



Соціальне уникнення як патогенетичний механізм вразливості до тривожних розладів в умовах надзвичайних ситуацій

OLEKSANDR AVRAMCHUK, MD, PH.D.
Department of Clinical psychology
Ukrainian Catholic University
Lviv, Ukraine

2022

Актуальність

- Огляд літератури вказує, що «уникнення досвіду» (експірієнтальне уникнення, уникнення коригуючого досвіду), як соціального, так і психічного (охоплюючи тілесні відчуття, емоції, думки, спогади тощо) асоціюється з небажанням особи залишатися у контакті з конкретним приватним досвідом (небажання терпіти неприємні внутрішні переживання), що передбачає залучення заходів (стратегій) спрямованих на зміни форми чи контексту подій/ситуацій, їх частоти чи сприйняття себе або світу у контексті цих подій/ситуацій (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, Pérez-Álvarez, 2018).
- Клінічні дослідження демонструють, що уникнення коригуючого досвіду посилює тривожну й депресивну симптоматику, змінює емоційний досвід людини, тим самим посилюючи психологічний дистрес, навіть у не клінічній вибірці чи при субклінічних рівнях розладів (Tull, Gratz, Salters, Roemer, 2004; Tull, Roemer, 2007; Stein, Medina, Rosenfield, Otto, Smits, 2020).

Уникнення та тривожні розлади

- Поєднання стратегій уникнення коригуючого досвіду та тривожна сенситивність дозволяють передбачати збереження тривожних розладів з часом, а асоціація з рівнем нейротизму впливає на рецидиви тривожних розладів та інтенсивність ірраціональних когнітивних переконань як фактору психологічної вразливості (Berman, Wheaton, McGrath, Abramowitz, 2010; Spinhoven, van Hemert, Penninx, 2017).
- У зв'язку з цим особи, які мали в анамнезі тривожні розлади чи схильні до них, демонструватимуть вищий рівень тривоги очікування, що за умов недостатнього внутрішнього ресурсу чи зовнішньої підтримки впливатиме на зростання соціальної ізоляції, заперечення та інших варіантів поведінкового й когнітивного відсторонення (Panayiotou, Karekla, Mete, 2014).
- Уникнення небажаних внутрішніх переживань чи соціальної взаємодії може полегшити психоемоційний дистрес у короткостроковій перспективі, впродовж більш тривалого періоду та за умов виснаження інших шляхів резильєнтності воно парадоксальним чином посилюватиме дистрес (Bardeen, 2015).
- Схильність до уникнення коригуючого досвіду позитивно корелювала з негативними переживаннями та опосередковувала неуспішні стратегії саморегуляції. Негнучке використання неуспішних стратегій регуляції емоцій і низька толерантність до невизначеності, своєю чергою демонстрували значний внесок у підтриманні уникнення коригуючого досвіду, замикаючи патогенетичний цикл підтримання тривожних розладів (Kashdan, Barrios, Forsyth, Steger, 2006; Di Giuseppe, Taylor, 2021).

«РОЛЬ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОГО УНИКНЕННЯ ТА ДИСТАНЦІЮВАННЯ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19» (Аврамчук, 2021)

- Після проведення серії діагностичних інтерв'ювань осіб, які зверталися за психологічною та психотерапевтичною допомогою у період 2020-2021 років було сформовано загальну вибірку зі 242 осіб, в т.ч. студенти закладів вищої освіти зі суб'єктивними скаргами на дискомфорт пов'язаний з тривогою та уникненням соціальних контактів через карантинні умови, тривалістю не менш як 6 місяців – 49,6% (n=130).
- Розподіл віку від 18 до 35 років (M=24,3; SD=4,93), переважно жіночої статі – 66,94% (n=162).
- Основна (експериментальна) вибірка становила 126 досліджуваних, та 116 осіб сформували контрольну.
- Аналіз попередніх даних у загальній вибірці продемонстрував наявність у 57,02% (n=138) одного або кількох психічних розладів у анамнезі, з приводу яких вони зверталися за психологічною чи психіатричною допомогою

Тяжкість поточних психопатологічних симптомів

| | | Основна група (n=126) | Контрольна група (n=116) | Аналіз (*p<0,05) |
|-----------------|--------|--------------------------|-----------------------------|---------------------|
| SPIN | M (SD) | 18,35 (9,50) | 13,58 (10,54) | 0,000* |
| GAD-7 | M (SD) | 8,98 (3,419) | 8,17 (3,941) | 0,009* |
| SCL-90-R: O-C | M (SD) | 2,55 (0,34) | 2,34 (0,402) | 0,008* |
| SCL-90-R: ANX | M (SD) | 2,72 (0,741) | 2,20 (0,316) | 0,000* |
| SCL-90-R: PHOB | M (SD) | 2,51 (0,682) | 2,08 (0,195) | 0,000* |
| SCL-90-R: PAR | M (SD) | 2,17 (0,291) | 2,26 (0,426) | -0,046* |
| SCL-90-R: PSY | M (SD) | 2,15 (0,231) | 2,23 (0,355) | -0,047* |
| Phobia scale -1 | M (SD) | 6,52 (1,57) | 4,57 (1,82) | 0,000* |
| Phobia scale -2 | M (SD) | 4,03 (1,27) | 3,61 (1,27) | 0,009* |
| Phobia scale -3 | M (SD) | 3,04 (0,94) | 2,65 (0,87) | 0,001* |
| IES-R | M (SD) | 24,40 (3,61) | 22,03 (4,86) | 0,000* |
| GSI | M (SD) | 2,29 (0,28) | 2,23 (0,167) | 0,029* |
| PSDI | M (SD) | 3,56 (0,65) | 3,40 (0,58) | 0,044* |

- O-C – симптоми obsесивно-компульсивного розладу;
- ANX – узагальнена шкала генералізованої тривожності й схильності до панічних атак;
- PHOB – шкала фобічних симптомів;
- PAR – шкала параноїальної поведінки;
- PSY – шкала шизоїдної поведінки та психотичних симптомів;
- Phobia scale 1 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії (IAPT);
- Phobia scale 2 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням ситуацій чи місць, які асоціюються з панічними атаками (IAPT);
- Phobia scale 3 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням об'єктів чи ситуацій, які асоціюються зі специфічними фобіями (IAPT);
- GSI – суб'єктивна оцінка інтенсивності симптоматичного дистресу (SCL-90-R);
- PSDI – суб'єктивна оцінка схильності до перебільшення чи применшення симптоматичного дистресу (SCL-90-R)

Аврамчук, О. (2021). Роль впливу соціального уникнення та дистанціювання на схильність до тривожних розладів у період пандемії COVID-19. Психосоматична медицина та загальна практика, 6(4): e0604338. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/338>

Результати та обговорення

- Виявлено значущі позитивні кореляції між уникненням коригуючого досвіду (у значенні небажання терпіти неприємні внутрішні переживання) в умовах соціальних обмежень та усіма показниками, окрім вираженості ознак ГТР.
 - *Найбільш сильними виявились асоціації з СТР, симптомами ОКР та фобічними проявами ($r = 0,44 - 0,77$ для кожної шкали, $p < 0,05$).*
 - *Значущі кореляційні зв'язки також були виявлені для супутнього дистресу, серед яких асоціація між уникненням досвіду та суб'єктивною оцінкою симптоматичного дистресу і дистресом через міжособистісну взаємодію найсильніші ($r = 0,68 - 0,71$ для кожної шкали, $p < 0,05$).*
- Результати регресійного аналізу вказують, що рівень дистресу під час виконання повсякденної діяльності у загальній моделі може бути передбачений лише рівнем суб'єктивної оцінки інтенсивності симптоматичного дистресу на 26,6% ($p < 0,001$). Внесок рівня уникнення неприємного досвіду та іншого дистресу пов'язаного з симптомами тривоги через соціальні обмеження склав 46,2% ($p < 0,001$).
 - *Поєднання чоловічої статі та віку у межах 24-35 років мало статистичний значущий внесок у дисперсію змінних за усіма розладами ($p < 0,05$).*
 - *Для симптомів ГТР 65,1% дисперсії ($p < 0,05$) пояснюється поєднанням тривалістю дистресу асоційованого з соціальними обмеженнями та наявністю тривожних розладів у анамнезі.*
 - *Статистично значущими предикторами СТР було визначено наявність тривожних розладів у анамнезі, тривалістю дистресу асоційованого з соціальними обмеженнями та схильність до стратегій експерієнтального уникнення – 63,5% ($p < 0,001$).*
 - *У випадках дезадаптації через специфічні фобії, 58,5% ($p < 0,001$) дисперсії обумовлено поєднанням наявності тривожних розладів та депресії в анамнезі та схильністю до експерієнтального уникнення.*
 - *Загальна модель вираженості симптомів ОКР за тих самих змінних-предикторів може бути пояснена на 36,3% ($p < 0,001$).*

Перспективи психологічної підтримки

- D.I. Ugwu та колеги вказують, що прийняття повсякденного досвіду може служити ресурсним буфером до потенційно несприятливих наслідків для психічного здоров'я, й відповідно можуть стати цілями для психологічних/психотерапевтичних втручань при роботі з пацієнтами зі хронічними захворюваннями (Ugwu, Onyedibe, Chukwuorji, 2021).
- Втручання, спрямовані на усунення симптомів відчуття потенційної загрози та опрацювання ригідних стратегій уникнення, можуть забезпечити полегшення від соматизації емоційних переживань.
- За період пандемії з'явилися публікації, які демонструють ефективність інтервенцій базованих когнітивно-поведінкових моделей (в т.ч. онлайн) у межах психосоціальної підтримки осіб із поширеними проблемами психічного здоров'я (Hedman, Furmark, Carlbring, et al., 2011; Khan, Bilek, Tomlinson, Becker-Haimes, 2021; Egan, McEvoy, Wade, et al., 2021; Jain, Stech, Grierson, et al. 2021)

Програма психосоціальної підтримки

- Програма психосоціальної підтримки базувалася на інтервенціях низької інтенсивної (Low-CBT) на основі когнітивно-поведінкової моделі. Індивідуальна програма включала шість онлайн-сесій двічі на тиждень тривалістю до 50 хвилин упродовж чотирьох тижнів (шість годин контакту) та однієї бустерної сесії по опрацюванню ризиків рецидиву.
- Структура онлайн-програми виглядала наступним чином:
 - 1) психоедукація щодо тривоги, соціальної фобії та тривожних переживань у період адаптації, пов'язаних із пандемією COVID-19;
 - 2) стратегії нормалізації та подолання хвилювань у періоди пандемії (в т.ч. під час реагування на новини чи інформацію в ЗМІ про пандемію, час хвилювання в соціальних ситуаціях тощо) через навички майндфулнесу, заземлення та дистанціювання;
 - 3) психоедукація щодо впливу дезадаптивних (дисфункційних) переконань і соціального уникнення на тривогу;
 - 4) навчання навичкам усвідомленості та методам розв'язання проблем щодо зменшення використання безпечної поведінки, включно з уникненням та прокрастинацією;
 - 5) робота щодо зменшення тягаря коморбідних депресивних та тривожних станів шляхом опрацювання непродуктивного мислення за допомогою поведінкових експериментів (експозицією в уяві);
 - 6) сприяння розвитку навичок соціальної підтримки та асертивного спілкування.
- Програма супроводжувалася рекомендаціями до матеріалів для самоосвіти й по завершенню проведено психоедукаційну бустерну сесію з управління рецидивами депресивних станів та соціальної депривації.

Результати змін за основними показниками для вибірки у 103 особи*

| | До | | Після | | Через 1 місяць | | До-Після | | До-1 місяць | |
|-------------------|-------|------|-------|------|----------------|------|----------|---------------------|-------------|---------------------|
| | mean | SD | mean | SD | mean | SD | p-value | g [95% CI] | p-value | g [95% CI] |
| SCL-90-R: PSDI | 1,99 | 0,59 | 1,80 | 0,50 | 1,76 | 0,49 | 0,016* | 0,34 (0,06-0,61) | 0,003* | 0,41 (0,14-0,69) |
| AAQ-2 | 34,26 | 7,28 | 31,82 | 6,67 | 31,51 | 6,26 | 0,013* | 0,35 (0,07-0,62) | 0,004* | 0,40 (0,13-0,68) |

* представлені дані, які мають статистично достовірну відмінність ($p < 0,05$)

- SCL-90-R: GSI – суб'єктивна оцінка інтенсивності симптоматичного дистресу
- AAQ-2 – Опитувальник вираженості емоційного уникнення

Результати змін за основними показниками для вибірки у 84 особи*

| | До | | Після | | Через 6 місяців | | До-Після | | До-6 місяців | |
|----------------|-------|------|-------|------|-----------------|------|----------|-------------------|--------------|------------------|
| | mean | SD | mean | SD | mean | SD | p-value | g [95% CI] | p-value | g [95% CI] |
| SCL-90-R: GSL | 1,07 | 0,63 | 0,97 | 0,52 | 0,89 | 0,45 | 0,29 | 0,16 | 0,035* | 0,33 (0,02-0,63) |
| SCL-90-R: PSDI | 1,99 | 0,59 | 1,86 | 0,49 | 1,78 | 0,49 | 0,024* | 0,34 (0,04-0,63) | 0,003* | 0,49 (0,19-0,80) |
| SCL-90-R: SOM | 0,85 | 0,66 | 0,77 | 0,59 | 0,67 | 0,49 | 0,41 | 0,13 (-0,17-0,43) | 0,045* | 0,31 (0,01-0,61) |
| SCL-90-R: O-C | 1,36 | 0,83 | 1,27 | 0,74 | 1,09 | 0,68 | 0,46 | 0,12 (-0,19-0,42) | 0,028* | 0,34 (0,03-0,64) |
| SCL-90-R: INT | 1,47 | 0,88 | 1,43 | 0,76 | 1,22 | 0,71 | 0,75 | 0,05 (-0,25-0,35) | 0,046* | 0,31 (0,01-0,61) |
| SCL-90-R: DEP | 1,45 | 0,89 | 1,29 | 0,76 | 1,18 | 0,70 | 0,28 | 0,19 (-0,11-0,49) | 0,031* | 0,33 (0,03-0,64) |
| AAQ-2 | 34,26 | 7,28 | 33,88 | 5,99 | 32,16 | 6,11 | 0,02* | 0,36 (0,06-0,66) | 0,004* | 0,61 (0,30-0,92) |

- SCL-90-R: GSI – суб'єктивна оцінка інтенсивності симптоматичного дистресу;
- PSDI – суб'єктивна оцінка схильності до перебільшення чи применшення симптоматичного дистресу;
- SOM – дистрес, що виникає з відчуття соматичної дисфункції;
- O-C – симптоми obsесивно-компульсивного розладу;
- INT – дистрес пов'язаний з міжособистісною взаємодією;
- DEP – шкала депресивної симптоматики;
- AAQ-2 – Опитувальник вираженості емоційного уникнення

Аврамчук О., Ніздрань О., Блозва П. (подано до публікації у 2022 році) Психологічна підтримка осіб схильних до соціального тривожного розладу у період надзвичайних ситуацій: пілотне дослідження у період пандемії COVID-19

* представлені дані, які мають статистично достовірну відмінність ($p < 0,05$)

Результати та обговорення

- Результати регресійного аналізу продемонстрували, що внесок рівня уникнення неприємного досвіду та дистресу пов'язаного зі стратегіями уникнення зумовлює 45,1 % ($p < 0,001$) загального дистресу пов'язаного з поточним станом (GSI) та 55,1 % ($p < 0,001$) показника PSDI, як міри суб'єктивної оцінки виразності дистресу через психопатологічні симптоми і їхні наслідки для функціонування людини.
- Уникнення експерієнтального (емоційного) досвіду як стратегії регуляції емоцій і відповідного дистресу, пояснювало значну дисперсію в рівнях змін соматизації (57,1 %, $p < 0,001$), дистресу пов'язаного з obsесивно-компульсивною (69,2 %, $p < 0,01$) та депресивною симптоматикою (70,7 %, $p < 0,001$) та дистресом соціальної взаємодії чи її передбачення (54,5 %, $p < 0,001$).

Обмеження даного дослідження

- Поруч із цим варто зробити кілька акцентів на обмеження даного дослідження, які можуть впливати на подальші висновки:
 - 1) оцінювання за шестимісячний період було проведене в періоді воєнного стану в Україні від 24 лютого 2022 року, що, на нашу думку, вплинуло на залученість учасників, їхній психоемоційний стан і, відповідно, модифікувало результати їхньої роботи над власними запитами;
 - 2) незважаючи, що дослідження обмежувалося предметом та метою, під час аналізу та інтерпретації даних ми не враховували інші фактори, які могли модифікувати адаптивне реагування, як корисні зміни в житті людини, зміни економічного чи соціального статусу тощо;
 - 3) під час оцінки результатів ми також не оцінювали попередній досвід отримання психосоціальної підтримки чи психотерапії зокрема, що також могло модифікувати позитивні результати дослідження; і заключним обмеженням,
 - 4) відсутність контрольної групи ускладнює інтерпретацію того, чи присутній результат не пов'язаний з іншими факторами, зокрема, плин часу.
- Водночас отримані результати загалом узгоджуються з результативністю застосування технік низької інтенсивності базованої на КПТ у попередніх дослідженнях (Jain, Stech, Grierson, et al., 2021; Furmark, Carlbring, Hedman, Sonnenstein, et al., 2009; Stott, Wild, Grey, Liness, et al., 2013).

Дякую за увагу