DOI: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series19.2026.50.15
УДК 616.89:615.851:159.9:616.28-008.1:614.2

Осадча Т. М.,
кандидат педагогічних наук, доцент,
Український державний університет імені Михайла Драгоманова
ORCID: *https://orcid.org/0000-0001-5632-8716*

СИНЕРГІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ТИНІТУСОМ

У статті обґрунтовано необхідність комплексного медико-психологічного супроводу пацієнтів із хронічним тинітусом, що має як аудіологічний, так і психологічний вимір. Метою дослідження є систематизація сучасних підходів до діагностики, слухової реабілітації та психологічної допомоги, а також визначення можливостей їх інтеграції для зниження дистресу й покращення якості життя. Використано методи теоретичного аналізу, порівняння та узагальнення медичних і психологічних джерел. Практичний аспект проілюстровано застосуванням шкали Mini-TQ12 для оцінювання психологічного дистресу у пацієнта з хронічним суб'єктивним тинітусом. Показано, що вираженість проблеми визначається не лише характеристиками слухового симптому, а й тривогою, порушеннями сну, концентрації уваги, соматичним занепокоєнням та соціальною дезадаптацією. Обґрунтовано доцільність поєднання аудіологічного обстеження, лікування основної патології, слухопротезування та звукової терапії з когнітивно-поведінковими й прийняттєво-орієнтованими психологічними стратегіями. Комплексний підхід сприяє адаптації пацієнта, зменшенню суб'єктивної обтяжливості тинітусу та формуванню індивідуалізованих програм підтримки.

Ключові слова: етіологія, тинітус, акубаротравма, психологічний дистрес, звукова терапія, слухові апарати.

Tetiana Osadcha

SYNERGY OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO SUPPORTING PATIENTS WITH TINNITUS

The article substantiates the need for integrated medical and psychological support for patients with chronic tinnitus. The aim is to systematize current approaches to diagnosis, hearing rehabilitation, and psychological care and to determine how their combination can reduce tinnitus-related distress and improve quality of life. The study is based on theoretical analysis, comparison, and synthesis of medical and psychological literature. The practical component is illustrated by an assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ12 in a patient with chronic subjective tinnitus. The analysis shows that the burden of tinnitus is determined not only by the acoustic characteristics of the symptom or accompanying hearing loss, but also by emotional and cognitive reactions, sleep disturbances, difficulties with concentration, somatic concerns, and changes in social functioning. The medical component of support includes history taking, audiological assessment, identification and treatment of the underlying pathology, hearing rehabilitation, hearing aids when indicated, sound therapy, counselling, and follow-up. The psychological component focuses on reducing maladaptive attention to tinnitus and distress through cognitive-behavor strategies, acceptance, graded exposure, mindfulness, cognitive flexibility, and value-oriented action. The clinical illustration demonstrates that Mini-TQ12 can be used as a brief screening

instrument to quantify psychological distress and to identify domains that require targeted intervention. The findings support a multidisciplinary model in which medical and psychological interventions reinforce each other: medical measures address auditory and somatic factors, while psychological interventions improve coping, adaptation, and the patient's ability to continue meaningful activity despite persistent tinnitus. Such integration may increase treatment effectiveness and provide a more individualized basis for monitoring changes in the patient's condition.

Keywords: etiology, tinnitus, acoustic trauma, psychological distress, sound therapy, hearing aids.

Постановка проблеми. Сучасні умови життя, зокрема тривале інформаційне навантаження, стрес, пов'язаний із воєнними діями, вплив вибухових і надмірно гучних звуків, наслідки COVID-19 та високий темп повсякденної діяльності, посилюють навантаження на нервову систему й актуалізують проблему порушень слуху. Одним із клінічно значущих проявів є тинітус – сприйняття звуку за відсутності зовнішнього акустичного джерела. За клінічними настановами та епідеміологічними узагальненнями, тинітус є поширеним явищем серед дорослого населення і в частини пацієнтів істотно знижує якість життя [7; 10]. В умовах війни особливого значення набувають випадки, пов'язані з акубаротравмою, вибуховою травмою та сенсоневральним ураженням слухової системи.

Тинітус має не лише аудіологічний, а й психологічний вимір. Тривалий нав'язливий шум може супроводжуватися порушеннями сну, підвищеною тривожністю, емоційним виснаженням, труднощами концентрації уваги, зниженням соціальної активності та працездатності. Тому ефективний супровід пацієнтів потребує інтеграції медичних, аудіологічних і психологічних втручань, спрямованих як на виявлення та корекцію соматичних чинників, так і на зменшення дистресу та відновлення адаптаційних ресурсів.

Аналіз літературних джерел. Проблема медико-психологічного супроводу пацієнтів із тинітусом залишається комплексною та міждисциплінарною. В Україні важливим кроком стало психометричне опрацювання української версії Tinnitus Handicap Inventory, що розширює можливості стандартизованого оцінювання впливу тинітусу на якість життя пацієнтів [1]. Сучасні публікації підкреслюють доказову роль когнітивно-поведінкової терапії у зменшенні дистресу, пов'язаного з тинітусом, гіперакузією та мізофонією [3].

Медичний компонент комплексного підходу представлений слуховою реабілітацією. Рандомізоване дослідження слухової терапії у пацієнтів із хронічним тинітусом та легкою або помірною втратою слуху продемонструвало зменшення тинітус-асоційованого дистресу після слухопротезування й аудиторного тренування [5]. Психологічні інтервенції можуть бути ефективними і за обмеженого контакту: інтернет-самодопомога та групове когнітивно-поведінкове втручання при гострому тинітусі знижували вираженість дистресу порівняно з інформаційною підтримкою [8].

У психологічному супроводі важливе значення має терапевтичний альянс, довіра та активне залучення пацієнта до реабілітації [2]. Прийняттєво-орієнтовані підходи також мають емпіричне обґрунтування: у рандомізованому дослідженні Acceptance and Commitment Therapy зменшувала вплив тинітусу та пов'язані з ним проблеми зі сном і тривогою [12]. Отже, сучасна література засвідчує перехід від суто отологічної моделі до біопсихосоціального розуміння тинітусу, проте питання практичної інтеграції медичних і психологічних складових супроводу потребує подальшої систематизації.

Мета статті (постановка завдань). Мета статті – теоретично обґрунтувати синергію медичних і психологічних підходів до супроводу пацієнтів із тинітусом, систематизувати основні напрями діагностики, лікування та психологічної підтримки, а також проілюструвати

можливості оцінювання тинітус-асоційованого психологічного дистресу за допомогою шкали Mini-TQ12.

Матеріали і методи. У роботі застосовано теоретичний аналіз, порівняння, систематизацію та узагальнення сучасних медичних і психологічних публікацій та клінічних настанов щодо тинітусу. Окремо проаналізовано підходи до аудіологічної діагностики, слухової реабілітації, звукової терапії, когнітивно-поведінкової терапії та терапії прийняття і відповідальності. Практичний компонент представлено клініко-психологічною ілюстрацією застосування короткої шкали Mini-TQ12 у пацієнта з хронічним суб'єктивним тинітусом із підрахунком сумарного балу та змістовою інтерпретацією компонентів дистресу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Тинітус визначають як слухове відчуття, що виникає за відсутності відповідного зовнішнього акустичного сигналу [7; 10]. Пацієнти описують його як дзвін, гул, дзижчання, пульсацію, шум електричних дротів або шум у голові. Діти дошкільного та молодшого шкільного віку можуть порівнювати це відчуття із дзижчанням комара чи шумом моря.

Тинітус не є самостійною хворобою і в багатьох випадках виступає симптомом іншого стану. Часто він поєднується з порушенням слуху: пацієнти скаржаться на погіршення розуміння мовлення, необхідність перепитувати, дискомфорт під час сприйняття окремих частот, а також на порушення сну, когнітивні труднощі та підвищене психоемоційне напруження. Короткочасний транзиторний шум може виникати і в осіб без діагностованої патології, однак тривалий або нав'язливий тинітус здатний істотно відволікати від роботи та повсякденної діяльності.

У клінічній практиці розрізняють суб'єктивний тинітус, який сприймає лише пацієнт, та рідкісний об'єктивний тинітус, що може бути доступним для реєстрації або вислуховування фахівцем. Тинітус може бути одно- або двобічним, постійним чи періодичним, пульсуючим або непульсуючим. Його вираженість може змінюватися під впливом недосипання, сильного шуму, стресу та інших чинників.

До станів, що можуть супроводжуватися тинітусом, належать акубаротравма, сенсоневральна приглухуватість, гострі й хронічні захворювання середнього вуха, сірчані корки, хвороба Меньєра, вестибулярна шванома, отосклероз, аномалії будови вуха, патологія скронево-нижньощелепного суглоба, серцево-судинні та деякі інфекційні захворювання. Важливим є також медикаментозний анамнез, оскільки окремі лікарські засоби мають потенційно ототоксичну дію.

Окрему увагу привертають аудіовестибулярні симптоми, пов'язані з COVID-19. У систематичному огляді повідомлено об'єднані оцінки поширеності 7,6% для зниження слуху, 14,8% для тинітусу та 7,2% для ротаційного запаморочення; автори водночас наголосили на обмеженнях якості доказів і можливому завищенні частоти через переважання ретроспективних самооцінок [4]. При ураженнях внутрішнього вуха змінюється передавання та оброблення слухової інформації. У формуванні суб'єктивної значущості тинітусу беруть участь не лише слухові, а й увагові, емоційні та когнітивні механізми. Це пояснює, чому однакова або близька за характеристиками слухова симптоматика може по-різному впливати на повсякденне функціонування різних пацієнтів і чому оцінка дистресу є важливою складовою супроводу [3; 9].

Однією з актуальних причин тинітусу в умовах війни є акубаротравма. Вплив різких коливань тиску та надмірно інтенсивного звуку може перевищувати компенсаторні можливості слухового аналізатора та спричиняти ушкодження структур зовнішнього, середнього або внутрішнього вуха. Механічне навантаження на структури завитки може порушувати функцію волоскових клітин і аферентну нейрональну активність, що клінічно проявляється появою або

посиленням тинітусу. Такі порушення можуть поєднуватися із сенсоневральною приглухуватістю, зниженням розбірливості мовлення, змінами звукової толерантності та запамороченням.

Клінічно важливим є врахування тривалості й динаміки симптомів. Тактика ведення відрізняється для нещодавно виниклого та стійкого або хронічного тинітусу, а особливої уваги потребують випадки раптового зниження слуху, пульсуючого шуму, асиметричних симптомів і неврологічних ознак [7; 9; 11].

Обстеження пацієнта починається зі збору анамнезу. Доцільно з'ясувати характер тинітусу, його локалізацію, періодичність, тривалість, обставини появи та чинники посилення або послаблення; оцінити вплив на загальний і психоемоційний стан, сон, когнітивні функції, працездатність і соціальну активність. Важливо уточнити супутні захворювання, прийом лікарських засобів, попередні захворювання та травми, професійний і побутовий шумовий вплив, а також сімейний анамнез порушень слуху.

Аудіологічне обстеження може включати отоскопію, імпедансну аудіометрію, акустичні рефлекси, отоакустичну емісію, тональну та мовну аудіометрію; за клінічними показаннями застосовують додаткові тести. Необхідність консультацій невролога, кардіолога, сімейного лікаря, психолога чи інших фахівців визначається індивідуально. Сучасні настанови наголошують на аудіологічному оцінюванні, виявленні «червоних прапорців» та диференційованому направленні пацієнта [7; 9; 10; 11]. За наявності однобічного або асиметричного непульсуючого тинітусу, пульсуючого тинітусу, асиметрії слуху чи інших насторожувальних ознак питання нейровізуалізації вирішують з урахуванням клінічної ситуації. Вибір між магнітно-резонансною та комп'ютерною томографією залежить від передбачуваної патології, протипоказань і завдання обстеження [7; 9; 10; 11].

Психологічні наслідки тинітусу можуть охоплювати пригнічений настрій, зниження інтересу до діяльності, порушення сну, втомлюваність, труднощі концентрації уваги, тривогу, почуття безпорадності та соматичне занепокоєння. У тяжких випадках необхідне цілеспрямоване оцінювання ризику самопошкодження або суїцидальних думок і своєчасне направлення до фахівця з психічного здоров'я. Для первинної суб'єктивної оцінки інтенсивності впливу тинітусу можна використовувати числову шкалу, однак більш інформативними є стандартизовані опитувальники.

Одним із коротких інструментів оцінювання психологічного дистресу є Mini-TQ12 – валідована скорочена форма Tinnitus Questionnaire. Вона містить 12 тверджень із відповідями «неправда» (0 балів), «частково правда» (1 бал) і «цілком правда» (2 бали), що дає змогу швидко отримати кількісний показник тинітус-асоційованого дистресу [6].

Таблиця 1

Методика оцінювання психологічного дистресу, спричиненого тинітусом, за шкалою Mini-TQ12

Компонент	Зміст показника	№	0–2	Практичне значення
1. Когнітивне усвідомлення	Частота та інтенсивність усвідомлення шуму протягом доби	1, 7, 10	0 – ні; 1 – частково; 2 – так	Показує фіксацію уваги на тинітусі та його вплив на функціонування
2. Емоційний дистрес	Емоційне напруження, пригніченість і безнадія, пов'язані з шумом	2, 3, 9, 11	0–2	Визначає вираженість емоційної реакції та потребу у підтримці

Компонент	Зміст показника	№	0–2	Практичне значення
3. Соціальна дезадаптація	Зміни міжособистісного реагування й соціальна напруженість	4	0–2	Відображає вплив на комунікацію та соціальне функціонування
4. Соматичні переживання	Тривога щодо можливих фізичних наслідків шуму	5	0–2	Відображає соматичне занепокоєння та медичну тривогу
5. Психофізіологічна напруга	Труднощі розслаблення, засинання та концентрації	6, 8, 12	0–2	Показує порушення сну, уваги та напруження
Сумарний бал (0–24)	1–7 – низький; 8–12 – помірний; 13–18 – серйозний; 19–24 – дуже тяжкий	Сума	–	Моніторинг динаміки та ефективності терапії

Застосування Mini-TQ12 доцільне у клінічній психології, психотерапії, аудіології та отоневрології. Методика дає можливість кількісно оцінити дистрес і простежувати його динаміку під впливом лікувальних та психологічних втручань [6].

Для демонстрації практичного застосування Mini-TQ12 проведено оцінювання пацієнта з хронічним суб'єктивним тинітусом. Опитувальник заповнювався самостійно після первинної консультації. Отримані відповіді дають змогу виокремити когнітивний, емоційний, соціальний, соматичний та психофізіологічний компоненти дистресу і сформувати більш індивідуалізовану стратегію супроводу.

Таблиця 2

Аналіз результатів пацієнта з хронічним суб'єктивним тинітусом

№	Б.	Компонент	Короткий зміст
1	2	Когнітивне усвідомлення	Постійне сприйняття шуму протягом усього дня
2	1	Емоційний дистрес	Емоційна реакція на тинітус помірної вираженості
3	0	Емоційний дистрес	Немає відчуття безнадії
4	1	Соціальна дезадаптація	Легке дратування в міжособистісних контактах
5	2	Соматичні переживання	Високий рівень занепокоєння щодо здоров'я
6	2	Психофізіологічна напруга	Відчуття напруження, труднощі релаксації
7	2	Когнітивне усвідомлення	Не може ігнорувати шум
8	1	Психофізіологічна напруга	Засинання ускладнене, але без тривалого безсоння
9	1	Емоційний дистрес	Помірний пригнічений настрій
10	2	Когнітивне усвідомлення	Постійні думки про можливість зникнення шуму
11	1	Емоційний дистрес	Відчуття вразливості, але без вираженого безсилля
12	1	Психофізіологічна напруга	Зниження концентрації під час роботи

Сумарний результат наведеного клінічного прикладу становить 16 балів, що відповідає серйозному рівню психологічного дистресу. Найбільш вираженими є когнітивне усвідомлення тинітусу та психофізіологічна напруга; додатково наявні соматичне занепокоєння й емоційні реакції. За такого профілю доцільною є психологічна підтримка, спрямована на зменшення фіксації уваги на шумі, опрацювання тривожних інтерпретацій, розвиток навичок релаксації та відновлення повсякденної активності. Повторне тестування може використовуватися для

оцінювання динаміки після проведених втручань.

Медичний супровід пацієнтів із тинітусом передбачає насамперед виявлення та, за можливості, лікування основної патології. Залежно від клінічної ситуації застосовують консервативне або хірургічне лікування, а за порушення слуху – слухову реабілітацію, включно зі слуховими апаратами чи кохлеарною імплантацією за відповідними показаннями. Слухопротезування та структурована слухова терапія можуть зменшувати тинітус-асоційований дистрес у частини пацієнтів [5; 7; 9; 11].

Важливою складовою є консультування: пацієнтові необхідно пояснити природу тинітусу, можливі механізми його підтримання, принципи самодопомоги, гігієну слуху та способи зниження надмірної фіксації на симптомі. Звукова терапія може реалізовуватися за допомогою зовнішніх звукових стимулів, спеціалізованих програм або функцій слухових апаратів. Конкретний інструмент слід добирати індивідуально з урахуванням слухового профілю, переносимості та цілей реабілітації.

Обов'язковою складовою комплексного ведення пацієнтів із клінічно значущим дистресом є психологічний супровід. Сучасні підходи поєднують когнітивно-поведінкові стратегії, принципи прийняття та розвиток психологічної гнучкості. Прийняття тинітусу розглядається не як пасивна згода із симптомом, а як зменшення виснажливої боротьби з неконтрольованим відчуттям і повернення уваги до значущих життєвих дій [3; 12]. Основними напрямами психологічної роботи можуть бути:

Звикання до тинітусу – поступове зниження реактивності та суб'єктивної значущості шуму за умови безпечної поведінки, інформування пацієнта та системного супроводу.

Прийняття – визнання обмеженого контролю над сенсорним феноменом без постійної боротьби з ним; перенесення фокусу з усунення симптому на адаптацію та якість життя.

Експозиція – поступове зменшення поведінки уникання та формування толерантності до ситуацій і звуків, які викликають дискомфорт, за відсутності медичних протипоказань.

Майндфулнес (усвідомленість) – тренування здатності помічати звук без оцінювання та без перетворення його на центральний об'єкт уваги.

Гнучкість мислення – перехід від установки «я почуватимуся добре лише тоді, коли шум зникне» до орієнтації на відновлення функціонування, адаптацію та керування власною реакцією.

Ціннісно-орієнтована дія – повернення до значущих сфер життя та реалізація важливих цілей навіть за наявності певного рівня дискомфорту.

Таким чином, психологічна допомога при тинітусі спрямована передусім не на безпосереднє усунення фізичного звуку, а на зміну реакції на нього, зниження дистресу та відновлення повноцінного функціонування. Поєднання медичних і психологічних заходів створює синергетичний ефект: аудіологічна та медична допомога зменшує вплив слухових і соматичних чинників, а психотерапевтичні стратегії послаблюють тривогу, катастрофізацію, поведінку уникання та надмірну фіксацію уваги [3; 5; 12].

Висновки. Тинітус є мультифакторним станом, вплив якого на пацієнта визначається поєднанням аудіологічних, соматичних, когнітивних, емоційних і соціальних чинників. Тому результативний супровід не може обмежуватися лише отологічним лікуванням. Медична складова має включати клінічне й аудіологічне обстеження, виявлення «червоних прапорців», лікування основної патології, слухову реабілітацію та звукові стратегії за показаннями; психологічна – оцінювання дистресу, психоосвіту та доказові психотерапевтичні втручання.

Шкала Mini-TQ12 є доцільним коротким інструментом для кількісного оцінювання тинітус-асоційованого психологічного дистресу та моніторингу його динаміки. Наведений клінічний приклад із сумарним результатом 16 балів демонструє можливість виявлення

провідних компонентів дистресу та визначення цільових напрямів психологічної підтримки. Синергія медичних і психологічних підходів створює підґрунтя для індивідуалізованого супроводу, спрямованого на зменшення суб'єктивної обтяжливості тинітусу та покращення якості життя.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є проведення українських емпіричних досліджень із більшими вибірками пацієнтів, порівнянням різних моделей медико-психологічного супроводу та повторними вимірюваннями THI, Mini-TQ12 й інших валідованих показників. Окремого вивчення потребують пацієнти з акубаротравмою та вибуховою травмою, а також ефективність інтегрованих програм, що поєднують слухову реабілітацію, звукову терапію та структуровані когнітивно-поведінкові або прийняттєво-орієнтовані втручання.

Література

1. Науменко О. М., Коновалов С. Е., Тарасенко М. В., Лимар Л. В. Валідація української версії анкети оцінки якості життя з тинітусом "Tinnitus Handicap Inventory". *ScienceRise: Medical Science*. 2024. № 4(61). С. 4–10. DOI: 10.15587/2519-4798.2024.323699.

2. Стасенко Т. Медична психологія та психотерапія в педіатрії: сучасні виклики. *Український медичний часопис*. 2017. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-115787-medichna-psihologiya-ta-psihoterapiya-v-pediatriyi-suchasni-vikliki (дата звернення: 10.09.2026).

3. Aazh H. Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for Managing Tinnitus, Hyperacusis, and Misophonia: The 2025 Tonndorf Lecture. *Brain Sciences*. 2025. Vol. 15, no. 5. Art. 526. DOI: 10.3390/brainsci15050526.

4. Almufarrij I., Munro K. J. One year on: an updated systematic review of SARS-CoV-2, COVID-19 and audio-vestibular symptoms. *International Journal of Audiology*. 2021. Vol. 60, no. 12. P. 935–945. DOI: 10.1080/14992027.2021.1896793.

5. Boecking B., Rausch L., Psatha S., Nyamaa A., Dettling-Papargyris J., Funk C., Brueggemann P., Rose M., Mazurek B. Hearing Therapy Improves Tinnitus-Related Distress in Mildly Distressed Patients with Chronic Tinnitus and Mild-to-Moderate Hearing Loss: A Randomized-Controlled Cross-Over Design. *Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 11, no. 7. Art. 1764. DOI: 10.3390/jcm11071764.

6. Hiller W., Goebel G. Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *International Journal of Audiology*. 2004. Vol. 43, no. 10. P. 600–604. DOI: 10.1080/14992020400050077.

7. National Institute for Health and Care Excellence. Tinnitus: assessment and management. *NICE guideline NG155*. 2020. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng155 (accessed: 10.09.2026).

8. Nyenhuis N., Zastrutzki S., Weise C., Jäger B., Kröner-Herwig B. The efficacy of minimal contact interventions for acute tinnitus: a randomised controlled study. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2013. Vol. 42, no. 2. P. 127–138. DOI: 10.1080/16506073.2012.655305.

9. Sherlock L. P., Ballard-Hernandez J., Boudin-George A., Clark K., Colandrea M., Edmonds C., Kelley C., Lovelace S., Mahmood S., Martinez I., Myers P., Pulliam S., Sall J., Spencer M., Theodoroff S. M., Tolisano A. M., Wayman L. M., Zaugg T., Folmer R. L. Clinical Practice Guideline for Management of Tinnitus: Recommendations From the US VA/DOD Clinical Practice Guideline Work Group. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 2025. Vol. 151, no. 5. P. 513–520. DOI: 10.1001/jamaoto.2025.0052.

10. Tunkel D. E., Bauer C. A., Sun G. H. et al. Clinical practice guideline: tinnitus. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2014. Vol. 151, no. 2 Suppl. P. S1–S40. DOI: 10.1177/0194599814545325.

11. U.S. Department of Veterans Affairs, U.S. Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Tinnitus. Version 1.0. 2024. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/tinnitus/ (accessed: 10.09.2026).

12. Zetterqvist Westin V., Schulin M., Hesser H., Karlsson M., Zare Noe R., Olofsson U., Stalby M., Wisung G., Andersson G. Acceptance and Commitment Therapy versus Tinnitus Retraining Therapy in the treatment of tinnitus: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2011. Vol. 49, no. 11. P. 737–747. DOI: 10.1016/j.brat.2011.08.001.

References

1. Naumenko, O. M., Konovalov, S. E., Tarasenko, M. V., & Lymar, L. V. (2024). Validatsiia ukrainskoi versii ankety otsinky yakosti zhyttia z tinitusom "Tinnitus Handicap Inventory" [Validation of the Ukrainian version of the tinnitus quality of life assessment questionnaire "Tinnitus Handicap Inventory"]. *ScienceRise: Medical Science*, *4*(61), 4–10. https://doi.org/10.15587/2519-4798.2024.323699 [in Ukrainian].

2. Stasenko, T. (2017, October 24). Medychna psykholohiia ta psykhoterapiia v pediatrii: suchasni vyklyky [Medical psychology and psychotherapy in pediatrics: Current challenges]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. https://umj.com.ua/uk/publikatsia-115787-medichna-psihologiya-ta-psihoterapiya-v-pediatriyi-suchasni-vikliki [in Ukrainian].

3. Aazh, H. (2025). Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for Managing Tinnitus, Hyperacusis, and Misophonia: The 2025 Tonndorf Lecture. *Brain Sciences*, 15(5), 526. https://doi.org/10.3390/brainsci15050526

4. Almufarrij, I., & Munro, K. J. (2021). One year on: An updated systematic review of SARS-CoV-2, COVID-19 and audio-vestibular symptoms. International *Journal of Audiology*, 60(12), 935–945. https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1896793

5. Boecking, B., Rausch, L., Psatha, S., Nyamaa, A., Dettling-Papargyris, J., Funk, C., Brueggemann, P., Rose, M., & Mazurek, B. (2022). Hearing therapy improves tinnitus-related distress in mildly distressed patients with chronic tinnitus and mild-to-moderate hearing loss: A randomized-controlled cross-over design. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(7), 1764. https://doi.org/10.3390/jcm11071764

6. Hiller, W., & Goebel, G. (2004). Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *International Journal of Audiology*, 43(10), 600–604. https://doi.org/10.1080/14992020400050077

7. National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Tinnitus: assessment and management (*NICE Guideline NG155*). https://www.nice.org.uk/guidance/ng155

8. Nyenhuis, N., Zastrutzki, S., Weise, C., Jäger, B., & Kröner-Herwig, B. (2013). The efficacy of minimal contact interventions for acute tinnitus: A randomised controlled study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(2), 127–138. https://doi.org/10.1080/16506073.2012.655305

9. Sherlock, L. P., Ballard-Hernandez, J., Boudin-George, A., Clark, K., Colandrea, M., Edmonds, C., Kelley, C., Lovelace, S., Mahmood, S., Martinez, I., Myers, P., Pulliam, S., Sall, J., Spencer, M., Theodoroff, S. M., Tolisano, A. M., Wayman, L. M., Zaugg, T., & Folmer, R. L. (2025). Clinical Practice Guideline for Management of Tinnitus: Recommendations From the US VA/DOD Clinical Practice Guideline Work Group. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 151(5), 513–520. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2025.0052

10. Tunkel, D. E., Bauer, C. A., Sun, G. H., Rosenfeld, R. M., Chandrasekhar, S. S., Cunningham, E. R., Jr., Archer, S. M., Blakley, B. W., Carter, J. M., Granieri, E. C., Henry, J. A., Hollingsworth, D., Khan, F. A., Mitchell, S., Monfared, A., Newman, C. W., Omole, F. S., Phillips, C. D., Robinson, S. K., … Whamond, E. J. (2014). Clinical practice guideline: Tinnitus. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 151(2 Suppl), S1–S40. https://doi.org/10.1177/0194599814545325

11. U.S. Department of Veterans Affairs, & U.S. Department of Defense. (2024). VA/DoD clinical practice guideline for tinnitus (Version 1.0). https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/tinnitus/

12. Zetterqvist Westin, V., Schulin, M., Hesser, H., Karlsson, M., Zare Noe, R., Olofsson, U., Stalby, M., Wisung, G., & Andersson, G. (2011). Acceptance and Commitment Therapy versus Tinnitus Retraining Therapy in the treatment of tinnitus: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 737–747. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.001

Дата першого надходження статті до видання: 18.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 29.08.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 12.10.2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0