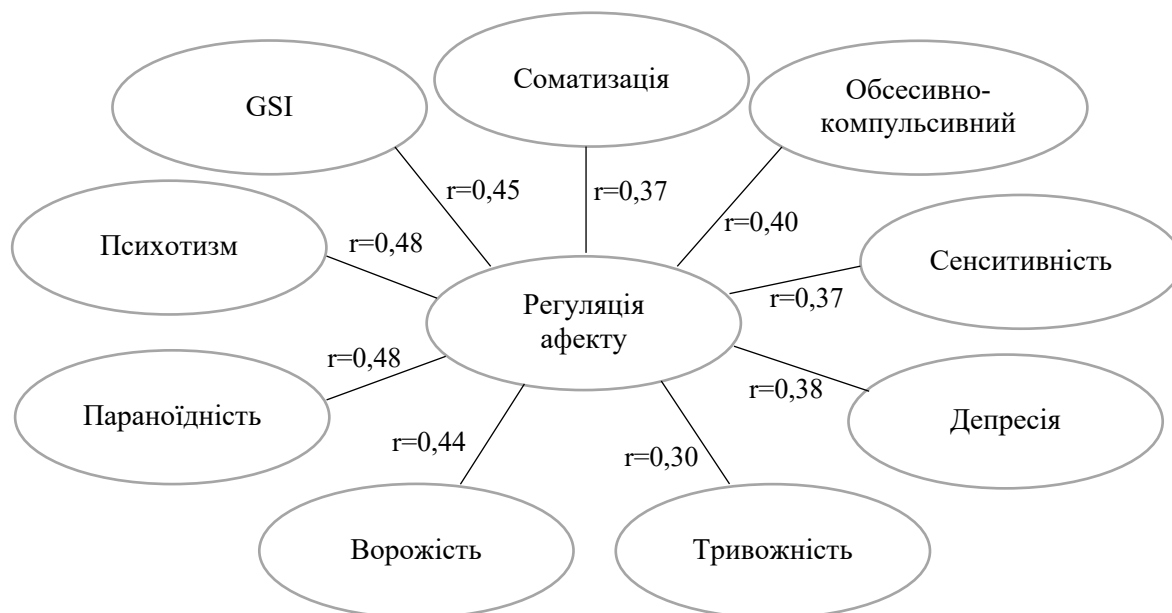


Рис.3.6 Кореляційна плеяда шкали MZQ Регуляція афекту та Опитувальник базових симптомів SCS-90

Так виглядає, що здатність контролювати афект пов'язана з схильністю до соматизації, нав'язливих думок, депресивності, тривожності, агресивності, параноїдальних ідей, шизоїдності та загальним високим індексом дистресу. Натомість, регуляція афекту не показала статистично значущий зв'язок зі шкалою фобійної тривоги.

Виявлено статистично значущий прямий кореляційний зв'язок між шкалою режиму психічної еквівалентності та сенситивністю ($r=0,32$; $p<0,05$), обсесивно-компульсивним виміром ($r=0,32$; $p<0,05$), депресією ($r=0,28$; $p<0,05$), фобійною тривоною ($r=0,35$; $p<0,05$) та GSI ($r=0,30$; $p<0,05$), що зображено на Рис.3.7. Можемо припускати, що ототожнення внутрішнього та зовнішнього світу має певний зв'язок з міжособистісною сенситивністю, нав'язливим думками, депресивністю та фобійною тривоною. Також, важливо зазначити, що режим психічної еквівалентності не корелює з іншими шкалами Опитувальника базових симптомів SCS-90.

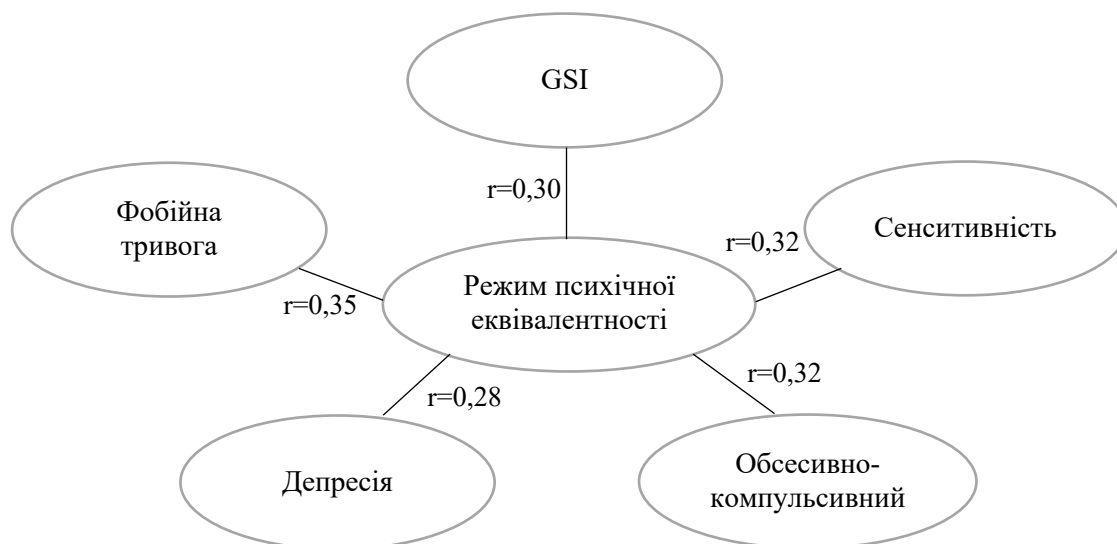


Рис. 3.7 Кореляційна плеяда шкали MZQ Режим психічної еквівалентності та Опитувальник базових симптомів SCS-90

Наступна шкала методики MZQ, емоційне усвідомлення, має статистично значущий зв'язок з наступними клініко-психологічними симптомами (Рис. 3.8): обсесивно-компульсивний розлад ($r=0,36$; $p<0,05$), сенситивність ($r=0,46$; $p<0,05$), депресія ($r=0,33$; $p<0,05$), фобійна тривожність ($r=0,28$; $p<0,05$), ворожість ($r=0,34$; $p<0,05$), параноїдність ($r=0,51$; $p<0,05$), психотизм ($r=0,44$; $p<0,05$) та GSI ($r=0,37$; $p<0,05$). Емоційне усвідомлення вважається центральним поняттям концепції менталізації, що дозволяє диференціювати та ідентифікувати власні емоції та переживання. Отримані результати, дозволяють припустити, що особи, які мають труднощі з усвідомленням власних емоцій, можуть мати схильність до депресивних переживань, стійких реакцій страху, надмірної агресивності, психотизму, параноїдоїдальних думок та нав'язливих ідей. Дефіцит емоційної усвідомленості також пов'язаний з глобальним рівнем дистресу, який відчуває людина. Натомість, не було виявлено статистично значущого зв'язку з такими шкалами як тривожність та соматизація.

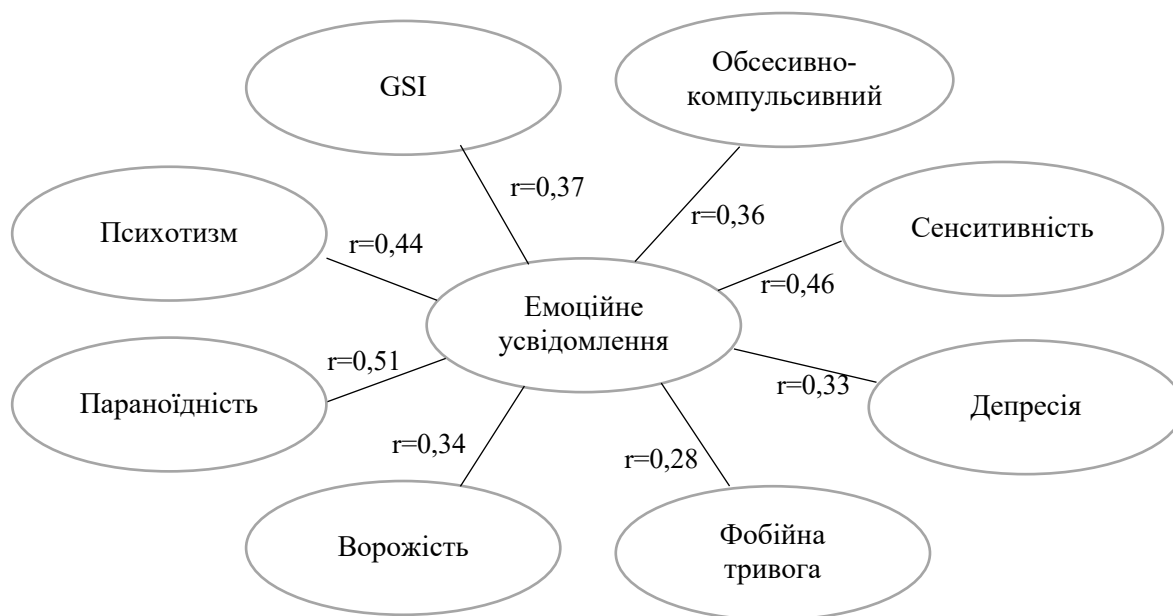


Рис. 3.8 Кореляційна плеяда шкали MZQ Емоційне усвідомлення та Опитувальник базових симптомів SCS-90

Шкала відмова від саморефлексії показала дещо менше зв'язків з клініко-психологічною симптоматикою (Рис.3.9). Було виявлено прямий кореляційний зв'язок між відмовою від саморефлексії та фобійною тривогою ($r=0,39$; $p<0,05$), сенситивністю ($r=0,29$; $p<0,05$), психотизмом ($r=0,35$; $p<0,05$) та параноїдністю ($r=0,35$; $p<0,05$). Таким чином, можна припускати, що уникання думок про власні психічні стани пов'язується із міжособистісною сенситивністю, замкнутістю, схильністю до проективного мислення та ірраціональним страхом непропорційним до стимулу.

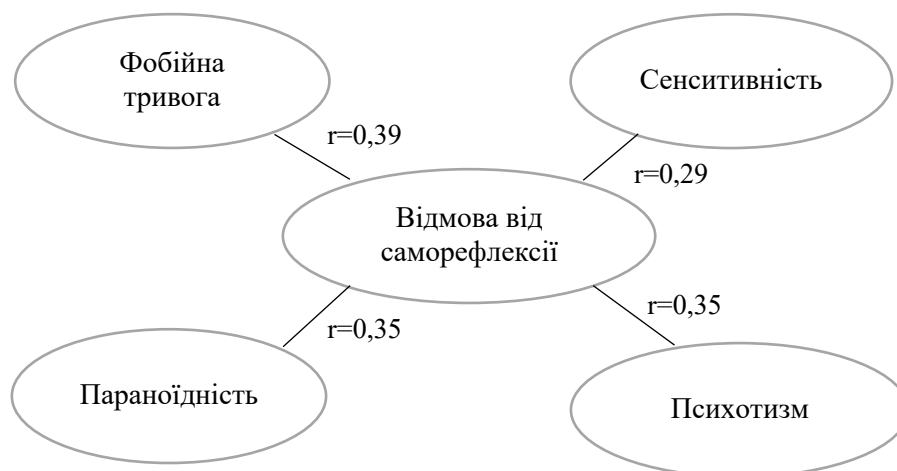


Рис. 3.9 Кореляційна плеяда шкали MZQ Відмова від саморефлексії та Опитувальник базових симптомів SCS-90

Оскільки було проаналізовано всі результати отримані завдяки методиці вимірювання здатності до менталізації, буде доцільно розглянути результати опитувальника для визначення рефлексивної функції для молоді (Додаток Д). Кореляційний аналіз шкал методик RFQ-Y та Самооцінки психічних станів показав наступний результат: загальна оцінка RFQ-Y має статистично значущий зв'язок зі шкалою тривожності ($r=0,27$; $p<0,05$), що зображено на Рис.3.10. Даний результат є досить суперечливим, оскільки, припускає, що висока здатність до рефлексивної функції прямо корелює з підвищеною тривожністю.

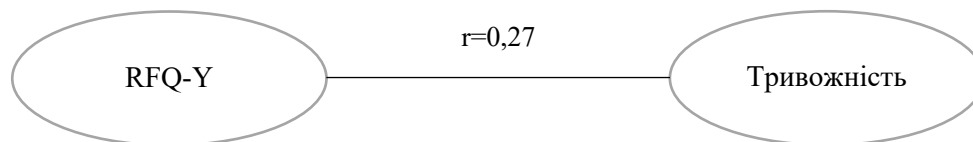


Рис.3.10 Кореляційна плеяда RFQ-Y та методикою Самооцінка психічних станів

Важливо також зазначити, що окрім даного результату, не було виявлено жодних кореляційно значущих зв'язків між шкалами методики RFQ-Y та методикою Самооцінка психічних станів. Окрім цього, не було виявлено статистично значущих результатів при аналізі кореляції між методиками RFQ-Y та опитувальником базових симптомів SCS-90 (Додаток Д). Припускаємо, що дані результати можуть бути пов'язані з тим, що методика RFQ-Y не пройшла відповідної адаптації на українській вибірці, а в дослідженні була використана пілотна версія опитувальника.

Алекситемія, як протилежне поняття до менталізації, вимірювалась завдяки методиці TAS-26. Виявлено статистично значущий прямий кореляційний зв'язок між алекситемією та шкалою методики Самооцінка психічних станів, а саме ригідність ($r=0,28$; $p<0,05$). Можна припускати, що особи, яким складно ідентифікувати та описувати власні емоції, будуть також мати схильність до стереотипного мислення та ригідності (Рис. 3.10). З іншими шкалами методики Самооцінка психічних станів не було виявлено статистично значущого зв'язку (Додаток Д).

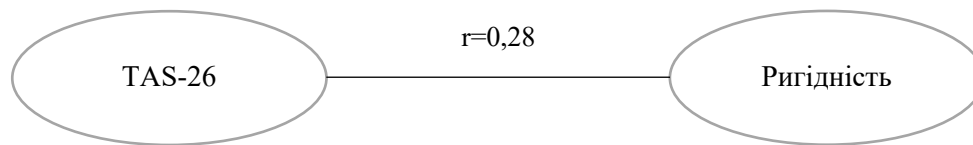


Рис. 3.11 Кореляційна плеяда TAS-26 та методикою Самооцінка психічних станів

Окрім цього, було проаналізовано кореляційні зв'язки між TAS-26 та опитувальником базових симптомів SCS-90 (Рис. 3.12). Так виглядає, що алекситемія пов'язана з сенситивністю ($r=0,34$; $p<0,05$), депресією ($r=0,27$; $p<0,05$), obsесивно-компульсивною симптоматикою ($r=0,34$; $p<0,05$), фобійною тривожністю ($r=0,40$; $p<0,05$), параноїдністю ($r=0,40$; $p<0,05$), психотизмом ($r=0,34$; $p<0,05$) та GSI ($r=0,32$; $p<0,05$).

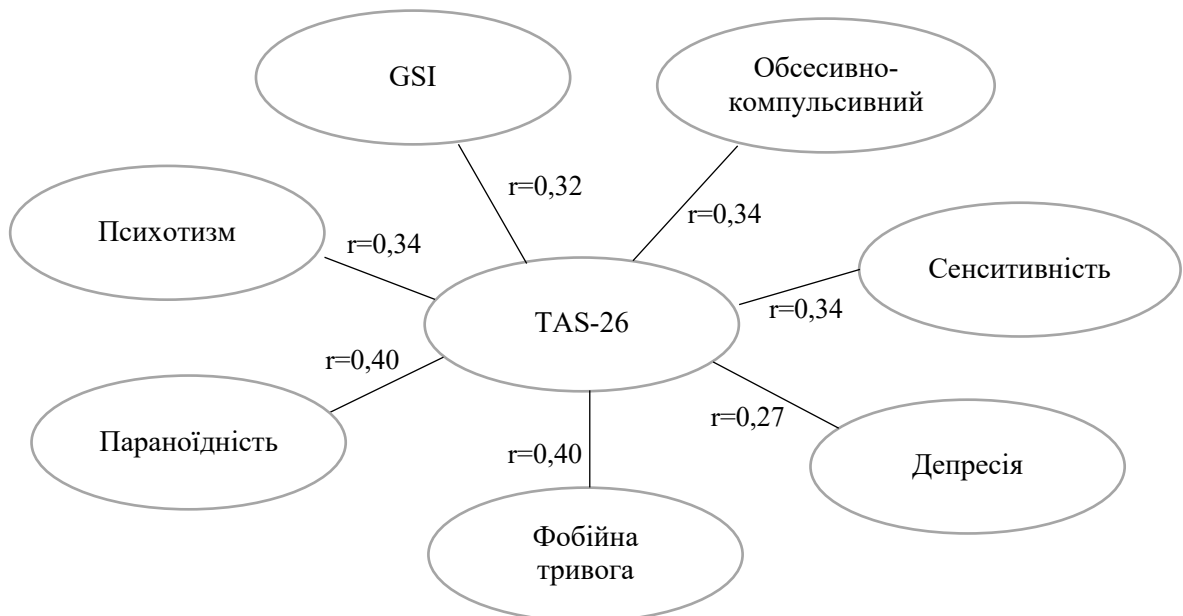


Рис. 3.12 Кореляційна плеяда TAS-26 та Опитувальник базових симптомів SCS-90

Тобто, особи з низькою здатністю до розуміння власних емоцій та психічних станів, можуть скаржитись на тривогу у міжособистісному спілкуванні, депресивні настрої, ірраціональні страхи, які не відповідають стимулу, параноїдальні та нав'язливі думки, замкнутість. Окрім цього, здатність ідентифікувати та усвідомлювати власні емоції може бути пов'язана з загальним рівнем дистресу, який відчуває людина.

Відтак, рівень вираженості різної клініко-психологічної симптоматики дійсно може бути пов'язаний зі здатністю особи розрізнити та ідентифікувати

власні переживання та психічні стани. Такий психічний стан, як тривожність має прямий зв'язок з низькою здатністю до менталізації, можна припускати, що це пов'язано з режимом психічної еквівалентності. Проте, тривожність також показала прямий зв'язок із здатністю до рефлексивної функції, хоча це може бути спричинено через відсутність української адаптації опитувальника. У свою чергу, фрустрація пов'язана із менталізацією, а саме режимом психічної еквівалентності та регуляцією афекту. Особи з високим показником ригідності мають низьку здатність до менталізації та розпізнавання власних емоцій, що пов'язано із режимом психічної еквівалентності та регуляцією афекту. Натомість, психічний стан агресивності не пов'язаний з менталізацією чи алекситемією.

Так виглядає, що міжособистісна сензитивність, яка характеризується зосередження на почутті особистої неповноцінності, зокрема в порівнянні з іншими людьми, пов'язана з алекситемією та менталізацією, зокрема відмовою до саморефлексії, емоційним усвідомленням, режимом психічної еквівалентності та регуляцією афекту. Натомість, симптоми обсессивно-компульсивного розладу, депресії та глобального показника дистресу пов'язані з високим рівнем алекситемії та низьким рівнем менталізації таким чином, що включають у себе зв'язок з емоційним усвідомленням, режимом психічної еквівалентності та регуляцією афекту, проте не пов'язані з відмовою до саморефлексії. Особи з високим рівнем параноїдності та психотизму мають схильність до низької здатності до менталізації, відмови до саморефлексії, режиму психічної еквівалентності, регуляції афекту. Також, припускається, що у осіб з вираженою параноїдністю та психотизмом буде високий рівень алекситемії. Тривожність та соматизація мають схожий зв'язок з менталізацією, оскільки пов'язані лише з регуляцією афекту та низькою здатністю до менталізації. Окрім цього, ворожість може бути пов'язана з такими факторами менталізації, як емоційне усвідомлення та регуляція афекту. Що стосується фобійної тривоги, то вона пов'язна з менталізацією через відмову до саморефлексії, емоційну усвідомленість, режим психічної еквівалентності та алекситемією.

3.3. Виявлення відмінностей металізації осіб з різним рівнем клініко-психологічної симптоматики

Для того, щоб виявити відмінності металізації у людей з різним рівнем клініко-психологічної симптоматики, було здійснено кластерний та порівняльний аналізи. Кластерний аналіз був проведений у два етапи. На першому етапі було проаналізовано особливості металізації серед осіб, з різним рівнем тривожності, фрустрації, ригідності та агресивності, на основі опитувальника Самооцінка психічних станів. Відповідно, на другому етапі проаналізовано особливості металізації серед осіб з різним рівнем показників за шкалами SCS-90, а саме: соматизації, нав'язливості, сенситивності, депресії, тривожність, ворожість, фобія, параноїдність, психотизм та загальний рівень дистресу (Додаток Е).

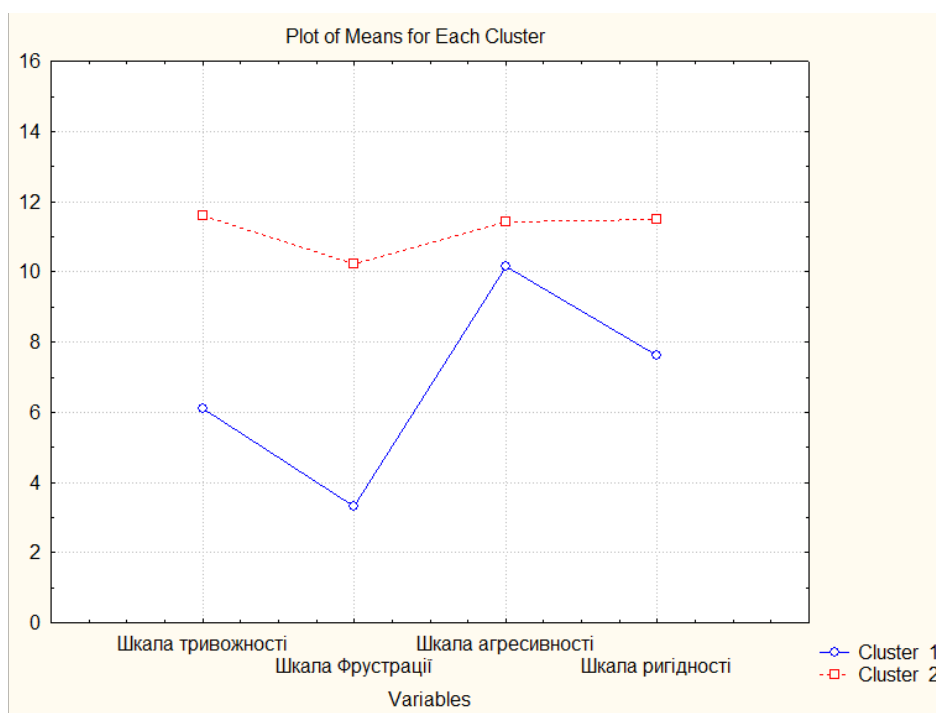


Рис.3.13 Розподіл досліджуваних на кластери згідно опитувальника Самооцінка психічних станів

На основі опитувальника Самооцінка психічних станів, завдяки методу кластеризації та K-means, виявлено два кластери (Рис.3.13). До першого кластеру увійшли особи з нижчими показниками за шкалами тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. До другого кластеру увійшли респонденти з вищими показниками за даними шкалами. Проте, варто також

засвідчити, що за шкалою агресивності немає статистично значущої різниці між двома групами.

Таким чином, респондентів розподілено на дві групи за рівнем психічних станів. На основі цього здійснено порівняльний аналіз двох груп. За допомогою параметричного порівняльного методу для двох груп (критерій Стьюдента), було виявлено статистично значущу відмінність між людьми з різним рівнем рефлексивної функції, режимом психічної еквівалентності, регуляції афекту, менталізації та алекситемії (Додаток Е). Так виглядає, що група людей з вищою тривожністю, фрустрацією та ригідністю, має вищу здатність до рефлексивної функції, проте даний результат суперечить теорії менталізації Fonagy (1995) і може бути спричиненим відсутністю україномовної культурної адаптації опитувальника RFQ-Y (Рис.3.14).

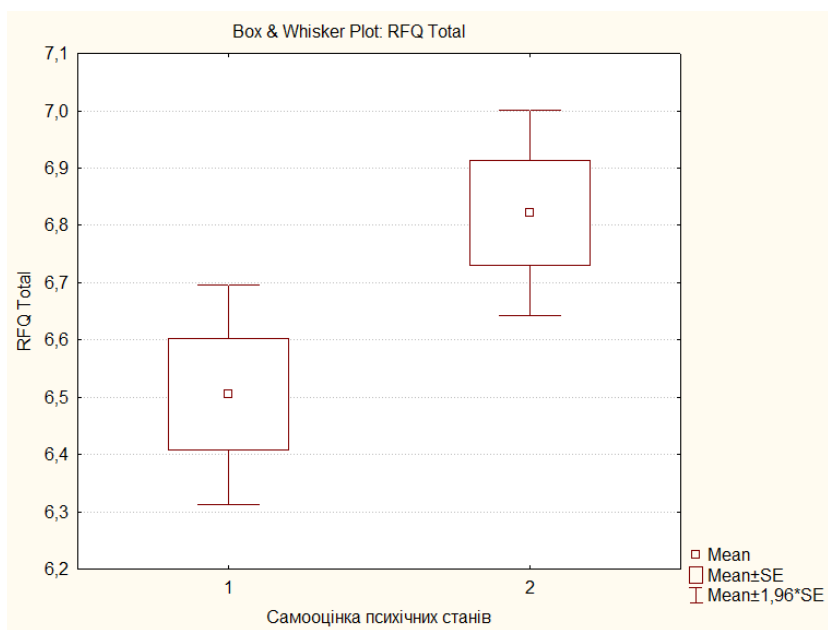


Рис.3.14 Порівняння показників методики RFQ-Y в осіб з різним рівнем психічних станів

Окрім того, для осіб з вищим рівнем психічних станів є характерними складнощі у контролюванні афекту, що може призводити до відчуття загрози через власні почуття. Також прослідковується те, що внутрішні психічні стани і зовнішня реальність може ототожнюватись в особі з вищим рівнем психічних станів. (Рис.3.15 та Рис.3.16)

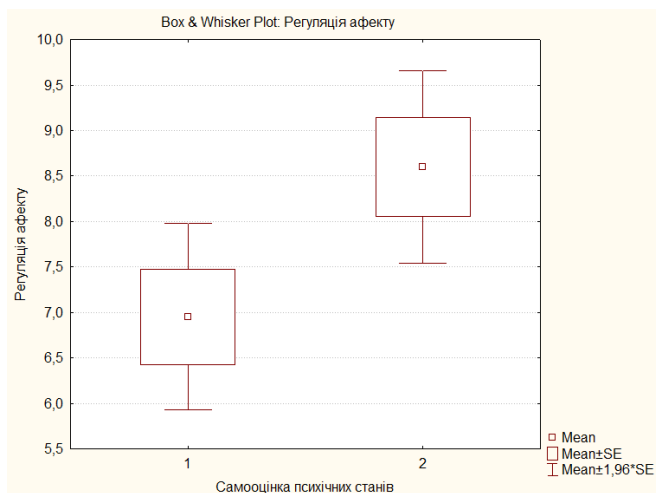


Рис.3.15 Порівняння показників шкали Регуляція афекту в осіб з різним рівнем психічних станів

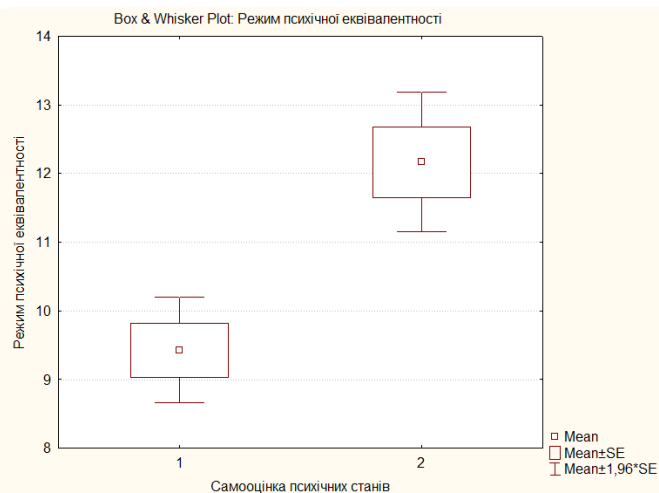


Рис.3.16 Порівняння показників шкали Режим психічної еквівалентності в осіб з різною здатністю до менталізації

Припускається, що для осіб з вищими показниками тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності, притаманно складність у ідентифікації та описі власних емоцій, що також підкріплюється нижчою здатністю до менталізації. (Рис.3.17 та Рис.3.18)

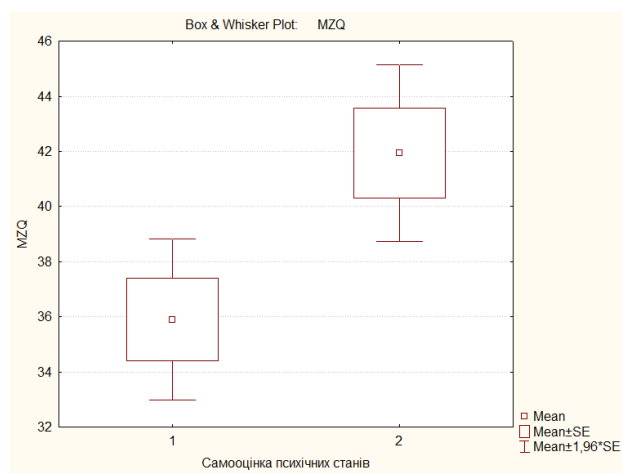


Рис.3.17 Порівняння показників шкали MZQ в осіб з різним рівнем психічних станів

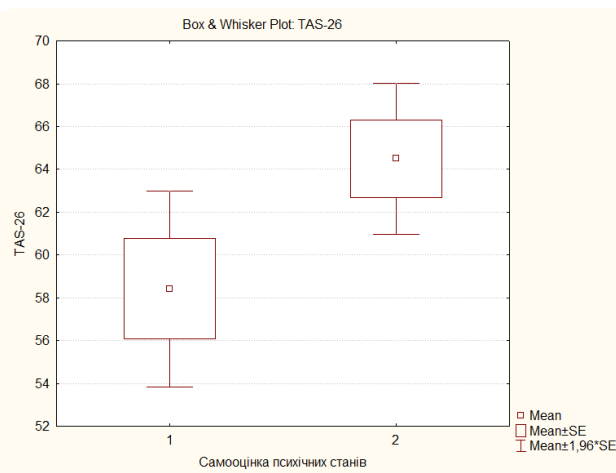


Рис.3.18 Порівняння показників методики TAS-26 в осіб з різним рівнем психічних станів

Таким чином, виявлено особливості менталізації у осіб з різним рівнем психічних станів. Такі шкали, як відмова від саморефлексії та емоційне усвідомлення не продемонстрували статистично значущої різниці між даними групами. Тобто, особи з вищими показниками психічних станів досить добре

можуть диференціювати свої стани та уникають думок про свої психічні стани, практично на рівні з тими, хто мають нижчі показники психічних станів.

Наступним кроком було виявити особливості менталізації серед осіб з різною психологічною симптоматикою. Завдяки кластерному аналізу респондентів розділено на дві групи за рівнем прояву базових симптомів (Рис.3.19). До першого кластеру увійшли особи з нижчими показниками за шкалами соматизації, нав'язливості, сенситивності, депресії, тривожності, ворожості, фобії, параноїдності, психотизму та загального показника дистресу. До другого кластеру увійшли респонденти з вищими показниками за даними шкалами (Додаток Ж).

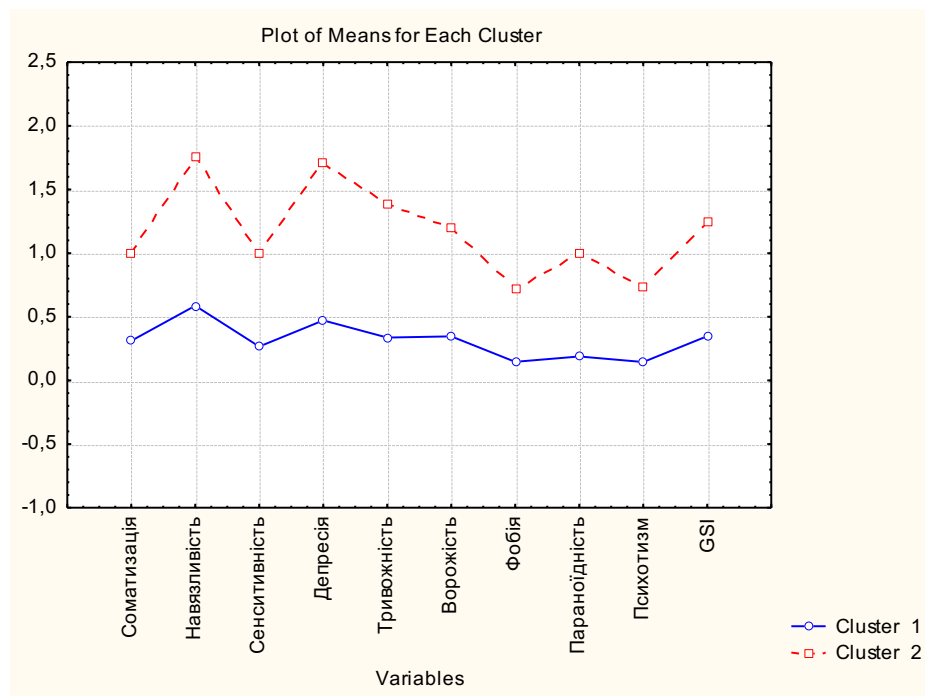


Рис.3.19 Розподіл досліджуваних на кластери згідно опитувальника SCS-90

На основі рівня вираженості базових симптомів здійснено порівняльний аналіз. За допомогою параметричного порівняльного методу для двох груп (критерій Стьюдента), було виявлено статистично значущу відмінність між людьми з різним рівнем вираженості базових симптомів за шкалами емоційне усвідомлення, режим психічної еквівалентності, регуляція афекту та менталізація (Додаток Ж). Цікавим те, що не було виявлено статистично значущих відмінностей у двох групах за показниками рефлексивної функції та алекситимії.

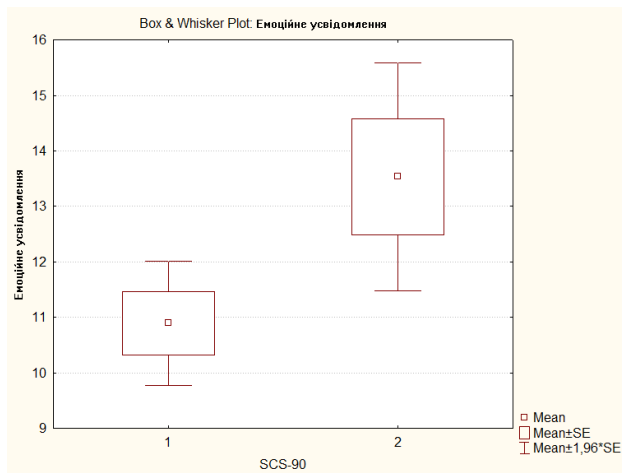


Рис.3.20 Порівняння показників шкали Емоційне усвідомлення в осіб з різним рівнем психічної симптоматики

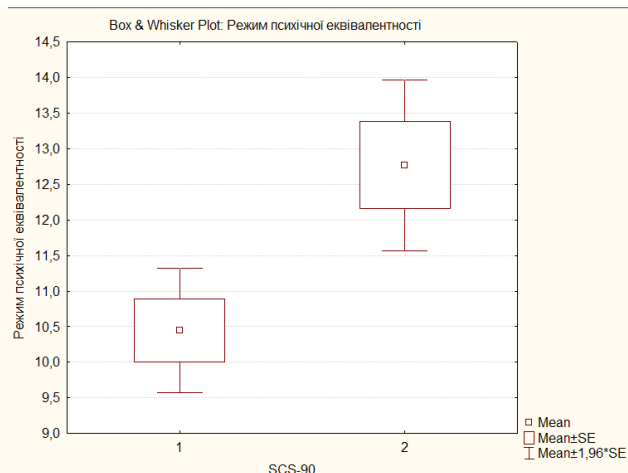


Рис.3.21 Порівняння показників методики Режим психічної еквівалентності в осіб з різним рівнем психічної симптоматики

Так виглядає, що група респондентів з вищими показниками по шкалах методики SCS-90 має труднощі у сприйнятті власних внутрішніх станів та ідентифікації почуттів, а внутрішня реальність сприймається на рівні із зовнішньою (Рис.3.20 та Рис.3.21). Натомість, група, куди увійшли особи з нищими показниками базової симптоматики, досить добре справляються з тим, щоб ідентифікувати та розрізнити свої переживання.

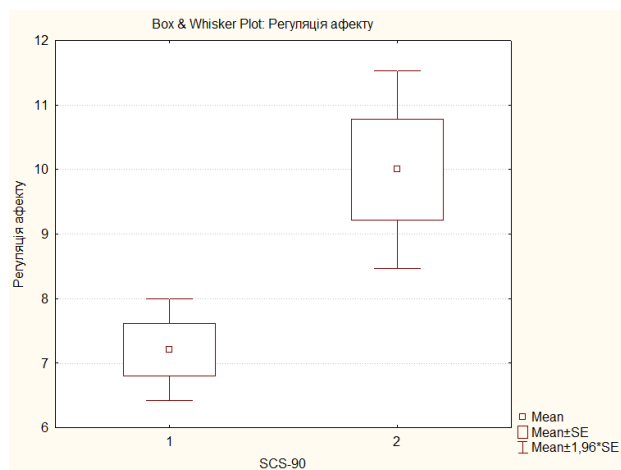


Рис.3.22 Порівняння показників шкали Регуляція афекту в осіб з різним рівнем психічної симптоматики

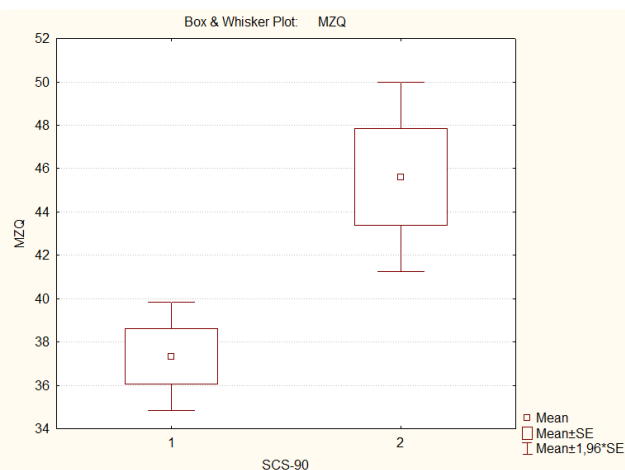


Рис.3.23 Порівняння показників шкали MZQ в осіб з різним рівнем психічної симптоматики

Особи з більш вираженою клініко-психологічною симптоматикою схильні гірше розрізнити та контролювати власні афекти, що може призводити до відчуття безпорадності і відчуття загрози від власних переживань. Група з

нижчим рівнем клініко-психологічної симптоматики у меншій мірі стикається з проблемами у менталізації.

Таким чином, було підтверджено основну гіпотезу про те, що існує відмінність вираженості клініко-психологічної симптоматики в осіб з різною здатністю до менталізації, а саме в осіб з нижчою здатністю до менталізації будуть вищі показники соматизації, тривожності, депресії та фобічної симптоматики, у порівнянні з особами з вищою здатністю до менталізації.

3.4. Дискусія результатів

На початку роботи, була висунута гіпотеза про те, що існує відмінність вираженості клініко-психологічної симптоматики в осіб з різною здатністю до менталізації, а саме в осіб з нижчою здатністю до менталізації будуть вищі показники соматизації, тривожності, депресії та фобічної симптоматики, у порівнянні з особами з вищою здатністю до менталізації. Провівши емпіричне дослідження, можна стверджувати, що гіпотеза підтвердилась.

Шляхом кореляційного аналізу виявлено, що міжособистісна сензитивність, яка характеризується зосередженням на почутті особистої неповноцінності, зокрема в порівнянні з іншими людьми, пов'язана з алекситемією та менталізацією, зокрема відмовою до саморефлексії, емоційним усвідомленням, режимом психічної еквівалентності та регуляцією афекту. Це узгоджується із теорією Fonagy та Bateman (2009), яка припускає, що при дефіциті менталізації, внутрішні переживання людини про свою нікчемність набирають таких обертів, що відчуються як реальні та правдиві. Дослідження упередженості інтерпретації свідчать про те, що люди з соціально тривожним розладом сприймають нейтральні та неоднозначні стимули як більш загрозливі, ніж не соціально-тривожні особи. Наприклад, Niels-Christensen, Stein та Means-Christensen (2003) виявили, що соціально тривожні люди оцінюють себе негативно і помилково вважають, що інші оцінюють їх негативно в соціальній взаємодії.

Натомість, симптоми obsесивно-компульсивного розладу, депресії та глобального показника дистресу пов'язані з високим рівнем алекситемії та низьким рівнем менталізації таким чином, що включають у себе зв'язок з емоційним усвідомленням, режимом психічної еквівалентності та регуляцією афекту, проте не пов'язані з відмовою до саморефлексії. Дані результати узгоджуються з попередніми дослідженнями, де пацієнти з ОКР демонстрували труднощі в емоційному сприйнятті та емпатії (Kang, Namkoong, Yoo, Jhung & Kim 2012; Grisham & Norberg 2010), а дефіцит емоційної свідомості може мати вирішальне значення для підтримки obsесивно-компульсивних симптомів (Kang, 2012).

Однак, досліджень, що вивчали менталізацію у пацієнтів з депресією, дають суперечливі результати. Fischer-Kern et al. (2013) виявили низькі показники менталізації у стаціонарних пацієнтів із великим депресивним розладом порівняно з контрольною вибіркою, тоді як Taubner та ін. (2011) не виявили різниці між пацієнтами з хронічною депресією та контрольною здоровою групою. У даному дослідженні, в ході кластерного аналізу було виявлено суттєві відмінності у здатності до менталізації в осіб з різним рівнем вираженості депресії. Проте, згідно кореляційного аналізу, депресія не пов'язана із відмовою від саморефлексії, хоча це також помічали Donges et al. (2005): люди з депресією стурбовані самодосвідом, проте менш емпатійно налаштовані на інших і мають більші недоліки здатності концептуалізувати емоції інших, але не свої.

Особи з високим рівнем параноїдності та психотизму мають схильність до низької здатності до менталізації, відмови до саморефлексії, режиму психічної еквівалентності, регуляції афекту. Також, припускається, що у осіб з вираженою параноїдністю та психотизмом буде високий рівень алекситемії. Вважається, що порушення менталізації або нездатність приписувати іншим наміри та психічні стани є невід'ємною характеристикою шизофренії (Frith, 1992), але природа дефіциту менталізації та її зв'язок з проявом симптомів досі є спірною.

Тривожність та соматизація мають схожий зв'язок з менталізацією, оскільки пов'язані лише з регуляцією афекту та низькою здатністю до менталізації. Даний результат узгоджується з попередніми дослідженнями *Spraans et al. (2009)*, в якому припускали, що погані навички менталізації можна вважати порушенням регуляції афектів, і є певні докази зв'язку між дефіцитом менталізації та неправильною інтерпретацією станів тіла. Наприклад, люди з проблемами менталізації можуть не інтерпретувати фізичні відчуття як негативні емоційні стани. Схожа історія з тривогою, оскільки вона часто може виникати на підставі нерозуміння власних емоцій.

Результати кластерного аналізу також підтвердили гіпотезу дослідження та закріпили результат кореляційного аналізу. Хоча концепція менталізації та структура терапії на основі менталізації спочатку була розроблена як відповідь на труднощі, з якими клініцисти стикаються при лікуванні прикордонного розладу особистості, зараз менталізацію варто розглядати як ключову клінічну основу для розуміння ряду розладів, таких як соматизація, депресія, тривожність та obsесивно-компульсивний розлад.

Результати цього дослідження слід інтерпретувати у світлі його обмежень. Вибірка респондентів була відносно невеликою, тому результати дослідження не можуть бути узагальнені, тим не менше отримали певну тенденцію, що варте наступних досліджень. Також, досить великий віковий діапазон може спотворювати загальні результати, оскільки опускаються з уваги вікові особливості розумових здібностей старших підлітків порівняно з дорослими. Одна з методик, а саме RFQ-Y не пройшла відповідної україномовної культурної адаптації, що могло вплинути на обмеженість результатів. Анкетування проводилось у перший місяць повномасштабної війни, що могло вплинути на загальний емоційний стан респондентів та результати Опитувальника базових симптомів.

Висновки до третього розділу

Було проведено статистичний аналіз даних за допомогою кореляційного, кластерного та порівняльного аналізу. Таким чином, була підтверджена головна

гіпотеза дослідження: існує відмінність вираженості клініко-психологічної симптоматики в осіб з різною здатністю до менталізації, а саме в осіб з нижчою здатністю до менталізації будуть вищі показники соматизації, тривожності, депресії та фобічної симптоматики, у порівнянні з особами з вищою здатністю до менталізації. Результати даного дослідження були співставлені з попередніми дослідженнями та теорією менталізації Fonagy та Bateman. Також, були визначені обмеження даного дослідження.

ВИСНОВКИ

Менталізація – це здатність розуміти й інтерпретувати поведінку людини з точки зору основних психічних станів себе та інших. Здатність до менталізації відіграє ключову функцію в міжособистісній поведінці. Менталізація дає можливість людям сприймати та обмірковувати дії та поведінку, тому це життєво важливо для диференційованого розуміння людської. Визначення менталізації має досить загальний характер, через це можна припускати, що більшість психічних захворювань буде характеризуватись деякими труднощами з процесом менталізації, а це дозволяє припускати, що більшість психічних розладів можна розглядати як помилку свідомості при інтерпретації досвіду самого себе, тобто зрештою як порушення менталізації.

Метою даного дослідження було з'ясувати особливості менталізації серед осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики. Був проведений аналіз поняття менталізації в науковій літературі. Також, розглянуто наукові підходи та концепції, які стосуються особливостей менталізації осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики. На основі розробленої теоретичної моделі, був створений план дослідження та підібраний діагностичний інструментарій. Нарешті, було емпірично з'ясовано особливості менталізації осіб з різним рівнем вираженості клініко-психологічної симптоматики.

Отримані результати дозволяють припускати, що дійсно існує відмінність вираженості клініко-психологічної симптоматики в осіб з різною здатністю до менталізації, а саме в осіб з нижчою здатністю до менталізації будуть вищі показники соматизації, тривожності, депресії та фобічної симптоматики, у порівнянні з особами з вищою здатністю до менталізації. Даний результат узгоджується з попередніми дослідженнями науковців, що складнощі у розпізнаванні власних емоцій та розумінні психічних станів інших, пов'язані з клініко-психологічною симптоматикою. Такі психічні стани, як тривожність, фрустрація та ригідність пов'язані зі здатністю до менталізації.

Також, це стосується наступних симптоматичних вимірів: соматизація, нав'язливості, міжособистісна сензитивність, депресивність, фобійна тривога, параноїдність та психотизм.

Таким чином, у роботі були досягнуті поставлені цілі та завдання. Теоретична модель менталізації була емпірично перевіреною і виявилась досить вдалою. Оскільки менталізація розглядається як складна психодинамічна концепція, слід відзначити, що перспективою подальших досліджень може бути вивчення аспектів менталізації із залученням різноманітного методичного інструментарію, який буде включати не тільки самооцінку свого стану респондентом. Окрім того, є сенс спробувати дослідити, як працюватиме терапія з акцентом на менталізацію з особами, у яких спостерігається різна клініко-психологічна симптоматика.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2009;374:491-9.
2. Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. *Handbook of mentalization-based treatment*, 3-30.
3. Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A., 2008. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
4. APA., 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
5. Barnow, S., Ruge, J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2005). Temperament and character in persons with borderline personality disorder. *Nervenarzt*, 76, 838–846.
6. Baron-Cohen, S., Golan, O., Chakrabarti, B., & Belmonte, M. K. (2008). Social cognition and autism spectrum conditions. In C. Sharp, P. Fonagy, & I. Goodyer (Eds.), *Social cognition and developmental psy*
7. Baron-Cohen, S., Campbell, R., Karmiloff-Smith, A., Grant, J., & Walker, J. (1995). Are children with autism blind to the mentalistic significance of the eyes?. *British Journal of Developmental Psychology*, 13(4), 379-398.
8. Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
9. Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc..
10. Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.
11. Bateman, A., and Fonagy, P. (2015). Borderline personality disorder and mood disorders: mentalizing as a framework for integrated treatment. *J. Clin. Psychol.* 71, 792–804.
12. Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *Parent-infant psychodynamics: wild things, mirrors and ghosts*, 43, 74-82.
13. Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226–239.
14. Blasi, V., Zanette, M., & Ferro, A. (2017, April). Mentalization as alphabetization of the emotions: oscillation between the opening and closing of possible worlds. In *International forum of psychoanalysis (Vol. 26, No. 2, pp. 75-84)*. Routledge.
15. Blatt, S. J. (2008). Polarities of experience: Relatedness and self definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington, DC: American Psychological Association.
16. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Volume III: Loss, sadness and depression. In *Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression (pp. 1-462)*. London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
17. Cella, M., Hamid, S., Butt, K., and Wykes, T. (2015). Cognition and social cognition in non-psychotic siblings of patients with schizophrenia.
18. Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127–1135.
19. Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Katon, W.J., Russo, J.E., 2002a. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom. Med.* 64 (4), 660-667.
20. Corcoran, R., Mercer, G., and Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 17, 5–13.
21. Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 67–82.

22. Darvishi N, Alilou MM, Bakhshipour A, Farnam A, Bahramkhani M. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder patients versus normal individuals. *Adv Cogn Sci.* 2013;15:77–89.
23. Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280–289.
24. Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Carcione, A., Nicolo, G., & Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other . . . to a certain extent: Multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Conscious Cognition*, 17, 778–789.
25. Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 135–147.
26. Donges, U. S., Kersting, A., Dannlowski, U., Lalee-Mentzel, J., Arolt, V., and Suslow, T. (2005). Reduced awareness of others' emotions in unipolar depressed patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 193, 331–337
27. Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., et al. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *J. Autism Dev. Disord.* 36, 623–636
28. Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., et al. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 201, 202–207.
29. Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24(3), 212–239.
30. Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development.
31. Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355–1381.
32. Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679–700.
33. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
34. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H. & Target, M. (1997). *Reflective-Functioning Manual for Application to Adult Attachment Interviews, Version 4.1*. London: Psychoanalysis
35. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states. In S. Goldberg & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233–278). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
36. Freud, S. (1895). *Project for a Scientific Psychology* (standard edn), Vol. 1, pp. 295–397.
37. Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
38. Frith, C. D. (2007). The social brain? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B Biological Science*, 362, 671–678.
39. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533–545.
40. Grisham JR, Norberg MM. Compulsive hoarding: current controversies and new directions. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12:233–240.
41. Grootens, K. P., van Luijtelaaar, G., Buitelaar, J. K., van der Laan, A., Hummelen, J. W., & Verkes, R. J. (2008). Inhibition errors in borderline personality disorder with psychotic-like symptoms. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32, 267–273.
42. Grossman, K., Grossman, K. & Waters, E. (2005). *Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies*. New York: Guilford.
43. Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: gene–environment–developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 22–41.

44. Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpfer, M., Brütt, A. L., ... & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709.
45. Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 45(4), 530-540.
46. Hill, J., Pilkonis, P., Morse, J., Feske, U., Reynolds, S., Hope, H., et al. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 38, 135–146.
47. Hirsch, C. R., & Mathews, A. (2000). Impaired positive inferential bias in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 705–712.
48. Ho, K. K., Lui, S. S., Hung, K. S., Wang, Y., Li, Z., Cheung, E. F., et al. (2015). Theory of mind impairments in patients with first-episode schizophrenia and their unaffected siblings. *Schizophr. Res.* 166, 1–8.
49. Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new. *Handbook of mentalization-based treatment*, 31-49.
50. Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2012;141:286–293.
51. Kashdan, T. B., Weeks, J. W., & Savostyanova, A. A. (2011). Whether, how, and when social anxiety shapes positive experiences and events: A self-regulatory framework and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 31, 786–799.
52. King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806–810.
53. Koelkebeck, K., Pedersen, A., Suslow, T., Kueppers, K. A., Arolt, V., and Ohrmann, P. (2010). Theory of mind in first episode schizophrenia patients: correlation with cognition and personality states. *Schizophr. Res.* 119, 115–123.
54. Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
55. Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38, 64–74.
56. Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259–289.
57. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
58. Luyten, P., Lemma, A., Target, M. (2012): Mentalizing and depression. In: Bateman, A., Fonagy, P. (Eds.): *Mentalizing in mental health practice*, pp. 385–418. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
59. Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., Fonagy, P., 2012. A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanal. Psychother.* 26(2), 121-140.
60. Lysaker, P. H., Salvatore, G., Grant, M. L., Procacci, M., Olesek, K. L., Buck, K. D., . . . Dimaggio, G. (2010). Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 124, 81–85.
61. Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J. & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalizing abilities: a longitudinal study. *Social Development*, 7, 1–24.
62. Montag, C., Dziobek, I., Richter, I. S., Neuhaus, K., Lehmann, A., Sylla, R., et al. (2011). Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: evidence from a video-based assessment. *Psychiatry Res.* 186, 203–209.
63. Niels-Christensen, P., Stein, M. B., & Means-Christensen, A. (2003). Social anxiety and interpersonal perception: A social relations model analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1355–1371.

64. Philipsen, A., Richter, H., Schmahl, C., Peters, J., Rusch, N., Bohus, M., et al. (2004). Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1414–1419.
65. Pickup, G. J., and Frith, C. D. (2001). Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychol Med.* 31, 207–220.
66. Pino, M. C., De Berardis, D., Mariano, M., Vellante, F., Serroni, N., Valchera, A., ... & Mazza, M. (2016). Two systems for empathy in obsessive-compulsive disorder: mentalizing and experience sharing. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38, 307-313.
67. Reisch, T., Ebner-Priemer, U. W., Tschacher, W., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2008). Sequences of emotions in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 42–48.
68. Riem, M. M., Doedée, E. N., Broekhuizen-Dijksman, S. C., & Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry research*, 268, 108-113.
69. Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.
70. Rothschild-Yakar, L., Stein, D., Goshen, D., Shoval, G., Yacobi, A., Eger, G., ... & Gur, E. (2019). Mentalizing self and other and affect regulation patterns in anorexia and depression. *Frontiers in Psychology*, 2223.
71. Sar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1583–1590.
72. Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research*, 1079, 86–97.
73. Sayin A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: comparison with healthy controls. *Eur Psychiatry*. 2010;25:116–122.
74. Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., and Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 149, 11–23.
75. Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders.
76. Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., ... & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(4), 311-338.
77. Slade, A. (1999). Attachment theory and research: implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. Shaver (eds), *Handbook of Attachment*. New York: Guilford.
78. Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P., Buhning, M.E.F., 2009. Bodily aspects of mentalization: A therapeutic focus in the treatment of patients with severe medically unexplained symptoms. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 51, 239–248.
79. Sripada, C. S., Angstadt, M., Banks, S., Nathan, P. J., Liberzon, I., & Phan, K. L. (2009). Functional neuroimaging of mentalizing during the trust game in social anxiety disorder. *Neuroreport*, 20(11), 984.
80. Swenson, C. R., & Choi-Kain, L. W. (2015). Mentalization and dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 199-217.
81. Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., and Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry* 74, 49–57.
82. Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doody, K. F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic medicine*, 50(5), 500-509.
83. Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., & Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: the role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in Cognitive Science*, 11, 153–157.
84. Waldinger, R.J., Schulz, M.S., Barsky, A.J., Ahern, D.K., 2006. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom. Med.* 68(1), 129-135.

85. Wang, Y.-G., Shi, J.-F., Roberts, D. L., Jiang, X., Shen, Z., Wang, Y., et al. (2015). Theory-of-mind use in remitted schizophrenia patients: the role of inhibition and perspective-switching. *Psychiatry Res.* 229, 332–339.
86. Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.
87. Дембіцький С. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідація в Україні / С. Дембіцький, Ю. Серeda // *Соціологія: теорія, методи, маркетинг.* - 2015. - № 4. - С. 40-71.
88. Ересько, Д. Б., Исурина, Г. Л., Кайдановская, Е. В., Карвасарский, Б. Д., Карпова, Э. Б., Смирнова, Т. Г., ... & Шифрин, В. Б. (2005). Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах.
89. Лемак, М. В., & Петрище, В. Ю. (2012). *Психологу для роботи: діагностичні методики. Методичне видання. Збірник.-Ужгород, Видавництво А. Гаркуші.*
90. Турецька, Х., & Кунікевич, Б. І. (2020). Україномовна адаптація опитувальника менталізації на неклінічній вибірці. Тематична рубрика, 6.

ДОДАТКИ

Додаток А

Торонтська алекситимічна шкала (TAS-26)

Користуючись даною шкалою, вкажіть, якою мірою ви згодні або не згодні з цим твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження:

Абсолютно не згоден(1), Швидше не згоден(2), Ні те, ні інше(3), Швидше згоден(4), Абсолютно згоден(5)

1. Коли я плачу, я завжди знаю, чому
2. Мрії – це втрата часу
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим
4. Я часто важко визначити, які почуття відчуваю
5. Я часто мрію про майбутнє
6. Мені здається, що я так само легко здатний заводити друзів, як і інші
7. Знати, як вирішувати проблеми важливіше, ніж розуміти причини цих рішень
8. Мені важко знаходити правильні слова для своїх почуттів
9. Мені подобається ставити людей до відома про свою позицію з тих чи інших питань
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям
11. Мені недостатньо знати, що спричинило такий результат, мені необхідно знати, чому і як це відбувається
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття
13. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати
14. Коли я засмучений, я не знаю, чи я зляканий, сумний чи злий
15. Я часто даю волю уяві
16. Я проводжу багато часу у мріях, коли не зайнятий нічим іншим
17. Мене часто спантеличують відчуття, що з'являються в моєму тілі
18. Я рідко мрію
19. Я волію, щоб все йшло само собою, ніж розуміти, чому все сталося саме так
20. У мене бувають почуття, яким я не можу дати чіткого визначення

21. Дуже важливо вміти розумітися на емоціях
22. Мені важко описувати свої почуття до людей
23. Люди мені кажуть, щоб я більше висловлював свої почуття
24. Слід шукати більш глибоке пояснення того, що відбувається
25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині
26. Я часто не знаю, чому серджусь

Додаток Б

Показники альфа-Кронбаха для методики TAS-26

Таблиця Б.1

variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Item-Totl Correl.	Alpha if deleted
Summary for scale: Mean=62,0000 Std.Dv.=10,5546 Valid N:51 (Spreadsheet 1) Cronbach alpha: .698159 Standardized alpha: .679530 Average inter-item corr.: .082248					
1. Коли я плачу, я завжди знаю, чому	59,96078	102,6651	10,13238	0,184990	0,694525
2. Мрії – це втрата часу	60,49020	105,8185	10,28681	0,167124	0,694606
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим	58,94118	103,0750	10,15258	0,122956	0,702425
4. Я часто важко визначити, які почуття відчуваю	59,47059	92,8374	9,63522	0,584174	0,657949
5. Я часто мрію про майбутнє	60,09804	111,3825	10,55379	-0,149244	0,715567
6. Мені здається, що я так само легко здатний заводити друзів, як і інші	59,54902	99,5025	9,97509	0,308243	0,683636
7. Знати, як вирішувати проблеми важливіше, ніж розуміти причини цих рішень	59,15686	101,7401	10,08663	0,273038	0,687118
8. Мені важко знаходити правильні слова для своїх почуттів	59,03922	98,8220	9,94093	0,360760	0,679371
9. Мені подобається ставити людей до відома про свою позицію з тих чи інших питань	57,96078	114,7436	10,71184	-0,346622	0,722167
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям	59,88235	101,3587	10,06771	0,241863	0,689521
11. Мені недостатньо знати, що спричинило такий результат, мені необхідно знати, чому і як це відбувається	59,78431	105,1103	10,25233	0,116024	0,699240
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття	59,49020	98,5244	9,92595	0,377230	0,678033
13. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати	60,03922	103,7240	10,18450	0,223937	0,690980
14. Коли я засмучений, я не знаю, чи я зляканий, сумний чи злий	59,56863	97,5786	9,87819	0,398712	0,675715
15. Я часто даю волю уяві	59,90196	104,8335	10,23882	0,124579	0,698703
16. Я проводжу багато часу у мріях, коли не зайнятий нічим іншим	59,25490	111,5625	10,56231	-0,145946	0,723998
17. Мене часто спантеличують відчуття, що з'являються в моєму тілі	59,72549	97,3364	9,86592	0,423584	0,673891
18. Я рідко мрію	60,03922	101,9985	10,09943	0,242092	0,689453
19. Я волію, щоб все йшло само собою, ніж розуміти, чому все сталося саме так	60,00000	105,2549	10,25938	0,196623	0,692991
20. У мене бувають почуття, яким я не можу дати чіткого визначення	59,07843	98,1115	9,90513	0,398628	0,676283
21. Дуже важливо вміти розумітися на емоціях	60,21569	108,0515	10,39478	0,012572	0,704402
22. Мені важко описувати свої почуття до людей	59,52941	95,7001	9,78264	0,500591	0,667293
23. Люди мені кажуть, щоб я більше висловлював свої почуття	59,60784	98,2776	9,91351	0,364673	0,678660
24. Слід шукати більш глибоке пояснення того, що відбувається	59,66667	108,5359	10,41806	-0,022883	0,708675
25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині	59,68628	95,5879	9,77690	0,539787	0,665203
26. Я часто не знаю, чому серджусь	59,86274	94,9419	9,74381	0,596142	0,661579

Додаток В

Опитувальник Рефлексивної Функції для Молоді (RFQ-Y)

Інструкція: Будь ласка, прочитайте кожне твердження та оцініть його від 1 до 6, де 1 – це категорично не згоден, а 6 – абсолютно погоджуюсь. Не думайте занадто довго — перші відповіді зазвичай найкращі. Дякуємо

1. Думки людей для мене таємниця.
2. Мене дуже хвилює те, що люди думають і відчують.
3. Моє уявлення про моїх батьків змінюється, коли я змінююсь.
4. Я знаю, що іноді можу неправильно розуміти реакцію своїх найкращих друзів.
5. Я вважаю, що поведінку моїх батьків щодо мене не слід пояснювати тим, як вони були виховані.
6. Мені часто говорять, що я хороший слухач.
7. Мені часто доводиться змушувати людей робити те, що я хочу, щоб вони зробили.
8. Я завжди знаю, що відчуваю.
9. Я відчуваю, якщо я не буду обережним(-оною), я можу завадити чіємусь життю.
10. Я часто путаюсь в тому, що відчуваю
11. Я вважаю, що люди можуть побачити ситуацію дуже по-різному, виходячи з власних переконань і досвіду
12. Я вважаю, що немає сенсу намагатися вгадувати, що у когось іншого на думці
13. Мене бентежить, коли люди говорять про свої почуття
14. Я вважаю, що інші люди є занадто заплутаними, щоб намагатися їх зрозуміти
15. Мені важко розуміти точку зору інших людей
16. Я добре зчитую думки інших людей
17. Я не завжди знаю, чому я роблю те, що роблю
18. Я звертаю увагу на свої почуття
19. Під час суперечки я беру до уваги думку іншої людини
20. Коли я розумію причини поведінки інших людей, то мені це допомагає пробачити їм
21. Я вважаю, що немає ПРАВИЛЬНОГО способу сприйняття будь-якої ситуації
22. Коли я злюсь, то говорю щось, не розуміючи, чому я це говорю

23. Моїм близьким людям, здається, складно зрозуміти, чому я роблю певні речі
24. Для мене краще керуватися раціональністю, ніж внутрішнім передчуттям
25. Зазвичай я чітко розумію, що думають інші люди
26. Я не багато пам'ятаю зі свого дитинства
27. Сильні почуття часто затьмарюють мій розум
28. Я довіряю своїм почуттям
29. Коли я злюся, то кажу речі, про які потім шкодую
30. Мої відчуття до людини рідко бувають помилковими
31. Як на мене, дії говорять більше за слова
32. Я часто зауважую, що я ні про що не думаю
33. Гадаю, що мої відчуття можуть змінюватися, навіть, стосовно того, до чого моє ставлення є сформованим
34. Я люблю розмірковувати над причинами моїх дій
35. Якщо я почуваюсь невпевнено, я можу ображати людей своєю поведінкою
36. Інколи я роблю щось, не знаючи, чому я це роблю
37. Я можу сказати, як хтось почувається, поглянувши їм в очі
38. Інколи я можу спіймати себе на думці, що кажу певні речі і не знаю, чому саме я це роблю
39. Для того, аби чітко зрозуміти, як хтось почувається, я усвідомив (-ла), що змушений (-на) їх про це запитати
40. В більшості випадків я можу передбачити дії інших людей
41. Мені часто цікаво, чим керуються люди, коли вчиняють певні дії
42. Я помітив, що люди часто дають такі поради іншим, яким вони хотіли б слідувати
43. Мені цікаво, що означають мої сни
44. Те, як я себе почуваю, може з легкістю впливати на те, як я трактую поведінку інших людей
45. Я приділяю увагу впливу моїх дій на почуття інших
46. Я точно знаю, що думають мої близькі друзі

Додаток Г

Показники альфа-Кронбаха для методики RFQ-Y

Таблиця Г.1

Показники для шкали А

Summary for scale: Mean=52,5882 Std.Dv.=6,63077 Valid N:51 (rovkach-rfqy.sta)					
Cronbach alpha: ,781415 Standardized alpha: ,782358					
Average inter-item corr.: ,140376					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Item-Totl Correl.	Alpha if deleted
Думки людей для мене таємниця	50,03922	40,93964	6,398409	0,232754	0,778385
Мене дужехвилює те, що люди думають і відчувають	50,13726	41,33410	6,429160	0,196791	0,779960
Я вважаю, що поведінку моїх батьків щодо мене не слід пояснювати тим, як вони були виховані	50,43137	40,04921	6,328444	0,276176	0,776562
8. Я завжди знаю, що відчуваю.	50,29412	38,05075	6,168529	0,561637	0,760082
9. Я відчуваю, якщо я не буду обережним(-оною), я можу завдати чиємусь життю.	50,37255	41,25336	6,422878	0,134065	0,785412
10. Я часто путаюсь в тому, що відчуваю	50,29412	39,61938	6,294393	0,326115	0,773540
12. Я вважаю, що немає сенсу намагатися вгадувати, що у когось іншого на думці	50,37255	40,50827	6,364611	0,213420	0,780589
16. Я добре зчитую думки інших людей	50,00000	38,15686	6,177124	0,551390	0,760755
17. Я не завжди знаю, чому я роблю те, що роблю	50,31372	40,05844	6,329174	0,252234	0,778374
22. Коли я злюсь, то говорю щось, не розуміючи, чому я це говорю	50,33333	40,96732	6,400572	0,191795	0,781103
24. Для мене краще керуватися раціональністю, ніж внутрішнім передчуттям	50,17647	39,71395	6,301901	0,317247	0,774071
25. Зазвичай я чітко розумію, що думають інші люди	50,11765	38,02538	6,166472	0,563171	0,759954
27. Сильні почуття часто затьмарюють мій розум	50,47059	39,34718	6,272733	0,319944	0,774101
28. Я довіряю своїм почуттям	50,37255	38,62591	6,214975	0,487395	0,764385
29. Коли я злюсь, то кажу речі, про які потім шкодую	50,47059	41,03345	6,405735	0,214872	0,779334
30. Мої відчуття до людини рідко бувають помилковими	50,25490	39,44483	6,280512	0,357329	0,771674
31. Як на мене, дії говорять більше за слова	50,82353	39,28259	6,267582	0,359492	0,771498
33. Гадаю, що мої відчуття можуть змінюватися, навіть, стосовно того, до чого моє ставлення є сформованим	50,47059	42,79815	6,542030	-0,008886	0,790396
35. Якщо я почувуюсь невпевнено, я можу ображати людей своєю поведінкою	50,49020	41,70088	6,457622	0,103144	0,786197
36. Інколи я роблю щось, не знаючи, чому я це роблю	50,43137	38,44137	6,200110	0,460943	0,765225
37. Я можу сказати, як хтось почувався, поглянувши їм в очі	50,07843	39,32718	6,271139	0,421416	0,768452
40. В більшості випадків я можу передбачити дії інших людей	50,00000	37,92157	6,158049	0,581956	0,758975
46. Я точно знаю, що думають мої близькі друзі	50,19608	39,49096	6,284184	0,383811	0,770344

Таблиця Г.2

Показники для шкали В

Summary for scale: Mean=101,314 Std.Dv.=9,61559 Valid N:51 (rovkach-rfqy.sta)					
Cronbach alpha: ,644100 Standardized alpha: ,655078					
Average inter-item corr.: ,078664					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Item-Totl Correl.	Alpha if deleted
7. Мені часто доводиться змушувати людей робити те, що я хочу, щоб вони зробили.	97,45098	82,36524	9,075530	0,265615	0,627949
13. Мене бентежить, коли люди говорять про свої почуття	96,54902	83,89466	9,159403	0,276747	0,628043
14. Я вважаю, що інші люди є занадто заплутаними, щоб намагатися їх зрозуміти	96,98039	84,33295	9,183297	0,199328	0,635621
15. Мені важко розуміти точку зору інших людей	96,66666	84,02614	9,166577	0,339897	0,624414
23. Моїм близьким людям, здається, складно зрозуміти, чому я роблю певні речі	97,72549	88,90503	9,428946	-0,007135	0,660279
26. Я не багато пам'ятаю зі свого дитинства	97,19608	87,68703	9,364136	0,055419	0,651371
32. Я часто зауважую, що я ні про що не думаю	96,94118	81,11420	9,006342	0,233535	0,632590
38. Інколи я можу спіймати себе на думці, що кажу певні речі і не знаю, чому саме я це роблю	97,58823	88,28143	9,395820	0,010466	0,659358
Моє уявлення про моїх батьків змінюється, коли я змінююсь	96,90196	79,65706	8,925080	0,387979	0,613247
Я знаю, що інколи можу неправильно розуміти реакцію своїх найкращих друзів	96,74509	82,93502	9,106867	0,344434	0,622033
6. Мені часто говорять, що я хорошиш слухач.	96,96078	83,72396	9,150080	0,239155	0,631229
11. Я вважаю, що люди можуть побачити ситуацію дуже по-різному, виходячи з власних переконань і досвіду	96,01961	85,70551	9,257727	0,220694	0,633891
18. Я звертаю увагу на свої почуття	96,86275	85,72625	9,258847	0,136710	0,642627
19. Під час суперечки я беру до уваги думку іншої людини	96,56863	86,91196	9,322659	0,186910	0,637058
20. Коли я розумію причини поведінки інших людей, то мені це допомагає пробачити їм	96,64706	83,87543	9,158353	0,305669	0,626026
21. Я вважаю, що немає ПРАВИЛЬНОГО способу сприйняття будь-якої ситуації	96,76471	86,14072	9,281202	0,110285	0,646007
34. Я люблю розмірковувати над причинами моїх дій	96,66666	84,57517	9,196476	0,266091	0,629591
39. Для того, аби чітко розуміти, як хтось почувався, я усвідомив (-ла), що змушений (-на) їх про це запитати	97,19608	83,17723	9,120155	0,260053	0,628899
41. Мені часто цікаво, чим керуються люди, коли вчиняють певні дії	96,74509	81,48405	9,026852	0,352936	0,618992
42. Я помітив, що люди часто дають такі поради іншим, яким вони хотіли б слідувати	96,47059	89,62169	9,466873	0,025240	0,648339
43. Мені цікаво, що означають мої сни	96,86275	79,02037	8,889340	0,342996	0,617097
44. Те, як я себе відчуваю, може з легкістю впливати на те, як я трактую поведінку інших людей	97,33334	80,81046	8,989464	0,280851	0,625707
45. Я приділяю увагу впливу моїх дій на почуття інших	97,05882	84,40830	9,187399	0,261345	0,629747

Додаток Д

Показники кореляційної матриці

Таблиця Д.1

Показники кореляційної матриці методики RFQ-Y

Variable	Шкала А	Шкала В	RFQ Total
Шкала А	1,000000	-0,030556	0,817654
Шкала В	-0,030556	1,000000	0,550456
RFQ Total	0,817654	0,550456	1,000000
Шкала тривожності	0,180705	0,223529	0,279682
Шкала Фрустрації	0,183798	0,192684	0,264499
Шкала агресивності	0,148126	-0,052535	0,093464
Шкала ригідності	-0,168594	0,168339	-0,043860
Соматизація	0,208543	-0,143024	0,091807
Навязливість	0,200274	-0,041235	0,143530
Сенситивність	0,102212	-0,028830	0,068767
Депресія	0,144030	-0,036843	0,099081
Тривожність	0,178722	-0,125613	0,076928
Ворожість	0,049931	0,025372	0,056319
Фобія	-0,082093	-0,035578	-0,089061
Параноїдність	-0,137860	-0,094096	-0,169345
Психотизм	-0,186891	-0,137944	-0,235554
GSI	0,108364	-0,079883	0,044500
Відмова від саморефлексії	-0,453099	-0,079929	-0,424490
Емоційне усвідомлення	-0,144184	0,006408	-0,116739
Режим психічної еквівалентності	0,009935	0,124781	0,080169
Регуляція афекту	-0,102549	0,059969	-0,051114
MZQ	-0,251560	0,035235	-0,189822
TAS-26	-0,271557	-0,086018	-0,276363

Таблиця Д.2

Показники кореляційної матриці методики Самооцінка психічних станів

Variable	Correlations (товкач)			
	Шкала тривожності	Шкала Фрустрації	Шкала агресивності	Шкала ригідності
Шкала А	0,180705	0,183798	0,148126	-0,168594
Шкала В	0,223529	0,192684	-0,052535	0,168339
RFQ Total	0,279682	0,264499	0,093464	-0,043860
Шкала тривожності	1,000000	0,628738	0,246007	0,304668
Шкала Фрустрації	0,628738	1,000000	0,121105	0,458165
Шкала агресивності	0,246007	0,121105	1,000000	0,275976
Шкала ригідності	0,304668	0,458165	0,275976	1,000000
Соматизація	0,334489	0,362392	0,182379	0,343315
Навязливість	0,579820	0,635914	0,073685	0,358034
Сенситивність	0,455256	0,442547	0,247911	0,254718
Депресія	0,555666	0,608994	0,190590	0,284305
Тривожність	0,452954	0,454487	0,140435	0,287336
Ворожість	0,358158	0,454708	0,202357	0,346347
Фобія	0,446202	0,448925	0,082530	0,238404
Параноїдність	0,309844	0,448781	-0,043167	0,267370
Психотизм	0,292966	0,477284	0,013133	0,259486
GSI	0,505222	0,578957	0,165299	0,348995
Відмова від саморефлексії	0,065751	-0,119588	-0,004616	0,112469
Емоційне усвідомлення	0,218974	0,157265	0,086657	0,123348
Режим психічної еквівалентності	0,478123	0,501080	0,139208	0,410027
Регуляція афекту	0,205881	0,380888	0,250897	0,518553
MZQ	0,341626	0,315186	0,164045	0,397270
TAS-26	0,191830	0,193955	0,019234	0,281771

Показники кореляційної матриці методики SCS-90

Variable	Correlations (товкач) Marked correlations are significant at $p < ,05000$ N=51 (Casewise deletion of missing data)									
	Соматизація	Навязливість	Сенситивність	Депресія	Тривожність	Ворожість	Фобія	Параноїдність	Психотизм	GSI
Шкала А	0,208543	0,200274	0,102212	0,144030	0,178722	0,049931	-0,082093	-0,137860	-0,186891	0,108364
Шкала В	-0,143024	-0,041235	-0,028830	-0,036843	-0,125613	0,025372	-0,035578	-0,094096	-0,137944	-0,079883
RFQ Total	0,091807	0,143530	0,068767	0,099081	0,076928	0,056319	-0,089061	-0,169345	-0,235554	0,044500
Шкала тривожності	0,334489	0,579820	0,455256	0,555666	0,452954	0,358158	0,446202	0,309844	0,292966	0,505222
Шкала Фрустрації	0,362392	0,635914	0,442547	0,608994	0,454487	0,454708	0,448925	0,448781	0,477284	0,578957
Шкала агресивності	0,182379	0,073685	0,247911	0,190590	0,140435	0,202357	0,082530	-0,043167	0,013133	0,165299
Шкала ригідності	0,343315	0,358034	0,254718	0,284305	0,287336	0,346347	0,238404	0,267370	0,259486	0,348995
Соматизація	1,000000	0,684601	0,613832	0,726146	0,840336	0,719087	0,545469	0,569257	0,674910	0,834400
Навязливість	0,684601	1,000000	0,700582	0,839228	0,782137	0,647101	0,634635	0,674027	0,721287	0,888763
Сенситивність	0,613832	0,700582	1,000000	0,785032	0,677005	0,799401	0,660281	0,777292	0,757055	0,856644
Депресія	0,726146	0,839228	0,785032	1,000000	0,840153	0,770108	0,673137	0,722540	0,754972	0,933648
Тривожність	0,840336	0,782137	0,677005	0,840153	1,000000	0,728748	0,759328	0,658587	0,680328	0,903568
Ворожість	0,719087	0,647101	0,799401	0,770108	0,728748	1,000000	0,569915	0,747658	0,773335	0,856468
Фобія	0,545469	0,634635	0,660281	0,673137	0,759328	0,569915	1,000000	0,643848	0,638566	0,760070
Параноїдність	0,569257	0,674027	0,777292	0,722540	0,658587	0,747658	0,643848	1,000000	0,889338	0,820587
Психотизм	0,674910	0,721287	0,757055	0,754972	0,680328	0,773335	0,638566	0,889338	1,000000	0,866454
GSI	0,834400	0,888763	0,856644	0,933648	0,903568	0,856468	0,760070	0,820587	0,866454	1,000000
Відмова від саморефлексії	0,172610	0,174775	0,299318	0,206495	0,270528	0,219018	0,398564	0,358007	0,355696	0,269410
Емоційне усвідомлення	0,133582	0,367782	0,468222	0,332445	0,203201	0,349748	0,287417	0,518387	0,444695	0,373905
Режим психічної еквівалентності	0,168517	0,320974	0,320571	0,289523	0,218468	0,227728	0,352108	0,245052	0,248169	0,308981
Регуляція афекту	0,371801	0,400317	0,374729	0,384773	0,305442	0,445825	0,274304	0,486244	0,486070	0,454313
MZQ	0,295756	0,457315	0,535923	0,437683	0,354620	0,449583	0,469203	0,590400	0,558525	0,506938
TAS-26	0,158832	0,342491	0,340835	0,276313	0,256837	0,228833	0,400654	0,406650	0,342114	0,324675

Додаток Е

Показники кластерного аналізу «Самооцінка психічних станів»

Таблиця Е.1

Показники кластерного аналізу «Самооцінка психічних станів»

Variable	Analysis of Variance (товкач. sta)					
	Between SS	df	Within SS	df	F	signif. p
Шкала тривожності	374,3238	1	265,0095	49	69,21210	0,000000
Шкала Фрустрації	588,1235	1	340,0333	49	84,75067	0,000000
Шкала агресивності	20,5717	1	573,9381	49	1,75631	0,191232
Шкала ригідності	186,0574	1	590,4524	49	15,44039	0,000267

Таблиця Е.2

Показники кластерного аналізу «Самооцінка психічних станів»

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 1 Cluster contains 21 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
Шкала тривожності	6,09524	2,364419	5,59048
Шкала Фрустрації	3,33333	2,435843	5,93333
Шкала агресивності	10,14286	3,439269	11,82857
Шкала ригідності	7,61905	3,499660	12,24762

Таблиця Е.3

Показники кластерного аналізу «Самооцінка психічних станів»

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 2 Cluster contains 30 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
Шкала тривожності	11,60000	2,298425	5,28276
Шкала Фрустрації	10,23333	2,762849	7,63333
Шкала агресивності	11,43333	3,410767	11,63333
Шкала ригідності	11,50000	3,451636	11,91379

Таблиця Е.4

Показники порівняльного аналізу на основі створених кластерів «Самооцінка психічних станів»

Variable	T-tests; Grouping: Самооцінка психічних станів										
	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
Шкала А	4,28986	4,48551	-1,67423	49	0,100458	21	30	0,40163	0,416886	1,077384	0,877831
Шкала В	2,21532	2,33623	-1,49202	49	0,142104	21	30	0,31667	0,260603	1,476562	0,331064
RFQ Total	6,50518	6,82174	-2,31806	49	0,024663	21	30	0,44837	0,500616	1,246627	0,616088
Відмова від саморефлексії	9,09524	8,80000	0,34218	49	0,733678	21	30	2,89663	3,122775	1,162237	0,737727
Емоційне усвідомлення	10,42857	12,36667	-1,86723	49	0,067857	21	30	3,68200	3,624470	1,031999	0,919373
Режим психічної еквівалентності	9,42857	12,16667	-3,89378	49	0,000299	21	30	1,80476	2,841604	2,479078	0,038382
Регуляція афекту	6,95238	8,60000	-2,11264	49	0,039751	21	30	2,39742	2,954832	1,519070	0,334359
MZQ	35,90476	41,93333	-2,60182	49	0,012230	21	30	6,82572	8,940159	1,715510	0,212709
TAS-26	58,42857	64,50000	-2,08865	49	0,041956	21	30	10,70781	9,863727	1,178471	0,672676

Додаток Ж

Показники кластерного аналізу «Опитувальник базових симптомів SCS-90»

Таблиця Ж.1

Показники кластерного аналізу SCS-90

Variable	Analysis of Variance (товкач.sta)					
	Between SS	df	Within SS	df	F	signif. p
Соматизація	4,67880	1	6,238135	49	36,7516	0,000000
Навязливість	13,36620	1	9,714190	49	67,4214	0,000000
Сенситивність	5,21737	1	6,902209	49	37,0391	0,000000
Депресія	14,99749	1	8,408942	49	87,3923	0,000000
Тривожність	10,63387	1	7,845345	49	66,4164	0,000000
Ворожість	7,14128	1	7,418634	49	47,1681	0,000000
Фобія	3,12139	1	3,121912	49	48,9917	0,000000
Параноїдність	6,37721	1	8,231725	49	37,9608	0,000000
Психотизм	3,41450	1	4,144717	49	40,3672	0,000000
GSI	7,75517	1	3,468136	49	109,5698	0,000000

Таблиця Ж.2

Показники кластерного аналізу SCS-90

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 1 Cluster contains 38 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
Соматизація	0,311404	0,279212	0,077960
Навязливість	0,586842	0,408141	0,166579
Сенситивність	0,266082	0,259024	0,067093
Депресія	0,471660	0,350992	0,123196
Тривожність	0,336842	0,276485	0,076444
Ворожість	0,346491	0,296074	0,087660
Фобія	0,146617	0,206050	0,042457
Параноїдність	0,188597	0,248633	0,061818
Психотизм	0,144737	0,176601	0,031188
GSI	0,347953	0,184792	0,034148

Таблиця Ж.3

Показники кластерного аналізу SCS-90

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 2 Cluster contains 13 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
Соматизація	1,006410	0,528649	0,279469
Навязливість	1,761539	0,543965	0,295897
Сенситивність	1,000000	0,606888	0,368313
Депресія	1,715976	0,566473	0,320892
Тривожність	1,384615	0,646589	0,418077
Ворожість	1,205128	0,589860	0,347934
Фобія	0,714286	0,359516	0,129252
Параноїдність	1,000000	0,703825	0,495370
Психотизм	0,738462	0,499230	0,249231
GSI	1,242735	0,428627	0,183721

Показники порівняльного аналізу на основі створених кластерів SCS-90

Variable	T-tests; Grouping: SCS-90										
	Group 1: 1 Group 2: 2										
	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
Шкала А	4,39016	4,44816	-0,42824	49	0,670355	38	13	0,41216	0,44918	1,187690	0,654528
Шкала В	2,29748	2,25418	0,46379	49	0,644855	38	13	0,30686	0,23336	1,729130	0,309526
RFQ Total	6,68764	6,70234	-0,09048	49	0,928273	38	13	0,51343	0,48051	1,141726	0,845231
Відмова від саморефлексії	8,78947	9,30769	-0,53275	49	0,596613	38	13	2,71291	3,83807	2,001494	0,105644
Емоційне усвідомлення	10,89474	13,53846	-2,29321	49	0,026166	38	13	3,52435	3,77746	1,148794	0,707187
Режим психічної еквівалентності	10,44737	12,76923	-2,74450	49	0,008446	38	13	2,75776	2,20431	1,565199	0,409290
Регуляція афекту	7,21053	10,00000	-3,36418	49	0,001498	38	13	2,49495	2,82843	1,285192	0,535793
MZQ	37,34211	45,61538	-3,27137	49	0,001964	38	13	7,82676	8,00561	1,046223	0,860393
TAS-26	60,52632	66,30769	-1,73894	49	0,088326	38	13	10,44868	10,02817	1,085626	0,927360