

Клініко-психологічні особливості осіб з ознаками соціально тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом

Олександр Аврамчук

Український Католицький Університет

Актуальність. Соціальний тривожний розлад (соціальна фобія) є одним із поширених варіантів тривожної патології, який здебільшого характеризується хронічним перебігом, стійкістю симптомів та схильністю до рецидивів. Негативний соціальний досвід у патогенезі соціальної фобії може супроводжуватися ознаками гіперзбудження, нав'язливим спогадами та думками й прагненням уникати схожих ситуацій та подій. Поруч із цим наукові дослідження останніх років вказують, що особи із соціальним тривожним розладом страждають від клінічно значущих симптомів ПТСР у відповідь на соціальні травми, що погіршує якість життя та підвищує ризик щодо суїцидальних спроб.

Мета. Дослідити клініко-психологічні особливості осіб з ознаками соціально тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом.

Матеріали та методи. Досліджувана група включала 179 осіб, які висловлювали скарги на суттєвий психоемоційний дистрес через уникнення соціальної взаємодії й симптоми характерні для соціального тривожного розладу з тривалістю понад 6 місяців у анамнезі. Середній вік склав $31,45 \pm 3,84$ років, 77,09 % (138) мали жіночу стать, 76,5 % (137) досліджуваних мали вищу освіту і 26,81 % (48) проживали на самоті. У межах скринінгу психічного стану при зверненні проводилося діагностичне інтерв'ювання The MINI: International Neuropsychiatric Interview, для дослідження патопсихологічної симптоматики використовувались самоопитувальники та шкали комплексу IAPT і проводилась оцінювання якості життя за самоопитувальником Q-LES-Q-SF.

Результати. За результатами дослідження встановлено, що особам, які вказували на суттєвий дистрес через уникнення соціальної взаємодії частіше було діагностовано діагноз соціальної фобії та панічного розладу (з та без агорафобії). Для них більш характерні вищі рівні вираженості психопатологічної симптоматики, порушення психосоціального функціонування та нижчий рівень суб'єктивної задоволеності якістю життя в порівнянні з контрольною групою. Дистрес через соціальне уникнення в осіб із соціальною фобією, які мали досвід безпосередньої загрози життю, більшою мірою пояснюється коморбідними проявами посттравматичних симптомів та впливом травматичного досвіду. Водночас особи із соціальною фобією, хто зазнали впливу соціальних подій, який визначають як травматичний, демонстрували поєднання тривожно-депресивної симптоматики, що зумовило дистрес пов'язаний з уникненням соціальної взаємодії. На нашу думку, когнітивні та поведінкові стратегії, характерні клінічній картині соціальної фобії впливають на труднощі адаптації, загострюючи дистрес у повсякденній діяльності і знижуючи задоволеність якістю життя. Окрім того, для осіб із досвідом безпосередньої загрози життю, травматичний досвід вартує розглядати як самостійний чинник, у той час, як для осіб із досвідом соціальної травми як модифікуючий фактор вразливості. Отримані результати можуть зумовлювати різні підходи до психокорекційної роботи та потребують подальших досліджень.

Актуальність

Тривога, що асоціюється із соціальною взаємодією і досягає значущого дискомфорту — може розглядатися як соціальний тривожний розлад (соціальна фобія), як один із найпоширеніших розладів психічного здоров'я поміж молоді (18–35 років). Хронічний та виснажливий тип перебігу корелює із поширеністю впродовж усього життя та показниками стійкості симптоматики (включно з вразливістю до рецидиву): 4–12 % та 60 % відповідно [1].

Патогенез соціальної фобії часто розглядається через призму негативного досвіду стосунків у дитячому та підлітковому віці: конфлікти в сім'ї (фізичне та емоційне насилля з боку рідних), булінгу чи дискримінації (зневаги) через соціокультурні відмінності, тощо [3]. Проте такі фактори не є самобутніми етіологічними чинниками. Їхній вплив на формування неефективних когнітивних стратегій оцінки соціальних ситуацій (і себе в них) та уникання коригуючого досвіду — закріплює негативний досвід як травматичний, що впливає на стійкість психопатологічної симптоматики та психосоціальну дезадаптацію. Тому особи із досвідом соціальної фобії здебільшого повідомляють про один епізод або декілька: з елементами соціального приниження, відторгнення та критики — як клінічно значущий травматичний дистрес, незважаючи на те, що такі явища та події — зазвичай не вважаються травматичними (не відповідають критерію А відповідно DSM-5) [3, 4]. Негативний соціальний досвід може супроводжуватися ознаками гіперзбудливості, униканням «травматичних стимулів», змінами когнітивної діяльності, емоційними зрушеннями (ознаки емоційного оніміння) і розладами настрою, а часом — нав'язливими асоціаціями та спогадами, які нагадують симптоми кластеру «вторгнення» відповідно критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за DSM-5 [5]. Дослідження демонструють непрямий вплив посттравматичного досвіду на вираженість симптомів та соціальні порушення міжособистісного функціонування через соціальне несхвалення у студентів, які зазнали нападів, насильства чи мали досвід ненасильницької травми [6]. Пацієнти із соціально-тривожним розладом, які пережили стресові події соціального генезу — частіше демонструють уникання повторних принижень, що корелює з їх рівнем вираженості дистресу і тривалості травматичного досвіду, у порівнянні з групою інших тривожних розладів [7]. Результати, опубліковані у 2020 році свідчать, що в порівнянні з особами, які мали основний діагноз одного з поширених тривожних розладів та пережили приниження або неприйняття — особи із соціальним тривожним розладом страждали від клінічно значущих симптомів ПТСР у відповідь на соціальні травми [8]. Особи із соціальною фобією та коморбідними ознаками ПТСР мають унікальну історію травматичного досвіду, у порівнянні з тими, хто страждає на один із цих розладів і демонструють підвищений ризик щодо суїцидальних спроб та значно нижчий рівень якості життя [9, 10]. У зв'язку з цим, у клінічній практиці часом буває важко виокремити об'єктивні характеристики травматичного стресу, подій чи типових переконань, які могли би бути корисними для диференційної діагностики [11, 12].

Огляд літератури вказує, що уникання соціальної взаємодії чи активності в присутності інших є одним із важливих елементів у патогенезі розладів настрою, тривожних розладів та асоціюється із загальним дистресом пов'язаним із травматичним досвідом [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]. Небажання переживати асоційовані з психотравмою думки, емоції чи тілесні відчуття, а також спроби змінити або уникнути цих переживань після травматичних подій, більше асоціюється зі ступенем виразності й тяжкості симптомів ПТСР, ніж безпосередній зміст травматичного досвіду, його обставин та виразність іншого емоційного дистресу в момент події [18]. У такий спосіб, уникнення схожих до психотравмуючої подій/ситуацій і пов'язаної з ними соціальної взаємодії, передбачає тривале збереження симптомів ПТСР або частково чи повністю опосередковує посилення психоемоційного дистресу в порівнянні із тяжкістю інших симптомів [18, 19, 20, 21, 22].

Результати попереднього огляду наукових джерел підкреслюють важливість дослідження

клініко-психологічних особливостей осіб з ознаками соціального тривожного розладу, який асоціюється із травматичним досвідом.

Метою нашого дослідження стало вивчення зв'язку вираженості соціальної тривоги, яка асоціюється із травматичним досвідом та поширеними коморбідними проблемами психічного здоров'я. Ми вбачаємо перспективу, що результати даного дослідження можуть бути використані для покращення діагностичного процесу та сприятимуть розширенню розуміння ролі соціального уникання в контексті патогенезу коморбідностей соціального тривожного розладу і використані у якості цілей та завдань психокорекційної чи психотерапевтичної роботи.

Методи дослідження

Процедура та учасники

Поточне дослідження є частиною дослідження зв'язку соціального тривожного розладу із розладами, асоційованими зі стресом — віднесених до категорії «Розлади, специфічно асоційовані зі стресом»: 6B60- 6B65 у МКХ-11 (2019) [23]. Результати дослідження представляють собою збір даних у період 2018–2020 рр. від осіб, які звернулися за психологічною допомогою щодо поширених проблем психічного здоров'я. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Первинне діагностичне інтерв'ю з дорослими особами проводилося з використанням міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю MINI (MINI; Sheehan et al., 1997) [24]. На основі цього була сформована попередня вибірка осіб, які висловлювали скарги на суттєвий психоемоційний дистрес через уникнення соціальної взаємодії й симптоми характерні для соціального тривожного розладу з тривалістю понад 6 місяців у анамнезі (n=179). Додатковими критеріями включення були чоловіки та жінки віком від 18 до 35 років, які в анамнезі мали досвід травматичної події, з яким суб'єктивно пов'язують уникнення соціальної взаємодії та супутній цьому дистрес, цей дискомфорт триває понад 6 місяців до моменту звернення, на момент звернення: особи не приймали медикаментозного лікування, їхній стан не був спричинений — супутньою соматичною патологією, вживанням психоактивних речовин, результатом інших психічних порушень (зокрема, шизофренія, біполярний розлад, психоорганічні порушення, інтелектуальне зниження). У зв'язку з початком пандемії COVID-19 та введених карантинних обмежень у 2020 році діагностичні інтерв'ю здебільшого проводилися онлайн.

Залежно від досвіду травматичної події — всіх досліджуваних з основної вибірки було розподілено на підгрупу А: особи, які були учасниками бойових дій; особи, які знаходились у ситуації безпосередньої загрози смерті чи були її свідками — 57 осіб (82,4 % респондентів це учасники бойових дій та вимушені переселенці, які мали досвід участі в бойових діях на сході України) та підгрупу В: особи, які зазнали впливу соціальних подій, які визначають як травматичні — 122 особи (втрата, сімейне насилля без загрози життю, булінг, дискримінація, у т.ч. через статус внутрішньо переміщеної особи). Контрольна група склала 109 осіб. На момент огляду учасники контрольної групи не мали ознак достатніх для верифікації соціальної фобії чи ПТСР, попри обмеження соціальної взаємодії, періодичні скарги на тривогу перед соціальною взаємодією чи під час комунікації. Для досліджуваних обох груп — були характерні скарги на підвищення загальної тривожності, постійного відчуття неможливості розслабитись, підвищена сенситивність та гіперзбудливість, періодичні панічні атаки.

Методи та методики оцінювання

Як було зазначено для первинного скринінгу психічного стану використовувалися діагностичне інтерв'ю — The MINI: International Neuropsychiatric Interview [24]. Діагностичні алгоритми відповідають критеріям DSM-IV та ICD-10. Цей варіант діагностичного інтерв'ю зарекомендував себе, як валідизований та надійний інструментарій, зокрема, модулі, щодо

діагностики соціального тривожного розладу та ПТСР — продемонстрували високу валідність та прийнятну ретестову надійність. Подвійний переклад та адаптацію україномовного варіанту «Міжнародний нейропсихіатричний опитувальник. Українська версія 5.0.0» було здійснено спільно із Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УіКПТ) та Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету (ІПЗ УКУ) у 2006 р. Для верифікації ми також опиралися на діагностичні критерії та уточнення запропоновані у DSM-5 та ICD-10 на основі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців, включно із консультацією лікаря-психіатра [5, 25].

У подальшому кожен досліджуваний проходив додаткове патопсихологічне обстеження, яке включало оцінку вираженості ознак та симптомів соціальної тривоги, депресії, генералізованої тривожності, рівня дистресу в повсякденній діяльності, схильність до соціального уникнення, панічних атак чи специфічних фобій та вплив травматичних подій. Перераховані аспекти оцінювалися відповідно до рекомендацій NICE за комплексом шкал IAPT (National Collaborating Centre for mental health, 2018), які доступні в адаптованому перекладі від УіКПТ та ІПЗ УКУ від 2012 року [26]. Для оцінки задоволеності життям використовували Q-LES-Q-SF: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short form [27].

Групові відмінності досліджувалися із використанням двосторонніх t-тестів для безперервних змінних і тестів хі-квадрат для категоріальних змінних (обсяги досліджуваних вибірок підпорядковуються закону нормального розподілу). Для вивчення асоціації рівня уникнення соціального досвіду з показниками соціальної тривоги (опитувальник SPIN), вираженістю симптомів депресії (опитувальник PHQ-9), рівнем загальної тривожності (опитувальник GAD-7) та впливом травматичних подій за шкалою IES-R, вираженості дистресу в підтримці загальної і робочої активності (шкала W&SAS) і задоволеності якістю життя (опитувальник Q-LES-Q-SF) була використана лінійна регресія. Ми використовували значення $p \leq 0,05$ для статистичної значущості. Усі аналізи були обчислені за допомогою SPSS для Windows версії 23.0 (SPSS Inc., 2019).

Результати та дискусії

Середній вік досліджуваних загальної вибірки, які були залучені до діагностичного інтерв'ю, склав 30,63+/-3,54 років, переважно жінки — 77,43 % (n=223) (більш детально див. у [таблиці 1](#)). Порівняльний аналіз за соціально-демографічними показниками не виявив значимих відмінностей ($p < 0,05$) між групами.

		Основна група (n=179)	Контрольна група (n=109)
Вік	Роки, M (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)

Таблиця 1. Соціо-демографічні показники досліджуваних по групах

Більшість досліджуваних обох груп мали в анамнезі звернення та періоди лікування щодо інших поширених проблем психічного здоров'я, частина з них мала кілька діагнозів у різні періоди життя (див. [таблиця 2](#)).

	Основна група (n=179)	Контрольна група (n=109)	Аналіз (* $p < 0,05$)
Великий депресивний розлад(1)	41,3 (74)	42,2 (46)	0,839

	Основна група (n=179)	Контрольна група (n=109)	Аналіз (*p<0,05)
Генералізований тривожний розлад	18,99 (34)	18,3 (20)	0,498
Змішаний тривожно-депресивний розлад	62,6 (112)	61,2 (67)	0,157
Соціальний тривожний розлад	46,4 (83)	28,44 (31)	0,005*
Панічний розлад з та без агорафобії	17,87 (32)	24,7 (27)	0,035*
Специфічні фобії	3,91 (7)	0,91 (1)	0,134
ПТСР	22,91 (41)	28,77 (26)	0,853
Періоди зловживання ПАР та/чи алкоголем	12,29 (22)	14,68 (16)	0,561
Залежність від ПАР/алкоголю(2)	5,02 (9)	5,50 (6)	0,860

Таблиця 2. Порівняльна таблиця анамнестичних даних щодо поширених проблем психічного здоров'я впродовж життя, % (n) 1 - включаючи післяпологову депресію; 2 - проходили лікування від алкогольної залежності

Аналіз анамнестичних даних вказує, що особам, які відзначили суттєвий дистрес через уникнення соціальної взаємодії частіше було діагностовано соціальну фобію та панічний розлад.

Незважаючи на суб'єктивно значущий для респондентів основної вибірки психоемоційний дистрес (пов'язаний із уникненням соціальної взаємодії через тривогу негативної оцінки чи збентеження в присутності інших), аналіз даних засвідчив, що показники рівня соціальної тривоги (M = 28,62; SD = 8,39) відповідають легкому рівню вираженості симптомів на межі з помірним (рекомендована градація авторами методики SPIN: 20-29 балів для легкого рівня вираженості симптомів). Поруч із цим за додатковими шкалами виявлено ознаки помірно вираженої депресивної симптоматики (M = 17,25; SD = 3,16), рівня загальної тривожності (M = 11,96; SD = 2,67) та помірний дистрес пов'язаний із уникненням ситуацій, які асоціюються з панічними станами та специфічними фобіями. Рівень дистресу пов'язаного з інтенсивністю переживання подій як травматичного досвіду становив у середньому 26,50 (SD = 4,02), що розглядається як підпороговий показник ПТСР за умов виконання інших критеріїв [28]. З підгрупи А — 19 осіб попередньо мали встановлений діагноз соціального тривожного розладу щодо якого отримували психіатричну (медикаментозну) допомогу раніше, з підгрупи В кількість осіб, які мали на момент звернення діагноз соціальної фобії склала — 64.

Загальний рівень дистресу та погіршення соціального функціонування в основній групі склав M = 35,79; SD = 3,27, а задоволеність якістю життя — M = 26,48; SD = 4,58.

Шкали		Основна група (n=179)	Контрольна група (n=109)	Аналіз (*p<0,05)
SPIN	M (SD)	28,62 (8,39)	22,59 (11,63)	0,000*
PHQ-9		17,25 (3,16)	15,08 (2,32)	0,000*
GAD-7		11,96 (2,67)	9,79 (3,37)	0,000*
Phobia scale-1		6,16 (1,34)	4,29 (1,77)	0,000*
Phobia scale-2		4,79 (1,34)	3,58 (1,16)	0,000*
Phobia scale-3(3)		3,69 (1,03)	2,48 (0,68)	0,000*
IES-R		26,50 (4,02)	24,27 (3,46)	0,000*
W&SAS		35,79 (3,28)	32,01 (4,71)	0,000*
Q-LES-Q-SF		26,48 (4,59)	30,15 (5,53)	0,000*

Таблиця 3. Тяжкість поточних симптомів і соціальні порушення, mean (SD) Phobia scale 1 - суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії; Phobia scale 2 - суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням ситуацій чи місць, які асоціюються з панічними атаками; Phobia scale 3 - суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням об'єктів чи ситуацій, які асоціюються зі специфічними фобіями

Виявлено, що люди, які відчувають суттєвий психоемоційний дистрес, пов'язаний із симптомами соціальної фобії, демонструють статистично вищі рівні вираженості психопатологічної симптоматики й супутньому порушенню психосоціального функціонування в порівнянні з контрольною групою (усі показники значущі при $p < 0,001$).

За результатами лінійної регресії в основній групі, виявлено значущу асоціацію рівня суб'єктивного дистресу пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії з вираженістю клінічно значущих ознак соціальної фобії ($B = 0,100$, $t = 11,76$, $p < 0,001$), рівнем генералізованої тривожності ($B = 0,87$, $t = 3,258$, $p < 0,001$) та вищим рівнем психоемоційного дистресу в повсякденній діяльності ($B = 0,108$, $t = 3,041$, $p < 0,01$). Водночас було відмічено, що рівень психоемоційного дистресу в повсякденній діяльності в цій групі мав сильніші кореляційні зв'язки із рівнями вираженості соціальної фобії, депресивної симптоматики, переживанням подій минулого, як травматичного досвіду та дистресом через уникнення соціальної взаємодії ($r = 0,56 - 0,72$, $p < 0,001$). Результати лінійної регресії при залежній змінній рівень вираженості психоемоційного дистресу та соціальних порушень у повсякденній діяльності додатково підтвердили значущу асоціацію з рівнями депресивної симптоматики ($B = 0,179$, $t = 2,43$, $p < 0,01$), інтенсивністю переживання травматичного досвіду ($B = 0,419$, $t = 7,619$, $p < 0,001$) та дистресом у соціальній взаємодії ($B = 0,407$, $t = 2,558$, $p < 0,01$).

Подальший аналіз проводився для того, щоб порівняти вираженість психопатологічної симптоматики та рівня в підгрупах залежно від досвіду й контексту травматичного досвіду осіб, які на момент огляду демонстрували ознаки соціально-тривожного розладу (Табл. 4). До підгрупи А увійшли особи, які були учасниками бойових дій та особи, які перебували у ситуації безпосередньої загрози смерті чи були її свідками. У такий спосіб, учасники підгрупи А розглядалася в контексті відповідності травматичної події визначенню А для ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Підгрупу В сформували особи, які зазнали впливу соціальних подій, які визначають як травматичні. До відзначеного досвіду ми віднесли досвід втрати, сімейне насилля без загрози життю, булінг, дискримінація, у т.ч. через статус внутрішньо переміщеної особи [8].

Шкали		Підгрупа А n=57 (31,8%)	Підгрупа В n=122 (68,2%)	Аналіз (* $p < 0,05$)
SPIN	M (SD)	32,59 (8,74)	26,76 (7,58)	0,000*
PHQ-9		18,70 (2,89)	16,58 (3,06)	0,000*
GAD-7		12,72 (2,08)	11,61 (2,85)	0,01*
Phobia scale-1		7,03 (0,96)	5,76 (1,30)	0,000*
Phobia scale-2		5,63 (1,04)	4,40 (1,28)	0,000*
Phobia scale-3		4,11 (1,05)	3,51 (0,97)	0,000*
IES-R		30,51 (2,53)	24,63 (3,12)	0,000*
W&SAS		38,04 (2,99)	34,73 (2,89)	0,000*
Q-LES-Q-SF		23,11 (4,06)	28,05 (3,92)	0,000*

Таблиця 4. Порівняльний аналіз між підгрупами осіб з ознаками соціального тривожного розладу, mean (SD)

Серед досліджуваних із підгрупи А було маніфестовано статистично вищі рівні вираженості психопатології, тягарю від психоемоційного дистресу в повсякденній діяльності та через уникнення соціальної взаємодії та нижчий рівень задоволеності якістю життя (показники значущі на $p < 0,001$, див. [Таблиця 4](#)).

Результати множинної (ієрархічної) регресії засвідчують загальний показник вираженості психоемоційного дистресу в підтримці повсякденної діяльності для підгрупи А — статистично може бути передбачений через поєднання рівня вираженості депресивних ознак та впливу травматичних подій на 56,6 % ($p < 0,001$). Як самостійний предиктор, вплив травматичних подій описує 51,7 % дисперсії ($p < 0,001$). Водночас загальний рівень вираженості клінічних ознак соціальної фобії не увійшов до числа статистично значущих предикторів. Додатковий

аналіз засвідчив, що дистрес через соціальне уникнення у цій підгрупі суттєво асоціюється із впливом травматичних подій ($r = 0,717$, $p < 0,01$) і може розглядатися як самостійний опосередкований чинник. Так, 71 % ($p < 0,01$) дисперсії показника зниження задоволеності якістю життя зумовлено поєднанням впливу травматичних подій та дистресом через уникнення соціальної взаємодії. Поруч із цим, результати в підгрупі В вказують, що статистично значущим внеском у вираженість дистресу у підтримці загальної і робочої активності є поєднання клінічно значущих ознак соціальної фобії із проявами депресивних ознак та впливом травматичних подій — 69,9 % ($p < 0,001$). Дистрес через уникнення соціальної взаємодії суттєво асоціювався з ознаками соціальної фобії та депресивної симптоматики ($r = 0,61-0,82$, $p < 0,001$) і менше з впливом травматичного досвіду ($r = 0,554$, $p < 0,001$). Ознаки соціальної фобії як комплексного розладу пояснюють 37,2 % дисперсії ($p < 0,001$). Водночас внесок депресивної коморбідної симптоматики в підгрупі В виявився вищим у порівнянні в підгрупі А (28,7 % та 3,5 % відповідно, $p < 0,001$). Саме поєднанням вираженості соціальної фобії, дистресом через уникнення соціальної взаємодії та коморбідними депресивними ознаками зумовлює 70,6 % ($p < 0,05$) дисперсії показника задоволеності якістю життя у підгрупі В.

Висновки

Життєвий досвід людей, які пережили травматичні події, часто асоціюється із вразливістю до проблем із психічним здоров'ям та порушенням психологічного благополуччя: міжособистісні проблеми, зменшення підтримки, виснаження ресурсів саморегуляції тощо. Поруч із цим виражений дистрес через соціальну тривогу та характерне уникнення коригуючого досвіду перешкоджають процесу відновлення після психологічних травм, ускладнюють побудову ресурсних соціальних стосунків, у т. ч. пов'язаних із безпекою, безумовним прийняттям та якістю життя.

Аналізуючи отримані дані ми прийшли до висновку, що існує опосередкований зв'язок між отриманням досвіду та супутньому йому дистресу в соціальній взаємодії між вираженістю клінічних ознак соціальної фобії та патопсихологічних симптомів характерних для депресії та ПТСР. Дистрес через соціальне уникнення в осіб із соціальною фобією, які мали досвід безпосередньої загрози життю, у більшій мірі пояснюється коморбідними проявами посттравматичних симптомів та впливом травматичних подій. Ми не можемо стверджувати, що анамнез соціальної фобії, як самостійний предиктор, збільшує вразливість до формування клінічно значимих проявів, що відповідають ПТСР, проте кореляційний зв'язок між цими категоріями виявився статистично значущий ($r = 0,489$, $p < 0,01$). Можна припустити, що вплив безпосереднього травматичного досвіду, що загрожував життю, може спровокувати загострення соціальної фобії та іншої коморбідної патології. Більш високі показники психопатологічної симптоматики в цій підгрупі також можуть бути результатом взаємодії факторів, пов'язаних із труднощами адаптації та соціальної підтримки у після- бойовий або посттравматичний період, які виходять за межі поточного дослідження. Так, на нашу думку, когнітивні та поведінкові стратегії, характерні для клінічної картини соціальної фобії й орієнтовані на уникнення соціальної взаємодії чи іншої активності в присутності інших, могли вплинути на труднощі адаптації, загострюючи дистрес у повсякденній діяльності і знижуючи задоволеність якістю життя.

Водночас особи із соціальною фобією, які зазнали впливу соціальних подій і визначають їх як травматичні — у більшій мірі демонстрували поєднання тривожно-депресивної симптоматики, що зумовлює появу дистресу, пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії. Отже, травматичний досвід радше виявився модифікуючим фактором вразливості, ніж самостійним чинником. Проте, без попереднього оцінювання травматичного досвіду — ми не можемо оцінити, наскільки особи з цієї підгрупи є більш вразливими до порушень настрою чи порушень адаптації в періоди життєвих криз.

Додатково поміж обмежень нашого дослідження потрібно виділити використання крос-

секційного дизайну дослідження, що обмежує інтерпретацію причинно-наслідкових зв'язків між змінними. Подальші дослідження допоможуть розширити знання щодо ролі «соціального уникнення» у патогенезі коморбідних порушень осіб, які страждають на соціальну фобію та інтегрувати отримані результати у програми комплексної психокорекції коморбідностей непсихотичного спектру в осіб із соціально-тривожним розладом.

Посилання

1. Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med.* 2017;15(1):143. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
2. Avramchuk O. Social anxiety disorder: relevance and perspectives. *PMGP.* 2018;3(3). DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v3i3.103>
3. Bandelow B, Charimo Torrente A, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, R  ther E. Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;254(6):397-405. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0521-2>
4. Carleton RN, Peluso DL, Collimore KC, Asmundson GJ. Social anxiety and posttraumatic stress symptoms: The impact of distressing social events. *J Anxiety Disord.* 2011;25(1):49-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.002>
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Arlington: APA Publishing; 2013.
6. Kern SM, Stacy SE, Kozina RM, Ripley AJ, Clapp JD. Exploring the relation between posttraumatic stress disorder and interpersonal outcomes: The role of social acknowledgment and trauma type. *J Clin Psychol.* 2019;75:132-45. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22693>
7. Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME. Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2006;20(7):896-914. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.006>
8. 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>
9. McMillan KA, Asmundson GJG. PTSD, social anxiety disorder, and trauma: An examination of the influence of trauma type on comorbidity using a nationally representative sample. *Psychiatry Res.* 2016;246:561-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.036>
10. McMillan KA, Asmundson G, Sareen J. Comorbid PTSD and Social Anxiety Disorder: Associations With Quality of Life and Suicide Attempts. *The Journal of nervous and mental disease.* 2017;205(9):732-37. DOI: doi.org/10.1097/NMD.0000000000000704
11. Long ME, Elhai JD, Schweinle A, Gray MJ, Grubaugh AL, Frueh BC. Differences in posttraumatic stress disorder diagnostic rates and symptom severity between Criterion A1 and non-Criterion A1 stressors. *J Anxiety Disord.* 2008;22(7):1255-63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.006>
12. Boals A, Schuettler D. PTSD symptoms in response to traumatic and nontraumatic events: The role of respondent perception and A2 criterion. *J Anxiety Disord.* 2009;23(4):458-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.09.003>
13. Morina N. The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(8):697-700. doi: <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31811f44a6>
14. Angelakis I, Gooding P. Obsessive-Compulsive Disorder and Suicidal Experiences: The Role of Experiential Avoidance. *Suicide Life Threat Behav.* 2020;50(2):359-71. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12593>
15. Berzonsky MD, Kinney A. Identity Processing Style and Depression: The Mediation Role of Experiential Avoidance and Self-Regulation. *Identity.* 2019;19(2):83-97. DOI: [10.1080/15283488.2019.1567341](https://doi.org/10.1080/15283488.2019.1567341)
16. Espel-Huynh HM, Muratore AF, Virzi N, Brooks G, Zandberg LJ. Mediating role of

- experiential avoidance in the relationship between anxiety sensitivity and eating disorder psychopathology: A clinical replication. *Eat Behav.* 2019;34:101308. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101308>
17. Henschel AV, Williams JL, Hardt MM. The Role of Experiential Avoidance and Emotion Regulation in DSM-5 Posttraumatic Stress Symptomatology. *Journal of Loss and Trauma.* 2021;26(6):527-39. DOI: 10.1080/15325024.2020.1841506
 18. Plumb JC, Orsillo SM, Luterek JA. A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004;35(3):245-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.011>
 19. Reddy MK, Pickett SM, Orcutt H. Experiential Avoidance as a Mediator in the Relationship Between Childhood Psychological Abuse and Current Mental Health Symptoms in College Students. *Journal of Emotional Abuse.* 2006;6:67-85. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1300/J135v06n01_04](https://doi.org/10.1300/J135v06n01_04).
 20. Kelly MM, DeBeer BB, Meyer EC, Kimbrel NA, Gulliver SB, Morissette SB. Experiential avoidance as a mediator of the association between posttraumatic stress disorder symptoms and social support: A longitudinal analysis. *Psychol Trauma.* 2019;11(3):353-9. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000375>
 21. Leonard KA, Ellis RA, Orcutt HK. Experiential avoidance as a mediator in the relationship between shame and posttraumatic stress disorder: The effect of gender. *Psychol Trauma.* 2020;12(6):651-8. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000601>
 22. Spinhoven P, Drost J, de Rooij M, van Hemert AM, Penninx BW. A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behav Ther.* 2014;45(6):840-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001>
 23. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11): preliminary version. Geneva: WHO; 2018. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
 24. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(20):22-33.
 25. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva: WHO; 2018. URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
 26. The Improving Access to Psychological Therapies Manual (IAPT). London: National Collaborating Centre for Mental Health; 2018. URL: <https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual/>
 27. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacol Bull.* 1993;29:321-6.
 28. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behav Res Ther.* 2003;41(12):1489-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
-