

# Роль впливу соціального уникнення та дистанціювання на схильність до тривожних розладів у період пандемії covid-19

Oleksandr Avramchuk

Український Католицький Університет

**Актуальність.** Карантинні обмеження у часі пандемії COVID-19 стали актуальним тригером для психоемоційного дистресу та маніфестації вразливості до проблем з психічним здоров'ям. Фізичне («соціальне») дистанціювання, яке мало на меті запобігти поширеності захворювання на COVID-19, дозволило особам, які мали в анамнезі поширені проблеми з психічним здоров'ям (як депресія, генералізований тривожний розлад чи соціальна фобія) отримати певне короткочасне полегшення, надавши використовуваним неефективним стратегіям поведінкового чи когнітивного уникнення тригерних ситуацій чи життєвих обставин раціонального виправдання. Разом з тим передбачається, що уникнення коригуючого досвіду соціальної взаємодії чи ситуацій, може сприяти маскуванню стійких функціональних порушень, пов'язані з рівнем соціальної тривоги зокрема. Водночас заперечення власних потреб та невизначеність подальшої перспективи у контексті пандемії та карантинних обмежень впливатиме на вразливість до тривожних розладів, маніфестація яких може зрости по завершенню карантинних обмежень та необхідності повертатися до звичного життя. Аналіз ролі соціального уникнення та дистанціювання на схильність до тривожних розладів у період пандемії дозволить розширити розуміння механізмів вразливості до порушень психосоціального функціонування. Отриманні результати можуть бути корисними під час розробки рекомендацій для самодопомоги та психокорекційних програм спрямованих на психоедукацію та превенцію поширених проблем з психічним здоров'ям.

**Мета статті.** Дослідити особливості психоемоційного дискомфорту пов'язаного з уникненням досвіду у період пандемії як чинника вразливості до тривожних розладів.

**Матеріали та методи.** Досліджувана група включала 242 особи, які висловлювали скарги на суттєвий психоемоційний дистрес пов'язаний з соціальним обмеженням через карантинні умови та/чи уникненням соціальних контактів через тривогу (включаючи тривогу перед негативною оцінкою й засудженням, тривогою за здоров'я, невизначеність й інше). Розподіл віку від 18 до 35 років ( $M=24,3$ ;  $SD=4,93$ ), переважно жіночої статі – 66,94% ( $n=162$ ). Основна вибірка становила 126 досліджуваних, та 116 осіб сформували контрольну. 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, симптоматичний опитувальник SCL-90-R у адаптації С. Дембицького та Ю. Середи та опитувальник AAQ-II у перекладі й адаптації А. Широкої та М. Миколайчук.

**Результати.** Стратегії опанування дистресу через уникнення коригуючого досвіду за умов карантинних обмежень досліджували особливості зв'язку між демонстрованими під час інтерв'ювання психоемоційним дискомфортом, життєвою ситуацією та вразливістю до тривожних розладів. За результатами дослідження встановлено, що карантинні обмеження можна розглядати як фактор вразливості до тривожного реагування в цілому, у той час, як уникнення коригуючого досвіду за його умов, підсилює маніфест чи ризик

рецидиву більш специфічних тривожних розладів. Розглядаючи, схильність до уникнення коригуючого досвіду як негнучке використання неуспішних стратегій регуляції емоцій і тілесних відчуттів у асоціації з ситуацією невизначеності та тривалістю соціальних обмежень, можна стверджувати її значний внесок у патогенетичні цикли підтримання тривожних розладів. Додатковими факторами вразливості у комбінованій регресійній моделі виявились чоловіча стать, вік у межах 24-35 років та наявність одного або кількох поширених психічних розладів у анамнезі. Отримані результати також узгоджуються з опосередкованим зв'язком між уникненням коригуючого досвіду, симптомологічним дистресом та дистресом у повсякденній та робочій діяльності виявленим у нашому дослідженні. Отримані результати мають перспективу подальших напрацювань, зокрема у розробці рекомендацій з надання психосоціальної допомоги та превенції поширених тривожних розладів в умовах глобальних змін.

## Актуальність

Група тривожних розладів є одними з найпоширеніших проблем з психічним здоров'ям. З початком пандемії відповідно до попередніх досліджень та даних ВООЗ очікувалося додаткове навантаження на психічне здоров'я населення, і як наслідок зростання поширених тривожних та депресивних розладів [1]. Вже станом на 2021 рік за даними наукових досліджень вказується, що симптоми депресії та тривожних розладів у двічі перевищують показники поширеності у порівнянні з доепідемічним періодом [2, 3]. Поруч з цим загальна поширеність проблем з психічним здоров'ям серед осіб, які перехворіли на COVID-19 є вищою у порівнянні з загальною популяцією [4]. За результатами дослідження, О. Ebrahimi та колеги, особи, які переважно дотримувалися соціального дистанціювання виявили значно вищі прояви симптомів та рівні психоемоційного дистресу, у порівнянні з іншими [3]. У такий спосіб, слід вказати, що впровадження карантинних обмежень, так і сама ситуація глобальної пандемії, стали суттєвими викликами для ресурсів адаптації, а соціально-економічні аспекти додатковим фактором вразливості. На нашу думку, уникнення коригуючого досвіду соціальної взаємодії в умовах пандемії, слід розглядати як чинник, який сприяє негативному підкріпленню непродуктивних переконань щодо себе, світу навколо та життєвої ситуації у якій опинилася людина. Попередній огляд наукової літератури вказує, що такий спосіб опанування, суттєво впливає на перебіг та розвиток супутніх психоемоційних порушень (великий депресивний розлад, дистимія, генералізований тривожний розлад, соціальний тривожний розлад, панічний розлад з або без агорафобії, агорафобія без паніки, розлади харчової поведінки), та у подальшій перспективі посилюватиме психоемоційний дистрес у порівнянні з тяжкістю основних симптомів цих захворювань [5, 6, 7].

Суттєві асоціації між афективними порушеннями, загальною тривожністю та соціальним уникненням ускладнює надання ефективної психосоціальної підтримки за умов адаптації. Водночас це посилює тягар наслідків у довгостроковій перспективі, враховуючи невизначеність щодо тривалості соціальних обмежень (фізичного дистанціювання) та розчарування у пропозованих альтернативах задоволення потреб у власній автономії. У такий спосіб, схильність до стратегії уникнення з метою опанування сильних негативних емоцій може розглядатися як трансдіагностичний фактор прогнозування тривожних розладів [8].

## Аналіз останніх досліджень і публікацій

У контексті проблем з психічним здоров'ям, фізичне («соціальне») дистанціювання може розглядатися як виклик задоволенню потреби в автономії. Фрустрація, тривога через невизначеність, неможливість реалізувати інші альтернативи підтримки та обмеження у живій комунікації може позначатися на когнітивних та поведінкових стратегіях, які типово

використовуються з метою зменшення тривоги та опанування негативних переконань. Одним з механізмів вразливості може розглядатися зростання почуття недостатньої власної компетентності перед життєвими викликами, яка є більш актуальною у нових невизначених умовах і ситуаціях, та впливатиме на маніфестацію психопатологічних симптомів [3, 9]. Особливо це може відобразитися на вразливих групах населення, зокрема повідомлялося, що соціальна ізоляція в умовах глобальної пандемії посилює зв'язок між соціальною тривожністю та почуттям самотності серед дітей та підлітків [10].

Огляд літератури вказує, що «уникнення досвіду» (експеріментальне 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 [7]. 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 [11, 12, 13]. Проте варто зазначити певне обмеження таких досліджень, так крос-секційні дослідження краще засвідчували суттєвий вплив на тривожність, тоді як результати лонгітюдних досліджень прогнозували слабший вплив [14].

Неефективне використання досвіду уникнення у науковій літературі також опосередковується проблемними засобами емоційної регуляції та нетолерантністю до невизначеності, й зазвичай розглядаються у поєднанні з конституційними особливостями відчувати тривогу й страх. Тенденція відчувати страх до тілесних відчуттів, пов'язаних зі збудженням нервової системи та відповідні їм переконання, щодо шкідливості цих відчуттів є основою поняття тривожна чутливість (сенситивність), й визнаються є вагомим фактором ризику розвитку тривожної психопатології. 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 [15, 16]. 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 [17]. У такий спосіб, уникнення іншої соціальної взаємодії через карантинні обмеження сприятиме непродуктивній раціоналізації стійких функціональних порушень та приховуванню їх через страх бути викритим у власній слабкості чи вразливості. Особливо це відзначатиметься на психологічному благополуччю людей, які мали анамнез соціального тривожного розладу. Сучасні дослідження вказують, що особи з соціальною фобією в анамнезі, більш схильні виказувати тривогу через COVID-19, почуваяться самотніми та проявляються більш виражену схильність до негативних переконань щодо перспектив зараження чи власної спроможності долати проблеми [10, 18, 19].

Хоча 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 [20]. Так, уникнення неприємного досвіду, само по собі, не є психологічною проблемою, проте використання цієї стратегії у не гнучкий спосіб (у контексті відчуття внутрішнього примусу чи необхідності зробити цей «крок» перед виконанням інших значущих дій чи активностей), закріплюється як типова модель поведінки. З часом, звична активація проблемного уникнення, вимагає діяти відповідно до нової моделі, що призводить до формування стійких негативних (ірраціональних) переконань й правил життя, обмежує усвідомлений контакт із життєвими (непередбаченими) обставинами чи іншим негативним досвідом.

У 2006 році було опубліковано дослідження Т. Kashdan та колег, що оцінювало роль експеріментального уникнення як посередника між неадаптивним подоланням і стратегіями регуляції емоцій, й відповідним дистресом, пов'язаним з тривогою, включаючи такі аспекти як чутливість до тривоги, тривожність як особистісна риса, страх тілесних відчуттів [21]. Відповідно до результатів дослідження, було виявлено, що 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 [22]. Таким чином, дезадаптивні стратегії подолання та саморегуляції призводили до психоемоційного дистресу (зростання тривожної симптоматики зокрема) через тенденцію уникати небажаних переживань.

Дослідження S. Jowett та колеги вказують, що у контексті пандемії COVID-19 як психотравмуючого триггеру загальне відчуття загрози найбільш асоціювалося з соматичними скаргами й порушеннями [23]. Слід згадати, що у період карантинних обмежень одним з факторів зростання загальної напруги, була обмеженість доступу до відповідної та належної медичної допомоги. Так, люди з соматичними захворюваннями демонстрували підвищення тривоги за здоров'я та загального занепокоєння, які у скаргах часто асоціювалися з фіксацією на тілесних відчуттях, які важко пояснити та пов'язувалися з ковідною симптоматикою. Попередні дослідження вказують на те, що параметр «тілесні занепокоєння» у моделі тривожної сенситивності передбачав та пояснював виразність симптомів тривоги незалежно від досвіду уникнення [15]. Водночас дослідження останніх років вказують, що зростання тривожної сенситивності та стратегій уникнення краще давали можливість спрогнозувати зростання психоемоційного дистресу серед пацієнтів з хронічними захворюваннями [24]. 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 [24]. У такий спосіб, втручання, спрямовані на усунення симптомів відчуття потенційної загрози та опрацювання ригідних стратегій уникнення, можуть забезпечити полегшення від соматизації емоційних переживань.

З огляду на це, дослідження ролі соціального уникнення як фактору вразливості, сприятиме кращому розумінню патогенетичних механізмів маніфестації та підтримання тривожних розладів, зокрема в умовах карантинних обмежень. Отримані результати можуть бути використані для формування рекомендацій превенції психоемоційного дистресу в актуальних умовах та імplementовані у відповідні заходи підтримки у сфері психічного здоров'я студентів.

## **Методи та методики дослідження**

### **Група досліджуваних**

Дослідження проводилось у період 2020-2021 року. Усі респонденти отримали доступ до онлайн реєстрації, інформацію про дослідження й надали інформовану згоду. Участь у дослідженні передбачало можливість доступу до безоплатних психодіагностичних консультацій, психоедукація щодо скарг, які турбували, з подальшою рекомендацією до скерування за психологічною чи іншою допомогою. Первинне діагностичне інтерв'ювання проводилося за планом MINI (MINI; Sheehan et al., 1997) в онлайн форматі [25]. Такий підхід дозволив в умовах карантинних обмежень сформувати вибірку відповідно до критеріїв включення та виключення. Критеріями включення до експериментальної групи стали особи віком 18-35 років, зі значущими суб'єктивними скаргами на психоемоційний дистрес пов'язаний з соціальним обмеженням через карантинні умови та/чи уникненням соціальних контактів через тривогу (включаючи тривогу перед негативною оцінкою й засудженням, тривогою за здоров'я, невизначеність й інше), тривалістю не менш як 6 місяців. У якості загальних критеріїв виключення було використано психопатологічні стани викликані

супутньою хронічною соматичною патологією, вживанням психоактивних речовин чи медикаментів, травмами голови чи результатом суттєвого психотравмуючого стресу як втрата чи участь у бойових діях.

З метою досягнення поставлених у дослідженні цілей ми використали скринінгові патопсихологічні шкали, входять до комплексу клінічних шкал IAPT рекомендованих National Collaborating Centre for mental health Великої Британії та вимірюють рівень ознак характерних для генералізованого тривожного розладу (GAD-7; Spitzer, Kronke, Williams et al, 2006), соціальної фобії (SPIN; Connor, 2000), дистресу пов'язаного з уникненням подій та/чи соціальних ситуацій, панічних атак чи специфічних фобічних об'єктів та дистресу у підтриманні загальної й робочої активності (IAPT Phobia Scales: W&SAS; NICE, 2018) [26]. Зазначені вище методики були перекладені та адаптовані Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у 2006-2013 роках. Додатковими шкалами та опитувальниками стали: 1) опитувальник AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire; Bond et al, 2011) у перекладі й адаптації А.Широкої та М.Миколайчук; 2) Симптоматичний опитувальник Л. Дерогатиса - The Symptom Checklist-90-Revised: SCL-90-R (Derogatis, Rickels, Rock, 1976) у адаптації С. Дембицкого та Ю. Середи [27, 28, 29]. Усі статистичні аналізи проводилися за допомогою SPSS версії 2.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## Виклад основного матеріалу

Після попереднього аналізу даних було сформовано загальну вибірку зі 242 особи, 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 (Табл. 1). Основна група статистично відрізнялась за анамнезом щодо змішаних тривожно-депресивних розладів, специфічних фобій та розладів харчової поведінки. Варто відзначити, що дехто з досліджуваних відмічали скарги інших розладів, які завдавали значного дистресу у певні періоди життя, проте з різних причин не зверталися за допомогою.

|                                                    | Основна група (n=126) | Контрольна група (n=116) | Аналіз (*p<0,05) |
|----------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|
| Великий депресивний розлад (депресивний епізод)[1] | 23,01 (29)            | 26,7 (31)                | - 0,253          |
| Генералізований тривожний розлад                   | 17,46 (22)            | 13,79 (16)               | 0,217            |
| Змішаний тривожно-депресивний розлад               | 43,65 (55)            | 17,24 (20)               | 0,005*           |
| Соціальний тривожний розлад (соціофобія)           | 19,83 (23)            | 14,28 (18)               | 0,152            |
| Панічний розлад з та без агорафобії                | 16,67 (21)            | 16,37 (19)               | 0,944            |
| Специфічні фобії                                   | 7,14 (9)              | 0,86 (1)                 | 0,007*           |
| ПТСР                                               | 8,73 (11)             | 6,03 (7)                 | 0,065            |
| Обсесивно-компульсивний розлад                     | 4,76 (6)              | 2,59 (3)                 | 0,186            |
| Розлади харчової поведінки                         | 8,73 (11)             | 2,59 (3)                 | 0,021*           |
| Періоди зловживання ПАР та/чи алкоголем            | 14,28 (18)            | 17,24 (20)               | -0,264           |
| Залежність від ПАР/алкоголю [2]                    | 1,58 (2)              | 2,59 (3)                 | -0,293           |

**Таблиця 1.** Порівняльна таблиця анамнестичних даних щодо поширених проблем психічного здоров'я впродовж

життя, % (n) [1] - включаючи післяпологову депресію; [2] - проходили лікування від алкогольної залежності

47,01% (n=114) респондентів загальної вибірки демонстрували значущий рівень дистресу у підтриманні загальної й робочої активності, який пов'язували з психоемоційним дискомфортом та симптомами на момент звернення, серед них 26,31 % (n=30 зі 114) скаржились на суттєвий дистрес через уникнення соціальної взаємодії чи страх соціальних ситуацій. Порівняльний аналіз виявив, що досліджувані основної групи демонстрували статистично вищі рівні симптомів, що відповідають генералізованому тривожному розладу, соціальній фобії, обсесивно-компульсивній й фобічній симптоматиці (Табл. 2 та 3), що також вплинуло на суб'єктивну оцінку інтенсивності симптоматичного дистресу й дистресу пов'язаному з впливом травматичних подій, уникненням соціальної взаємодії, ситуацій, що асоціюються з фобічними об'єктами чи досвідом панічних атак. Водночас рівень загального дистресу у повсякденному житті й під час підтримання робочої активності не мав статистично значущої відмінності, хоча й наближений до неї. Слід вказати, що досліджувані основної групи виявилися більш схильними до перебільшення чи применшення симптомологічного дискомфорту, що могло повпливати на первинну оцінку їх психічного статусу.

|                    |        | 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              |        | 8,98 (3,419)          | 8,17 (3,941)             | 0,009*           |
| SCL-90-R: SOM [1]  |        | 2,28 (0,303)          | 2,35 (0,421)             | -0,134           |
| SCL-90-R: O-C [2]  |        | 2,55 (0,34)           | 2,34 (0,402)             | 0,008*           |
| SCL-90-R: ANX [3]  |        | 2,72 (0,741)          | 2,20 (0,316)             | 0,000*           |
| SCL-90-R: PHOB [4] |        | 2,51 (0,682)          | 2,08 (0,195)             | 0,000*           |
| SCL-90-R: INT [5]  |        | 2,50 (0,627)          | 2,40 (0,259)             | 0,171            |
| Додаткові шкали:   |        |                       |                          |                  |
| SCL-90-R: DEP [6]  | M (SD) | 2,30 (0,309)          | 2,35 (0,424)             | -0,296           |
| SCL-90-R: HOS [7]  |        | 2,26 (0,279)          | 2,30 (0,386)             | -0,395           |
| SCL-90-R: PAR [8]  |        | 2,17 (0,291)          | 2,26 (0,426)             | -0,046*          |
| SCL-90-R: PSY [9]  |        | 2,15 (0,231)          | 2,23 (0,355)             | -0,047*          |

**Таблиця 2.** Тяжкість поточних психопатологічних симптомів [1] - SOM - дистрес, що виникає з відчуття соматичної дисфункції; [2] - O-C - симптоми обсесивно-компульсивного розладу; [3] - ANX - узагальнена шкала генералізованої тривожності й схильності до панічних атак; [4] - PHOB - шкала фобічних симптомів; [5] - INT - дистрес пов'язаний з міжособистісною взаємодією; [6] - DEP - шкала депресивної симптоматики; [7] - HOS - шкала ворожості; [8] - PAR - шкала параноїдальної поведінки; [9] - PSY - шкала шизоїдної поведінки та психотичних симптомів

|                    |        | Основна група (n=126) | Контрольна група (n=116) | Аналіз (*p<0,05) |
|--------------------|--------|-----------------------|--------------------------|------------------|
| Phobia scale-1 [1] | M (SD) | 6,52 (1,57)           | 4,57 (1,82)              | 0,000*           |
| Phobia scale-2 [2] |        | 4,03 (1,27)           | 3,61 (1,27)              | 0,009*           |
| Phobia scale-3 [3] |        | 3,04 (0,94)           | 2,65 (0,87)              | 0,001*           |
| IES-R              |        | 24,40 (3,61)          | 22,03 (4,86)             | 0,000*           |
| W&SAS              |        | 34,63 (3,01)          | 33,73 (4,90)             | 0,056            |
| GSI [4]            |        | 2,29 (0,28)           | 2,23 (0,167)             | 0,029*           |
| PSDI [5]           |        | 3,56 (0,65)           | 3,40 (0,58)              | 0,044*           |

**Таблиця 3.** Порівняльна таблиця психоемоційного дистресу на момент первинного інтерв'ювання [1] - Phobia scale 1 - суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії (IAPT); [2] - Phobia scale 2 - суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням ситуацій чи місць, які асоціюються з панічними атаками (IAPT); [3] - Phobia scale 3 - суб'єктивна оцінка дистресу пов'язаного з уникненням об'єктів чи ситуацій, які асоціюються зі специфічними фобіями (IAPT); [4] - GSI - суб'єктивна оцінка інтенсивності симптоматичного дистресу (SCL-90-R); [5] - PSDI - суб'єктивна оцінка схильності до перебільшення чи применшення симптоматичного дистресу (SCL-90-R)

Не менш цікавий результат продемонстрував порівняльний аналіз за показниками, які не були в основному фокусі нашого дослідження, а саме рівні вираженості параноїдальної симптоматики та схильності до психотичних реакцій виявилися статистично вищими у контрольній групі при відсутності значущих відмінностей за показником ворожості. Обговорюючи отримані

результати, ми висунули гіпотезу, що люди, які опинились у ситуації соціального дистанціювання, але не висловлювали скарг на тривогу чи інший дистрес через соціальне обмеження, більш схильні до підозрілості, формування ригідних непродуктивних концепцій щодо власного стану та ситуації у цілому або заперечення. Ми розглядаємо таке реагування як захисне в умовах адаптації до карантинних обмежень, що може маніфестуватися в окремих симптомах чи стратегіях опанування. У такий спосіб, можна очікувати асоціацію між загальним показником дистресу у повсякденній та робочій діяльності й згаданими вище категоріями.

Щоб визначити взаємозв'язок між основними змінними нашого дослідження, спочатку було проведено серію кореляцій між уникненням досвіду та вираженістю симптомів й дистресом, що їх супроводжує (Табл. 4-5)

|                        | Experiential avoidance | SPIN    | GAD-7   | SCL-90-R: SOM1 | SCL-90-R: O-C2 | SCL-90-R: ANX3 | SCL-90-R: PHOB4 | SCL-90-R: INT5 |
|------------------------|------------------------|---------|---------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| Experiential avoidance | 1,000                  | 0,770** | 0,072   | 0,180*         | 0,450**        | 0,259*         | 0,448**         | 0,451**        |
| SPIN                   | 0,770**                | 1,000   | 0,114   | 0,058          | 0,309**        | 0,216*         | 0,270**         | 0,701**        |
| GAD-7                  | 0,072                  | 0,114   | 1,000   | 0,786**        | 0,222*         | 0,649**        | 0,316*          | 0,167          |
| SCL-90-R: SOM1         | 0,180*                 | 0,058   | 0,786** | 1,000          | 0,143          | 0,325*         | 0,029           | 0,118          |
| SCL-90-R: O-C2         | 0,450**                | 0,309** | 0,222*  | 0,143          | 1,000          | 0,316*         | 0,06            | 0,038          |
| SCL-90-R: ANX3         | 0,259*                 | 0,216*  | 0,649** | 0,325*         | 0,316*         | 1,000          | 0,758**         | 0,374**        |
| SCL-90-R: PHOB4        | 0,448**                | 0,270** | 0,316*  | 0,029          | 0,06           | 0,758**        | 1,000           | 0,103          |
| SCL-90-R: INT5         | 0,451**                | 0,701** | 0,167   | 0,118          | 0,038          | 0,374**        | 0,103           | 1,000          |

Кореляційні зв'язки між експеріментальним уникненням та психопатологічною симптоматикою \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$

Так було 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 соціальним тривожним розладом, симптомами obsesивно-компульсивного розладу 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,  $p < 0,05$ ).

|                        | Experiential avoidance | Phobia scale-11 | Phobia scale-22 | Phobia scale-33 | IES-R   | W&SAS   | GSI4    | PSDI5   |
|------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------|---------|---------|---------|
| Experiential avoidance | 1,000                  | 0,717*          | 0,345*          | 0,216*          | 0,389*  | 0,322*  | 0,681** | 0,302** |
| Phobia scale-11        | 0,717*                 | 1,000           | 0,143           | 0,132           | 0,334*  | 0,420** | 0,245*  | 0,280*  |
| Phobia scale-22        | 0,345*                 | 0,143           | 1,000           | 0,165           | 0,503** | 0,312** | 0,176   | 0,097   |
| Phobia scale-33        | 0,216*                 | 0,132           | 0,165           | 1,000           | 0,216*  | 0,220*  | 0,161   | 0,054   |
| IES-R                  | 0,389*                 | 0,334*          | 0,503**         | 0,216*          | 1,000   | 0,397** | 0,140   | 0,03    |
| W&SAS                  | 0,322*                 | 0,420**         | 0,312**         | 0,220*          | 0,397** | 1,000   | 0,654*  | 0,392*  |
| GSI4                   | 0,681**                | 0,245*          | 0,176           | 0,161           | 0,140   | 0,654*  | 1,000   | 0,464** |
| PSDI5                  | 0,302**                | 0,280*          | 0,097           | 0,054           | 0,03    | 0,392*  | 0,464** | 1,000   |

**Таблиця 5.** Кореляційні зв'язки між експеріментальним уникненням та психоемоційним дистресом \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -

$p < 0,01$

Щоб дослідити, чи внесок уникнення досвіду, як механізму дезадаптивних стратегій, у дисперсію тяжкості загального психоемоційного дистресу у повсякденній та робочій діяльності серед досліджуваних експериментальної групи, було проведено ієрархічний регресійний аналіз. На першому кроці рівняння було введено вік, стать на другому, тривалість скарг на третьому кроці, суб'єктивна тяжкість загальної психіатричної симптоматики (показник GSI) та уникнення досвіду на четвертому й п'ятому відповідно. Отримані результати 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% ( $p < 0,001$ ).

Незважаючи, що вплив експериментального уникнення у даній моделі не є статистично значущим, ми вирішили визначити, чи пояснює цей аспект показники суб'єктивної оцінки інтенсивності симптоматичного дистресу. Результати лінійного регресійного аналізу вказують, що внесок рівня уникнення неприємного досвіду та іншого дистресу пов'язаного з симптомами тривоги через соціальні обмеження склав 46,2% ( $p < 0,001$ ).

Надалі було проведено чотири ієрархічних регресійних аналізи з ознаками розладів та порушень, що статистично відрізнялись від контрольної групи: генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, дистрес через специфічні фобії та вираженість симптомів ОКР, кожен з яких служив залежною змінною. Що стосується змінних-предикторів, то у рівняння було введено вік, стать, тривалість дистресу пов'язаного з соціальним обмеженням та/або уникненням і вираженість експериментального уникнення досвіду на 1-4-му кроках відповідно. Додатковими змінними було введено наявність в анамнезі підтверджених коморбідних діагнозів одного з тривожних розладів (включаючи ПТСР) та депресії.

Уникнення досвіду як посередника між неадаптивним подоланням і стратегіями регуляції емоцій й відповідного дистресу, пояснювало значну дисперсію у соціальну фобію ( $p < 0,001$ ), дистрес пов'язаний зі специфічними фобіями ( $p < 0,001$ ) та обсессивно-компульсивною симптоматикою ( $p < 0,001$ ). Поєднання чоловічої статі та віку у межах 24-35 років мало статистичний значущий внесок у дисперсію змінних за усіма розладами ( $p < 0,05$ ). Після додаткового контролю соціодемографічних показників було виявлено, що 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 соціального тривожного розладу було визначено наявність тривожних розладів у анамнезі, тривалістю дистресу асоційованого з соціальними обмеженнями та схильність до стратегій експериментального 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 експериментального уникнення. Загальна модель вираженості симптомів ОКР за тих самих змінних-предикторів може бути пояснена на 36,3% ( $p < 0,001$ ). У такий спосіб, не виявило статистичного значущого внеску у розвиток й підтримання симптомів специфічних фобій та ОКР симптомів на момент огляду, тривалості проживання з психоемоційним дистресом, що асоціюється з соціальними обмеженнями.

## **Результати й дискусії**

Дане дослідження вивчало вплив уникнення коригуючого досвіду в умовах карантинних обмежень на схильність до тривожних розладів та пов'язаний з ними психоемоційний дистрес. Ми передбачали позитивний зв'язок між психоемоційним дистресом та тяжкістю симптомів тривожних розладів, що спостерігаються в субклінічній групі (оскільки не проводилося додаткової верифікації психіатричної патології на момент огляду лікарем-психіатром), опосередкований уникненням (обмеженням) емоційного досвіду соціальної взаємодії.



Попередній кореляційний аналіз продемонстрував позитивно пов'язані з експериментальним уникненням тяжкість симптомів соціальної фобії, специфічних фобій та симптомів ОКР. Ці результати свідчать про те, що тенденція уникати внутрішніх переживань (з особливим акцентом на емоціях) може сприяти наявності загальних психіатричних симптомів у осіб, які опинилися в умовах соціального обмеження. Поруч з цим симптоми генералізованого тривожного розладу не виявили статистично значущої кореляції з уникненням досвіду, проте внесок у вираженість симптомів мав показник тривалості перебування в умовах соціального обмеження. У такий спосіб, карантинні обмеження слід розглядати як фактор вразливості до тривожного реагування в цілому, у той час, як уникнення коригуючого досвіду за його умов підсилює маніфест чи ризик рецидиву більш специфічних тривожних розладів. Отримані результати також узгоджуються з опосередкованим зв'язком між уникненням коригуючого досвіду, симптомологічним дистресом та дистресом у повсякденній та робочій діяльності виявленим у нашому дослідженні та інших [21, 22].

Розглядаючи, схильність до уникнення коригуючого досвіду як негнучке використання неуспішних стратегій регуляції емоцій і тілесних відчуттів у асоціації з ситуацією невизначеності та тривалістю соціальних обмежень, можна стверджувати її значний внесок у патогенетичні цикли підтримання тривожних розладів. Додатковими факторами вразливості у комбінованій регресійній моделі виявились чоловіча стать, вік у межах 24-35 років та наявність одного або кількох поширених психічних розладів у анамнезі. Ми припускаємо, що це може бути пов'язано з викликами навколо соціально-економічних наслідків карантину (звільнення, фінансова й робоча обмеженість, необхідність тривалий час залишатися вдома тощо) та стереотипами щодо психологічної стійкості чоловіків.

Варто зазначити, що різні варіанти когнітивного чи поведінкового уникнення можливо матимуть більш специфічний вплив на симптоматику тривожних розладів. Крім того, стратегії опанування дистресу через уникнення коригуючого досвіду, використані в цьому дослідженні, в першу чергу, оцінювали загальні тенденції уникнення за умов карантинних обмежень на основі гіпотези про причинно-наслідковий зв'язок між демонстрованими під час інтерв'ювання дискомфортом та життєвою ситуацією. Демонструючи важливість оцінки загальних стратегій опанування та адаптації, слід також звернути увагу на стратегії, які специфічно пов'язані з травматичним впливом (тобто, симптоми уникнення при ПТСР в анамнезі чи локдауну як варіанту соціальної травми), враховуючи наявність кореляційного зв'язку за попередніми даними нашого дослідження. Тому подальші дослідження можуть бути зосереджені на вивченні стратегій уникнення, спрямовані на різні аспекти внутрішнього досвіду.

Результати цього дослідження також слід оцінити у світлі його обмежень. Кореляційний аналіз та крос-секційний дизайн дослідження унеможлиблює з упевненістю визначення фактичного характеру та напряму перевірених зв'язків. Так, загальна психіатрична симптоматика могла призвести до тенденції уникати внутрішніх переживань, а не навпаки. Водночас демонстрація внеску уникнення коригуючого досвіду та тривалості дистресу через соціальні обмеження дозволяють стверджувати про їх важливу роль у клінічній картині тривожних розладів. Ці висновки також вказують на те, що роль цих факторів тісно пов'язана із симптомами загального дистресу, а не виключно зі специфічними симптомами посттравматичного стресу. Ще одним обмеженням валідності результатів може бути вплив стратегій уникнення на усвідомлення своїх емоцій або труднощів у відкритому вираженні думок і почуттів серед осіб з досвідом тривожних та депресивних розладів, а травматичний досвід у ранньому дитинстві може вплинути на розвиток стратегій уникнення як захисний фактор.

Превенція порушень психічного здоров'я у періоди глобальних викликів повинна враховувати механізми, що сприяють соціальному уникненню як модифікуючому фактору у патогенезі поширених тривожних розладів. Розробка психодукаційних активностей та заходів психологічної підтримки особистісних ресурсів в умовах життєвих викликів, що орієнтовані на

коригування негативного досвіду взаємодії (підтримання стосунку) та обмеженої автономії в умовах соціальних обмежень, можуть сприяти розвитку резильєнтності в умовах невизначеності та труднощів в адаптації. Зокрема, ми вбачаємо перспективу подальших напрацювань у розробці практичних рекомендацій з надання психосоціальної допомоги особам схильним до формування соціального тривожного розладу та їх адаптації в умовах глобальних змін.

## Посилання

1. World Health Organization. Corona virus disease (COVID 19) Situation Report 146. Geneva: WHO; 2020. URL: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200614-covid-19-sitrep-146.pdf?sfvrsn=5b89bdad\\_6](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200614-covid-19-sitrep-146.pdf?sfvrsn=5b89bdad_6)
2. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):57. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32631403/>
3. Ebrahimi OV, Hoffart A, Johnson SU. Physical Distancing and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Factors Associated With Psychological Symptoms and Adherence to Pandemic Mitigation Strategies. *Clinical Psychological Science*. 2021; 9(3):489-506. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702621994545>
4. Liu X, Zhu M, Zhang R, et al. Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):384. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01501-9>
5. Spinhoven P, Drost J, de Rooij M, van Hemert AM, Penninx BW. A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders, *Behavior Therapy*. 2014;45(6):840-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001>.
6. 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, *Eating Behaviors*. 2019;34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101308>.
7. Fernández-Rodríguez C, Paz-Caballero D, González-Fernández S, Pérez-Álvarez M. Activation vs. Experiential Avoidance as a Transdiagnostic Condition of Emotional Distress: An Empirical Study. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
8. Spinhoven P, van Hemert AM, Penninx BWJH. Experiential avoidance and bordering psychological constructs as predictors of the onset, relapse and maintenance of anxiety disorders: One or many. *Cognitive Therapy and Research*. 2017;41(6):867-80. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9856-7>
9. Tindall IK, Curtis GJ. Validation of the Measurement of Need Frustration. *Front Psychol*. 2019;10:1742. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01742>
10. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1218-39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
11. Tull MT, Gratz KL, Salters K, Roemer L. The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004;192:754-61. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89>;
12. Tull MT, Roemer L. Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*. 2007;38(4):378-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.006>;
13. Stein AT, Medina JL, Rosenfield D, Otto MW, Smits J. Examining experiential avoidance as a mediator of the relation between anxiety sensitivity and depressive symptoms. *Cognitive behaviour therapy*. 2020;49(1):41-54. DOI: <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1546768>
14. Kelso KC, Kashdan TB, Imamoğlu A, Ashraf A. Meaning in life buffers the impact of

- experiential avoidance on anxiety, *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;16:192-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.009>
15. Berman NC, Wheaton MG, McGrath P, Abramowitz JS. Predicting anxiety: the role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of anxiety disorders*. 2010;24(1):109–13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.09.005>;
  16. Spinhoven P, van Hemert AM, Penninx BWJH. Experiential Avoidance and Bordering Psychological Constructs as Predictors of the Onset, Relapse and Maintenance of Anxiety Disorders: One or Many. *Cognit Ther Res*. 2017;41(6):867-80. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9856-7>
  17. Panayiotou G, Karekla M, Mete I. Dispositional coping in individuals with anxiety disorder symptomatology: Avoidance predicts distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014;3(4):314-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.07.001>.
  18. Olivera-La Rosa A, Chuquichambi EG, Ingram GPD. Keep your (social) distance: Pathogen concerns and social perception in the time of COVID-19. *Pers Individ Dif*. 2020;166:110200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110200>
  19. Hawes MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*. 2021;1–9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291720005358>
  20. Bardeen JR. Short-term pain for long-term gain: the role of experiential avoidance in the relation between anxiety sensitivity and emotional distress. *Journal of anxiety disorders*. 2015;30:113–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.013>
  21. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;9:1301–20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
  22. Di Giuseppe K, Taylor AJG. Investigating How Intolerance of Uncertainty and Emotion Regulation Predict Experiential Avoidance in Non-Clinical Participants. *Psychol Stud*. 2021;66:181–90 DOI: <https://doi.org/10.1007/s12646-021-00602-1>
  23. Jowett S, Shevlin M, Hyland P, Karatzias T. Posttraumatic Stress Disorder and Persistent Somatic Symptoms During the COVID-19 Pandemic: The Role of Sense of Threat. *Psychosomatic medicine*, 2021;83(4): 338–44. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000890>
  24. Ugwu DI, Onyedibe MCC, Chukwuorji JBC. Anxiety sensitivity and psychological distress among hypertensive patients: the mediating role of experiential avoidance, *Psychology, Health and Medicine*. 2021;26(6):701–710. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1764599>
  25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(20):22–33.
  26. NCCMH. 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. Shyroka A, Mykolaychuk M. Ukrainian adaptation of the efficacy of psychotherapy questionnaire OQ-452: validity and reliability. *Scientific Bulletin of Kherson State University*. 2020;3:201–13. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-3-25>
  28. Shyroka A, Mykolaychuk M. Ukrainian adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) in subclinical and non-clinical samples. *Scientific Bulletin of Kherson State University*. 2021:101-12. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-14>
  29. Dembytskyi S, Sereda Yu. Symptomatic Questionnaire of Leonard Derogatis (SCL-90-R): Validation in Ukraine. *Sociology: theory, methods, marketing*. 2015;4:40–71. URL: <http://dSPACE.nbuv.gov.ua/handle/123456789/142132>