

*М. Є. Хоміцький, М. Ю. Кондратенко*

## ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗІ ЗНИЖЕННЯМ КРИТИЧНОСТІ

*М. Ye. Khomitskyi, M. Yu. Kondratenko*

### APPLICATION OF PSYCHO-CORRECTIVE INTERVENTION IN PATIENTS WITH ANXIETY-PHOBIC AND SOMATOFORM DISORDERS WITH REDUCED CRITICALITY

**Ключові слова:** депресія, тривога, зниження критичності, алекситимія, тривожні розлади, соматоформні розлади, психотерапія, психокорекція, психічне здоров'я, психічні захворювання, якість життя

**Keywords:** depression, anxiety, reduced criticality, anxiety disorders, somatoform disorders, psychotherapy, psychocorrection, mental health, mental illness, quality of life.

Мета роботи — порівняння ефективності стандартного та спеціально модифікованого психокорекційних втручань у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами з проявами зниження критичності.

Контингент дослідження становили амбулаторні пацієнти з тривожно-фобічними розладами, які отримували психокорекцію, модифіковану з урахуванням зниження критики (ГД1.1;  $n = 24$ ) та психокорекцію без модифікації (ГД1.2;  $n = 24$ ); з соматоформними розладами, які отримували модифіковану психокорекцію (ГД2.1;  $n = 27$ ); та психокорекцію без модифікації (ГД2.2;  $n = 27$ ). Використані методики: «Госпітальна шкала тривоги та депресії», «Торонтська шкала алекситимії», «Шкала копіngu Лазаруса» та «Шкала критичного усвідомлення».

В ГД1.1 після психокорекції виявлено зниження рівня тривоги та алекситимії ( $p < 0,01$ ), зменшення рівня копінг-стратегій «Дистанціювання», «Самоконтроль», «Пошук соціальної підтримки», «Втеча-уникнення» ( $p < 0,01$ ), «Позитивна переоцінка» ( $p < 0,05$ ), підвищення рівня копінгів «Прийняття відповідальності», «План розв'язання проблеми» ( $p < 0,01$ ). В ГД1.2 — зниження тривоги та зменшення інтенсивності застосування копінг-стратегій «Пошук соціальної підтримки» ( $p < 0,01$ ), підвищення копінгів «Прийняття відповідальності», «План розв'язання проблеми» ( $p < 0,01$ ).

В ГД2.1 — зниження тривоги, депресії, алекситимії ( $p < 0,01$ ), зниження рівня копінг-стратегій «Конфронтаційний копінг», «Дистанціювання», «Пошук соціальної підтримки» ( $p < 0,01$ ). Збільшення рівня копінгів «Самоконтроль», «Прийняття відповідальності», «План розв'язання проблеми» ( $p < 0,01$ ). В ГД2.2 спостерігалось зниження депресії ( $p < 0,05$ ), алекситимії ( $p < 0,01$ ), зниження рівня копінг-стратегій «Дистанціювання», «Пошук соціальної підтримки» ( $p < 0,01$ ).

Застосування модифікованої психокорекції у пацієнтів зі зниженням критичності сприяє більш значному поліпшенню та глибоким адаптивним змінам у поведінці, отже, можливо, схема модифікованого психокорекційного втручання більш ефективна у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі зниженням критичності.

**Aim.** To compare the effectiveness of standard and specifically modified psychocorrectional interventions in patients with anxiety-phobic and somatoform disorders exhibiting reduced critical awareness.

The study included outpatients with anxiety-phobic disorders who received psychocorrection modified to account for reduced critical awareness (subgroup 1.1;  $n = 24$ ) and psychocorrection without modification (subgroup 1.2;  $n = 24$ ), as well as patients with somatoform disorders who received modified psychocorrection (subgroup 2.1;  $n = 27$ ) and psychocorrection without modification (subgroup 2.2;  $n = 27$ ). The following assessment tools were used: "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS), "Toronto Alexithymia Scale", "Lazarus Coping Scale", "Critical Awareness Scale".

In subgroup 1.1, after psychocorrection, a significant reduction in anxiety and alexithymia levels was observed ( $p < 0.01$ ), along with a decrease in the use of coping strategies such as "Distancing", "Self-Control", "Seeking Social Support", "Escape-Avoidance" ( $p < 0.01$ ) and "Positive Reappraisal" ( $p < 0.05$ ). An increase was noted in "Taking Responsibility" and "Problem-Solving Planning" ( $p < 0.01$ ). In subgroup 1.2, there was a reduction in anxiety and a decrease in the use of "Seeking Social Support" ( $p < 0.01$ ), along with an increase in "Taking Responsibility" and "Problem-Solving Planning" ( $p < 0.01$ ).

In subgroup 2.1, reductions were observed in anxiety, depression, and alexithymia ( $p < 0.01$ ), as well as a decrease in coping strategies such as "Confrontational Coping", "Distancing", and "Seeking Social Support" ( $p < 0.01$ ). Increased use of "Self-Control", "Taking Responsibility", and "Problem-Solving Planning" ( $p < 0.01$ ) was also noted. In subgroup 2.2, reductions were observed in depression ( $p < 0.05$ ) and alexithymia ( $p < 0.01$ ), as well as decreased use of "Distancing" and "Seeking Social Support" ( $p < 0.01$ ).

The application of modified psychocorrection in patients with reduced critical awareness leads to more significant improvements and deeper adaptive behavioral changes. Therefore, the modified psychocorrectional intervention scheme may be more effective for patients with anxiety-phobic and somatoform disorders characterized by reduced critical awareness.

Зниження критичності — це феномен, коли пацієнти не усвідомлюють власний психічний стан, об'єктивно наявні психопатологічні симптоми та зміну настрою. Зниження критичності, яке не зводиться до недостатньої поінформованості пацієнта щодо психічного здоров'я, буває повним — «анозогнозія», або частковим, що в літературі описують різними термінами: «недостатнє усвідомлення», «ілюзія психічного здоров'я» тощо [1—4]. Зниження критичності при тривожно-фобічних та соматоформних розладах в науковій літературі визнане актуальною проблемою, але деякі автори визнають недостатню вивченість зниження критичності також при агорафобії, соціальній фобії, специфічних фобіях [5] та при соматоформних розладах [6]. Зниження критичності при тривожних розладах, за даними деяких авторів, справляє істотний вплив на стан пацієнтів, але в дослідженнях на цю тему майже не зосереджували увагу на закономірності зниження критичності при цих розладах та вплив супутніх чинників на критичність [7].

Особи з тривожно-фобічними розладами відрізняються пізнім зверненням до спеціалістів, низькою комплаєнтністю та схильністю до соматизації психопатологічної симптоматики, але літературні дані з цієї проблеми вкрай обмежені [2; 8; 9].

Критичне ставлення для успіху психокорекційного втручання важливе через те, що ефективність лікування великою мірою залежить від якості терапевтичного альянсу, передумовою якого є узгоджене розуміння цілей психокорекційного втручання та розуміння пацієнтом зв'язку між скаргами та психічним станом [9—11].

Особливості немедикаментозного лікування при зниженні критики до психічного стану згадуються в літературі лише в контексті соціальної адаптованості при психотичних розладах, деменціях та адиктивній патології [1].

Література, яка близька за темою до цього дослідження, присвячена окремим феноменам і не охоплює повною мірою проблематику зниження критичності. Наприклад, згідно з деякими дослідженнями, у пацієнтів з тривожно-фобічними розладами на критичне самоусвідомлення впливає зниження здатності до адекватного прогнозування, катастрофізація щодо майбутнього [12; 13].

Hildebrand A. S. et al. описали схильність до генералізації фобічної симптоматики, яка не залежить від перцептивної схожості з первинним предметом фобії. Це ускладнює збір анамнезу та корекцію фобій, але правильно підібрана терапія, наприклад, експозиційні техніки психокорекційного втручання, сприяє лікуванню та генералізації успішних результатів на інші страхи пацієнта [14].

Щодо особливостей самоусвідомлення при агорафобії, є роботи, де вказують на особливості мнестичної сфери, які впливають на усвідомлення свого стану та адекватність оцінки майбутнього [15].

Частина пацієнтів з тривожно-фобічними розладами може мати алекситимію. Проте, більшою мірою алекситимія досліджена при соматоформних роз-

ладах. Труднощі з розпізнаванням та описом власних емоцій можуть впливати на соматизацію тривоги, депресії та інших симптомів. Пацієнти з алекситимією пізніше починають належне лікування та мають більшу вираженість розладу [8; 11; 16; 17].

Психокорекційне втручання у пацієнтів з переліченими розладами потребує диференційованого підходу, проте, з урахуванням усіх особливостей конкретних розладів, зниження критичності, принаймні на невротичному рівні, є нозологічно неспецифічним феноменом, який потребує окремого вивчення та окремих, націлених на відновлення критичного самоусвідомлення, психокорекційних заходів.

Мета роботи — порівняння ефективності стандартного лікування та лікування з додаванням психокорекційного втручання, модифікованого для застосування у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами з проявами зниження критичності.

Проведено проспективне дослідження на контингенті зі 102 амбулаторних пацієнтів. З них 48 пацієнтів мали підтверджені діагнози з групи тривожно-фобічних розладів (F40 за МКХ-10) та становили групу дослідження 1 (ГД1), 54 пацієнти з соматоформними розладами (F45) становили групу дослідження 2 (ГД2).

Зміну попередньо призначеної фармакотерапії автори цієї статті не проводили. Пацієнти приймали препарати: венлафаксин (75—150 мг), есциталопрам (10—20 мг), пароксетин (20—50 мг), сертралін (50—100 мг), сульпірид (50—150 мг), тіоридазин (20—40 мг), флуоксетин (20 мг), хлорпромаксен (50 мг). Усі пацієнти приймали відповідну фармакотерапію тривалий час, понад 6 місяців. У жодного пацієнта в анамнезі за шість місяців до початку дослідження не відзначено суттєвої динаміки стану.

У дослідженні використано клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний методи.

Використані такі психодіагностичні методики: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Торонтська шкала алекситимії (TAS-20), Копінг-тест Лазаруса (LCS). Для вимірювання рівня критичного самоусвідомлення використано нову методику — «Шкала критичного усвідомлення», розроблену в процесі дослідження, частиною якого є ця робота. Опитувальник містить 27 запитань. Кожне запитання має п'ять варіантів відповіді, які оцінюють від 1 до 5 балів. Отже, мінімальна можлива кількість балів (27) — означає найменший рівень критичності, відповідно, чим менші бали, тим більш глибоке порушення критичності. Максимальна кількість балів (135) — означає повне критичне самоусвідомлення. Кожне запитання відображає один з семи компонентів критичного самоусвідомлення: когнітивний, мнестичний, прогностичний, аутокопічний, інтроєктний, емотивний, емпіричний [18].

Стандартна схема психокорекції при всіх діагнозах, які були у пацієнтів, полягала у використанні когнітивно-поведінкових та нарративно-експозиційних технік. Винятком був соматоформний больовий розлад, при якому, крім когнітивно-поведінкових технік, застосовані техніки майндфулнес-терапії.

Модифікована психокорекція, розроблена з урахуванням зниження критичності, відрізняється тим, що корекція зниження критичності в ній є першочерговим психокорекційним завданням. На початку психокорекції проводять діагностику структурних особливостей зниження критичності. Паралельно йде формування терапевтичного альянсу, з урахуванням особливостей зниження критичності. З'ясовано, що розуміння пацієнтом цілей психокорекції та доцільності виконання рекомендацій для корекції патологічних станів є важливим для ефективності психокорекційних заходів.

Програма модифікованої психокорекції побудована за єдиною структурою та принципами для застосування при всіх тривожно-фобічних та соматоформних розладах, розрахована на вісім тижнів.

Перший, другий тижні — формування очікувань пацієнтів від психокорекції, виявлення особливостей зниження критичності (компоненти за «Шкалою критичного усвідомлення»). Пояснення когнітивної моделі розладів та моделі розвитку психовегетативних феноменів всім пацієнтам та причини розвитку симптомів відповідного розладу — кожному, залежно від діагнозу. Якщо зниження критичності переважає за когнітивним та прогностичним компонентами, застосовують техніки поведінкова активація, сократівський діалог, поведінковий експеримент. При соматоформних розладах, як приклад для поведінкових експериментів та пояснення виникнення патологічних відчуттів, можна застосовувати аутотренінг. Тому для пацієнтів з соматоформними розладами доречно навчання аутотренінгу на початку психокорекції. У разі переважання зниження критичності за всіма іншими компонентами застосовують техніку розпізнавання та вимірювання емоцій та інші техніки, орієнтовані на емоції.

Третій та четвертий тижні — опрацювання труднощів, які пов'язані з веденням пацієнтами щоденників психокорекції. На цьому етапі також проводили навчання виявленню патологічних думок та їх реструктуризації. При тривожно-фобічних розладах застосовані техніки заземлення, аутогенне тренування, мисленнєві та поведінкові експерименти, експозиційні техніки в контрольованих умовах та інші техніки, які націлені на корекцію тривоги. При соматоформних розладах ведеться аналіз можливих чинників виникнення симптомів, формується список обставин, за яких виникає симптоматика. Паралельно застосовують техніки розпізнавання та вимірювання емоцій, аналіз емоцій інших людей. Але при іпохондричних та больових симптомах перевагу надають технікам усвідомленості (*mindfulness*).

П'ятий та шостий тижні — повторне формування очікувань від психокорекції. На цьому етапі застосовували техніки парадоксальної інтенції та експозиції, ціллю яких була корекція тривоги, занепокоєння та інших патологічних думок. Також з кожним пацієнтом проводили розбір ситуацій, в яких на той момент спостерігалось поліпшення функціонування. Це проводили з метою підвищення ефективності психокорекційних вправ щодо поліпшення функціонування у реальних ситуаціях, які характерні для життя пацієнтів.

Сьомий та восьмий тижні — інтеграція отриманих навичок у повсякденне життя. Техніки заземлення, аутотренінгу, експозиції опрацьовують як домашні завдання. При тривожно-фобічних розладах також застосовують техніки поведінкової активації. При соматоформних розладах — вербалізацію емоцій та техніку віддзеркалення.

Критерієм ефективності психокорекції було поліпшення стану пацієнтів, поява позитивної динаміки. Верифікацію результатів модифікованої психокорекції проводили з використанням психодіагностичних опитувальників HADS, TAS-20, опитувальника копінг-стратегій Лазаруса, «Шкали критичного усвідомлення».

Статистичні дані обчислювали у програмі Statistica-10. Для порівняння груп використано *U*-критерій Манна — Уїтні, який придатний для обчислення категоріальних параметрів та вибірок із розподілом, що не відповідає нормальному закону.

Перед початком психокорекційного втручання всі пацієнти обстежені за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик: шкали HADS для оцінки тривоги та депресії, TAS-20 для визначення рівня алекситимії та LCS для дослідження стратегій подолання стресу. Додатково розроблено тестову методику для вимірювання рівня критичного самоусвідомлення («Шкала критичного усвідомлення»), де показник може коливатися від 27 до 135 балів. Контингент дослідження поділено на чотири підгрупи. Перша підгрупа (ГД1.1) включала 24 пацієнти із тривожно-фобічними розладами, які отримували модифіковане психокорекційне втручання, адаптоване для корекції зниженого критичного самоусвідомлення. Середній вік у цих пацієнтів становив  $38,79 \pm 7,84$  років, середня тривалість захворювання на момент обстеження —  $10,04 \pm 5,92$  років, кількість госпіталізацій —  $2,13 \pm 1,36$ . Друга підгрупа (ГД1.2) також мала в своєму складі 24 пацієнти із тривожно-фобічними розладами, але вони отримували стандартне психокорекційне втручання. У цій підгрупі середній вік пацієнтів був  $38,54 \pm 8,84$  років, тривалість захворювання —  $10,04 \pm 5,77$  років, кількість госпіталізацій —  $2,33 \pm 2,14$ . Третя підгрупа (ГД2.1) об'єднувала 27 пацієнтів із соматоформними розладами, які отримували модифіковане втручання, спрямоване на підвищення критичного самоусвідомлення. Середній вік становив  $39,26 \pm 8,66$  років, тривалість захворювання —  $8,00 \pm 4,65$  років, кількість госпіталізацій —  $2,33 \pm 2,25$ . Четверта підгрупа (ГД2.2) також мала в своєму складі 27 пацієнтів із соматоформними розладами, але вони отримували стандартну психокорекцію. У цій підгрупі середній вік пацієнтів був  $39,19 \pm 9,33$  років, тривалість захворювання —  $9,59 \pm 7,30$  років, кількість госпіталізацій —  $3,48 \pm 4,28$ .

Підгрупи були рандомізовані так, щоб мінімізувати різницю за досліджуваними показниками. Докладно результати наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Показники тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20 та субшкалами DIF, DDF, EOT) у пацієнтів до психокорекційного втручання (бали)

| Шкали   | ГД1.1<br>(n = 24) | ГД1.2<br>(n = 24) | $R_{ГД1.1 - ГД1.2}$ | ГД2.1<br>(n = 27) | ГД2.2<br>(n = 27) | $R_{ГД2.1 - ГД2.2}$ |
|---------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| HADS-A  | 12,00 ± 3,56      | 11,58 ± 2,55      | 0,783               | 6,56 ± 2,26       | 6,26 ± 1,02       | 0,986               |
| HADS-D  | 5,46 ± 1,82       | 5,50 ± 1,74       | 0,992               | 7,52 ± 1,95       | 8,63 ± 1,88       | 0,042               |
| TAS-20  | 38,83 ± 11,10     | 38,58 ± 10,67     | 0,976               | 60,41 ± 4,71      | 60,96 ± 3,58      | 0,571               |
| TAS-DIF | 12,75 ± 5,51      | 12,21 ± 3,79      | 0,927               | 22,89 ± 3,21      | 23,93 ± 2,95      | 0,221               |
| TAS-DDF | 9,00 ± 3,05       | 8,63 ± 2,62       | 0,798               | 19,26 ± 2,70      | 18,70 ± 2,48      | 0,559               |
| TAS-EOT | 17,08 ± 3,69      | 17,75 ± 7,57      | 0,602               | 18,26 ± 3,21      | 18,33 ± 2,09      | 0,481               |

Різниця між підгрупами однієї групи пацієнтів зі зниженням критичності виявилася значущою тільки за рівнем депресії між підгрупами пацієнтів з соматоформними розладами. Підгрупи пацієнтів з тривожно-фобічними розладами не мали достовірних відмінностей.

Відмінності за копінг-стратегіями між групами одного діагнозу до лікування обмежувалися меншим рівнем копінг-стратегії «Втеча-уникнення» в ГД1.2 проти ГД1.1 ( $p \leq 0,05$ ). Більш суттєві відмінності були між пацієнтами з різними діагнозами. Зокрема,

при соматоформних розладах, як порівняти з показниками при тривожно-фобічних розладах, вище показники копінг-стратегій «Дистанціювання» ( $p \leq 0,01$ ) та «Позитивна переоцінка» ( $p \leq 0,01$ ). Але показники копінг-стратегій «Самоконтроль» та «Пошук соціальної підтримки» при соматоформних розладах були меншими, як порівняти з показниками при тривожно-фобічних розладах ( $p \leq 0,01$ ) (табл. 2).

Показники критичності були достовірно вищими при тривожно-фобічних розладах проти соматоформних розладів ( $p \leq 0,05$ ) (табл. 3).

Таблиця 2. Показники копінг-поведінки (за шкалою LCS) у пацієнтів до психокорекційного втручання (%)

| Показник                   | ГД1.1<br>(n = 24) | ГД1.2<br>(n = 24) | $R_{ГД1.1 - ГД1.2}$ | ГД2.1<br>(n = 27) | ГД2.2<br>(n = 27) | $R_{ГД2.1 - ГД2.2}$ |
|----------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Конфронтаційний копінг     | 38,19 ± 15,74     | 34,49 ± 13,70     | 0,431               | 39,71 ± 11,19     | 39,71 ± 9,46      | 0,877               |
| Дистанціювання             | 38,19 ± 10,53     | 34,95 ± 10,42     | 0,282               | 63,58 ± 12,55     | 60,70 ± 11,52     | 0,559               |
| Самоконтроль               | 61,71 ± 10,55     | 59,72 ± 11,75     | 0,519               | 31,04 ± 8,07      | 30,69 ± 9,28      | 0,757               |
| Пошук соціальної підтримки | 74,07 ± 10,05     | 75,93 ± 10,83     | 0,455               | 34,57 ± 7,60      | 35,19 ± 7,39      | 0,655               |
| Прийняття відповідальності | 27,08 ± 9,28      | 23,96 ± 9,92      | 0,230               | 25,00 ± 9,53      | 25,62 ± 11,54     | 0,959               |
| Втеча-уникнення            | 36,63 ± 8,24      | 32,12 ± 10,53     | 0,041               | 36,88 ± 7,46      | 37,35 ± 8,05      | 0,810               |
| План розв'язання проблеми  | 38,89 ± 10,87     | 34,03 ± 9,46      | 0,093               | 38,48 ± 8,43      | 35,19 ± 12,71     | 0,335               |
| Позитивна переоцінка       | 37,30 ± 14,30     | 34,33 ± 8,42      | 0,798               | 55,03 ± 9,28      | 51,32 ± 12,06     | 0,208               |

Таблиця 3. Показники критичності (за «Шкалою критичного усвідомлення») у пацієнтів до психокорекційного втручання (бали)

| Показник             | ГД1.1<br>(n = 24) | ГД1.2<br>(n = 24) | $R_{ГД1.1 - ГД1.2}$ | ГД2.1<br>(n = 27) | ГД2.2<br>(n = 27) | $R_{ГД2.1 - ГД2.2}$ |
|----------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Когнітивний          | 13,71 ± 3,92      | 14,38 ± 4,20      | 0,493               | 12,11 ± 2,52      | 11,63 ± 3,68      | 0,548               |
| Мнестичний           | 16,17 ± 5,91      | 16,58 ± 4,49      | 0,878               | 15,63 ± 1,90      | 16,00 ± 2,40      | 0,731               |
| Прогностичний        | 13,33 ± 4,10      | 13,67 ± 4,05      | 0,783               | 11,81 ± 2,43      | 12,07 ± 3,10      | 0,583               |
| Аутоскопичний        | 9,63 ± 3,33       | 9,92 ± 3,02       | 0,878               | 8,81 ± 1,88       | 9,07 ± 2,32       | 0,548               |
| Інтроєктний          | 11,54 ± 3,16      | 11,79 ± 3,41      | 0,455               | 10,15 ± 2,44      | 11,11 ± 2,45      | 0,173               |
| Емотивний            | 18,21 ± 2,08      | 18,38 ± 2,08      | 0,721               | 12,30 ± 2,07      | 12,96 ± 2,19      | 0,249               |
| Емпіричний           | 12,46 ± 3,72      | 12,17 ± 3,36      | 0,646               | 12,56 ± 1,76      | 12,48 ± 2,78      | 0,864               |
| Показник критичності | 95,04 ± 20,98     | 96,88 ± 19,95     | 0,783               | 83,37 ± 9,29      | 85,33 ± 13,40     | 0,680               |

Після проходження тестування за «Шкалою критичного усвідомлення» пацієнти отримували психокорекційне втручання протягом восьми тижнів. Через вісім тижнів кожний пацієнт пройшов

повторне тестування за вищевказаними методиками.

Докладно результати повторного тестування наведено в таблицях 4, 5, 6.

Таблиця 4. Показники тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20 та субшкалами DIF, DDF, EOT) у пацієнтів після проведення психокорекційного втручання (бали)

| Шкали   | ГД1.1<br>(n = 24) | ГД1.2<br>(n = 24) | $P_{ГД1.1 - ГД1.2}$ | ГД2.1<br>(n = 27) | ГД2.2<br>(n = 27) | $P_{ГД2.1 - ГД2.2}$ |
|---------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| HADS-A  | 5,88 ± 1,30       | 6,92 ± 2,36       | 0,185               | 4,96 ± 1,19       | 6,85 ± 1,75       | 0,000               |
| HADS-D  | 4,92 ± 1,28       | 4,96 ± 1,23       | 0,798               | 5,41 ± 1,91       | 7,33 ± 2,09       | 0,001               |
| TAS-20  | 29,96 ± 3,83      | 35,50 ± 5,55      | 0,001               | 43,48 ± 5,99      | 53,15 ± 5,86      | 0,000               |
| TAS-DIF | 10,54 ± 2,04      | 12,08 ± 2,59      | 0,037               | 15,81 ± 3,35      | 20,11 ± 2,91      | 0,000               |
| TAS-DDF | 7,13 ± 1,73       | 8,38 ± 1,31       | 0,006               | 10,93 ± 2,45      | 12,00 ± 1,84      | 0,124               |
| TAS-EOT | 12,29 ± 2,39      | 15,04 ± 3,44      | 0,005               | 16,74 ± 3,73      | 21,04 ± 3,51      | 0,000               |

Після проведення психокорекційного втручання у осіб з тривожно-фобічними розладами в ГД1.1 проти ГД1.2 спостерігались нижчі показники алекситимії за загальною шкалою алекситимії (TAS-20) та субшкалами цієї шкали: «Важкість диференціювання почуттів» (TAS-DDF), «Екстернально-орієнтоване мислення» (TAS-EOT), при  $p \leq 0,01$ . За субшкалою «Важкість ідентифікації почуттів» (TAS-DIF) також була статистична різниця, але менш виражена ( $p \leq 0,05$ ).

Водночас у осіб з соматоформними розладами виявлено такі результати: у осіб в ГД2.1 — достовірно менший рівень тривоги, депресії, алекситимії як порівняти з ГД2.2 ( $p \leq 0,01$ ). Незначущою була різниця тільки за показником субшкали «Важкість диференціювання почуттів» ( $p > 0,05$ ) (див. табл. 4).

Підгрупа пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, яким проводили психокорекційне втручання,

модифіковане відповідно до зниження критичності, від аналогічної підгрупи, де пацієнти отримували втручання, не спрямоване на зниження критичності, відрізнялася зменшенням вираженості копінг-стратегій «Самоконтроль» ( $p \leq 0,01$ ), «Дистанціювання» ( $p \leq 0,01$ ), «Втеча-уникнення» ( $p \leq 0,05$ ), «Позитивна переоцінка» ( $p \leq 0,05$ ) (див. табл. 5).

Підгрупа пацієнтів з соматоформними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до зниження критичності, від аналогічної підгрупи, де пацієнти отримували втручання, не орієнтоване на зниження критичності, відрізнялася зниженням вираженості копінг-стратегій «Конфронтаційний копінг» ( $p \leq 0,05$ ) та «Дистанціювання» ( $p \leq 0,05$ ), а також збільшенням інтенсивності використання копінг-стратегій «Самоконтроль» ( $p \leq 0,01$ ), «Прийняття відповідальності» ( $p \leq 0,01$ ) та «План розв'язання проблеми» ( $p \leq 0,01$ ).

Таблиця 5. Показники копінг-поведінки (за шкалою LCS) у пацієнтів після проведення психокорекційного втручання (%)

| Показник                   | ГД1.1<br>(n = 24) | ГД1.2<br>(n = 24) | $P_{ГД1.1 - ГД1.2}$ | ГД2.1<br>(n = 27) | ГД2.2<br>(n = 27) | $P_{ГД2.1 - ГД2.2}$ |
|----------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Конфронтаційний копінг     | 31,25 ± 12,35     | 38,19 ± 12,07     | 0,051               | 31,69 ± 9,09      | 35,80 ± 8,35      | 0,041               |
| Дистанціювання             | 23,15 ± 9,22      | 36,34 ± 10,49     | 0,000               | 41,98 ± 16,83     | 51,23 ± 11,25     | 0,016               |
| Самоконтроль               | 45,63 ± 6,72      | 54,37 ± 11,49     | 0,007               | 38,45 ± 9,24      | 28,04 ± 7,51      | 0,000               |
| Пошук соціальної підтримки | 56,02 ± 11,10     | 63,19 ± 12,98     | 0,078               | 27,16 ± 7,91      | 28,60 ± 11,29     | 0,891               |
| Прийняття відповідальності | 42,36 ± 16,47     | 34,03 ± 14,93     | 0,085               | 40,74 ± 10,42     | 28,70 ± 12,08     | 0,000               |
| Втеча-уникнення            | 23,44 ± 7,25      | 32,81 ± 14,13     | 0,015               | 30,09 ± 8,03      | 34,41 ± 9,78      | 0,090               |
| План розв'язання проблеми  | 49,77 ± 10,55     | 43,98 ± 9,54      | 0,051               | 50,82 ± 9,71      | 36,83 ± 11,75     | 0,000               |
| Позитивна переоцінка       | 28,17 ± 11,05     | 36,51 ± 12,92     | 0,034               | 49,91 ± 8,70      | 50,62 ± 11,37     | 0,503               |

Після проведення психокорекційного втручання виявлено такі відмінності за показниками «Шкали критичного усвідомлення»: в ГД1.1, на відміну від ГД1.2, були більші бали за загальним показником критичності та за всіма компонентами, крім

когнітивного та емотивного. В ГД2.1, як порівняти з ГД2.2, показники були істотно вище як за загальним показником критичності, так і за всіма компонентами, крім аутоскопичного та інтроектного (див. табл. 6).

Таблиця 6. Показники критичності (за «Шкалою критичного усвідомлення») у пацієнтів після проведення психокорекційного втручання (бали)

| Показник             | ГД1.1<br>(n = 24) | ГД1.2<br>(n = 24) | $P_{ГД1.1 — ГД1.2}$ | ГД2.1<br>(n = 27) | ГД2.2<br>(n = 27) | $P_{ГД2.1 — ГД2.2}$ |
|----------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Когнітивний          | 15,92 ± 2,08      | 15,04 ± 3,14      | 0,455               | 18,67 ± 1,36      | 12,22 ± 2,69      | 0,000               |
| Мнестичний           | 20,17 ± 2,48      | 16,71 ± 4,54      | 0,003               | 19,56 ± 2,78      | 17,11 ± 3,26      | 0,004               |
| Прогностичний        | 17,29 ± 2,65      | 14,08 ± 3,96      | 0,001               | 16,22 ± 1,93      | 12,85 ± 3,02      | 0,000               |
| Аутоскопичний        | 12,63 ± 1,69      | 10,21 ± 3,13      | 0,002               | 11,04 ± 1,91      | 9,85 ± 2,80       | 0,072               |
| Інтроєктний          | 13,96 ± 1,04      | 12,08 ± 2,89      | 0,022               | 12,56 ± 1,89      | 12,26 ± 2,01      | 0,668               |
| Емотивний            | 19,13 ± 1,19      | 18,75 ± 2,36      | 0,690               | 16,22 ± 2,44      | 13,81 ± 3,03      | 0,001               |
| Емпіричний           | 17,42 ± 2,34      | 12,33 ± 3,12      | 0,000               | 15,89 ± 2,22      | 13,07 ± 2,73      | 0,000               |
| Показник критичності | 116,50 ± 5,70     | 99,21 ± 17,41     | 0,000               | 110,15 ± 4,72     | 91,19 ± 13,85     | 0,000               |

Динаміку змін показників за шкалами HADS-A, HADS-D, TAS-20, «Шкала критичного усвідомлення» (ШКУ) в підгрупах ГД1.1, ГД1.2, ГД2.1, ГД2.2 наочно подано на рисунках 1, 3, 5, 7. А зміни у копінг-стратегіях, відповідно підгрупам, — на рисунках 2, 4, 6, 8.

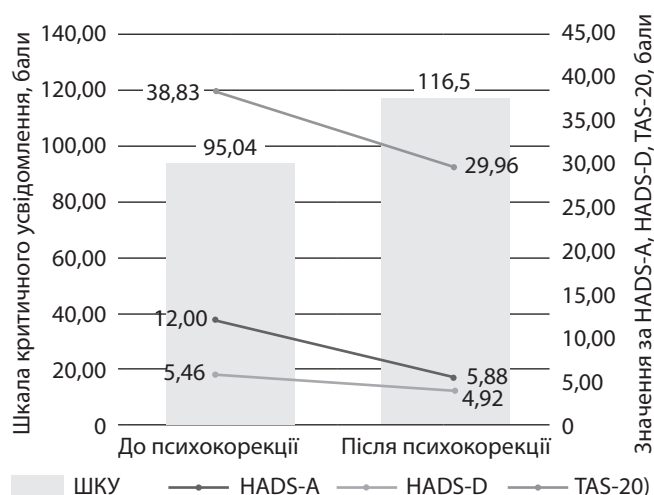


Рис. 1. Динаміка змін показників тривоги, депресії, алекситимії, критичності до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до зниження критичності

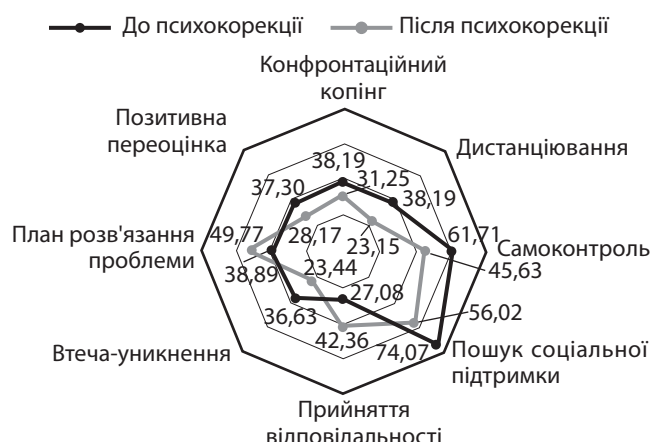


Рис. 2. Динаміка зміни копінг-поведінки до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до зниження критичності

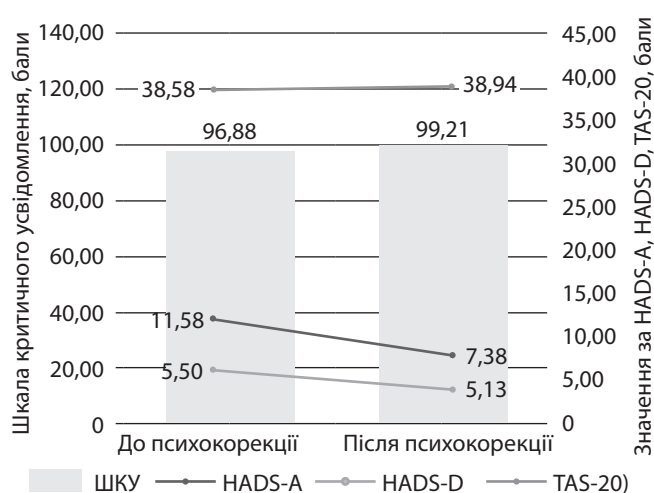


Рис. 3. Динаміка змін показників тривоги, депресії, алекситимії, критичності до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію зниження критичності

З порівняння результатів до та після психокорекції в підгрупі пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до зниження критичності, виявлено зниження рівня тривоги ( $p < 0,01$ ), алекситимії ( $p < 0,01$ ), зменшення застосування копінгів «Дистанціювання» ( $p < 0,01$ ), «Самоконтроль» ( $p < 0,01$ ), «Пошук соціальної підтримки» ( $p < 0,01$ ), «Втеча-уникнення» ( $p < 0,01$ ), «Позитивна переоцінка» ( $p < 0,05$ ), підвищення інтенсивності застосування копінгів «Прийняття відповідальності» ( $p < 0,01$ ), «План розв'язання проблеми» ( $p < 0,01$ ). Зниження інтенсивності за копінг-стратегіями «Пошук соціальної підтримки» та підвищення інтенсивності застосування копінгу «Прийняття відповідальності» ( $p \leq 0,01$ ) пов'язані з більшими можливостями пацієнта до адаптивних реакцій на стреси та ефективної саморегуляції. Зниження інтенсивності застосування копінг-стратегій «Втеча-уникнення» разом з підвищенням інтенсивності застосування «Плану розв'язання проблеми» може означати перехід від уникаючої поведінки до раціонального виходу з ситуацій, пов'язаних з появою фобічної симптоматики. Це важливо для корекції obsesивно-фобічного синдрому — основного синдрому при цих розладах.



Рис. 4. Динаміка зміни копінг-поведінки до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію зниження критичності

В підгрупі пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію зниження критичності, виявлено зниження тривоги ( $p < 0,01$ ), зниження інтенсивності застосування копінгу «Пошук соціальної підтримки» ( $p < 0,01$ ), підвищення копінгів «Прийняття відповідальності» ( $p < 0,05$ ), «План розв'язання проблеми» ( $p < 0,01$ ).

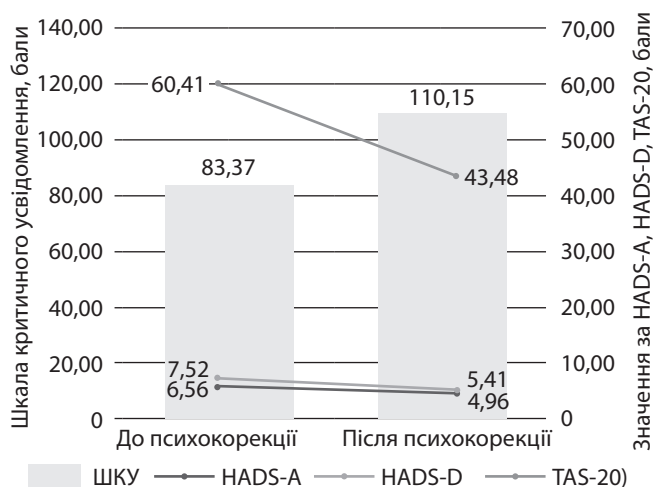


Рис. 5. Динаміка змін показників тривоги, депресії, алекситимії, критичності до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з соматоформними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до зниження критичності

В групі пацієнтів з соматоформними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до зниження критичності, виявлено зниження показників тривоги ( $p < 0,01$ ), депресії ( $p < 0,01$ ), алекситимії ( $p < 0,01$ ), зниження інтенсивності застосування копінг-стратегій «Конфронтаційний копінг» ( $p < 0,01$ ), «Дистанціювання» ( $p < 0,01$ ), «Пошук соціальної підтримки» ( $p < 0,01$ ), збільшення показників інтенсивності застосування копінг-стратегій «Самоконтроль» ( $p < 0,01$ ), «Прий-

няття відповідальності» ( $p < 0,01$ ), «План розв'язання проблеми» ( $p < 0,01$ ). Найбільш істотні зміни виявлено в зменшенні значення «Дистанціювання» та підвищенні «самоконтролю», що вказує на впевненість пацієнтів в здатності впоратися з симптомами. «Прийняття відповідальності» та «План розв'язання проблем» теж набули більші значення в поведінці, що свідчить про розуміння пацієнтами чинників, від яких залежить їх стан, та вже наявного на момент повторного тестування позитивного досвіду корекції стану.



Рис. 6. Динаміка зміни копінг-поведінки до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з соматоформними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до зниження критичності

В підгрупі пацієнтів з соматоформними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію зниження критичності, виявлено зниження вираженості депресії ( $p < 0,05$ ), алекситимії ( $p < 0,01$ ), зниження вираженості копінг-стратегій «Дистанціювання» ( $p < 0,01$ ) та «Пошук соціальної підтримки» ( $p < 0,01$ ).

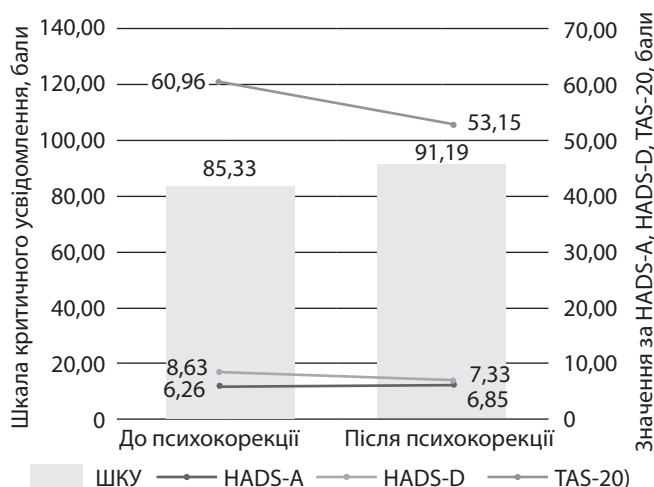


Рис. 7. Динаміка змін показників тривоги, депресії, алекситимії, критичності до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з соматоформними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію зниження критичності



Рис. 8. Динаміка зміни копінг-поведінки до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупі пацієнтів з соматоформними розладами, яким проводили психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію зниження критичності

Отже, психокорекційне втручання, яке не орієнтоване на відновлення критичності пацієнта до свого психічного стану, сприяє поліпшенню стану пацієнтів, принаймні, на короткий час. Але, ми припускаємо, що запропонована модифікована схема психокорекції більш ефективна, оскільки виявлені зміни показників за шкалою копінг-стратегій Лазаруса відображають засвоєння адаптивних схем поведінки та навичок самостійного досягнення стану психічної компенсації.

Результати проведеного дослідження дають змогу зробити такі висновки.

1. У пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, виявлено вищі показники критичного самоусвідомлення, як порівняти з пацієнтами з соматоформними розладами ( $p \leq 0,05$ ).

2. У разі застосування модифікованої психокорекції, проти психокорекції, яка не орієнтована на відновлення критичності, у пацієнтів з тривожно-фобічними розладами знизилась показники алекситимії та відбулася більш значна перебудова копінг-стратегій на адаптивніші патерни поведінки — від дистанціювання, втечі від проблем до планомірного практичного їх розв'язання. У підгрупах соматоформних розладів пацієнти, які пройшли курс модифікованої психокорекції, показали зниження тривоги та зміни за всіма копінг-стратегіями, особливо підвищення самоконтролю, прийняття відповідальності та планування розв'язання проблем.

3. Відмінності у результатах свідчать про те, що застосування модифікованого психокорекційного втручання у пацієнтів зі зниженням критичності сприяє більш суттєвим поліпшенням та глибоким адаптивним змінам у поведінці. Отже, схема модифікованого психокорекційного втручання більш ефективна у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі зниженням критичності.

У процесі цього дослідження доведена доцільність адаптації наявних психоосвітніх та психотерапевтичних підходів для осіб з тривожно-фобічними

та соматоформним розладами зі зниженням критичності до власного психічного стану. Подальші клінічні випробування важливі для апробації персоніфікованої системи психокорекційних впливів при зниженні критичності. Також перспективи подальших досліджень полягають в уточненні ефективності окремих підходів до психокорекційного втручання. Ці дані важливі для персоніфікованого підходу до корекції зниження критичності та підвищення ефективності лікування пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.

### Список літератури

- Halaj A. Insight in nonpsychotic disorders: A new model of insight and a systematic review of measures / A. Halaj, J. D. Huppert / Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2022. Vol. 56(1). P. 28—38. DOI: 10.1177/00048674211025722
- Changes in interoceptive accuracy related to emotional interference in somatic symptom disorder / Lee D, Kim SJ, Cheon J. [et al.] // BMC Psychol. 2024. Vol. 12(1). P. 279. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01778-7>
- Підлубний В. Л. Сучасний стан проблеми діагностики та терапії депресивних розладів (огляд літератури) / В. Л. Підлубний, М. Є. Хомицький // Запорізький медичний журнал. 2024. Т. 26, № 1(142). С. 78—83. DOI: 10.14739/2310-1210.2024.1.290684
- Psychological risk factors of somatic symptom disorder: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies / A. Smakowski, P. Hüsing, S. Völcker [et al.] // J Psychosom Res. 2024. Vol. 181:111608. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608>
- Halaj A. Clinical and Cognitive Insight in Pathological Anxiety: Relationship to Symptoms and Cognitive Factors / A. Halaj, J. D. Huppert // International Journal of Cognitive Therapy. 2021. Vol. 14(4). P. 671—686. URL: <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00116-8>
- The role of psychological factors in noncardiac chest pain of esophageal origin / Gonzalez-Ibarra F, Cruz-Ruiz M, Murillo Llanes J. [et al.] // J Neurogastroenterol Motil. 2024. Vol. 30(3). P. 272—280. DOI: <https://doi.org/10.5056/jnm23166>
- Anxiety disorders: the relationship between insight and metacognition / [Halaj A., Konstantakopoulos G., Ghaemi N. S., David A. S.] // Psychopathology. 2024. Vol. 57(5). P. 434—443. DOI: <https://doi.org/10.1159/000538096>
- A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: a pilot study / [Jongsma K., Darboh B. S., Davis S., MacKillip E.] // BMC psychiatry. 2023. Vol. 23(1). P. 896. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05141-9>
- Safa H. The Efficacy and Therapeutic Alliance of Augmented Reality Exposure Therapy in Treating Adults With Phobic Disorders: Systematic Review / H. Safa, A. Hamid, H. Athanasios // JMIR Ment Health. 2023. Vol. 10: e51318. DOI: <https://doi.org/10.2196/51318>
- Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії / [Чугунов В. В., Курило В. О., Підлубний В. Л., Канигіна С. М.] // Запорізький медичний журнал. 2021. Т. 23, № 1. С. 105—110. URL: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.1.224910>
- Дьома І. С. Клініко-анамнестичні особливості хворих на серцево-судинні захворювання з різними типами іпохондричної симптоматики / І. С. Дьома, В. Л. Підлубний // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2018. Т. 9. С. 78—81. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-11>

12. Moneta M. E. A theoretical and clinical perspective of an embodied view in psychotherapy of somatic symptoms disorders / M. E. Moneta, H. Kaechele // *Res Psychother.* 2023. Vol. 26(2). P. 605. DOI: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.605>
13. Gender differential morbidity in quality of life and coping among people diagnosed with depression and anxiety disorders / Torrubia-Pérez E., Martorell-Poveda M. A., Fernández-Sáez J. [et al.] // *Healthcare (Basel)*. 2025. Vol. 13(7). P. 706. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13070706>
14. Inhibitory control and its modification in spider phobia — Study protocol for an antisaccade training trial / Hildebrand A. S., Breuer F., Leehr E. J. [et al.] // *PloS One*. 2023. Vol. 18(12): e0292471. DOI: 10.1371/journal.pone.0292471
15. Benau E. M. Difficulties in Emotion Regulation, Alexithymia, and Social Phobia Are Associated With Disordered Eating in Male and Female Undergraduate Athletes / E. M. Benau, R. Wiatrowski, C. A. Timko // *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. P. 1—14. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01646
16. Comparison of symptom-based versus self-reported diagnostic measures of anxiety and depression disorders in the GLAD and COPING cohorts / Davies M. R., Buckman J. E. J., Adey B. N. [et al.] // *J Anxiety Disord.* 2022. Vol. 85: 102491. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102491>
17. Freiherr von Schoenhueb D. Alexithymia in Patients with Somatization Difficulties and Tinnitus-Related Distress: A Systematic Review / Freiherr von Schoenhueb D., Boecking B., Mazurek B. // *J. Clin. Med.* 2023. Vol. 12(21): 6828. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12216828>
18. Підходи до оцінки структури та феноменології критичної усвідомленості в контексті непсихотичних психічних розладів / Кондратенко М. Ю., Городокін А. Д., Шевченко Н. Ф. [та ін.] // *Сучасні медичні технології*. 2024. Т. 16, № 2. С. 105—114. URL: <https://doi.org/10.14739/mmt.2024.2.301739>
19. Duquette P. More Than Words Can Say: A Multi-Disciplinary Consideration of the Psychotherapeutic Evaluation and Treatment of Alexithymia // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 433. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00433>
20. Catrone C. An Integrated Treatment of Psychosomatic Symptoms and Disorders of the Self: The Role of Alexithymia // *Psychoanalytic Social Work*. 2021. Vol. 28(1). P. 25—42. URL: <https://doi.org/10.1080/15228878.2020.1809475>
21. Petzke M. The association of emotion regulation and somatic symptoms / T. M. Petzke, M. Witthöft // *Psychosom Med.* 2024. Vol. 86(6). P. 561—568. DOI: 10.1097/PSY.0000000000001310
22. Peevey N. Common mental disorders and coping strategies amongst internally displaced Colombians: a systematic review / N. Peevey, E. Flores, M. Seguin // *Glob Public Health*. 2022. Vol. 17(12). P. 3440—3454. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2049343>
23. Хомицький М. Є. Особистісні профілі пацієнтів із соматоформними та тривожно-фобічними розладами з явищами зниженої критичності / М. Є. Хомицький, М. Ю. Кондратенко // *Запорізький медичний журнал*. 2023. Т. 25(3). С. 215—219. URL: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.3.265368>
24. Lee D, Kim SJ, Cheon J, Jung YC, Kang JI. Changes in interoceptive accuracy related to emotional interference in somatic symptom disorder. *BMC Psychol.* 2024;12(1):279. doi:<https://doi.org/10.1186/s40359-024-01778-7>
25. Pidlubnyi VL, Khomitskyi MYe. [The current state of the problem of diagnosis and therapy of depressive disorders (a literature review)]. *Zaporizhzhia Medical Journal.* 2024;26(1):78-83. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2024.1.290684> (In Ukrainian).
26. Smakowski A, Hüsing P, Völcker S, et al. Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *J Psychosom Res.* 2024;181:111608. doi:10.1016/j.jpsychores.2024.111608
27. Halaj A, Huppert JD. Clinical and Cognitive Insight in Pathological Anxiety: Relationship to Symptoms and Cognitive Factors. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2021;14(4):671-686. URL: <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00116-8>
28. Gonzalez-Ibarra F, Cruz-Ruiz M, Murillo Llanes J, Achem SR, Fass R. The role of psychological factors in noncardiac chest pain of esophageal origin. *J Neurogastroenterol Motil.* 2024;30(3):272-280. doi:<https://doi.org/10.5056/jnm23166>
29. Halaj A, Konstantakopoulos G, Ghaemi NS, David AS. Anxiety disorders: the relationship between insight and meta-cognition. *Psychopathology.* 2024;57(5):434-443. doi:<https://doi.org/10.1159/000538096>
30. Jongsma K, Darboh BS, Davis S, MacKillop E. A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: a pilot study. *BMC psychiatry.* 2023;23(1):896. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05141-9>
31. Safa H, Hamid A, Athanasios H. The Efficacy and Therapeutic Alliance of Augmented Reality Exposure Therapy in Treating Adults With Phobic Disorders: Systematic Review. *JMIR Ment Health.* 2023;10:e51318. doi:<https://doi.org/10.2196/51318>
32. Chuhunov VV, Kurylo VO, Pidlubnyi VL, Kanyhina SM. [Model of complex rehabilitation for patients with a simple form of schizophrenia]. *Zaporizhzhia Medical Journal.* 2021;23(1):105-110. doi:<https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.1.224910> (In Ukrainian).
33. Dema, I. S., Pidlubnyi, V. L. [Clinical and anamnestic features of patients with cardiovascular diseases with different types of hypochondriac symptomatics]. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology.* 2018;9:78-81. doi:<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-11> (In Ukrainian).
34. Moneta ME, Kaechele H. A theoretical and clinical perspective of an embodied view in psychotherapy of somatic symptoms disorders. *Res Psychother.* 2023;26(2):605. doi:<https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.605>
35. Torrubia-Pérez E, Martorell-Poveda MA, Fernández-Sáez J, Mulet Barberà M, Reverté-Villarroya S. Gender differential morbidity in quality of life and coping among people diagnosed with depression and anxiety disorders. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(7):706. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare13070706>
36. Hildebrand AS, Breuer F, Leehr EJ, et al. Inhibitory control and its modification in spider phobia - Study protocol for an antisaccade training trial. *PLoS One.* 2023;18(12):e0292471. Published 2023 Dec 19. doi:10.1371/journal.pone.0292471
37. Benau EM, Wiatrowski R, Timko CA. Difficulties in Emotion Regulation, Alexithymia, and Social Phobia Are Associated With Disordered Eating in Male and Female Undergraduate

## References

1. Halaj A, Huppert JD. Insight in nonpsychotic disorders: A new model of insight and a systematic review of measures. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022;56(1):28-38. doi:10.1177/00048674211025722

Athletes. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1-14. doi:10.3389/fpsyg.2020.01646

16. Davies MR, Buckman JEJ, Adey BN, Armour C, Bradley JR, Curzons SCB, et al. Comparison of symptom-based versus self-reported diagnostic measures of anxiety and depression disorders in the GLAD and COPING cohorts. *J Anxiety Disord*. 2022;85:102491. doi:https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102491

17. Freiherr von Schoenhueb D, Boecking B, Mazurek B. Alexithymia in Patients with Somatization Difficulties and Tinnitus-Related Distress: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2023;12(21):6828. Published 2023 Oct 29. doi:10.3390/jcm12216828

18. Kondratenko MYu, Horodokin AD, Shevchenko NF, Stolyarenko AM, Doma, IS. [Approaches to the assessment of the structure and phenomenology of critical awareness in the context of non-psychotic mental disorders]. *Modern Medical Technology*. 2024;16(2):105-114. https://doi.org/10.14739/mmt.2024.2.301739 (In Ukrainian).

19. Duquette P. More Than Words Can Say: A Multi-Disciplinary Consideration of the Psychotherapeutic Evaluation and Treatment of Alexithymia. *Front. Psychiatry*. 2020;11:433. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00433

20. Catrone C. An Integrated Treatment of Psychosomatic Symptoms and Disorders of the Self: The Role of Alexithymia. *Psychoanalytic Social Work*. 2021;28(1):25-42. doi:https://doi.org/10.1080/15228878.2020.1809475

21. Petzke TM, Witthöft M. The association of emotion regulation and somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2024;86(6):561-568. doi:10.1097/PSY.0000000000001310

22. Peevey N, Flores E, Seguin M. Common mental disorders and coping strategies amongst internally displaced Colombians: a systematic review. *Glob Public Health*. 2022;17(12):3440-3454. doi:https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2049343

23. Khomitskyi MYe, Kondratenko MYu. [Personality profile characteristics of patients with somatoform and anxiety-phobic disorders with phenomena of reduced criticality]. *Zaporizhzhia Medical Journal*. 2023;25(3):215-219. doi:https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.3.265368 (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 24.09.2025

#### Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

#### Відомості про авторів:

**ХОМИЦЬКИЙ Микола Євгенович**, доктор медичних наук, професор кафедри\*; https://orcid.org/0000-0002-8622-6718; e-mail: nhomitsky@gmail.com

**КОНДРАТЕНКО Максим Юрійович**, аспірант кафедри\*; https://orcid.org/0000-0001-8865-863X; e-mail: maximus14ua@gmail.com

\* — кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна

#### Information about authors:

**KHOMITSKYI Mykola**, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department\*; https://orcid.org/0000-0002-8622-6718; e-mail: nhomitsky@gmail.com

**KONDRATENKO Maksym**, Postgraduate Student of the Department\*\*; https://orcid.org/0000-0001-8865-863X; e-mail: maximus14ua@gmail.com

\*\* — Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of the Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine