

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студента/

Лучко Олеся Анатоліївна

**ДОСВІД СОЦІАЛЬНОЇ ТРАВМИ ЯК ФАКТОР ВРАЗЛИВОСТІ ДО
ПОШИРЕНИХ АФЕКТИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ:
СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Ніздрень – Федорович Олександра Андріївна

доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

**Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології**

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Досвід соціальної травми як фактор вразливості до поширених
афективних та тривожних розладів: системний огляд літератури»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 20/М

спеціальності 053 «Психологія»

Лучко Олеся Анатоліївна

**Керівник: доцент кафедри клінічної
психології УКУ, кандидат психологічних наук**

Ніздрень – Федорович Олександра Андріївна

Рецензент:

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь **магістр**

Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача

кафедри

Аврамчук О.С.

“ ____ ” _____ 2022 року

З А В Д А Н Н Я

НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Лучко Олесі Анатоліївни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Досвід соціальної травми як фактор вразливості до поширених афективних та тривожних розладів: системний огляд літератури

керівник роботи *Ніздрень – Федорович Олександра, канд. психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ,*
затверджені Вченою Радою факультету від “ 18” квітня 2022 року № протоколу 9

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи

У структуру роботи входить вступ, I, II, III розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити). *Дослідити та розкрити поняття та виникнення соціальної травми на основі теоретико - методологічного аналізу літератури. Вивчити та дослідити виникнення афективних та тривожних розладів через досвід соціальної травми. Встановити як досвід соціальної травми у минулому вплинув на наявність розвитку афективних та тривожних розладів за результатами системного огляду. Дослідити особливості аспектів ризику виникнення афективних та тривожних розладів залежно від міри вираженості соціальної травми на основі теоретико - методологічного аналізу літератури*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) У магістерській роботі міститься 1 таблиця, 2 рисунки

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	<i>Вибір і погодження теми</i>	17.10.21	
	<i>Обговорення методології та структури дослідження</i>	02.11.21	
	<i>Здача опису роботи та бібліографії</i>	19.11.21	
	<i>Опрацювання I розділу роботи</i>	01.12.21	
	<i>Представлення I розділу роботи</i>	20.12.21	
	<i>Опрацювання II розділу</i>	09.03.22	
	<i>Презентація II розділу</i>	28.03.22	
	<i>Опрацювання III розділу</i>	01.04.22	
	<i>Представлення III розділу</i>	10.05.22	
	<i>Попередній захист магістерської роботи</i>	20.05.22	

Студентка

Лучко.О

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ **О. А. Ніздрень - Федорович**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ I.	
ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРАВМИ ТА ЙОГО РОЛІ У ФОРМУВАННІ ПРОБЛЕМ З ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ.....	10
1.1. Психологічна травма, визначення, чинники й фактори впливу психотравми.....	10
1.2. Розлади, які асоційовані з травматичним досвідом: поширеність, спільні аспекти патогенезу та наслідки.....	14
1.3. Соціальна травма як фактор вразливості до розладів, які асоціюються з травматичним досвідом.....	19
Висновки розділу I.....	23
РОЗДІЛ II.	
ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ТРАВМИ ЯК ФАКТОРА ВРАЗЛИВОСТІ ДО ПОШИРЕНИХ АФЕКТИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ	26
РОЗДІЛ III.	
АНАЛІЗ ОТРИМАНИХ ДАНИХ	29
Висновки до розділу III.....	32
ВИСНОВКИ.....	33
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА.....	35
ДОДАТКИ.....	40

ВСТУП

Протягом життя людина зіштовхується з багатьма викликами та подіями, які можуть впливати на її психічне здоров'я. Це можуть бути травматичні події: сексуальне насильство, ДТП, катастрофи, нещасні випадки, військові дії. Є розуміння травми, яка є загрозою життю і розглядається у контексті ПТСР (посттравматичного стресового розладу). Є ключові події, які сприяють розвитку ПТСР і є загрозою життю, також існують події, які можуть відігравати певну роль у розвитку ПТСР, афективних та тривожних розладів, але які не є загрозою для життя. Однією з таких загроз є соціальна травма, яка передбачає приниження та відторгнення в соціальних ситуаціях.

Актуальність: Тема соціальної травми є не достатньо досліджена. Наразі досліджуються розуміння соціальної травми – булінг, приниження, висміювання, відкинення іншими людьми. Соціальна травма частіше пов'язана з соромом, ніж критерій «Травма, що загрожує життю». Наскільки тяжко була перенесена соціальна травма, як вона вплинула на життя людини і які мала наслідки. Дослідження, які були розглянуті в процесі, твердять, що чим значиміше тяжкість соціальної травми, тим більше критерії відповідають ПТСР, афективним та тривожним розладам. Негативні соціальні події зазвичай не вважаються травмуючими. Однак дослідження показують, що аверсійні соціальні події іноді сприймаються як такі. (Brigette A. Erwin; Richard G. Heimberg; Brian P. Marx; Martin E. Franklin, 2006)

Соціальний тривожний розлад (СТР) у соціальних ситуаціях має характерні особливості бути збентеженим або приниженим.(American Psychiatric Association,2013)

Серед людей, які мали негативний досвід соціальних подій, спостерігається найвищий рівень симптомів ПТСР та соціально тривожного розладу (Carleton et al., 2011). Більшість людей із соціальним тривожним розладом розповідають про соціальний досвід і події, які характеризуються критикою, неприйняттям або приниженнями, які відіграють значну роль на початку розладу. (Bandelow et al., 2004; Hackmann, Clark, & McManus, 2000). Не у всіх дослідженнях вказано на те, що такі події являються головними факторами виникнення (СТР). (Harvey, Ehlers, & Clark, 2005; Hofmann, Ehlers, & Roth, 1995) Не завжди травмуючими можуть вважатися соціальні події, але дослідження вказують на виникнення аверсійних соціальних подій.(Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Guðmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., ... Thorisdottir, A. S. ,2020)

Об`єкт: Афективні та тривожні розлади

Предмет: Соціальна травма як фактор вразливості виникнення афективних та тривожних розладів.

Мета: Дослідити, як переживання соціальної травми впливає на поширення афективних та тривожних розладів

Завдання дослідження :

1. Дослідити та розкрити поняття та виникнення соціальної травми на основі теоретико - методологічного аналізу літератури.
2. Вивчити та дослідити виникнення афективних та тривожних розладів через досвід соціальної травми.
3. Встановити як досвід соціальної травми у минулому вплинув на наявність розвитку афективних та тривожних розладів за результатами системного огляду.

4. Дослідити особливості аспектів ризику виникнення афективних та тривожних розладів залежно від міри вираженості соціальної травми. основі теоретико - методологічного аналізу літератури.

Наукова новизна полягає в тому, що багато людей в своєму досвіді мають пережиття травматичних подій, що є ознакою актуальності, однак соціальна травма знаходиться на етапі дослідження. На даний час існує мало досліджень цієї теми. Тому виявлення того, як соціальна травма впливає на розвиток таких поширених розладів як депресія, соціальна тривога, тривожний розлад та ПТСР допоможе концептуалізувати розуміння процесу профілактики, а також запобіганню початку цих розладів. Виявлено ряд симптомів характерних для соціальної травми – це депресивні симптоми, суїцидальні думки, тривога, стрес, симптоми асоційовані з ПТСР. Найчастіше проявляються разом.

Практична новизна полягає в тому, що на основі отриманих даних буде запропоновано подальші дослідження соціальної травми і шляхи лікування наслідків. Втручання для роботи з травмою та ПТСР можуть бути запропоновані як один із методів лікування симптомів соціальної травми. Соціальна травма як окремий підвид травми може бути доповнений до протоколів лікування. Можливою є адаптація технік когнітивно-поведінкової терапії для профілактики та/або лікування наслідків соціальної травми.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, 3-х розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРАВМИ ТА ЙОГО РОЛІ У ФОРМУВАННІ ПРОБЛЕМ З ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ.

1.1. Психологічна травма, визначення, чинники й фактори впливу психотравми.

Психологічна травма – це життєва подія або ситуація яка є різновидом пошкодження людської психіки і впливає на значущі сторони існування людини і приводить до глибокого психологічного переживання. Психотравма є наслідком травматичної події, незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію, що може включати одиничний досвід або тривалу подію, або кілька подій. У подальшому термін «травма» вживається у розумінні психологічної травми.

Характеристикою травми є те, що вона може активуватися в періоди кризи і залишати за собою приховані сліди та наслідки (Krstić, 2009). Раніше термін «травма» вживався у медичному та психіатричному контексті і вже у другій половині ХХ століття ввійшов у область соціальних наук (Sztompka, 2009). Поняття психологічної травми широкого поширення набуло вже в останні десятиліття.

Беручи до уваги конструктивістську точку зору, Олександр (Alexander et al. 2004) описує що травматичні події які вплинули на цілі спільноти і їх членів, зазнали культурної травми, яка вразила групову свідомість і безповоротну зміну ідентичності а також залишила в ній свій жахливий слід. Суб'єкти які мають владу у суспільстві керують та

відбирають інформацію для соціальних суб'єктів таких як наука, право, бюрократія та ЗМІ і виходячи з репрезентації певні події набувають значення травми. «Інформація, яка веде до травми, містить інформацію про осквернення важливих цінностей, про деструктивний соціальний процес або процеси, про заподіяння шкоди суспільству та про вимоги емоційної, інституційної та символічної репарації та реконструкції» (Alexander et al. 2004). (Ivana Pedović, Vladimir Hedrih , 2019)

Здатність впоратись з емоціями або інтегруватися в звичайне життя після травми може бути важкою. Багато дослідників психологічної травми вивчали наслідки протягом століть, де було виявлено поширення травми. Виявити наслідки для окремих людей і громад виявилось важко. Загальновідомим фактом є те, що люди, які потрапляють в різні травматичні події (бойові дії, природні катастрофи, ДТП та ін.) більше піддаються ризику емоційного дисбалансу. Травма та її наслідки досі є предметом суперечок та обговорень серед дослідників та клініцистів. Дослідження все ж таки вказують на те, що кожна людина, яка мала досвід пережиття травматичної події буде мати проблеми чи наслідки у психічному здоров'ї. Психологічний дистрес, який був пов'язаний з травматичною подією може проходити відносно швидше. Також виявлено, що наслідки можуть бути виражені не одразу, а розвиватися протягом життя. Так, наприклад, сексуальне насильство в дитинстві може бути пов'язана з психічним розладом у дорослому віці. Звідси ми бачимо, що реакції на травму бувають різні. (Mohammad Tahani, Hamid Taheri, Tamkeen Saleem, 2021)

Травма – це складне явище, яке торкається багатьох сфер особистості (психологічної, фізіологічної та сексуальної зрілості, пам'яті, лібідо, дитинства, дорослішання, афекту, реакції, задоволення, болю, насилля, фрустрації, прийняття та неприйняття, любові, страху тощо). Психотравма може сприяти розвитку психічних захворювань через шкоду

впливу негативних чинників на психіку людини. У більшості випадків наявність психологічної травми може призвести до того, що людині знадобиться лікування посттравматичного стресового розладу. Фізична травма, яка загрожує життю людини або порушує відчуття безпеки, що супроводжується сильним емоційним потрясінням, може бути пов'язана з психотравмою.

Вважається, що травма є синонімом визначеної об'єктивної причини травми, наприклад, якщо людина втратила якусь частину тіла під час ДТП, наслідок травми завжди суб'єктивний і відноситься до впливу — уявленої «рани», або «пошкодження», походить від грецької (Miller, 2004). Отже, вплив травмуючої події для однієї людини може значним чином відрізнятися від іншої. Те, що руйнує життя для однієї людини, може мати мінімальний вплив на іншу. Існує багато факторів на яких ґрунтується така диференціальна реакція вони включають у себе вік індивіда, гендерну ідентичність, попередній травматичний досвід, хронічні травми, сімейний анамнез травми, стресові фактори поточного життя, соціальну підтримку, а також культурні, релігійні особливості людини, або духовне ставлення до біди. (Straussner, Shulamith Lala Ashenberg; Calnan, Alexandra Josephine ,2014)

Травми бувають різних видів, так Франсін Шапіро, основоположниця підходу до лікування рухів очей (EMDR) (Шапіро 1995), назвала «великими Т» травмами, до «малих» або «малих» травм, що Штрауснер (2012) називає «мікротравмами». Травми великого «Т» можуть включати в себе природні катаклізми, такі як урагани, повені, лісові пожежі чи ядерні катастрофи, а також людські катастрофи, такі як смертельні автомобільні аварії, індивідуальне та масове насильство та інші одноразові травматичні події і можуть мати вплив на окремих осіб, сім'ї, групи та спільноти. Травми великого «Т» також можуть включати «комплексні травми» Джудіт Герман (1997), їх також називають

комплексними травмами та розладами екстремального стресу (DESNOS-розлади екстремального стресу, не зазначені інакше) – травми, які стосуються подій, які довго тривають або множинних травматичних подій. (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday and Spinazzola, 2005) Прикладами складних травм великого «Т» є (Terr, 1991) те що називають травмою типу II, і включають постійне міжособистісне насильство, фізичне або сексуальне насильство над дітьми, що триває кілька років, нескінченні війни або постійні терористичні акти. Багато з нас може стикатися з невеликими або мікротравмами і вони є найбільш поширеними травмами. Вважається, що травми великого «Т» легко ідентифікуються, але існує багато мікротравм, які часто залишаються невизначеними та невизнаними, наприклад знущання в школі, чи на робочому місці (Idsoe et al. 2012; Mishna 2012), переслідування кимось (Purcell et al. 2005), життя у важких умовах, бідність (Kiser 2007), народження дитини (Kendall-Tackett 2013) або постійна індивідуальна дискримінація через расу, релігію, гендерну ідентичність або сексуальну орієнтацію тощо. Однак, ці мікротравми є також небезпечні і можуть спричинити багато душевного болю та шкоди протягом усього життя. (Straussner, Shulamith Lala Ashenberg; Calnan, Alexandra Josephine ,2014)

Травму та насильство також розглядають через призму стосунків або соціальних зв'язків. «Соціальний капітал» відноситься до концепції того, що соціальні зв'язки служать ресурсом для окремих осіб, спільнот і суспільства (Moore, S., Stewart, S., & Teixeira, A.,2014). Конструкції, які використовуються для опису основ соціальної близькості включають соціальну підтримку, соціальну довіру, соціальну згуртованість, соціальні ресурси, колективні дії і соціальний контроль. Соціальному капіталу бракує чіткості у визначенні та вимірюванні. Проте включення стосунків у вивченні травми та насильства є важливим. Істотний вплив мають соціальні стосунки на психічне та фізичне здоров'я, поведінку, здоров'я та

смертність.(Umberson & Montez, 2010) Було визначено, що тривалі відносини, інкубують або пом'якшують травми, зловживання, і насильство. (Lagos M, Bekerman S, Sosa N., 2017) Фактором ризику збільшення насильства є, наприклад, нехтування, використання суворої дисципліни або нестабільність, тоді, як материнська теплота, батьківська підтримка є моніторингом посередництва в асоціальній поведінці дітей. (Jaffee, S. R., Strait, L. B., & Odgers, C. L. (2012))

1.2 Розлади, які асоційовані з травматичним досвідом: поширеність, спільні аспекти патогенезу та наслідки.

Дослідження травми здебільшого відбувалося в контексті ПТСР. Відповідно до Діагностичного та Статистичного Посібника Психічних Розладів (5th edition; DSM-5), Синдром Гострого Стресу (СГС) та ПТСР – це розлади пов'язані з стрес-факторами та травмами, в яких контакт з травматичним та стресовим досвідом служить однозначно критерієм діагнозу. СГС це психічний розлад, основною ознакою є розвиток характерних симптомів, що тривають від 3 днів до 1 місяця після одного або більше травматичних досвідів. Виділяють 5 симптомних категорій СГС 1) *Симптом Інтрузії*, 2) *Поганий Настрій*, 3) *Дисоціативний Синдром*, 4) *Симптом Уникання*, та 5) *Симптом Збудження*. Аби точно відповідати критеріям діагнозу, у пацієнта повинно проявлятися щонайменше 9 або більше симптомів з будь-яких 5 категорій, що згадувалась вище. Важливо зауважити, що "майже половина осіб, що страждають від ПТСР, первинно пережили СГС". Інші розлади асоційовані зі стресом: «Disinhibited Social Engagement Disorder - Розгальмований розлад соціальної заангажованості». Ознаками є занадто знайома поведінка з відносно не знайоми людьми. Ця модель поведінки порушує соціально культурні кордони. Для встановлення діагнозу дитині має бути не менше 9 місяців. «Adjustment Disorders - Порушення адаптації» - Реакцією на ідентифікований стресор є

наявність емоційних або поведінкових симптомів. Стресори можуть бути одиничними, повторювальними, безперервними. Можуть впливати на окремого індивіда або цілу сім'ю, громаду. Симптоми розладу можуть бути пов'язані з втратою. А також пов'язані з великим ризиком суїцидальних спроб. «Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder- Інші уточнені розлади, пов'язані з травмою та стресом» – У цій категорії розладів проявляються симптоми характерні для травми і розладів пов'язаних зі стресом, що проявляються порушенням в соціальній, професійній або інших важливих для життя сферах, супроводжуються дистресом, але не відповідають у повному обсязі критеріям будь якого розладу у діагностиці розладів. (American Psychiatric Association.,2013)

«Відповідно до DSM, експозиція має відбуватися одним із таких способів: Безпосереднє зіткнення з травматичною подією/подіями; особисто спостерігати за подією/подіями, як це відбулося з іншими; дізнавшись, що травматична подія/випадки (насильницька чи випадкова) сталася для того, щоб закрити кохану людину або друга; та стикаючись з повторюваним або серйозним впливом на неприємні деталі, пов'язані з цим травматичні події».(APA, 2013, стор. 271, критерій А)

Діагноз ПТСР ставиться, якщо Критерій А виконується на додаток до суб'єктивної, емоційної відповіді протягом щонайменше одного місяця із симптомами повторення, уникненням, негативними змінами в пізнанні та настрої, та зміни збудження та реактивності.(APA, 2013, стор. 271–272, критерії В, С, D та E) Більше зокрема, повторне та небажане переживання події, емоційне оніміння, гіперзбудження та уникнення стимулів (включаючи думки), які можуть служити нагадуванням для події вважаються симптомами посттравматичного стресу (ПТСС). Дебати в літературі відбувались про те, що є травматичним стресором (Beidel, 1991; Boals and Schüttler, 2009; Gold, Marx, Soler-Bayo and Sloan, 2005; Long et al., 2008; McNally, 2003), а дослідники і клініцисти складно знаходили

об'єктивні характеристики травматичних подій та переживань. Ключовою характеристикою травматичної події в контексті ПТСР, здається, є неминучою загрозою для життя (наприклад, Carlton, Peluso, Colimor and Asmundsson 2011; Long et al.,2008), хоча сексуальне насильство/домагання, цькування не обов'язково відповідає цьому поняттю. (Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Guðmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., ... Thorisdottir, A. S. ,2020)

Причини посттравматичного стресового розладу (невиразність, сором, депресивні думки, страх стигматизації тощо) часто пов'язані або приховуються з травматичними подіями та їх наслідками. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) залишається найбільш широко відомим розладом, незважаючи на це, хронічних посттравматичних психічних розладів є багато і вони є різноманітні. ПТСР – не єдиний діагноз, після травми практикуючий лікар має перевірити наявність різних клінічних форм посттравматичних психологічних наслідків. На основі міжнародної літератури, вважається за необхідне побудувати дидактичну класифікацію з описом хронічних посттравматичних симптомів і синдромів. Депресії викликані посттравматичним стресом та важка втрата призводять до високого ризику суїцидальної кризи та поведінки самоушкодження. При повторному переживанні відчувається тривога, гіперзбудження підвищує тривожну реактивність, а стратегії уникнення підвищують тривожність очікування, що вказує на посттравматичні тривожні розлади (агорафобія, специфічна фобія, нав'язливий розлад, тривога розлуки, соціофобія). Часто для важкої клінічної картини характерним є поєднання посттравматичних і хронічних психотичних симптомів і це не є незвичайним (посттравматична шизофренія, посттравматична депресія з психотичними ознаками, що відповідають настрою, нешизофренічний посттравматичний психотичний

розлад та біполярна реакція на травму). (Straussner, S.L.A., Calnan, A.J.,2014)

У осіб, які пережили травму, часто проявляються симптоми або розлади депресії та тривоги, порушення відносин у стосунках, соціальних та інших основних сферах життя, також спостерігаються інші тривожні симптоми. Не рідко, підвищений ризик розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, включаючи зловживання та залежність. Також травматичні події можуть супроводжуватись розладами сну та проблемами фізичного здоров'я. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014)

У багатьох сучасних дослідженнях продемонстровано, як інші психологічні розлади впливають на травматизацію та мають безліч негативних наслідків у психологічному благополуччі. Можемо спостерігати, що ці фактори не формуються самостійно. Розлади настрою (так звикли називати афективні розлади) нерідко пов'язані зі стресовими подіями чи ситуаціями. Порушення, які відносяться до цих розладів, включають в психічну патологію зміну настрою або афекту, найчастіше у бік його пригнічення чи підвищення. Афективні розлади мають повторювальні епізоди. (Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С., 2014)

Розглядаючи патогенез соціальної фобії, часто приділяють увагу розвитку негативного досвіду через стосунки у дитячому та підлітковому віці: погане ставлення у родині, конфліктні ситуації у сім'ї (фізичне та емоційне насилля з боку рідних), булінг чи зневага, приниження через соціокультурні відмінності тощо. Оцінюючи соціальну ситуацію в не корисній формі для себе, використовуючи неефективні когнітивні стратегії, отримуємо негативний досвід як травматичний. Уникнення коригуючого досвіду впливає на стійкість психопатологічної симптоматики та психосоціальну дезадаптацію, а також закріплює

травматичний досвід. Повертаючись до критерію А, відповідно DSM-5 (American Psychiatric Association.,2013) щодо подій, які являються травматичними, люди, які страждають на соціальну фобію і повідомляють про один епізод або декілька: з елементами соціального приниження, відторгнення та критики — як клінічно значущий травматичний дистрес, який не підходить зазвичай під цей критерій. «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». (Аврамчук О , 2021)

Аналізуючи літературу та дослідження, ми можемо зробити висновок, що люди, які мають травми в анамнезі і проходять лікування від тяжких психічних розладів, частіше піддавалися фізичному та сексуальному насильству в дитинстві, або мали серйозні нещасні випадки, передозування наркотиків, бездомність, вимушені психіатричні госпіталізації, міжособистісне насильство та інші форми насильства. Багато з цих пацієнтів відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу. Але також існують інші люди, які мають в анамнезі травми і серйозні психічні захворювання з психологічними симптомами або психічними розладами, які зазвичай асоціюються з травмою в анамнезі, включаючи симптоми тривоги та розлади настрою (наприклад, велика депресія, дистимія, біполярний розлад Mueser et al., 2004), розлади контролю за імпульсами та розлади вживання психоактивних речовин. (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005) Травматичний стрес збільшує ризик та тяжкість симптомів психічного захворювання.(Spitzer, Vogel, Barnow, Freyberger & Grabe, 2007) Судячи з цих висновків, бачимо, що

травма часто є основою розвитку психічних розладів. Травматичний стрес значно впливає на тривалість та загострення психічних захворювань. Виявлено двонаправлений зв'язок, який можна спостерігати у випадку з вживанням психоактивних речовин: ризик переживання травми збільшують психічні захворювання, а розвиток психологічних симптомів і психічних розладів збільшує психотравму. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014)

Людина, яка пережила травмуючу подію, відчуває психологічне напруження, при цьому може бути порушена цілісність особистості. Може бути зруйнований світогляд людини та звичайне життя. Не залежно від часу коли сталася подія вона негативно впливає на адаптацію людини у житті.

1.3 Соціальна травма як фактор вразливості до розладів, які асоціюються з травматичним досвідом.

Фахівцями всього світу було визначено, що більшість психічних розладів мають поліетіологічну природу, на це впливають як внутрішні, так і зовнішні фактори. «Важливим є біологічно-конституційний тип особистості та особистісний життєвий досвід, соціальні фактори та етнокультуральні особливості індивіда».(Бандура А., 2000)

З повторним пережиттям пов'язано багато інших посттравматичних симптомів. Враховуються різні ступені: тривожні розлади (насамперед агорафобія та obsесивно-компульсивний розлади), розлади настрою (особливо депресивні), ускладнена втрата, психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами (особливо зловживання алкоголем та наркотиками), соматоформні розлади, психосоматичні та соматичні симптоми (включаючи наслідки черепно-мозкової травми, якщо вони пов'язані), порушення інстинктивної поведінки, поведінкові розлади, особистісні зміни та труднощі адаптації у професійному та особистому

житті. Іноді ці розлади або їх симптоми можуть називати «неспецифічними», бо їх також можна спостерігати в психічних розладах, крім посттравматичного стресового розладу. Сильний клінічний зв'язок з травматичними обставинами підтримується через гіперзбудження, стратегії уникнення та інші симптоми, що спричиняють їх, тобто це не лише «супутні захворювання» або «ускладнення» а справжній посттравматичний клінічний об'єкт. Посттравматичні симптоми можуть коливатися якісно і кількісно між періодами ремісії та рецидиву і не обов'язково зустрічаються разом, хоча можуть. Симптоми можуть зникати наприклад повторне переживання і також з часом можуть з'явитися або погіршитися інші клінічні прояви. Без лікування, посттравматичний розлад може призвести до інвалідизації у міру накопичення симптомів із негативними соматичними впливами, які матимуть соціальні наслідки. (Auhéméry, Yann ,2018)

На психологічні процеси людини впливають тривожні переживання індивіда на різних рівнях функціонування та сприяють значним змінам у Я-концепції, моделі відносин і системи переконан. (Schimmenti & Caretti, 2016) У дослідженнях вказано, що види потенційно травматичного досвіду часто взаємопов'язані (Armour, Elklit, & Christoffersen, 2014; Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999; Mueser et al., 1998). У осіб, які зазнали впливу до тривожних подій у дитинстві підвищена вразливість до психопатології, швидше за все, це відбувається тому, що у дітей зменшені ресурси для обробки таких подій на когнітивному та емоційному рівнях. (van Dijke, Annemiek; van der Hart, Onno; Ford, Julian D.; van Son, Maarten; van der Heijden, Peter; Bühring, Martina, 2010) Внаслідок травми у дітей, яка може бути наслідком зловживання та неогляду зі сторони самих батьків, може бути порушена регуляція емоційного збудження. В цьому випадку, діти залишаються на одинці з емоціями, які їх переповнюють і можуть використовувати дисоціацію для того щоб впоратися з нестерпними

внутрішніми переживаннями та емоційною дисрегуляцією. (Schimmenti & Caretti, 2016). «Дисоціація — це психічний і психобіологічний процес, притаманний травмі і вже присутній на ранніх стадіях розвитку»(Nijenhuis, 2015; O'Neil, 2009). Завдяки цьому розум захищається від переживань які переповнюють Це дозволяє людям тимчасово захистити розум від переживань, які переповнюють їх. Якщо вже дисоціація надмірно активована і вважається первинною реакцією людини на стрес, вона може стати патологічною і може сприяти психопатологію (Bromberg, 2003; Chefetz, 2015; Schimmenti & Caretti, 2016). (Schimmenti, Adriano, 2017)

Соціальна травма розглядається як травма, яка не загрожує життю людини, однак має вплив і наслідки у психо-емоційному стані. До таких травм можна віднести булінг, цькування у школі на роботі, насильство, знехтування батьками у дитинстві. Травматичні події, на які вплинули соціальні фактори обумовлені місцем, середовищем, соціальним статусом та ін. Були проведені дослідження, де показується вплив цих травматичних подій на подальше життя. Виявилось, що, як наслідок, це може вплинути на появу афективних та тривожних розладів.

Травми в основному досліджувалися в контексті посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У дослідженні «The Impact of Social Trauma among Outpatients with Social Anxiety Disorder Compared to Individuals with No Mental Disorders» (Karen Guðmundsdóttir og Andri Steinþór Björnsson, 2016) розглядали, чи можуть існувати два види травм та що загрожує життю та соціальна травма, яка включає в себе приниження, глузування, цькування, насильство, а також, чи були різні типи тяжкості соціальної травми. Було виявлено, що учасники, які повідомили про досвід жорстокого приниження, глузування або цькування, сексуального насильства, булінгу, мали різні показники тяжкості пов'язані з високими симптомами соціальної тривоги, депресії, погіршенням якості життя та більш функціональні порушення такі як ПТСР, тяжкість соціальної

травми, яку передбачається діагностувати з соціально тривожним розладом. Соціальна травма має важливий вплив і є частиною пояснення того, чому деякі люди продовжують розвивати соціально тривожний розлад та клінічно значущий ПТСР щодо цієї події. У дослідженні також було виявлено, що ПТСР асоціюється з симптомами соціального тривожного розладу, це може також свідчити про те, що травматична реакція на негативну соціальну подію може сприяти розвитку соціально тривожного розладу. (Karen Guðmundsdóttir og Andri Steinþór Björnsson, 2016)

Інший огляд (Wolke, D.; Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. Archives of Disease in Childhood) щодо досліджень проявів соціальної травми, здебільшого зосереджений на сімейному становищі та інших випадків насильства у родині, дослідження впливу участі в булінгу на подальше здоров'я, самоушкоджуючої поведінки та самогубства, навчання, працевлаштування та соціальних відносин. (Wolke, D.; Lereya, S. T.,2015) Тут розглядалися контрольовані дослідження, в яких надано найбільш приближене розуміння довгострокових наслідків знуцання у дитинстві. У розрізі дослідження ми бачимо, що наслідки знуцання були згубними навіть через 40 років. Також було виявлено, що результати тих, хто піддався насильству у дитинстві або підлітковому віці неодноразово, мав гірші результати. У тих ж, хто мав досвід знуцання тільки у шкільному віці, було виявлено тривалий вплив цих наслідків на здоров'я, в порівнянні з тими, над ким ніколи не знуцались. Також було виявлено, що жертви демонструють найгірші результати щодо психічного здоров'я, соціальної адаптації, фінансового становища та вплив на раннє батьківство. Ті ж хто був ініціатором насильства, цькування або боулінгу виявилися соціальними маніпуляторами, черствими та не емпатійними. (12. Wolke, D.; Lereya, S. T.,2015)

Соціальна травма має значний вплив на психологічний та емоційний стан людей. Часто ті, хто пережив досвід соціальної травми, в подальшому житті уникає соціальних стосунків, або страждає від повторних проявів схожих насильств. На це вказує також огляд літератури (Andrea Kopstein, Ph.D., M.P.H., Karl D. White, Ed.D., and Christina Currier) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014) . Люди, які пережили насильство в дитинстві та міжособистісне насильство, мають значне відчуття зради. Травмуючими стають стосунки у родині або довірених опікунів (насильство фізичне або психологічне знущання). Такий досвід порушує формування стосунків, як зараз, так і в майбутньому, а відчуття довіри та здорове ставлення до них зникає. Недовірлива поведінка часто стає захисною і стає причиною труднощів у спілкуванні, може з'явитися пильність та спостереження за іншими. Це може проявлятися також в психотерапії відносно свого терапевта. Відчуття зради є болючим, а якщо людина мала досвід соціальної зради у минулому це може вплинути на здатність довіряти та формувати підтримуючі стосунки. Але підтримка інших є значною допомогою у відновленні після травматичного стресу. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014)

Висновки до розділу I

Теоретична модель побудована згідно спостережень обраної теорії та розглянутих досліджень. (Рис.1.1) Ми можемо виділити фактори схильності які впливають на розвиток соціальної травми: біологічні (Емоційний темперамент, наявність психічних розладів в родині, емоційно не стабільні батьки) і негативний досвід у минулому (Насильство в родині або з боку опікунів, сексуальне скривдження, боулінг, цькування не прийняття однолітками, дискримінація стосовно расової приналежності, не прийняття, відкинення, зрада, інші соціальні травматизації). Під впливом цих подій а також учасників у людини формуються дисфункційні схеми:

покинення/нестабільності стосунків, недовіри/скривдження, емоційної депривації, емоційної інгібіції, дефективності/сорому, соціальної ізоляції/відчуженості, некомпетентності, очікування на катастрофу, залежності/безпорадності, злиття/не відокремленості, підкорення, самопожертви, надвисоких стандартів/гіперкритичності, особливого статусу та прав, недостатнього самоконтролю/самодисципліни, особистої ідентичності.(А.Арнц, Г.Якоб, 2014) І для того, щоб вижити людина підлаштовується під ці схеми і у неї з'являються стилі поведінки та глибинні переконання: «Я невдаха», «Я поганий», «Я не вартий любові», «Я слабка». Ці фактори негативно впливають на людину і мозок вмикає функції захисту - нападай, втікай, завмирай. Для того щоб вижити формуються відповідні провила життя наприклад: «Щоб не чутися невдахою я маю робити все на 100%», «Щоб не чутися поганим, я маю всім догоджати», «Я маю догоджати і робити все правильно, бути хорошою щоб мене любили», «Я маю підлаштовуватись під когось». І тоді людина живе з цим до поки це не починає заважати якості її життя. Вона може не помічати то що з нею відбувається, і навіть не розуміти, що це є наслідком отриманої соціальної травми. Проблеми які виникають як наслідок: депресія, соціальна фобія, розлад соціальної тривоги, розвиток ПТСР, тривожний розлад, а також інші наслідки пов'язані з афективними, тривожними розладами, а також проблеми самосприйняття та проблеми у соціальній сфері. Тобто ми бачимо, що охоплюється великий спектр проблем. Також є тригери які впливають на ці проблеми і посилюють їх: згадування події, речі які можуть нагадувати про подію, люди, які можуть нагадувати про подію. Шляхами подолання цих проблем є побудова адаптивних схем, навиків адаптивної моделі поведінки. Втручання при роботі з травмою та ПТСР, терапія розладів, доброзичливе ставлення та підтримка близьких.

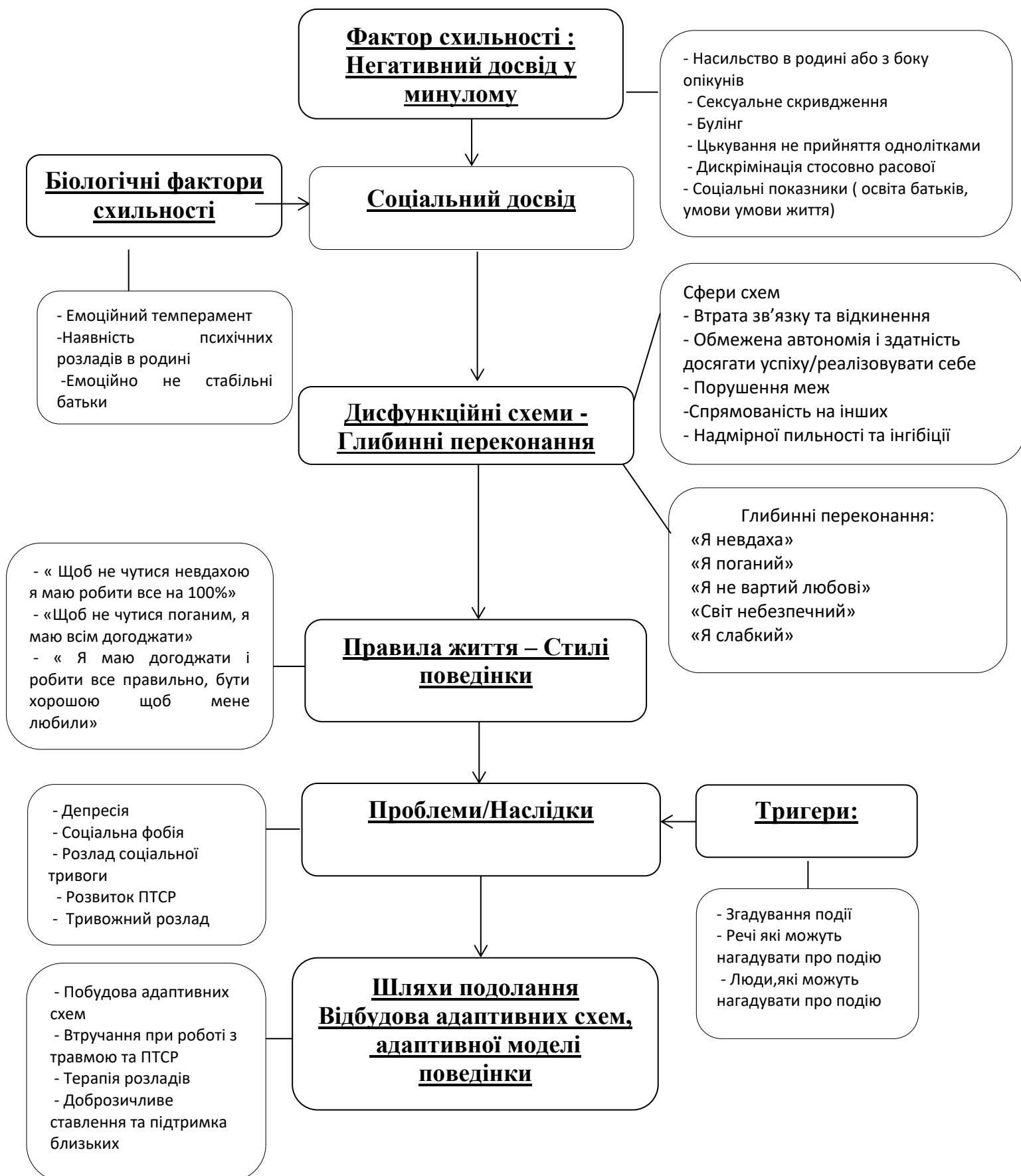


Рис. 1.1. Теоретична модель соціальної травми

РОЗДІЛ II ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ТРАВМИ ЯК ФАКТОРА ВРАЗЛИВОСТІ ДО ПОШИРЕНИХ АФЕКТИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ.

Ми здійснювали пошук відповідних публікацій через електронну базу даних PubMed з 2017 р. по 2021 р. (результати відбору наведені на рис. 2.1). Був здійснений пошук за ключовими словами: «social trauma» (соціальна травма), «trauma» (травма), «affective disorders» (афективні розлади)/ «anxiety disorders» (тривожні розлади). Попередній теоретичний огляд, вказує, що поняття “соціальна травма” часто застосовується поруч з поняттями «bullying» (булінг) та «violence» - у значенні насильство. Оскільки відповідно до нашої теоретичної моделі соціальна травма розглядається як наслідок булінгу та/чи психологічного насилля, ми включили ці поняття до пошуку. Також ґрунтуючись на результатах досліджень опублікованих до 2017 року, ПТСР та соціальний тривожний розлад розглядаються як найбільш поширені тривожні розлади, які асоціюються з травматичним досвідом соціальної взаємодії, було прийнято рішення концептуалізувати поняття "тривожні розлади" з фокусом на діагнози чи наявність симптоматики, що відповідає ПТСР та СТР.

Надалі був здійснений “ручний” пошук за ключовими словами у назвах та анотаціях в базах даних Web of Science and Research Gate. Обиралися лише роботи, опубліковані в рецензованих журналах англійською мовою. До подальшого розгляду, ми включили дослідження, де: 1) у суб’єктів було діагностовано афективні або тривожні розлади (зокрема ПТСР та СТР); 2) соціальна травма (булінг, психологічне насилля) була в центрі уваги дослідження; 3) була зроблена деяка оцінка чи огляд соціального впливу на розвиток афективних та тривожних

розладів, 4) було розглянуто як соціальне уникнення впливає на розвиток розладів; 5) суб'єктами були всі категорії.

Критерії виключення: Інші системні огляди, мета – аналізи, case study, посттравматичний стресовий розлад пов'язаний з COVID – 19.

Внаслідок пошуку за наведеними ключовими словами в різних комбінаціях було знайдено 676 досліджень, що відповідають темі нашого огляду і були опубліковані за останні 5 років. Далі був проведений первинний скринінг абстрактів, який дозволив відсіяти 608 досліджень. Основними причинами виключення на даному етапі була невідповідність методів дослідження меті нашого огляду. Таким чином, було відібрано 68 досліджень. Також був проведений ручний пошук за яким було виявлено 5 статей які підпадають під критерії пошуку. Разом з цим маємо 73 повнотекстові статті. Наступним кроком повні тексти даних досліджень були перевірені на відповідність критеріям включення. На цьому етапі 64 досліджень було виключено. Серед основних причин виключення – не була зосереджена увага на афективних та тривожних розладах, не оцінювався або не переглядався вплив соціальної травми на афективні чи тривожні розлади, тематичні дослідження, наявність лише протоколу/опису і відсутність даних про результати, публікація тексту дослідження не англійською мовою, а також занадто вузька специфіка груп досліджуваних. Для подальшого огляду було відібрано 8 статей.

Для синтезу даних з кожної включеної в огляд публікації екстрагувалися наступні дані: відомості про популяцію, у якій проводилось дослідження, терміни його виконання, обраний авторами оригінальної роботи дизайн дослідження, основні досліджувані параметри та результати робіт. Детальна інформація по кожній із включених в огляд публікацій наведена у Таблиці 1.



Рис. 2.1. Блок-схема вибору дослідження

РОЗДІЛ III АНАЛІЗ ОТРИМАНИХ ДАНИХ.

В результаті відбору для системного огляду було отримано 8 досліджень. Проведемо доцільний аналіз результатів цих досліджень. Раніше було зазначено, що соціальну травму як поняття ми розширили поняттями булінг та насильство. Аналіз досліджень можна розділити на підкатегорії.

Підкатегорія №1: Соціальна травма та депресивні стани.

У знайдених дослідженнях було виявлено, що симптоми депресії в дорослому віці пов'язані зі знуцаннями в ранньому або пізньому підлітковому віці. Зростаюча кількість досліджень показують, що булінг у дитинстві може мати в довгостроковій перспективі серйозні наслідки для психічного здоров'я. Тому знуцання слід вважати важливим ризиком для здоров'я. Також було виявлено, що свідки та агресори теж страждають від булінгу, тому важливим є як сімейне так і шкільне втручання. (Winding, T.N., Skouenborg, L.A., Mortensen, V.L. et al , 2020) Це є значна проблема, яку не слід ігнорувати. Вона негативно впливає на життя молодих людей, завдає психологічну, емоційну а також і поведінкову шкоду. Авторами (Fernanda de Oliveira Pimentel, Cristina Pilla Della Méa, Naiana Dapieve Patias) було виявлено і інші механізми, те що проблеми з психічним здоров'ям можуть призвести до булінгу і бути фактором ризику подальшого цькування, що призводить до загострення афективних та тривожних розладів. Люди які піддаються зараз цькуванню вже могли бути жертвами булінгу раніше. Що стосується впливу то цей ризик залежить від середовища в якому знаходиться людина і не виникає через особистість або дефіцит особистості. (De Oliveira Pimentel, F., Della Méa, C. P. ., & Dapieve Patias, N.,2020)

Підкатегорія №2 : Соціальна травма та тривожні стани.

В одному з досліджень (Hoeboer, Chris; de Roos, Carlijn; van Son, Gabrielle E.; Spinhoven, Philip; Elzinga, Bernet, 2020) ми можемо бачити потенційно важливий зв'язок між жорстоким поведінням з дітьми та психічними розладами, які охоплюють тривожний розлад (включаючи посттравматичний стресовий розлад), афективний розлад (включаючи депресію), поведінковий синдром, зловживання психоактивними речовинами та шизофренію. Емоційне насильство та нехтування мали сильніші асоціації з тривалими психічними розладами в порівнянні з іншими видами жорстокого поведіння. Асоціації не залежали від того чи були це учасники у яких не було діагностовано психічні розлади в середньому чи старшому віці, чи ж автори включали всіх учасників, включаючи тих, у кого був попередній діагноз, асоціації в цілому були однаковими. Це вказує на те, що через 20-70 років після того як відбувалися ці події, очевидними стають потенційні наслідки жорстокого поведіння з дітьми для психічного здоров'я, навіть у осіб, які не мали в анамнезі психічних розладів у ранньому дорослому віці. Спосіб життя та біологічні фактори були лише частиною з того як жорстоке поведіння з дітьми впливає на довгострокові наслідки. Незалежно від статі, рівня освіти, фізичної активності, асоціації були постійними, але виявлено, що сильнішими були серед людей, які мали меншу соціальну активність та вживали алкогольні напої. Це може бути використано, як виділення окремої категорії пацієнтів, які мають найвищий ризик виникнення та розвитку психічних розладів. (John M Macpherson, Stuart R Gray, Patrick Ip, Marianne McCallum, Peter Hanlon, 2021) Продовжуючи тему жорстокого поведіння в дитинстві дослідження вказують, що можливо передбачити симптоми тривоги через рік спостережень, а тенденція стилів подолання може мати пом'якшувальну роль у поздовжніх асоціаціях між жорстоким поведінням у дитинстві та симптомами тривоги. Результати дослідження можуть допомогти виявити підлітків, які можуть бути вразливими до

симптомів тривоги і високого ризику, які постраждали від поганого поводження в дитинстві, особливо тих, хто має негативні стратегії подолання. Все це ще раз підкреслює небезпечність та шкідливість емоційного жорстокого поводження в контексті симптоматики посттравматичного стресового розладу та ефективності лікування. Тож навіть якщо насильство з боку батьків не є причиною направлення, це все ж таки вимагає рутинної оцінки на етапі діагностики. (John M Macpherson, Stuart R Gray, Patrick Ip, Marianne McCallum, Peter Hanlon,2021)

Також можемо спостерігати, що третина людей із соціальним тривожним розладом можуть страждати від посттравматичного стресового розладу у відповідь на соціальну травму і також відмічаються тривожні та депресивні симптоми. Описують це як один інтегрований стан який включає в себе уникнення соціальних ситуацій, повторювані нав'язливі спогади про досвід, що призводить до відчуття постійної та серйозної соціальної загрози що є реакцією на соціальну травму.

Підкатегорія №3: Соціальна травма та ПТСР.

Сексуальне насильство теж пов'язано з травмою та має як наслідки симптоми ПТСР. З досліджень бачимо, що діти, які пережили насильство і при цьому мали небезпечну прихильність до батьків повідомляли про значно більшу кількість симптомів посттравматичного стресового розладу, дисоціації, депресії, тривоги та гніву. Тобто діти у яких була безпечна прихильність від батьків не так піддаються ризику прояву симптомів пов'язаних з травмою і проявів ПТСР. За цими результатами прихильність має буди включена в плани лікування та клінічні рецепти для дітей, які пережили сексуальне насильство. (Ensink K, Fonagy P, Normandin L, Rozenberg A, Marquez C, Godbout N and Borelli JL,2021)

Можемо виділити основні моменти які ми спостерігаємо, отже травма може бути не тільки загрозою життю, але й соціальною загрозою, більшість людей пережили соціальну травму (включаючи приниження або

відторгнення), люди які мають соціальний тривожний розлад у відповідь на соціальну травму мають ризик розвитку ПТСР, і поєднання цих розладів інтегрується в один стан. (Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Guðmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., ... Thorisdottir, A. S. ,2020)

Висновки до розділу III

Всі дослідження вказують на вплив соціальної травми на розвиток афективних та тривожних розладів. Учасники які мали в анамнезі соціальну травму, в нашому огляді це розширені поняття як булінг, емоційне насильство, жорстоке поводження з дітьми, сексуальне насильство, мають поєднання симптомів афективних та тривожних розладів, і це може проявлятися як одразу, так і через багато років.

У дослідженнях проводились аналізи логістичної регресії, для вивчення тяжкості травми. У деяких дослідженнях авторами були проведені два аналізи логістичної регресії, щоб вивчити, по-перше, зв'язок між тяжкістю травми та посттравматичним стресовим розладом або клінічно значущим посттравматичним синдромом, а по-друге, між тяжкістю травми та діагнозом СТР.

ВИСНОВКИ

У цій роботі було досліджене поняття «Соціальна травма» на основі розглянутих теоретичних джерел. На основі проведеного системного огляду виявлено, що соціальна травма асоціюється з такими поняттями як булінг, цькування, насильство, і є досить небезпечною та не простою проблемою. Це може залишати за собою негативні наслідки приховані ознаки, які можуть проявлятися як одразу так і на протязі всього життя. Соціальна травма може бути як індивідуальна так і колективна, її ще можуть називати «культурною травмою». Можемо узагальнити визначення соціальної травми: що це є наслідком травматичної події, яка не є загрозою життю людини, але має як наслідок прояви депресивних симптомів, суїцидальних думок, тривоги, стресу та симптоми асоційовані з ПТСР. Найчастіше ці симптоми проявляються разом. Емоційне кривдження в порівнянні з іншими видами жорсткого поводження може мати більшу схильність до психічних розладів. Також було виявлено, що досвід соціальної травми впливає на виникнення афективних та тривожних розладів. Розлади такі як соціальна тривога, соціальна фобія, ПТСР, депресія, могли проявлятися як одразу після пережитої події так і через 20-70 років. Міра вираженості соціальної травми може впливати на перебіг тяжкості розладів. Можливим є поєднання декількох розладів (соціальна тривога та ПТСР) і інсталяція їх в один загальний.

Наслідки соціальної травми можна порівнювати до наслідків травми та ПТСР, така структура дозволяє говорити про те, що можуть бути застосовано втручання як при втраті, ПТСР, терапія розладів, доброзичливе ставлення та підтримка рідних. Була розроблена теоретична модель яка вказує на виникнення соціальної травми тобто які фактори

цьому сприяють, як будеється життя під впливом дисфункційних схем і які наслідки можуть бути. Важливим є втручання на когнітивному рівні разом з підтримуючою терапією та роботою зі схемами у методі КПТ та Схема терапії. Також можемо припустити, що поєднання цієї роботи з втручанням терапії EMDR може дати кращі результати з подальшим доповненням протоколів. Це може бути застосовано для надання якісної допомоги при лікуванні симптомів пов'язаних із соціальною травмою.

Обмеженнями нашого аналізу є те що зараз існує мало досліджень цієї теми і в деяких ми можемо бачити, що не завжди складність пережиття травматичної події може впливати на виникнення афективних та тривожних розладів при соціальній травмі. Проте загальні обмеження, також вказують на подальші перспективи. Ми вбачаємо, що необхідно більш детально дослідити цю тему.

Для практичного підтвердження результатів даного огляду пропонується провести експериментальне дослідження на тему: «Переживання соціальної травми у пацієнтів з поширеними афективними та тривожними розладами». Де можливо буде проаналізувати як соціальна травма вплинула на розвиток афективних та тривожних розладів. У критеріях включення мають бути пацієнти з вираженими симптомами або діагностованими афективними та тривожними розладами. Результати дослідження можуть бути корисними для інших дослідників соціальної травми, а також працівників сфери психічного здоров'я.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Аврамчук О. Клініко-психологічні особливості осіб з ознаками соціально тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом . РМГР [інтернет]. 12, Липень 2021 [цит. за 02, Квітень 2022];6(3):e0603326. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/326>
2. А. Арнц, Г. Якоб. – Львів: Свічадо, 2014. – 264 с./ Схема-терапія: Модель роботи з частками
3. Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С., - АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ КЛІНІЧНИЙ ТА ПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ Навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія» 2014 ISBN © «Дивосвіт», 2014
4. Auxéméry, Yann (2018). Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. *La Presse Médicale*, (), S0755498218300186–. doi:10.1016/j.lpm.2017.12.006
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA.
6. Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Guðmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., ... Thorisdottir, A. S. (2020). Social trauma and its association with post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 102228. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102228
7. Brigitte A. Erwin; Richard G. Heimberg; Brian P. Marx; Martin E. Franklin (2006). *Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder.* , 20(7), 0–914. doi:10.1016/j.janxdis.2005.05.006

8. De Oliveira Pimentel, F., Della Méa, C. P. ., & Dapieve Patias, N. . (2020). Victims of bullying, symptoms of depression, anxiety and stress, and suicidal ideation in teenagers. *Acta Colombiana De Psicología*, 23(2), 205–240. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.9>http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552020000200230
9. Ensink K, Fonagy P, Normandin L, Rozenberg A, Marquez C, Godbout N and Borelli JL (2021) Post-traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children: Secure Attachment as a Protective Factor. *Front. Psychol.* 12:646680. doi:10.3389/fpsyg.2021.646680<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.646680/full>
10. Guo, L., Wang, W., Li, W. et al. Childhood maltreatment predicts subsequent anxiety symptoms among Chinese adolescents: the role of the tendency of coping styles. *Transl Psychiatry* 11, 340 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01463-y><https://www.nature.com/articles/s41398-021-01463-y>
11. Hoeboer, Chris; de Roos, Carlijn; van Son, Gabrielle E.; Spinhoven, Philip; Elzinga, Bernet (2020). The effect of parental emotional abuse on the severity and treatment of PTSD symptoms in children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, (), 104775–. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104775<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420304300>
12. Ivana Pedović, Vladimir Hedrih, June 2019. *Facta Universitatis Series Philosophy Sociology Psychology and History*. DOI:10.22190/FUPSPH1901027P https://www.researchgate.net/publication/334371776_SOCIAL_TRAUMA_AND_EMOTIONAL_ATTACHMENT
13. Jaffee, S. R., Strait, L. B., & Odgers, C. L. (2012). From correlates to causes: Can quasi-experimental studies and statistical innovations bring us closer to

- identifying the causes of antisocial behavior? *Psychological Bulletin*, 138(2), 272–295. <https://doi.org/10.1037/a0026020>
14. John M Macpherson, Stuart R Gray, Patrick Ip, Marianne McCallum, Peter Hanlon (2021) Child maltreatment and incident mental disorders in middle and older ages: a retrospective UK Biobank cohort study. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100224>
[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00209-X/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00209-X/fulltext#%20)
 15. Karen Guðmundsdóttir og Andri Steinþór Björnsson, 2016 «The Impact of Social Trauma among Outpatients with Social Anxiety Disorder Compared to Individuals with No Mental Disorders»
 16. Kessler, Ronald C.; Chiu, Wai Tat; Demler, Olga; Walters, Ellen E. (2005). *Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
 17. Lagos M, Bekerman S, Sosa N. Traumatismos sociales: sobre la clínica y el análisis de la subjetividad [Social trauma: Clinical practice and analysis of subjectivity]. *Vertex*. 2017 Jul;28(134):302-311. Spanish. PMID: 29522597. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29522597/>
 18. Mohammad Tahani, Hamid Taheri, Tamkeen Saleem [Review of psychological trauma: theory, practice, policy and research] Marzo-Aprile 2021, Vol. 56, N. 2 *Riv Psichiatr* 2021;56(2):64-73 doi 10.1708/3594.35764 <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3594/articoli/35764/>
 19. Moore, S., Stewart, S., & Teixeira, A. (2014). Decomposing social capital inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(3), 233-238. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202996>
 20. Rugulies, Reiner; Sørensen, Kathrine; Aldrich, Per T.; Folker, Anna P.; Friberg, Maria K.; Kjær, Susie; Nielsen, Maj Britt D.; Sørensen, Jeppe K.; Madsen, Ida E.H. (2020). Onset of workplace sexual harassment and

- subsequent depressive symptoms and incident depressive disorder in the Danish workforce. *Journal of Affective Disorders*, 277(), 21–29. doi:10.1016/j.jad.2020.06.058
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720324551#!>
21. Schimmenti, Adriano (2017). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, (), 15299732.2017.1402400–. doi:10.1080/15299732.2017.1402400
22. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
23. Straussner, Shulamith Lala Ashenberg; Calnan, Alexandra Josephine (2014). *Trauma Through the Life Cycle: A Review of Current Literature*. *Clinical Social Work Journal*, 42(4), 323–335. doi:10.1007/s10615-014-0496-z <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0496-z>
24. Straussner, S.L.A., Calnan, A.J. Trauma Through the Life Cycle: A Review of Current Literature. *Clin Soc Work J* 42, 323–335 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0496-z>
25. Umberson, D.; Montez, J. K. (2010). *Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy*. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1 Suppl), S54–S66. doi:10.1177/0022146510383501
26. van Dijke, Annemiek; van der Hart, Onno; Ford, Julian D.; van Son, Maarten; van der Heijden, Peter; Bühring, Martina (2010). *Affect Dysregulation and Dissociation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Inhibitory and Excitatory Experiencing States*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(4), 424–443. doi:10.1080/15299732.2010.496140

27. Vogel, Matthias; Spitzer, Carsten; Barnow, Sven; Freyberger, Harald J.; Grabe, Hans Jürgen (2006). The Role of Trauma and PTSD-Related Symptoms for Dissociation and Psychopathological Distress in Inpatients with Schizophrenia. *Psychopathology*, 39(5), 236–242. doi:10.1159/000093924
28. Winding, T.N., Skouenborg, L.A., Mortensen, V.L. et al. Is bullying in adolescence associated with the development of depressive symptoms in adulthood?: A longitudinal cohort study. *BMC Psychol* 8, 122 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00491-5>
<https://bmcpseudology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-020-00491-5>
29. Wolke, D.; Lereya, S. T. (2015). *Long-term effects of bullying*. *Archives of Disease in Childhood*, (), *archdischild-2014-306667–*. doi:10.1136/archdischild-2014-306667
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.792734/full>

ДОДАТКИ**Таблиця 1**

Автор/рік	Учасники дослідження	Методи	Діагнози	Додаткові фактори вразливості	Додаткові параметри аналізу	Висновки
-----------	----------------------	--------	----------	-------------------------------	-----------------------------	----------

<p>1. Is bullying in adolescence associated with the development of depressive symptoms in adulthood?: A longitudinal cohort study «Чи пов'язаний булінг у підлітковому віці з розвитком симптомів депресії в дорослому віці: поздовжнє когортне дослідження» Trine Nørh Winding, Lisbeth Astrid Skouenborg, Vibeke Lie Mortensen Johan Hviid Andersen</p> <p>Данія. листопад 2020.</p>	<p>1790 осіб Рінгкьо бінг (Західна Данія) Вік учасників: 15,18, 28</p>	<p>1. (CES-D) 2. Самозвіт учасників</p>	<p>Депресивний розлад</p>	<p>Проблемні стосунки в родині</p>		<p>У цьому дослідженні автори виявили, що ті, хто зазнав цькування у віці 15 або 18 років, мали підвищений ризик розвитку симптомів депресії у віці 28 років порівняно з тими, хто не зазнавав знуцань. Виявлено що навіть нечасті знуцання — «один-два рази» чи «кілька разів» протягом попередніх 6 місяців — мали негативний вплив на психічне здоров'я учасників.</p>
<p>2. Victims of bullying, symptoms of depression, anxiety and stress, and suicidal ideation in teenagers. «Жертви</p>	<p>117 підлітків від 13 до 17 років (Мє) = 15,14</p>	<p>1. Соціодемографічна анкета 2. ECVB 3. BSSI 4. EDAE-A</p>	<p>астма/респіраторні проблеми (8%), алергічний</p>	<p>були жертвами чуток або пліток за спиною (30%), а також були жертвами пересліду</p>	<p>34% вибірки вже пройшли психотерапію, а 7,7% лікувались від психіатри</p>	<p>Отже, дослідження виявило тривожні дані щодо віктимізації булінгу, поширеності симптомів депресії, тривоги та стресу, особливо у дівчат, та високих показників суїцидальних думок</p>

<p>булінгу, симптоми депресії, тривоги та стресу, суїцидальні думки у підлітків»</p> <p>Naiana Dapieve Patias Cristina Pilla Della Méa Fernanda de Oliveira Pimente</p> <p>Бразилія. грудень 2020</p>	<p>років; SD (стандартне відхилення) = 1,06) жінки (71%), штату Ріу-Гранді-ду-Сул, Бразилія.</p>		<p>риніт (2%) та проблеми з щитовидною залозою (2%).</p>	<p>вання або анонімно го цькування з боку однокласників (17%)</p>	<p>чних симптомів. 19% підлітків вживали раніше якісь психіатричні препарати, а 8% вживають їх і зараз. Що стосується психотропних препаратів, то 6% використовували антидепресанти, 3% анксиолітики та стабілізатори настрою, 2% стимулятори сну, 1% психостимулятори</p>	<p>у вибірці. Існувала позитивна кореляція між тим, щоб бути жертвою булінгу та мати депресію, тривожність та симптоми стресу, а також бути жертвою та мати суїцидальні думки. Дівчата мають більше симптомів стресу, ніж хлопчики, а молодші підлітки частіше стають жертвами булінгу, ніж старші.</p>
<p>3. Onset of workplace sexual harassment and subsequent depressive symptoms and</p>	<p>n = 9 981 Данія 2012 і 2014 роках, і n =</p>	<p>1. WEHD 2. Сексуальні домагання на робочому місці</p>	<p>1. Депресивний розлад 2. Де</p>	<p>Конфлікти на роботі або погані соціальні стосунки</p>		<p>Результати цього дослідження стосовно датських працівників показують, що початок сексуальних домагань на</p>

<p>incident depressive disorder in the Danish workforce</p> <p>«Початок сексуальних домагань на робочому місці та подальші симптоми депресії та інцидент депресивного розладу у працівників Данії»</p> <p>Reiner Rugulies Kathrine Sørensen Per T. Aldrich Anna P. Folker Maria K. Friborg Susie Kjær Maj Britt D. Nielsen Jeppe K. Sørensen Ida E.H. Madsen</p> <p>Данія. грудень 2020</p>	<p>6 647 осіб, у 2016 році</p>	<p>оцінювалися одним запитанням: «Чи зазнавали ви сексуальних домагань на своєму робочому місці протягом останніх 12 місяців?» з варіантами відповіді «так, щодня», «так, щотижня», «так, щомісяця», «так, рідко», «ні, ніколи»</p> <p>3. <u>MDI</u></p>	<p>пресивні симптоми</p>	<p>між працівниками та між працівниками й керівництвом</p>		<p>робочому місці, особливо з боку персоналу на робочому місці, був пов'язаний з підвищеними симптомами депресії та ризиком виникнення депресивного розладу. Особливо вражаючим був у п'ять разів вищий ризик виникнення депресивного розладу серед учасників, які піддалися початку сексуальних домагань з боку персоналу на робочому місці, порівняно з тими, хто залишився без такого контакту, після коригування базового рівня депресивних симптомів (короткостроковий аналіз асоціацій).</p>
<p>4. Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder</p>	<p>139 учасників віком від 18</p>	<p>1.The Imagery and Social Trauma Interview</p>	<p>1.Соціальний тривожни</p>			<p>Можемо бачити високі показники соціальної травми: 49 із 60 (81,7%) учасників групи СТР,</p>

<p>and social anxiety disorder «Соціальна травма та її зв'язок із посттравматичним стресовим розладом та соціальним тривожним розладом»</p> <p>Arnrun Tryggvadottir Jóhann P. Hardarson Audur G. Valdimarsdottir Karen Gudmundsdottir Andri S. Bjornsson</p> <p>Ісландія. травень 2020</p>	<p>років 60 Ісландському центрі лікування тривожних розладів.</p>	<p>2. MINI 3. The Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module, BDD-DM The Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS 4. The Social Phobia Weekly Summary scale, SPWSS 5. The Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9 6. The Quality of Life Scale, QOLS 7. The Sheehan Disability Scale, SDS</p>	<p>й розлад 2.обсесивно – компульсивний розлад</p>		<p>15 з 19 (78,9%) у клінічній контрольній групі та 38 із 60 учасників у контрольній групі. Близько 77% осіб у групі СТР повідомили, що соціальна травма мала місце неодноразово порівняно з 87% для осіб у клінічній контрольній групі та 72% осіб у контрольній групі. Більшість (77%) осіб у групі СТР сказали, що травматичний досвід мав місце протягом певного періоду часу (а не був ізольованою подією) порівняно з 73% у клінічній контрольній групі та 67% у контрольній групі. Більшість учасників повідомили про сильну пам'ять про негативний досвід: 63% у групі СТР, 67% у клінічній контрольній групі та 65% у контрольній групі повідомили про значно сильну або дуже сильну пам'ять про досвід. У групі СТР було 16 (32,7%) осіб, які відповідали</p>
---	---	---	--	--	---

						критеріям ПТСР або клінічно значущого посттравматичного стресового синдрому (ПТСС) у відповідь на соціальну травму. З цих 16 осіб 13 (81%) відповідали повним критеріям ПТСР, а троє (19%) повідомили про клінічно значущий ПТСС.
<p>5. The effect of parental emotional abuse on the severity and treatment of PTSD symptoms in children and adolescents</p> <p>«Вплив батьківського емоційного насильства на тяжкість та лікування симптомів ПТСР у дітей та підлітків»</p> <p>Chris Hoesboer Carlijn de Roos Gabrielle E. van So Philip Spinhoven Bernet Elzinga</p> <p>Нідерланди. січень 2021</p>	<p>1) n = 287 середній вік 15,5 років 67% дівчат n = 130 середній вік 15,3 73% дівчат</p>	<p>1. CTQ 2. CRTI 3. CDI</p>	Симптом и ПТСР	Емоційне насильство з боку батьків		<p>Виявлено, що емоційне насильство було суттєво пов'язане з тяжкістю симптомів ПТСР і найбільш сильно пов'язане з тяжкістю симптомів ПТСР за всіма підшкалами CRTI та симптомів депресії порівняно з іншими типами жорстокого поводження в дитинстві. Емоційне нехтування також було пов'язане з тяжкістю симптомів посттравматичного стресового розладу в багатофакторному аналізі.</p>

<p>6. Childhood maltreatment predicts subsequent anxiety symptoms among Chinese adolescents: the role of the tendency of coping styles.</p> <p>«Жорстоке поводження в дитинстві передбачає подальші тривожні симптоми серед китайських підлітків: роль тенденції стилів подолання»</p> <p>Lan Guo Wanxin Wang Wenyan Li Meijun Zhao Ruipeng Wu Ciyong Lu</p> <p>Китайська Народна Республіка червень 2021</p>	<p>Китайські підлітки, (n = 183). середній вік 13,6 років. 50,8% хлопчики</p>	<p>1. GAD-7 2. CTQ-SF 3. SCSQ 4. CES-D 5. RSES</p>	<p>Симптоми тривожності</p>	<p>поганий соціально економічний статус домогосподарства, живуть з одним батьком або з іншими людьми, мають погані стосунки з однокласниками, погані стосунки з учителями та хоча б коли-небудь пили.</p>		<p>Основні результати цього дослідження показали, що після коригування на значні демографічні показники, ранковий рівень кортизолу, самооцінку, симптоми депресії та симптоми тривоги на початковому етапі, підлітки, які зазнали емоційного, фізичного та сексуального насильства, мали підвищений ризик тривожних симптомів і через 1 рік спостереження. Жорстоке поводження з дитинства пов'язаний із помітними тривалими змінами мозкових схем, які регулюють реакцію на стрес, настрій та поведінку.</p>
		1. Child		Насиль		Діти, які піддалися

<p>7. Post-traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children: Secure Attachment as a Protective Factor</p> <p>«Посттравматичний стресовий розлад у дітей, підданих сексуальному насильству: безпечна прихильність як захисний фактор»</p> <p>Abby Michele Rozenberg Peter Fonagy Lina Normandin Karin Ensink</p> <p>Канада. липень 2021</p>	<p>Учасники (n = 111, віком 7–12 років) CSA, n = 43) (n = 68), (група порівняння). (61,3%) жінки середній вік 9,53 року</p>	<p>Attachment Interview, CAI</p> <p>2. Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC</p>		<p>насил ь сексуальн е кривджен ня внутрішн ьосімейне та позасімей не Низький рівень доходів в родині, низька материнс ька освіта</p>		<p>CSA, мали значний зв'язок між небезпечною прихильністю та більшими симптомами посттравматичного стресового розладу. Серед дітей, підданих насильству, небезпечна прихильність була пов'язана з вищими симптомами тривожності, депресивними симптомами, а також більшим гнівом, тоді як серед дітей групи порівняння прихильність не була пов'язана ані з тривогою, ані з депресією й не асоціювалася з більшою злістю.</p>
<p>8. Child maltreatment and incident mental disorders in middle and older ages: a retrospective UK Biobank cohort study</p> <p>«Жорстоке поводження з</p>	<p>56 082 учасників Велико британія Середній вік учасників 55,49 років, 59,86%</p>	<p>1. Веб анкета: Childhood Trauma Screener, CTS</p> <p>2. <u>Модель ризику Кокса</u></p>	<p>Не було на початок дослідження</p>	<p>Жорстоке поводження у дитинстві – емоційна недбалість, фізична недбалість</p>		<p>Загалом у 5595 (9,98%) учасників розвинувся психічний розлад протягом періоду спостереження. Найпоширенішим був тривожний розлад (n=1865 [3,33%]), за яким слідували поведінковий синдром (n=1420</p>

<p>дітьми та випадки психічних розладів у середньому та старшому віці: ретроспективне когортне дослідження UK Biobank»</p> <p>John M Macpherson Stuart R Gray Patrick Ip Marianne McCallum Peter Hanlon</p> <p>Великобританія, вересень 2021</p>	<p>— жінки.</p>				<p>[2,53%) та афективний розлад (n=1304 [2,33%]), включаючи депресивний розлад (n=1229 [2,19%]). Жорстоке поводження з дітьми було пов'язане з усіма психічними розладами. Асоціація була найсильнішою для посттравматичного стресового розладу і найслабшою для поведінкового синдрому, зловживання психоактивними речовинами і тривожного розладу.</p>
--	-----------------	--	--	--	--

ДОДАТОК А

ВІДБРАНІ СТАТТІ

1. Winding, T.N., Skouenborg, L.A., Mortensen, V.L. *et al.* Is bullying in adolescence associated with the development of depressive symptoms in adulthood?: A longitudinal cohort study. *BMC Psychol* **8**, 122 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00491-5>

<https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-020-00491-5>

2. De Oliveira Pimentel, F., Della Méa, C. P. ., & Dapieve Patias, N. . (2020). Victims of bullying, symptoms of depression, anxiety and stress, and suicidal ideation in teenagers. *Acta Colombiana De Psicología*, 23(2), 205–240.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.9>http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552020000200230
3. Rugulies, Reiner; SÃ,rensen, Kathrine; Aldrich, Per T.; Folker, Anna P.; Friberg, Maria K.; KjÃ,r, Susie; Nielsen, Maj Britt D.; SÃ,rensen, Jeppe K.; Madsen, Ida E.H. (2020). *Onset of workplace sexual harassment and subsequent depressive symptoms and incident depressive disorder in the Danish workforce. Journal of Affective Disorders*, 277(), 21–29. doi:10.1016/j.jad.2020.06.058 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720324551#!>
4. Bjornsson, Andri S.; Hardarson, JÃ³hann P.; Valdimarsdottir, Audur G.; Gudmundsdottir, Karen; Tryggvadottir, Arnrun; Thorarinsdottir, Kristjana; Wessman, Inga; Sigurjonsdottir, Ã¼lafÃ;a; Davidsdottir, Soley; Thorisdottir, Audur S. (2020). *Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders*, 72(), 102228–. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102228 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520300426>
5. Hoeboer, Chris; de Roos, Carlijn; van Son, Gabrielle E.; Spinhoven, Philip; Elzinga, Bernet (2020). The effect of parental emotional abuse on the severity and treatment of PTSD symptoms in children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, (), 104775–. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104775 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420304300>
6. Guo, L., Wang, W., Li, W. et al. Childhood maltreatment predicts subsequent anxiety symptoms among Chinese adolescents: the role of the tendency of coping styles. *Transl Psychiatry* 11, 340 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01463-y>
<https://www.nature.com/articles/s41398-021-01463-y>
7. Ensink K, Fonagy P, Normandin L, Rozenberg A, Marquez C, Godbout N and Borelli JL (2021) Post-traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children: Secure Attachment as a Protective Factor.

Front. Psychol. 12:646680.

doi:10.3389/fpsyg.2021.646680<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.646680/full>

8. John M Macpherson, Stuart R Gray, Patrick Ip, Marianne McCallum, Peter Hanlon (2021) Child maltreatment and incident mental disorders in middle and older ages: a retrospective UK Biobank cohort study. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100224>
[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00209-X/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00209-X/fulltext#%20)