

РОЛЬ МЕНТАЛІЗАЦІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ ТА ЗМЕНШЕННІ МІЖСОБИСТІСНОГО ДИСТРЕСУ

THE ROLE OF MENTALISATION IN REHABILITATION FOR MENTAL DISORDERS AND REDUCING INTERPERSONAL DISTRESS

У статті здійснено аналіз проявів менталізації та міжособистісних стосунків, які відіграють суттєве значення у відновленні психічного та емоційного здоров'я. Окреслено, що проблеми у міжособистісних стосунках можуть призвести до порушення психічного та емоційного здоров'я, навіть до психічних розладів.

Визначено, що міжособистісні проблеми є поширеною причиною звернення людей до психотерапевтів, особливо на перших етапах прояву психічних розладів. Зазначено, що вивчення менталізації та міжособистісних проблем є важливим аспектом оцінки ефективності проведеної психотерапевтичної роботи при психічних розладах. Мета дослідження. Оскільки зв'язок між міжособистісними проблемами та менталізацією рідко досліджувався, то в нашому науковому пошуку ми спрямували дослідження на виокремлення моделей міжособистісних проблем, менталізації, важкості прояву симптомів і подолання міжособистісного дистресу під час стаціонарного лікування та під час подальшого спостереження. Досліджено, чи впливає менталізація на зменшення міжособистісного дистресу. Методи дослідження. Для оцінки міжособистісних проблем ми використали німецьку версію опитувальника «Інвентаризація міжособистісних проблем», загальну оцінку 15-пунктового «Опитувальника менталізації», «Шкалу досвіду близьких стосунків» (ECR) (коротка форма); «Глобальний індекс серйозності». Резюмовано, що психотерапевтичне лікування значно підвищило рівень менталізації та зменшило рівень міжособистісних проблем і важкість симптомів. Підвищення менталізації суттєво передбачало зменшення міжособистісного дистресу під час дослідження. Результати виявили характерні моделі міжособистісних проблем, менталізації, важкості симптомів і прихильності. Було встановлено, що менталізація відіграє ключову роль у зменшенні міжособистісного дистресу.

Ключові слова: емоційне здоров'я, міжособистісний дистрес, менталізація, психічні розлади, виразність симптомів, тривога прихильності.

This article analyzes the significant role of mentalization manifestations and interpersonal relationships in restoring mental and emotional health. It is suggested that problems in interpersonal relationships can lead to mental and emotional health disorders, and even cause mental disorders.

Interpersonal problems are a common reason for people to seek psychotherapy, especially in the early stages of mental disorders. The study of mentalization and interpersonal problems is crucial in evaluating the effectiveness of psychotherapeutic work directed against mental disorders. Aims. As the correlation between interpersonal problems and mentalization has rarely been studied, our research focuses on identifying patterns of interpersonal problems, mentalization, symptom severity, and coping with interpersonal conflict during inpatient treatment and further observation. Whether mentalization affects the reduction of interpersonal distress was investigated. Methods. To assess interpersonal problems, we used the German version of the Inventory of Interpersonal Problems; the 15-Item Mentalization Questionnaire (MZQ) overall score; the Experience in Close Relationship Scale – Short Form (ECR-S); and the Global Severity Index (GSI). Conclusions. The study summarized that psychotherapeutic treatment led to a significant increase in mentalization and a decrease in interpersonal problems and symptom severity. Additionally, an increased mentalization was found to predict a decrease in interpersonal distress. The results suggest the characteristic patterns of interpersonal problems, mentalizing, the severity of symptoms and attachment. It was found that mentalization plays a key role in reducing interpersonal distress.

Key words: emotional health, interpersonal distress, mentalization, mental disorders, symptom severity, attachment anxiety.

УДК 159.942:37.015.3-053.5:316.35(47 7.65)
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.59.52>

Савенкова І.І.

д.психол.н., професор,
завідувачка кафедри психіатрії,
медичної та спеціальної психології
ДЗ «Південноукраїнський національний
педагогічний університет
імені К.Д. Ушинського»

Венгер Г.С.

к.психол.н.,
старший викладач кафедри психіатрії,
медичної та спеціальної психології
ДЗ «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені
К.Д. Ушинського»,
практичний психолог вищої категорії
Заклад дошкільної освіти № 17
м. Николаєва

Фрунзе О.В.

викладач кафедри психіатрії, медичної
та спеціальної психології
ДЗ «Південноукраїнський національний
педагогічний університет
імені К.Д. Ушинського»

Актуальність дослідження. Менталізація – це емоційна сприйнятливості і когнітивна здатність представляти психічний стан самого себе та інших людей. Це форма соціального пізнання, що дозволяє нам сприймати та інтерпретувати людську поведінку як детерміноване не суто зовнішніми, матеріальними причинами, а внутрішніми інтенціональними станами, зокрема потребами, цілями, бажаннями, почуттями, уявленнями. Застосовувана по відношенню до себе, менталізація є здатністю виявляти за допомогою рефлексії, які обставини і переживання в минулому і теперішньому призвели до бажань і думок, що виникли. Менталізація включає несвідоме, автоматичне і свідоме та навмисне застосу-

вання своєї здатності розуміння як когнітивних, так і афективних аспектів власного психічного стану та психічного стану інших.

У дослідженні збереження та відновлення психічного та емоційного здоров'я суттєве значення має поняття міжособистісних проблем. Міжособистісні проблеми стосуються повторюваних моделей труднощів, які відчувають люди під час взаємодії з іншими [1]. Ці труднощі можуть призвести до психічного перенапруження і, крім того, до психічних розладів [2]. Різні дослідження задокументували важливість міжособистісних проблем у патопсихології [4]. Міжособистісні проблеми є поширеною причиною звернення людей до психотерапії, і про них часто згадують на початку лікування

[6]. Крім того, вони передбачають рівень відповіді та результат лікування в психотерапії [8]. На жаль, спроби зменшити міжособистісні проблеми можуть вимагати складних стратегій, оскільки міжособистісні моделі важко змінити [12].

За довгу історію міжособистісних досліджень вчені досліджували різноманітні концепції, пов'язані з міжособистісними проблемами [11]. Однак зв'язок міжособистісних проблем із концепцією менталізації [12] рідко досліджувався. Менталізація, або рефлексивне функціонування, – це здатність розуміти та інтерпретувати поведінку людини з точки зору глибинних психічних станів у собі та в інших. Ці психічні стани включають почуття, переконання, емоції, потреби, бажання та цілі [10]. Здатність розуміти відіграє ключову функцію в міжособистісній поведінці з кількох причин. Наприклад, це дозволяє людям сприймати дії та поведінку та обмірковувати їх, тому це життєво важливо для диференційованого розуміння людської поведінки [9]. Крім того, вона має велике значення для регулювання міжособистісних стосунків [3]. Дослідження продемонстрували важливість менталізації в різних галузях патопсихології [7]. Розлади, які включають патологію «Я», такі як межовий розлад особистості, особливо тісно пов'язані з порушеннями менталізації [5]. Крім того, важливо враховувати, що ці порушення здатності до менталізації пов'язані з невпевненою прихильністю [6], яка пов'язана з більшою кількістю міжособистісних проблем [8]. У психотерапевтичних дослідженнях втручання на основі менталізації довели свою ефективність у лікуванні межового розладу особистості [10] та інших психічних розладів [11].

З огляду на важливість менталізації для психологічного благополуччя та її фундаментальний вплив на міжособистісне функціонування дивно, що асоціації з міжособистісними проблемами рідко досліджувалися. У попередньому дослідженні (Hayden et al.) досліджувалась роль менталізації та інших змінних у досвіді міжособистісних проблем. У цьому дослідженні продемонстровані характерні закономірності асоціацій між прихильністю дорослих, менталізацією, важкістю симптомів і міжособистісними проблемами у пацієнтів з психічними розладами. Однак автори проаналізували лише перехресні дані.

У цьому дослідженні ми мали на меті продовжити наші зусилля з дослідження ролі менталізації в міжособистісному сприйнятті та поведінці, тому ми проаналізували тривалість перебігу розладу у пацієнтів із психічними розладами від початку стаціонарного лікування до подальшого спостереження. Спочатку ми дослідили, які змінні покращилися під час стаціонарного лікування психічних розладів. Нас

особливо цікавили можливі покращення (тобто зменшення) міжособистісного дистресу. Також ми досліджували, які змінні передбачають зменшення міжособистісних проблем протягом курсу терапії та під час подальшого спостереження.

Виклад основного змісту дослідження.

Ми висунули таку гіпотезу: лікування покращить психічну стабільність з точки зору зменшення міжособистісних проблем, тривоги прихильності, уникнення прихильності та важкості симптомів, під час стаціонарного лікування рівень менталізації зростатиме. Покращення під час лікування були б стабільними під час подальшого спостереження, а моделі включених змінних не змінювалися б протягом курсу лікування та під час подальшого спостереження. Зрештою, ми висунули гіпотезу про те, що підвищення рівня менталізації передбачатиме зменшення міжособистісних проблем.

Отже, метою дослідження є встановлення зв'язку між міжособистісними проблемами та менталізацією шляхом виокремлення моделей міжособистісних проблем, важкості прояву симптомів і подолання міжособистісного дистресу під час стаціонарного лікування та під час подальшого спостереження. Крім того, ми досліджували, чи впливає менталізація на зменшення міжособистісного дистресу.

Методи та методики дослідження. Дані були оцінені в двох медичних закладах – Центрі реабілітації пацієнтів з психічними розладами та Обласній психіатричній лікарні м. Одеси. Обидві клініки використовують різні терапевтичні концепції, які не зосереджені на конкретному психотерапевтичному підході. Лікувальні плани обох медичних центрів включають, зокрема, індивідуальну та групову психотерапію, медичну допомогу спеціалістів, психоосвіту, трудотерапію та фізичне виховання.

Усім учасникам було від 18 до 65 років. Причини виключення були недостатня здатність розуміти та/або розмовляти українською мовою, перебіг гострого психотичного або маніакального епізоду, деменція та/або когнітивні порушення. Усім пацієнтам, які підходили для дослідження, було запропоновано взяти участь на початку лікування. Участь була добровільною, і пацієнти були впевнені, що ані відмова, ані відміна не пов'язані з будь-якими негативними наслідками для стаціонарного лікування чи амбулаторного догляду. Усі учасники підписали інформовану згоду на участь у дослідженні, яка містила інформацію про права учасників та конфіденційність їх даних. Для дослідження ми використали **квазіекспериментальний метод** із даними часових рядів, які оцінювали на початку стаціонарної терапії (T0), наприкінці стаціонарної терапії (T1) і приблизно через 6 місяців після виписки з лікарні (T2).

Анкетування. Для оцінки міжособистісних проблем ми використали німецьку версію опитувальника «Інвентаризація міжособистісних проблем – короткий контур» (IIP-32; Thomas, Brähler, & Strauß, 2011), адаптовану для використання в Україні (2021). Для аналізу було використано загальну оцінку, яка представляє ступінь дистресу, який відчувається під час міжособистісного контакту.

Загальна оцінка 15-пунктового «Опитувальника менталізації» (MZQ; Hausberg et al., 2012) була використана для оцінки здатності до менталізації. Цей інструмент виявився як надійним, так і придатним для оцінки та багатого економічним, ніж вимірювання інтерв'ю.

Прихильність дорослих вимірювалася за допомогою «Шкали досвіду близьких стосунків (ECR) – короткої форми» (Wei, Russell, Mallinckrodt, & Vogel, 2007). Коротка версія з 12 пунктів оригінального ECR (Brennan, Clark, & Shaver, 1998) є надійним, дійсним і психологічним інструментом для оцінки прихильності дорослих у двовимірній моделі тривоги та уникнення прихильності.

Важкість симптомів оцінювали за «Глобальним індексом психопатизації» (GSI) з 18 пунктів «BSI-18» (Spitzer et al., 2011). Ця

коротка версія Короткого опису симптомів (BSI) (Franke, 2000) виявилася надійним і дійсним способом вимірювання важкості прояву симптомів.

Аналіз результатів дослідження. Дані були проаналізовані за допомогою IBM SPSS Statistics версії 25. Для аналізу відмінностей між двома вибірками ми використовували критерії **хі-квадрат** і **t-тести незалежних вибірок**. Для t-тестів гомоскедастичність була перевірена за допомогою тесту Левена на рівність дисперсій (Левен, 1960). Щоб оцінити, чи були моделі менталізації, міжособистісні проблеми, прихильність і важкість симптомів стабільними протягом тривалого часу, ми проаналізували змінні за допомогою кореляції Пірсона для кожного проміжку часу. Для аналізу змін у включених змінних з часом ми використовували односторонній дисперсійний аналіз повторних вимірювань (ANOVA). Усі змінні, які були проаналізовані за допомогою дисперсійного аналізу, були перевірені на сферичність за допомогою тесту сферичності Мочлі.

Для аналізу другого питання дослідження ми використовували **моделі лінійної регресії**. Для міжособистісних проблем, важкості

Таблиця 1

Опис вибірки

		Лікарня	Реабілітаційний центр	Всього
N		57	32	89
Вік		M 44,2 (SD 9,92)	M 43,7 (SD 9,70)	M 44,0 (SD 9,79)
Стать	Чоловіча	29	13	42 (47,2%)
	Жіноча	28	19	47 (52,8%)
Освіта	Початкова	0	1	1 (1,1%)
	Базова середня	12	13	25 (28,1%)
	Професійна	8	7	15 (16,9%)
	Повна середня	13	4	17 (19,1%)
	Вища	11	3	14 (15,7%)
	Інша	13	4	17 (19,1%)
Гром. стан	Неодружені	11	15	26 (29,2%)
	Живуть у партнерстві або одружені	33	11	44 (49,5%)
	Розлучені або овдовілі	13	6	19 (21,3%)
Наявність дітей	Так	36	20	56 (62,9%)
	Ні	21	12	33 (37,1%)
Діагноз	F20 Шизофренія	0	1	1 (1,1%)
	F25 Шизоафективні розлади	0	1	1 (1,1%)
	F29 Неуточнений неорганічний психоз	0	1	1 (1,1%)
	F31 Біполярний афективний розлад	5	2	7 (7,8%)
	F32 Депресивний епізод	23	5	28 (31,6%)
	F33 Рекурентний депресивний розлад	18	8	26 (29,3%)
	F41 Інші тривожні розлади	7	2	9 (10,1%)
	F43 Реакція на сильний стрес, розлади адаптації	1	12	13 (14,6%)
	F45 Соматоформні розлади	2	0	2 (2,2%)
	Інший	1	0	1 (1,1%)

симптомів та обох параметрів прихильності ми розраховали покращення під час лікування шляхом віднімання значення T1 від значення T0. Так само ми розраховали покращення під час подальшого спостереження, віднявши значення T2 від значення T1. Оскільки менталізація описується обернено, покращення представлено як підвищення MZQ-балів. Отже, ми розраховали розвиток для цієї змінної навпаки і відняли значення T0 від значення T1 і так само значення T1 від значення T2.

Вибірка досліджуваних. У дослідженні взяли участь 57 пацієнтів стаціонару лікарні і 32 пацієнти реабілітаційних центрів. Опис вибірки наведено в таблиці 1. Більшість пацієнтів мала розлади настрою за МКХ-10 (F3) або невротичні, стресові та соматоформні розлади (F4) (Всесвітня організація охорони здоров'я, 1992) як основні діагнози.

Відмінності між підвибірками. Що стосується соціально-демографічних параметрів, то не було статистично значущих відмінностей між двома підвибірками за статтю, віком, рівнем освіти, поточною зайнятістю чи кількістю дітей. Єдина значуща різниця, яку можна було виявити, була пов'язана з цивільним станом ($\chi^2(2) = 7,786$, $P = 0,020$, $V_{Cramer} = 0,296$). Для ближчого аналізу відмінностей ми розраховували t-тести незалежної вибірки для всіх включених змінних. Тест Левена не виявив жодних неоднорідних дисперсій. Дані показали, що лише три змінні суттєво відрізнялися. Кожна з цих змінних відрізнялася лише в один момент часу. Пацієнти Реабілітаційного центру відчували значно більше тривоги прихильності на T1 ($t(70) = -2,016$, $P = 0,048$) і мали більше міжособистісних проблем на T2 ($t(69) = -2,543$, $P = 0,013$), ніж пацієнти з Лікарні. Однак вони показали значно нижчі показники менталізації під час подальшого спостереження ($t(69) = 2,595$, $P = 0,012$). Розміри ефекту, як описано d Коена, варіюються від $d = 0,49$ для тривоги прихильності до $d = -0,62$ для менталізації. Відмінності між зразками двох медичних центрів вказували лише на невеликі та середні ефекти (Cohen, 1988) і не були послідовними протягом тривалого часу. Отже, ми дійшли висновку, що **суттєвих відмінностей між двома групами немає.**

З 89 пацієнтів, які брали участь у T0, $n = 3$ (3,4%) вибули під час стаціонарного лікування. Одне оцінювання було скасовано відповідальним експертом через гостру емоційну кризу учасника, тоді як двоє інших пацієнтів більше не цікавилися дослідженням. Інші $n = 15$ (16,9%) учасники вибули на T2. Причинами вибуття були такі: важка хвороба ($n = 1$), смерть ($n = 1$) і відсутність подальшого інтересу до дослідження ($n = 2$). Від дев'яти пацієнтів не вдалося отримати дані під час подальшого обстеження, а одне обстеження було скасо-

вано відповідальним експертом через нестабільний психічний стан учасника. Один учасник не уточнив свій вихід. Сімдесят один пацієнт (79,8%) завершив збір даних. Отже, загальний відсоток відсіву протягом дослідження був прийнятним, оскільки показники понад 30% не є рідкістю в наукових дослідженнях [5].

Існували деякі статистично значущі вихідні відмінності між тими, хто кинув і не кинув навчання. Учасники, які вибули з дослідження, мали **вищий рівень міжособистісного дистресу** ($d = 0,664$) і **виразність симптомів** ($d = 0,746$), але **нижчі показники менталізації** ($d = -0,548$) на початку лікування.

Стабільність взаємодіяцій між включеними змінними.

Кореляція продукту-моменту Пірсона включених змінних на початку лікування виявила значні позитивні кореляції між **тривогою прихильності, уникненням прихильності, міжособистісним дистресом і важкістю симптомів** у діапазоні від $r = 0,30$ до $r = 0,60$. **Менталізація значно негативно корелювала з усіма іншими змінними.** Коефіцієнти кореляції коливалися від $r = -0,38$ до $r = -0,75$. **Тривоги прихильності та уникнення прихильності** не були суттєво взаємодіяційними (див. Hayden та ін.). Результати для T1 і T2 відображені в таблиці 2. Оскільки значення для GSI не були нормально розподілені, ми використали декадний логарифм результатів для цієї змінної як для T1, так і для T2. Як було показано, прихильність, міжособистісні проблеми та важкість симптомів значно позитивно корелювали один з одним як на T1, так і на T2. Коефіцієнти кореляції коливалися від $r = 0,34$ до $r = 0,76$. Дивно, але два параметри прихильності дорослих також суттєво корелювали в обидва моменти вимірювання ($r = 0,39$ для T1 і $r = 0,36$ для T2). Як і очікувалося, **менталізація виявилася негативно корельованою з усіма іншими змінними** як на T1 ($r = -0,42$ до $r = -0,74$), так і на T2 ($r = -0,57$ до $r = -0,78$). За винятком **кореляції між тривогою прихильності та уникненням прихильності, усі кореляції були помітно вищими на T2.**

Зміни протягом курсу лікування та після лікування. На наступному етапі ми використали **дисперсійний аналіз повторних вимірювань**, щоб дослідити зміни різних змінних з часом. **Порушення сферичності були виявлені в аналізах тривоги прихильності, менталізації та міжособистісних проблем.** У всіх випадках порушення виявились на рівні $\epsilon > 0,75$. Ґрунтуючись на рекомендаціях Гірденна (1992), ми скорегували аналізи, використовуючи поправку Гюїна-Фельдта (Huynh & Feldt, 1976). Результати аналізу наведено в таблиці 3. Як показано, **тривожність прихильності не виявила суттєвих змін** ($F(1,864; 106,235) = 1,162$, $P = 0,314$). Усі інші змінні з часом значно

Таблиця 2

Кореляційна матриця включених змінних

T1	Тривога прихильності	Тривога прихильності	Тривога прихильності	Загальний бал IIP	GSI
Тривога прихильності	–	0,386**	–0,464***	0,490***	0,443***
		n = 72	n = 64	n = 71	n = 66
Тривога прихильності		–	–0,418**	0,343**	0,425***
			n = 64	n = 71	n = 66
Тривога прихильності			–	–0,737***	–0,663***
				n = 66	n = 62
Загальний бал IIP				–	0,668***
					n = 68
GSI					–
T2	Тривога прихильності	Тривога прихильності	Тривога прихильності	Загальний бал IIP	GSI
Тривога прихильності	–	0,362**	–0,689***	0,572***	0,729***
		n = 68	n = 68	n = 68	n = 64
Тривога прихильності		–	–0,573***	0,473***	0,471***
			n = 68	n = 68	n = 64
Тривога прихильності			–	–0,788***	–0,777***
				n = 71	n = 67
Загальний бал IIP				–	0,760***
					n = 67
GSI					–

GSI – глобальний індекс серйозності; IP – Перелік міжособистісних проблем; MZQ – Опитувальник менталізації; **P < 0,01; ***P < 0,001 (P-значення є двосторонніми). Відмінності в n спричинені відсутніми даними.

Таблиця 3

Результати повторних вимірювань ANOVA включених змінних

	F-статистика	Частковий η ²
Тривога прихильності	F(1,864; 106,235) = 1,162	0,030 n.s.
Уникнення прихильності	F(2,114) = 4,988	0,080**
Менталізація	F(1,625; 94,277) = 13,364	0,187***
Міжособистісні проблеми	F(1,724; 106,858) = 6,512	0,095**
Вираженість симптомів	F(2; 114) = 23,303	0,290***

P < 0,01; *P < 0,001; n.s., не істотно/.

покращилися. Розміри ефекту коливалися від $\eta^2 = 0,080$ для уникнення прихильності до $\eta^2 = 0,290$ для важкості симптомів. Менталізація, міжособистісні проблеми, уникнення прихильності та важкість симптомів суттєво відрізнялися між T0 та T2. Між випискою з клініки та подальшою оцінкою істотно відрізнялася лише менталізація.

Прогнозування полегшення міжособистісного дистресу. Найважливішим кроком у нашому дослідженні став аналіз покращення міжособистісних проблем. Ми досліджували, чи прогнозується зменшення міжособистісного дистресу за допомогою покращення однієї чи кількох інших змінних.

Швидкість покращення ми розраховували, як описано вище. Ми розраховували два аналізи лінійної регресії з покроковими процедурами, спираючись на критерій F-ймовірності 0,05 для введення та 0,10 для видалення змінних. **Було отримано дві такі значущі моделі: одну для тривалості лікування** ($R^2 = 0,241$, $F(2,54) = 8,580$, $P = 0,001$) і **одну для тривалості між закінченням лікування та подальшою оцінкою** ($R^2 = 0,234$, $F(1, 52) = 15,895$, $P < 0,001$). Результати аналізу наведено в таблиці 4. **Під час лікування покращення менталізації** (стандартизований $\beta = 0,324$, $P = 0,013$) і **виразності симптомів** (стандартизований $\beta = 0,276$, $P = 0,033$) **було зна-**

Результати моделей лінійної регресії, які передбачають покращення міжособистісних проблем

(1) Покращення міжособистісного дистресу під час лікування (T0 – T1)		
Прогностична змінна	Стандартизована β	Зміна в R2
Поліпшення менталізації	0,324*	0,174
Поліпшення виразності симптомів	0,276*	0,067
(2) Покращення міжособистісного дистресу під час подальшого спостереження (T1 – T2)		
Прогностична змінна	Стандартизована β	Зміна в R2
Поліпшення менталізації	0,484***	0,234
(3) Повне покращення міжособистісних проблем (T0 – T2)		
Прогностична змінна	Стандартизована β	Зміна в R2
Покращення тривоги прихильності	0,450***	0,471
Поліпшення менталізації	0,406***	0,110

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$

чущим предиктором зниження міжособистісного спілкування. Після лікування зменшення міжособистісних проблем було суттєво передбачувано лише за збільшенням менталізації (стандартизоване $\beta = 0,484$, $P < 0,001$).

Оскільки підвищення рівня менталізації було значним предиктором зменшення міжособистісних проблем в обидва моменти часу, ми дослідили третю модель. Ми досліджували, чи ефект був стабільним протягом усього періоду часу від госпіталізації до подальшого спостереження. Було розраховано покращення змінних між T0 і T2. Використано поетапний множинний регресійний аналіз, як описано раніше. Результати аналізу представлені в таблиці 4. Як показано, **модель була стабільною** ($R^2 = 0,580$, $F(2; 54) = 37,227$, $P < 0,001$), а **збільшення менталізації суттєво передбачило зниження показників ПР** (стандартизований $\beta = 0,406$, $P < 0,001$). Однак **зменшення тривоги прихильності також було значущим предиктором** (стандартизований $\beta = 0,450$, $P < 0,001$).

Обговорення результатів дослідження. У цьому дослідженні ми виокремили роль менталізації в покращенні міжособистісних проблем під час стаціонарної психотерапії та подальшого спостереження. Щоб отримати вичерпні та більш детальні результати, ми включили в наш аналіз важкість симптомів і прихильність до дорослих. Обстежували пацієнтів із психічними розладами на початку та в кінці лікування, а також приблизно через 6 місяців після виписки зі стаціонару.

Двовірна кореляція виявила характерні асоціації між усіма включеними змінними на кожен дату оцінки. Тривога прихильності, уникнення прихильності, міжособистісні проблеми та важкість симптомів позитивно корелюють із середніми та великими ефектами. Найсильнішими були зв'язки між важкістю симптомів і міжособистісними проблемами.

Найслабші асоціації можна виявити між уникненням прихильності та важкістю симптомів, а також між уникненням прихильності та міжособистісними проблемами. Ці результати узгоджуються з попередніми дослідженнями (наприклад, I. Savenkova, M. Didukh, I. Chuhueva, I. Litvinenko, 2019) [5] і підтверджують припущення щодо певних асоціацій серед прихильності, міжособистісної поведінки та появи психічних симптомів. Згідно з нашими припущеннями менталізація негативно корелює з усіма іншими змінними. Коефіцієнти кореляції коливалися від $r = -0,42$ до $r = -0,74$ при T1 і від $r = -0,57$ до $r = -0,78$ при T2. Розміри ефекту були помірними для зв'язку між прихильністю та менталізацією на T1 і великими для всіх інших асоціацій. Ці висновки підтверджують результати попередніх аналізів (Hayden et al.) і **підтверджують гіпотезу про те, що пацієнти, які відчувають більше страждань під час міжособистісного контакту, стикаються з більшою невпевненістю в прихильності та відчувають більшу кількість симптомів.** Здається, це пов'язано з більшими труднощами менталізації, як показали інші дослідження (I. Savenkova, M. Didukh, L. Mukhina, I. Litvinenko, 2019; Hausberg та ін., 2019; Taubner та ін., 2022) [4]. У поточному дослідженні важливо підкреслити, що всі асоціації були помітно сильнішими після припинення лікування та під час подальшого спостереження. Таким чином, моделі асоціацій між змінними посилювалися протягом курсу лікування та ще більше посилювалися під час подальшого спостереження. **Це відкриття підтверджує ідею про те, що характерні інтраіндивідуальні стилі прихильності, міжособистісна поведінка та менталізація пов'язані з психопатологією.**

Дивно, але два виміри прихильності дорослих були значно корельовані як на T1, так і на T2. За Коеном (2018), розмір ефекту можна назвати помірним для обох моментів часу. Цей

зв'язок не був виявлений у попередніх дослідженнях (I. Savenkova, M. Didukh, N. Ruda, N. Hazratova, 2019) [6] і суперечить теорії ECR (Brennan et al., 2018; Wei et al., 2017). Проте інші дослідники знайшли подібні результати та відзначили вірогідність взаємозв'язку між двома вимірами (наприклад, Conradi, Gerlisma, Duijn, & Jonge, 2021; Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2021). Навіть якщо тривога прихильності та уникнення прихильності концептуально відрізняються та чітко відокремлюються, статистичну незалежність не завжди можна буде виміряти (Fraley et al., 2021). Що стосується наших даних, то збільшення інтеркореляції може спричинитися змінами в уникненні прихильності.

Однофакторний ANOVA виявив зменшення як важкості симптомів, так і міжособистісних проблем протягом курсу терапії, а також збільшення менталізації. Що стосується міжособистісних проблем і важкості симптомів, то значні зміни між T0 і T2 вказують на те, що поліпшення під час лікування залишалися стабільними після виписки з лікарні. Менталізація навіть значно зросла між випискою з лікарні та подальшим спостереженням. Тривожність прихильності була стабільною протягом усього процесу, що свідчить про те, що терапія не вплинула істотно на цю змінну. Оскільки інші дослідження надали докази зміни тривоги прихильності під час лікування (I. Savenkova, M. Didukh, N. Hazratova, I. Snyadanko, 2019; Taylor, Rietzschel, Danquah & Berry, 2021) [7], **поясненням може бути те, що терапевтичні підходи, які використовувалися в клініках, більше зосереджені на інших сферах людського сприйняття та поведінки.** Результати щодо уникнення прихильності показали значні відмінності між T0 і T2. Однак відмінності між надходженням на стаціонарне лікування і закінченням терапії не досягли статистичної значущості, хоча вони наближались до порогу 0,05 ($P = 0,051$). Ця знахідка вказує на те, що багатообіцяючі тенденції під час терапії продовжувалися після закінчення стаціонарної терапії та давали значні результати з середнім ефектом. Однак важливо мати на увазі, що через деякі відсутні дані в анкетах потужність аналізу не була оптимальною. Враховуючи P -значення 0,051, ми припускаємо, що адекватний розмір вибірки призвів би до значних результатів за цією змінною. Оскільки моделі прихильності дорослих оцінюються як відносно стабільні (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010), загальне зниження уникнення прихильності виглядає дивним. Проте дослідження показали, що зміни під час психотерапії принаймні правдоподібні (I. Savenkova, M. Didukh, V. Schevchenko, O. Oleksyuk, V. Yaroshenko, 2023; Taylor et al., 2023) [12].

Регресійний аналіз показав, що **менталізація має велике значення для відновлення психічного здоров'я.** Усі три розраховані нами моделі показали, що **покращення менталізації значною мірою передбачають покращення міжособистісних проблем.** **Перша модель** пояснила 24,1% дисперсії у зменшенні міжособистісних проблем протягом курсу лікування. **Друга модель** пояснила 23,4% дисперсії покращення після лікування. **Загальним предиктором обох моделей була менталізація.** Оскільки рівні міжособистісних проблем істотно відрізнялися між T0 і T2, ми розрахували третю модель для всього періоду часу. **Підвищення рівня менталізації виявилось вагомим предиктором.** Згідно з відповідними дослідженнями (I. Savenkova, M. Didukh, N. Khazratova, O. Voitsekhovska, 2020; Bateman & Fonagy, 2019; De Meulemeester, Lowyck, Vermote, Verhaest, & Luyten, 2021) [9] наші дані свідчать про те, що посилення менталізації супроводжує зменшення міжособистісного дистресу. **Наші результати підкреслюють важливість менталізації в реабілітації психічних розладів і збереженні психологічного благополуччя. Оскільки міжособистісні проблеми є поширеною причиною звернення людей до психотерапії (Locke, 2005), полегшення міжособистісного дистресу є темою, яка має велике значення в дослідженнях психотерапії.** У перспективі щодо терапевтичних стратегій для цієї проблеми прогрес менталізації видається доцільним незалежно від терапевтичного підходу, який застосовується. Зокрема, ця порада стосується того факту, що тривожність прихильності не може бути спрямована на стратегії терапії, які використовуються в клініках, тоді як менталізація значно посилилася під час і після лікування.

Висновки з проведеного дослідження. Наші результати виявили послідовні закономірності взаємозв'язків між особистісними проблемами, менталізацією, прихильністю до дорослих і важкістю симптомів у пацієнтів з психічними розладами. Пацієнти з вищим рівнем міжособистісного дистресу мали більше труднощів у менталізованості та були більш обтяжені симптомами та невпевненістю в прихильності. Ці моделі залишалися стабільними протягом стаціонарного лікування та під час подальшого спостереження. Після терапії рівень міжособистісних проблем, менталізації та важкості симптомів значно покращився. Міжособистісні проблеми та важкість симптомів залишалися стабільними під час подальшого спостереження, тоді як менталізація ще більше посилювалася. З тривогою через прихильність не вдалося впоратися. Уникнення прихильності значно зменшилося між госпіталізацією та подальшим спостереженням. Під

час лікування зниження не було значним, але показало позитивну тенденцію. Лінійний регресійний аналіз показав, що покращення міжособистісних проблем було передбачено покращенням менталізації на кожному часовому інтервалі. **Результати дослідження підкреслюють важливість менталізації в реабілітації при психічних розладах і особливо для зменшення міжособистісного дистресу.** У світлі отриманих результатів ми рекомендуємо стратегії сприяння менталізації в терапії міжособистісних проблем незалежно від терапевтичного підходу, який застосовується.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Волкова О.О. Проблема психічного здоров'я у контексті пандемії COVID-19 та війни в Україні. *Габітус*. 2023. Випуск 46/23. С. 248–254.
2. Гуртовенко І.В. Навички soft skills під час проведення патопсихологічного дослідження. *Габітус*. 2023. Випуск 45/23. С. 284–288.
3. Time allocation, stress and job satisfaction in eye-careworkers / O. Liseenko, I. Savenkova, N. Semenyuk, V. Syslova. *Ophthalmological journal*. 2020. № 6 (497).
4. Savenkova I., Didukh M., Mukhina L., Litvinenko I. Large biological cycle duration in patients with respiratory organs disorders. *Electronic Journal of General Medicine*. 2018;15(6):em83. doi:10.29333/ejgm/99826.
5. Savenkova I., Didukh M., Chuhueva I., Litvinenko I. Chronopsychological mental development dysontogenesis prognosing in pre-school children. *Electronic Journal of General Medicine*. 2019; 16(2):em110. doi:10.29333/ejgm/108595.
6. Savenkova I., Didukh M., Ruda N., Hazratova N. Differentiation of time characteristics in subjects with depressive states. *Electronic Journal of General Medicine*. 2019; 16(3):em141. doi:10.29333/ejgm/109436.
7. Savenkova I., Didukh M., Hazratova N., Snyadanko I. Psychosomatic unity of human from the position of chronopsychology on the example of ischemic disorders and heart diseases. *Electronic Journal of General Medicine*. 2019; 16(6):em157. doi: 10.29333/ejgm/114263.
8. Savenkova I., Didukh M., Litvinenko I., Chuhueva I. Time Factor in Psychological profiling of information Technology specialists for Future Career success. *Journal of Environmental Treatment Techniques*. 2019; Special Issue on Environment, Management and Economy, Pages: 1041–1045.
9. Savenkova I., Didukh M., Khazratova N., Voitsek-hovska O. Chronopsychological forecast of nephrological diseases. *Eur Asian Journal of Bio Sciences*, 14, 2411–2415 (2020).
10. Savenkova I., Didukh M., Kuznetsova O., Litvinenko I., Oleksyuk O. Features of display of anxiety of children suffering from Psychosomatic diseases. *Journal of Environmental Treatment Techniques*, 2020, 8(4). P. 1516–1520.
11. Savenkova I., Didukh M., Ruda N., Litvinenko I., Chuhueva I. Individual chronotope of the neurotic, stress, and somatoform disorders. *Nat. Volatiles & Essent. Oils*, 2021; 8(6): 1069–1078.
12. Savenkova I., M. Diduk, V. Schevchenko, O. Oleksyuk, V. Yaroshenko Psychological features of the course of SARS-CoV-2 in individuals with chronic nephrology diseases. *The Editorial Board of Journal of Education and Health Promotion*. February 4, 2023, IP: 8277.218.194.