

Психологічна підтримка осіб з ознаками соціально тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом

Oleksandr Avramchuk

Кафедра клінічної психології, Український католицький університет, м. Львів, Україна

Аліса Міловідова

Приватна практика

Актуальність. Зважаючи на високу поширеність соціального тривожного розладу і його вплив на якість життя та робочу діяльність, дослідження, спрямовані на виявлення ефективних та доступних інтервенцій, можуть допомогти зменшити тягар цього розладу і покращити добробут пацієнтів. Врахування впливу травматичного досвіду на розвиток соціальної тривоги є критичним для розробки ефективних інтервенцій. Дослідження, що аналізують зв'язок між травматичним досвідом і тяжкістю проявів тривожних розладів, можуть допомогти зрозуміти цей механізм і забезпечити більш ефективну підтримку тим, хто стикався з травмою.

Одним з викликів у лікуванні соціального тривожного розладу є низька готовність людей звертатися за професійною допомогою. Інтервенції низької інтенсивності можуть стати більш доступними та прийнятними для пацієнтів, сприяючи їхньому усвідомленню психічних проблем та збільшенню мотивації до самопомоги або звернення за спеціалізованою допомогою. Попередні дослідження засвідчують ефективність деяких методів інтервенцій при соціальних фобіях, але важливо здійснити подальші дослідження з метою перевірки стійкості результатів у часі. Враховуючи вищезазначене дослідження може допомогти покращити розуміння та психологічний супровід осіб з соціальним тривожним розладом, а також розробити більш доступні та ефективні методи превентивних заходів для пацієнтів, що мають досвід травматичних подій.

Мета. Дослідити результативність програми психосоціальної підтримки базованої на когнітивно-поведінковій терапії низької інтенсивності для осіб з ознаками соціально тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом у анамнезі.

Матеріали та методи. Досліджувана група складалася з 179 осіб, які відзначали суттєвий емоційний та психологічний дискомфорт через уникнення соціальних ситуацій та проявляли симптоми, що характерні для соціального тривожного розладу протягом понад 6 місяців у минулому. На першому етапі 109 осіб без ознак соціальної фобії, але з обмеженнями у соціальній взаємодії, включаючи проблеми адаптації та через травматичний досвід у минулому були включені як контрольна група. При початковому відборі вивчався психічний стан за допомогою діагностичного інтерв'ю The MINI: International Neuropsychiatric Interview. Для аналізу патопсихологічної симптоматики використовувались самозаповнювальні опитувальники та шкали комплексу IAPT, а також проводилась оцінка якості життя за допомогою самозаповнювальника Q-LES-Q-SF. На другому етапі оцінки результативності програми, аналіз даних проводився лише в межах основної групи без контрольних груп з огляду на поділ на підгрупи в залежності від асоційованого травматичного досвіду.

Результати. В дослідженні для підгрупи осіб, які брали участь у бойових діях, пережили безпосередню загрозу смерті або були свідками таких ситуацій було встановлено, що досвід травматичних подій і дистрес через уникнення соціальної взаємодії пояснюють 56% змін в загальній та робочій активності після проходження програми та протягом 1

місяця. Депресивна симптоматика перестала бути статистично значущим предиктором після участі у програмі. Зменшення показників впливу травматичних подій та уникнення через тривогу пояснюють 27% змін у обмеженні соціальної взаємодії та загального дистресу. У підгрупі осіб, які проживали досвід втрати та були під впливом соціальних подій, які вони вважали травматичними, після впровадження інтервенцій, спочатку не спостерігалось зниження рівня дистресу, пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії. Проте подальше зниження дистресу в повсякденній та робочій діяльності було пов'язане з редукцією ознак соціальної фобії та збільшенням усвідомленості та прийняття власних емоційних переживань. Депресивна симптоматика та вплив травматичного досвіду перестали бути прогностичними факторами загального дистресу.

Дослідження підтверджує важливість розуміння впливу травматичного досвіду та соціального уникнення на розвиток та прояви коморбідних станів при соціальній фобії під час планування та впровадження психосоціальної підтримки. У подальшому, вважаємо за доцільне враховувати, що роль травматичного досвіду може бути опосередкована обставинами часу в яких проводилося дослідження. Додаткові дослідження допоможуть краще зрозуміти залежності травматичним досвідом та вразливістю до коморбідно психопатології у періоди адаптації до надзвичайних обставин і розробити більш ефективні психосоціальні інтервенції для осіб з соціальною фобією.

Актуальність

Соціальні ситуації майже завжди спричиняють надмірний страх, який не відповідає реальній загрозі, у людей з соціальним тривожним розладом [1]. Ці особи можуть реагувати з тривогою на різноманітні тригери, що можуть викликати збільшення рівня тривоги. Розлад може проявлятися у формі фобії конкретних ситуацій, наприклад, публічного виступу, або генералізованої, коли майже будь-яка соціальна взаємодія з іншими людьми призводить до дискомфорту, однак рівень соціальної та робочої дисфункції може змінюватися від помірного до вкрай тяжкого [2].

Серед переліку соціальних факторів, що сприяють схильності до розвитку патологічної соціальної тривоги, виділяють соціальну депривацію та віктимізацію в дитинстві або підлітковому віці. Результати досліджень свідчать, що наявність травматичного досвіду, який зазнала особа в дитинстві або підлітковому віці, впливає на розвиток і тяжкість соціальної тривоги, й соціального тривожного розладу зокрема [3-5]. Хоча травматичний досвід осіб з соціальною тривожним розладом не завжди пов'язаний з загрозою для життя, деякі випадки відзначаються ознаками, подібними до інтрузивних симптомів посттравматичного стресового розладу. Ці небажані спогади, думки, страшні сновидіння й емоційний дискомфорт, їх що супроводжує, зазвичай відображають вплив соціальної травми [4, 6].

Один із часто спостережуваних патернів поведінки та важливий патогенетичний механізм у даному розладі полягає в уникненні ситуацій, де особа знаходиться в центрі уваги або в будь-яких інших соціальних ситуаціях, що викликають значне зростання проявів тривоги [4]. Механізм уникнення при соціально-тривожному розладі посилює подібну поведінку, що пов'язана з попереднім травматичним досвідом. Зокрема аналіз попередніх досліджень вказує, що сприйняття травматичної події впливає на рівень дискомфорту, пов'язаного з небажаними тілесними відчуттями та емоційними реакціями на ситуації, що нагадують травматичний досвід.

Спільні механізми та взаємне підсилення дистресу зумовлюють порушення адаптації до надзвичайних обставин у майбутньому й тому потребують відповідних й доступних психосоціальних втручань. Методи психологічної підтримки та лікування на основі когнітивно-

поведінкового підходу зарекомендували себе при роботі з поширеними психічними розладами. На жаль, аналіз актуальних досліджень, який фокусує акцент на допомозі при соціальній фобії з урахуванням травматичного досвіду є обмеженим [5, 7-9]. Зафіксований травматичний досвід учасників мав різні форми, здебільшого не фізичного насильства. За результатами літературного огляду, дослідження Lee S.W. та Kwon J.-H. (опубліковане у 2013 році) та команди під керівництвом Norton, A.R. (2021) відзначають ефективність проведених технік одразу після завершення інтервенції, а одне з них також надає дані щодо стабільності результатів у часі [7, 9]. Варто відзначити, що обидва дослідження фокусувались на техніці імажинативні рескрипції, а також мали найменші розміри вибірок. З іншого боку, два інші дослідження під ініціативою Bruce L.C. та Heimberg R.G.(2013) й Thorisdottir A.S. та Asmundson, G. (2022) не показали статистично значущого зниження показників соціальної тривоги [5, 8]. Переважно дослідження вказують на відсутність зв'язку між результативністю проведених інтервенцій та тяжкістю або формою травматичного досвіду. Однак, варто зазначити, що травматичний досвід все ж модифікував тяжкість перебігу розладу. Загалом, Heinonen Erkki та колеги (2018) підтверджують залежність тяжкості проявів тривожних розладів від досвіду емоційного чи фізичного насильства, знуцання та інших травматичних подій в минулому [10]. Такі знахідки вказують на важливість первинної діагностики коморбідних розладів та збору анамнезу травмуючих подій при розробці та впровадженні терапевтичних інтервенцій.

Водночас ми усвідомлюємо, що актуальним викликом сьогодення є доступність психологічної підтримки й не готовність осіб з соціальною фобією звертатися за професійною (спеціалізованою) допомогою. Тому на нашу думку, інтервенції низької інтенсивності можуть стати оптимальним рішенням для практичної діяльності й психосоціальної підтримки. Їх метою є розширення обізнаності людини щодо її психічних проблем й супутніх психологічних змін, сприяння у прийнятті рішень та навчання простих методів психологічної самопомоги за для мобілізації ресурсу та підтримання мотивації до подальшого розвитку чи звернення за спеціалізованою допомогою. Метою нашого дослідження стало дослідити результативність інтервенцій КПТ низької інтенсивності як методу психосоціальної підтримки та психокорекції порушень адаптації з урахуванням травматичного досвіду в анамнезі осіб з соціальним тривожним розладом.

Методи та процедура дослідження

Процедура та учасники

У пілотному дослідженні було включено 291 особу, які проявляли симптоми, еквівалентні ознакам посттравматичного стресового розладу (ПТСР), або мали історію цього розладу у минулому, але переживали загострення асоційованого з травмою дистресу, зокрема з кластерів уникнення та гіперпильності [3]. Із загальної кількості включених у дослідження осіб, 179 респондентів відповідали критеріям включення й надали інформовану згоду на участь. У контрольній групі (109 осіб) на момент проведення дослідження учасники не виявляли ознак соціальної фобії, але могли бути обмежені у соціальній взаємодії та відчувати тривогу перед соціальними активностями або під час спілкування, включаючи проблеми адаптації та через травматичний досвід у минулому.

В залежності від досвіду травматичної події, учасники були розподілені на дві підгрупи. Підгрупа А включала осіб, які брали участь у бойових діях, пережили безпосередню загрозу смерті або були свідками таких ситуацій. Це становило 57 осіб, що складало 82,4% від загальної кількості відповідей. Більшість з них були учасниками бойових дій або примусово переселеними, включаючи досвід бойових дій на сході України. Важливо зазначити, що травматичний досвід за критерієм А не розглядався як причинний фактор або критична подія, що спричинила розвиток соціального тривожного розладу. У даному контексті цей критерій розподілу виступав як незалежна змінна, яка впливає на можливості адаптації та рівень супутнього дистресу в надзвичайних обставинах.



Підгрупа В включала осіб, які були під впливом соціальних подій, які вони вважали травматичними. Це становило 122 особи, серед яких були ті, хто зазнав втрат, стикалися з сімейним насиллям без загрози життю, досліджували булінг, дискримінацію, включаючи дискримінацію через статус внутрішньо переміщеної особи.

З огляду на особливості досліджуваної групи програма психосоціальної підтримки та психокорекції порушень адаптації охоплювала:

1. Психосвіта щодо природи реагування в умовах психотравмуючих обставин та особливостей впливу анамнезу щодо психічних розладів на процес адаптації.
2. Стратегії піклування та турботи про себе, також включали стратегії нормалізації та подолання емоційного дистресу, що асоціюється з травматичним досвідом.
3. Психоедукація щодо впливу дезадаптивних (дисфункційних) переконань й уникнення на процеси адаптації у осіб, які відчувають соціальну тривогу та їх вплив на дистрес, що асоціюється з травматичним досвідом.
4. Навчання усвідомленості та прийомам вирішення проблем щодо зменшення використання безпечної уникаючої поведінки, включаючи уникнення та прокрастинацію.
5. Психосвіта щодо коморбідних депресивних і тривожних станів, їх зменшення шляхом опрацювання непродуктивного мислення за допомогою поведінкових експериментів.
6. Сприяння розвитку навичок соціальної підтримки та асертивного спілкування.

По завершенню проведено психосвіту з управління рецидивами депресивних станів та соціальної депривації супроводження впровадження корекційного досвіду соціальної взаємодії.

Методи та методики оцінювання

У дослідженні для оцінки психічного стану використовували діагностичне інтерв'ю, The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) розроблене Sheehan D.V. та колегами у 1997, яке включало діагностичні алгоритми, відповідні критеріям DSM-IV та ICD-10. Цей варіант інтерв'ю був підтверджений як надійний та валідний інструмент для діагностики соціального тривожного розладу та ПТСР. Українську версію "Міжнародного нейропсихіатричного опитувальника 5.0.0" перекладено та адаптовано спільно Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УіКПТ) та Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету (ІПЗ УКУ) у 2006 році [11].

Після перевірки первинних діагностичних критеріїв відповідно до DSM-5 та ICD-10 двома незалежними фахівцями, включаючи лікаря-психіатра, кожен досліджуваний переходив до додаткового патопсихологічного обстеження. Це обстеження включало оцінку вираженості ознак та симптомів соціальної тривоги, депресії, генералізованої тривожності, рівня дистресу в повсякденному житті, схильності до соціального уникнення, панічних атак чи специфічних фобій, а також впливу травматичних подій. Оцінка проводилася відповідно до рекомендацій NICE за допомогою шкал IAPT (National Collaborating Centre for mental health, 2018), які були доступні в адаптованому перекладі від УіКПТ та ІПЗ УКУ з 2012 року [12]. Для оцінки задоволеності життям використовували Q-LES-Q-SF: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short form [13].

Усі статистичні аналізи проводились за допомогою програми SPSS для Windows версії 23.0 (SPSS Inc., 2019).

Результати та дискусії

Середній вік учасників загальної вибірки, які були включені до діагностичного інтерв'ю, становив 30 років, й переважна більшість учасників були жінками - 77,43% (n = 223) (таблиця

1). При порівняльному аналізі за соціально-демографічними показниками не було виявлено статистично значущих різниць ($p < 0,05$) між групами. Більшість досліджуваних у обох групах мали в анамнезі звернення та періоди лікування з приводу інших поширених проблем психічного здоров'я, а деякі з них мали кілька діагнозів у різні періоди життя (див. дані у публікації - Аврамчук, О. (2021). "Клініко-психологічні особливості осіб з ознаками соціально тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом". Психосоматична медицина та загальна практика, 6(3)) [3].

Таблиця 1. Соціо-демографічні показники досліджуваних по групах

		Основна група(n=179)	Контрольна група(n=109)
Вік	Роки, М (SD)	31,45 (3,84)	28,94 (1,98)
Стать	Чоловіки, % (n)	22,91 (41)	22,01 (24)
	Жінки, % (n)	77,09 (138)	77,99 (85)
Освіта	Вища, % (n)	76,5 (137)	92,6 (101)
Соціальний статус/підтримка	Проживають насамоті, % (n)	26,81 (48)	33,02 (36)
	Проживають з рідними, % (n)	73,19 (131)	66,98 (73)

На цьому першому етапі емпіричного дослідження отримані результати вказують на закономірність щодо короткострокових результатів до та після проходження програми у інтервалі 4-х тижнів. Після завершення програми продемонстровані відмінності за усіма показниками між основною та контрольною групами до початку збереглися (статична значущість при $p < 0,05$). Водночас в межах основної групи відмічено, що статистично значущими стали зміни за показниками вираженості симптомів соціальної фобії, коморбідної тривожно-депресивної симптоматики, дистресу суб'єктивного впливу травматичного досвіду та загальний рівень дистресу у повсякденній діяльності (при $p < 0,05$).

Таблиця 2. Результати змін за основними та додатковими показниками До та Після завершення програми

Шкали	Основна група, М (SD)(n=179)		До-Після основна група η^2 [95% СІ] при $p < 0,05$	Контрольна група, М (SD)(n=109)*	
	До	Після		До	Після
SPIN	28,62 (8,39)	27,27 (6,86)	0,05 (0,01-0,13)	22,59 (11,63)	23,01 (9,83)
PHQ-9	17,25 (3,16)	12,75 (1,96)	0,09 (0,03-0,18)	15,08 (2,32)	14,83 (2,43)
GAD-7	11,96 (2,67)	10,94 (1,97)	0,03 (0,00-0,10)	9,79 (3,37)	9,84 (3,21)
Phobia scale -1 ¹	6,16 (1,34)	6,05 (0,93)	-	4,29 (1,77)	4,31 (1,56)
Phobia scale -2 ²	4,79 (1,34)	4,81 (1,03)	-	3,58 (1,16)	3,38 (1,21)
Phobia scale -3 ³	3,69 (1,03)	3,68 (0,98)	-	2,48 (0,68)	2,52 (0,56)
IES-R	26,50 (4,02)	25,39 (2,61)	0,06 (0,01-0,14)	24,27 (3,46)	25,02 (3,26)
W&SAS	35,79 (3,28)	33,36 (2,74)	0,09 (0,03-0,18)	32,01 (4,71)	31,91 (4,82)
Q-LES-Q-SF	26,48 (4,59)	26,43 (4,44)	-	30,15 (5,53)	30,03 (5,71)

¹ Phobia scale 1 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії;

² Phobia scale 2 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням ситуацій чи місць, які асоціюються з панічними атаками;

³ Phobia scale 3 – суб’єктивна оцінка дистресу пов’язаного з уникненням об’єктів чи ситуацій, які асоціюються зі специфічними фобіями

* Зміни у контрольній групі До та Після (інтервал 4 тижні) не продемонстрували статистично значущої відмінності

Подальший аналіз відбувався в межах основної групи з розподілом на підгрупи А та В в залежності від контексту травматичного досвіду. Зниження симптомів соціальної фобії та супутнього коморбідного дистресу спостерігалось, перш за все, у підгрупі осіб з соціальною фобією та безпосереднім травматичним досвідом у минулому. Розміри ефекту впливу інтервенцій на коморбідну симптоматику були значною мірою сильними для всіх досліджуваних показників, і це спостерігалось як після самих втручань, так і у перспективі 1-го місяця (таблиця 3).

Таблиця 3. Результати змін за основними та додатковими показниками До та Через 1 місяць по завершенню програми у підгрупі А (n=57)

Шкали	До		Після		До-Після η^2 [95% CI] при $p < 0,05$	Через 1 місяць		До - Через 1 місяць η^2 [95% CI] при $p < 0,05$
	mean	SD	mean	SD		mean	SD	
SPIN	32,59	8,74	28,96	6,85	0,06 (0,00-0,15)	26,21	6,20	0,15 (0,05-0,27)
Phobia scale -1 ¹	7,04	0,96	6,33	0,61	0,14 (0,05-0,26)	5,35	0,62	0,50 (0,37-0,59)
Phobia scale -2 ²	5,63	1,05	5,43	0,77	-	4,46	0,70	0,28 (0,15-0,40)
Phobia scale -3 ³	4,11	1,05	4,06	1,02	-	3,46	1,09	0,08 (0,01-0,18)
IES-R	30,51	2,53	27,61	2,10	0,26 (0,13-0,38)	25,58	2,51	0,47 (0,34-0,57)
PHQ-9	16,70	2,89	12,63	1,74	0,27 (0,15-0,40)	10,29	2,04	0,51 (0,38-0,61)
GAD-7	12,72	2,09	10,93	1,70	0,18 (0,07-0,30)	8,87	2,10	0,45 (0,31-0,55)
W&SAS	38,03	2,91	33,93	2,40	0,35 (0,21-0,46)	32,06	2,23	0,48 (0,35-0,58)
Q-LES-Q-SF	23,11	4,06	23,89	4,34	0,01 (0,00-0,06)	29,12	4,76	0,30 (0,17-0,42)

¹ Phobia scale 1 – суб’єктивна оцінка дистресу пов’язаного з уникненням соціальної взаємодії;

² Phobia scale 2 – суб’єктивна оцінка дистресу пов’язаного з уникненням ситуацій чи місць, які асоціюються з панічними атаками;

³ Phobia scale 3 – суб’єктивна оцінка дистресу пов’язаного з уникненням об’єктів чи ситуацій, які асоціюються зі специфічними фобіями

Для підгрупи А, загальна регресійна модель виявила, що досвід травматичних подій та дистрес безпосереднього уникнення соціальної взаємодії пояснюють 56% варіації загальної й робочої активності після проходження програми та протягом 1 місяця ($p < 0,01$, Cohen's f^2 (CI95%) = 1,27). Показано, що депресивна симптоматика перестала бути статистично значущим предиктором після участі у програмі. За результатами дослідження, зниження показників суб’єктивної оцінки впливу травматичних подій та уникнення через тривогу

пояснюють 27% змін у обмеженні соціальної взаємодії та вираженості загального дистресу ($p < 0,01$, Cohen's f^2 (CI95%) = 0,37).

Дослідження виявило, що зниження показників суб'єктивної оцінки впливу травматичних подій та дистресу через уникнення соціальної взаємодії через тривогу значно впливало на показник задоволеності якістю життя. Однак, хоча ці змінні раніше мали високий коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,71$, після введення інтервенцій зменшився до $R^2 = 0,54$ при $p < 0,01$. Це зниження коефіцієнта детермінації при статистичній значущості свідчить про те, що введені змінні, такі як зменшення показників суб'єктивної оцінки впливу травматичних подій та емоційного уникнення, не мали такого сильного впливу на пояснення задоволеності якістю життя, як очікувалося. Це може бути пояснено декількома причинами. По-перше, можливо, існують інші змінні, які не були враховані у дослідженні, але суттєво впливають на задоволеність якістю життя. Урахування таких змінних може допомогти краще пояснити варіативність у показнику. По-друге, можливо, взаємозв'язки між змінними не є прямолінійними або лінійними, і вони можуть бути більш складними. Це означає, що існують інші фактори або взаємодії між ними, які впливають на показник задоволеності якістю життя. Наприклад, дослідження показало, що рівень дистресу через уникнення соціальної взаємодії через тривогу є комплексним, що обумовлено симптомами соціальної тривоги, суб'єктивною оцінкою впливу травматичних подій та рівнем емоційного уникнення як показником психологічної негнучкості, усвідомлення й прийняття власних переживань.

Важливо також зауважити, що дослідження не фокусувалося на травматичному досвіді безпосередньої загрози життю як модифікуючому фактору, тож зниження перитравматичного дистресу й інтеграція минулого досвіду у адаптацію до викликів сучасності можуть бути важливими прогностичними показниками успішності програми інтервенцій. У підсумку, хоча зменшення показників суб'єктивної оцінки впливу травматичних подій та дистресу через уникнення соціальної взаємодії через тривогу і має вплив на задоволеність якістю життя, цей вплив є меншим, ніж очікувалося, і може бути визначений іншими факторами, які варто дослідити додатково.

У підгрупі В, після впровадження інтервенцій, одразу не спостерігалось зниження рівня дистресу, пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії (табл. 4). Подальше зниження дистресу у повсякденній та робочій діяльності було пов'язано з редукцією ознак соціальної фобії та збільшенням усвідомленості та прийняття власних емоційних переживань. При цьому, депресивна симптоматика та вага суб'єктивного впливу травматичного досвіду втратили свою значущість як прогностичних факторів загального дистресу. Однак подальші результати послідовних лінійних регресій підтвердили, що травматичний досвід значно впливав на симптоми соціальної фобії, депресії та тривоги, а також на рівень уникнення ситуацій, пов'язаних з фобічними страхами та панічними атаками, що засвідчує його опосередкований вплив на рівні загального дистресу.

Таблиця 4. Результати змін за основними та додатковими показниками до та через 1 місяць по завершенню програми у підгрупі В (n=122)

Шкали	До		Після		До-Після η^2 [95% CI] при $p < 0,05$	Через 1 місяць		До - Через 1 місяць η^2 [95% CI] при $p < 0,05$
	mean	SD	mean	SD		mean	SD	
SPIN	26,76	7,58	25,58	6,86	-	22,37	6,48	0,15 (0,05-0,27)
Phobia scale -1 ¹	5,76	1,31	5,77	1,25	-	4,65	1,12	0,15 (0,08-0,24)
Phobia scale -2 ²	4,40	1,28	4,39	1,29	-	3,79	0,79	0,06 (0,02-0,13)

Phobia scale -3 ³	3,51	0,97	3,50	0,95	-	3,12	0,41	0,05 (0,01-0,11)	
IES-R	24,63	3,12	23,17	3,12	0,05 (0,01-0,12)	22,17	5,39	0,10 (0,03-0,18)	
PHQ-9	14,58	3,06	12,88	2,18	0,09 (0,03-0,16)	9,59	1,62	0,31 (0,21-0,39)	
GAD-7	11,61	2,85	10,95	2,24	0,02 (0,00-0,07)	8,78	1,66	0,23 (0,15-0,32)	
W&SAS	34,73	2,89	32,79	3,09	0,09 (0,04-0,17)	30,33	3,26	0,27 (0,18-0,36)	
Q-LES-Q-SF	28,05	3,92	28,98	4,55	-	35,17	3,49	0,38 (0,29-0,46)	

¹ Phobia scale 1 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії;

² Phobia scale 2 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням ситуацій чи місць, які асоціюються з панічними атаками;

³ Phobia scale 3 – суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням об'єктів чи ситуацій, які асоціюються зі специфічними фобіями

Оскільки результативність втручання, перш за все, продемонстрували зниження коморбідних симптомів та повсякденного дистресу, на наш погляд, для осіб з цієї підгрупи значущими факторами психосоціальної дезадаптації можуть бути питання, пов'язані з втратою соціальних стосунків, їх якістю та ціннісним наповненням. Наприклад, втрата значущих стосунків, соціальна депривація, дискримінація або інші соціальні обмеження, які не є прямою загрозою, але викликають тривалий дистрес у сфері соціальної довіри та страху відкинення, можуть впливати на ефективність інтервенцій на ранніх етапах. У попередніх дослідженнях особи з досвідом соціальної фобії демонстрували помітні проблеми у міжособистісній взаємодії, тоді як пережиття втрати значущих соціальних стосунків призводило до вищих рівнів соціальної тривоги та супутнього дистресу [14-16]. Так побудова нових стосунків та прив'язаності у повсякденному житті можуть бути значущими тригерами загального дистресу, особливо під впливом соціальної депривації, чи зі страху виключення, чи бути проігнорованим [17]. Також варто відзначити, що переконання про справедливість і контрольованість світу може виступати своєрідним захисним буфером проти негативних наслідків надзвичайних обставин. Однак, негативний соціальний досвід, зокрема досвід булінгу, дискримінації, знецінюючої критики, може порушувати цей зв'язок та спонукати до уникнення, що, своєю чергою, посилює упередженість та тривожні наслідки [18].

Подальші дослідження підтверджують важливість зрозуміння впливу втрати соціального стосунку через безпосередню втрату близької людини або соціального травмування на розвиток та прояви коморбідних станів та загострень соціальної фобії. Ці фактори можуть мати значення при розробці короткострокових інтервенцій та стратегій самопомоги на ранніх етапах для осіб з підгрупи В. Одночасно, у довгостроковій перспективі важливим стає розгляд результативності впливу пропонованих інтервенцій та імплементованого коригуючого досвіду на основні аспекти психічного здоров'я осіб з соціальним тривожним розладом.

Результати через 1 місяць для усієї групи досліджуваних демонструють, що програма інтервенцій сприяє зниженню вираженості соціальної фобії, дистресу через уникнення соціальної взаємодії та депресивних ознак. Ці зміни обумовлюють 65% зростання задоволеності якістю життя після 1 місяця з часу завершення програми (при $p < 0,05$, Cohen's f^2 (CI95%) = 1,87).

Висновки

Дослідження показує, що програма психосоціальної підтримки на основі моделі КПТ низької

інтенсивності має позитивний вплив на психічне здоров'я та адаптацію до надзвичайних обставин для осіб досвідом з травматичних подій, які мають ознаки соціальної фобії. Опираючись на нашу теоретичну модель, ми вказували, що уникаюча поведінка може спричинити посилення «катастрофічного передбачення можливого сценарію в майбутньому», що саме по собі може обумовлювати дискомфорт адаптації або знову активувати травматичні спогади. Наше попереднє дослідження підтвердило, що досвід травматичних подій та уникнення соціальної взаємодії є важливими факторами, які впливають на варіацію дистресу. Оскільки уникаюча поведінка утримує людину від прямої конфронтації зі своїми емоціями і травматичним досвідом, це може пригнічувати процес зцілення. У такий спосіб, обравши за ціль розширення обізнаності щодо власної непродуктивної поведінки та опрацювання не відповідного уникнення, програма допомогла знизити дистрес, поліпшити усвідомленість і прийняття емоцій, а також знизити рівень соціальної фобії та коморбідних симптомів. Дослідження також вказує на зменшення ваги суб'єктивної оцінки впливу травматичних подій та дистресу через уникнення соціальної взаємодії у розподілі змін показника задоволеності якістю життя. Це може свідчити про наявність інших факторів або складних взаємозв'язків, які впливають на показник задоволеності якістю життя. Попри це, учасники дослідження відзначили, що програма підтримки та опанування дистресу допомогла їм справитися зі змінами в їхньому житті. Хоча соціальна тривога не була головним джерелом дистресу для багатьох, запропоновані техніки також допомогли їм змиритися з втратою контролю, панікою та відчуттям безсилля в період перших місяців після війни. Важливо відзначити, що всі учасники не були прямими жертвами військових дій і на момент заповнення анкет не зазнали додаткових втрат серед родини або близьких.

Посилання

1. National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical guideline [CG159]. NICE Publishing; 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 16, DSM-IV to DSM-5 Social Phobia/Social Anxiety Disorder Comparison. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t12/>
3. Avramchuk O. Clinical and psychological features of persons with social anxiety disorder associated with traumatic experience. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2021; 6(3): e0603326. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i3.326>
4. Avramchuk O, Plevachuk O, Suvalo O. Social avoidance as a pathogenetic link between social anxiety disorder and post-traumatic experience: the review. *Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2022;66(1). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.01.10>
5. Bruce LC, Heimberg RG, Goldin PR, Gross J.J. Childhood maltreatment and response to cognitive behavioral therapy among individuals with social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2013;30:662-669. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22112>
6. Bjornsson AS, Hardarson JP, Valdimarsdottir AG, et al. Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2020;72:102228. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102228>
7. Lee SW, Kwon JH. The efficacy of Imagery Rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013;44(4):351-360. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.03.001>
8. Thorisdottir AS, Asmundson G. Internet-delivered cognitive processing therapy for individuals with a history of bullying victimization: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*. 2022;51(2):143-169. DOI: <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1938663>
9. Norton AR, Abbott MJ, Dobinson KA et al. Rescripting Social Trauma: A Pilot Study Investigating Imagery Rescripting as an Adjunct to Cognitive Behaviour Therapy for Social

- Anxiety Disorder. *Cogn Ther Res.* 2021;45:1180–1192 DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10221-9>
10. Heinonen E, Knekt P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O. Associations of early childhood adversities with mental disorders, psychological functioning, and suitability for psychotherapy in adulthood. *Psychiatry Research.* 2018;264:366–373. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.011>
 11. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(20):22–33
 12. The Improving Access to Psychological Therapies Manual (IAPT). London: National Collaborating Centre for Mental Health. Published 2018. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual/> Accessed November 01, 2018
 13. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacology Bulletin.* 1993;29:321–326
 14. Davila J, Beck J. Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation, *Behavior Therapy.* 2002;33(3):427–446. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80037-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80037-5);
 15. Priest JB. Anxiety Disorders and the Quality of Relationships With Friends, Relatives, and Romantic Partners. *J. Clin. Psychol.* 2013;69:78–88. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.21925>;
 16. Tonge NA, Lim MH, Piccirillo ML, Fernandez KC, Langer JK, Rodebaugh TL. Interpersonal problems in social anxiety disorder across different relational contexts. *Journal of anxiety disorders.* 2020;75:102275. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102275>
 17. Reich S, Schneider FM, Zwillich B. No Likes – no control? Examining the role of coping deprivation and social anxiety in social media ostracism, *Behaviour & Information Technology.* 2023. DOI: 10.1080/0144929X.2022.2161938
 18. Calvete E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms, *Child Abuse & Neglect.* 2014; 38(4):735–746. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014>