МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису,
остаточна версія

_____
/Підпис студента/

АНТОШИК Ольга Віталіївна

ЕФЕКТИВНІСТЬ КПТ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ: СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології
Науковий керівник
Ніздрань Олександра Андріївна,
доцент кафедри клінічної психології УКУ,
кандидат психологічних наук

_____
/Підпис наукового керівника/

Львів – 2023

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Ефективність КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму: системний огляд літератури»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 21/М

спеціальності 053 «Психологія»

Антошик О.В.

Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Ніздрань О.А.

Рецензент:

Львів – 2023

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
Завідувач кафедри_____
_____
"____"_____20___року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ

_____
(прізвище, ім'я, по батькові)
1.Тема проекту (роботи)_____
_____
_____
керівник проекту (роботи)_____,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені Вченою Радою факультету від "___"_____20__р. № протоколу_____
2. Строк подання студентом проекту (роботи) _____
3. Вихідні дані до проекту (роботи)_____

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)_____
_____
_____
_____
_____
_____
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
_____
_____
_____

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

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

7. Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка

Студент _____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)

_____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

Антошик О.В. Ефективність КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму: системний огляд літератури: Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» / О.В.Антошик / Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. психол. наук Ніздрань О.А. – Львів: УКУ, 2023. – 77 с.

Анотація:

Розлади спектру аутизму мають значну коморбідність з іншими розладами психічного здоров'я, зокрема тривожними розладами. КПТ є добре дослідженим ефективним методом лікування тривожних розладів в загальній популяції. Особливості функціонування людей з РСА пов'язані з деякими труднощами застосування КПТ а також потребують специфічного адресування, адже виступають як фактори, що підтримують тривожні розлади. Разом із стандартними протоколами, в цілях надання допомоги людям з РСА та тривожними розладами, розроблені також модифіковані протоколи КПТ.

Дане дослідження є системним оглядом, що мав на меті оцінити ефективність когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму. Для реалізації цієї мети з баз даних відібрано 15 досліджень на задану тему, що відповідають критеріям включення та прийнятні по якості, вилучено дані та проаналізовано результати з наступним формулюванням висновків та рекомендацій.

За результатами цього дослідження, КПТ демонструє ефективність у зниженні симптомів тривожних розладів у людей з РСА, з розміром ефекту, який коливається від невеликого до значного. Адаптовані програми лікування мають переваги порівняно із стандартними у покращенні загального функціонування людей з РСА.

В україномовному науковому середовищі дослідження на дану тематику раніше не представлялися.

Висновки цього огляду можуть бути використані практикуючими спеціалістами, які обирають методи лікування тривожних розладів для своїх пацієнтів з РСА.

Поширення інформації щодо ефективних методів надання допомоги людям з РСА та тривожними розладами, сприятиме підвищенню якості фахової допомоги в Україні.

Ключові слова: КПТ, ефективність, лікування, розлади спектру аутизму, тривожні розлади.

Abstract:

Autism spectrum disorders have significant comorbidity with other mental health disorders, particularly anxiety disorders. CBT is a well-researched effective treatment for anxiety disorders in the general population. Features of the functioning of people with ASD are associated with some difficulties in the use of CBT and also require specific addressing, while they act as factors that support anxiety disorders. Along with standard protocols, modified CBT protocols have also been developed to help people with ASD and anxiety disorders.

This study is a systematic review aimed at evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in people with autism spectrum disorders. To achieve this goal, 15 studies were selected from the databases, meeting the inclusion criteria and acceptable in quality. The data were extracted and the results were analyzed, followed by the conclusions and recommendations.

According to the results of this study, CBT shows effectiveness in reducing symptoms of anxiety disorders in people with ASD, with effect sizes ranging from small to large. Adapted treatment programs have advantages over standard ones in improving the overall functioning of people with ASD.

In the Ukrainian-speaking scientific community, research on this topic has not been presented before.

The findings of this review can be used by clinicians who select anxiety disorder treatments for their patients with ASD.

Promotion of information on effective methods of providing assistance to people with ASD and anxiety disorders will contribute to improving the quality of professional care in Ukraine.

Keywords: CBT, effectiveness, treatment, autism spectrum disorder, anxiety disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП **9**

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КПТ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ **12**

1.1. Загальні аспекти розладів спектру аутизму 12

1.2. Клінічна картина розладів спектру аутизму 16

1.3. Особливості тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму 21

1.4. КПТ у лікуванні тривожних розладів та особливості застосування у людей з розладами спектру аутизму 22

1.5. Теоретична модель дослідження ефективності КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму 25

Висновки до розділу І 26

РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ **29**

2.1. Ідентифікація досліджень 29

2.2. Відбір досліджень 29

2.3. Вилучення даних 32

2.4. Оцінка якості досліджень 32

2.5. Синтез даних 32

2.6. Виключені дослідження 32

Висновки до розділу ІІ 33

РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ. АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ **35**

3.1. Подробиці включених досліджень. 35

3.2. Результати 48

3.3. Дискусія 53

3.4. Обмеження 57

Висновки до розділу ІІІ 58

ВИСНОВКИ **60**

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ **64**

ДОДАТКИ **70**

ВСТУП

Актуальність. Розлади спектру аутизму (РСА) - це порушення нейрокогнітивного розвитку, яке характеризується постійним дефіцитом у сфері соціального спілкування та взаємодії а також обмеженими, повторюваними (стереотипними) моделями поведінки та інтересів [1].

Поширеність розладів аутизму становить, за різними даними, 1 випадок на 88-154 осіб. [2;3].

Спостерігається постійне зростання цього показника.

Розлади спектру аутизму викликають значне занепокоєння через ранній початок, тривалість впродовж життя та суттєві супутні порушення, серед яких тривожні розлади одні з найпомітніших.

Життєва поширеність тривожних розладів серед дорослих з РСА становить 42%, що близько в 4 рази перевищує цей показник у загальній популяції [4].

Тривога може бути виснажливим розладом для людей з РСА, потенційно впливаючи на людей у всіх життєвих контекстах [5].

Проблеми соціальної комунікації можуть виступати асоційованими стресорами, які викликають тривогу у людей з РСА [6].

Тривога може загострювати основні труднощі людей з РСА, посилюючи соціальні дефіцити, повторювані запитання та ритуальну поведінку [7].

Таким чином, тривожні симптоми та дефіцити соціальної взаємодії взаємно підсилюють і обумовлюють одне одного. Крім того, схильність до зациклення, недостатність в генералізації понять, алекситимія, сприяють підтриманню тривожних розладів.

Це негативно впливає на можливості доброї адаптації в соціумі.

Когнітивно-поведінкова терапія є методом лікування тривожних розладів, що ґрунтується на доказах, і вважається найкращим вибором для лікування тривоги у дітей і дорослих [8].

Зважаючи на особливості когнітивного, соціального та поведінкового функціонування людей з розладами спектру аутизму, додатковий зв'язок їх із розвитком та підтриманням тривожних розладів, класичні протоколи можуть потребувати адаптації, щоб якнайкраще вирішувати конкретні труднощі і бути максимально ефективними.

Системні огляди попередніх років давали оцінку ефективності таких програм для лікування тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму, повідомляючи про те, що КПТ демонструє впевнену ефективність з середнім розміром ефекту, який значно коливається в різних дослідженнях [9;10].

Незважаючи на суттєву кількість відповідних досліджень, даних щодо того, які ключові фактори (елементи адаптації) впливають на ефективність втручання, недостатньо.

З огляду на актуальну необхідність представлення в україномовному науковому просторі інформації щодо ефективних методів допомоги щодо тривожного розладу у людей з розладами аутизму, на яку також могли б опиратися клініцисти в своїй практиці, темою магістерського дослідження було обрано: "Ефективність КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму: системний огляд літератури"

Об'єкт - тривожні розлади у людей з розладами спектру аутизму.

Предмет - ефективність КПТ інтервенцій у лікуванні тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму.

Мета дослідження: дослідити ефективність КПТ-базованих втручань для лікування тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму.

Дослідницька гіпотеза: КПТ буде ефективною для лікування тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму.

Завдання, відповідно до мети:

- проаналізувати теоретичні джерела щодо основних аспектів розладу спектру аутизму, клінічної картини, особливостей функціонування та особливостей перебігу тривожних розладів у них;
- виокремити суттєві особливості функціонування, що пов'язані із виникненням та підтриманням тривожних розладів у людей з РСА;
- проаналізувати ключові компоненти програм КПТ тривожних розладів та особливості модифікацій для людей з РСА з огляду на особливості їхнього функціонування і зв'язок цих особливостей з тривожними розладами;
- сформулювати дослідницьке питання системного огляду;
- розробити дизайн системного огляду (стратегії пошуку, критеріїв включення та виключення);
- здійснити пошук та відбір відповідних критеріям включення досліджень; вилучити дані;
- проаналізувати результати - оцінити ефективність КПТ втручань для лікування тривожних розладів для людей з РСА, а також розглянути особливості адаптаційних елементів КПТ програм.
- сформулювати висновки, окреслити клінічне значення результатів та надати рекомендації.

Методи. Для реалізації цих цілей дослідження буде здійснений якісний системний огляд літератури, використовуючи загальнонаукові методи: аналіз, узагальнення, систематизація, порівняння, синтез, узагальнення. Перевагою системного огляду є можливість відбору якісних досліджень з високим рівнем доказовості результатів.

Наукова новизна полягає в презентації інформації щодо ефективності КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектру

аутизму в україномовному науковому просторі, чого раніше не здійснювалося, враховуючи результати сучасних досліджень.

Практична новизна зводиться до можливості використання висновків цього системного огляду фахівцями сфери психічного здоров'я, що надають допомогу людям з розладами спектру аутизму в Україні і покращення її якості.

Структура роботи та обсяги. Дана робота містить вступ, два розділи, висновки, список використаних літературних джерел та додатки. Обсяг роботи становить 77 сторінок.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КПТ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

1.1. Загальні аспекти розладів спектру аутизму

Діагностичні критерії. Згідно DSM-V, розлади спектру аутизму - це порушення нейрокогнітивного розвитку, яке характеризуються постійним дефіцитом у сфері соціального спілкування та взаємодії а також обмеженими, повторюваними (стереотипними) моделями поведінки та інтересів.

Критерій А - постійний дефіцит соціальної комунікації та взаємодії, проявлений у кожній зі сфер, зараз або в анамнезі:

- соціально-емоційна взаємність (реципрокності);
- невербальної комунікативної поведінки;
- у розвитку, підтримці та розумінні стосунків;

Критерій В - обмежені, повторювані моделі поведінки, інтересів або діяльності, які проявляються принаймні двома з наведених нижче, зараз або в історії:

- стереотипні або повторювані рухи, використання з цією метою предметів або мовлення;
- наполягання на однаковості, негнучке дотримання розпорядку дня або ритуальні моделі вербальної чи невербальної поведінки;
- сильно обмежені, фіксовані інтереси, що є ненормальними за інтенсивністю або спрямованістю;
- гіпер- чи гіпочутливість до сенсорних подразників чи незвичайний інтерес до сенсорних подразників довкілля;

Критерій С - ці симптоми повинні бути присутніми в ранньому періоді розвитку, проте можуть стати справді помітними, коли соціальні вимоги перевищать обмежені можливості;

Критерій D - симптоми викликають клінічно значущі порушення в важливих сферах життя;

Критерій Е - ці розлади не можна краще пояснити інтелектуальною недостатністю або загальною затримкою розвитку. Проте інтелектуальна недостатність та РАС часто виникають одночасно, попри це є самостійним діагнозами.

Діагноз розладу спектру аутизму є збірним діагнозом згідно DSM-V та включає в себе наступні, раніше окремі стани: аутистичний розлад, розлад Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад, первазивний розлад розвитку не визначений інакше [1].

Поширеність. Системний огляд, де була проаналізована поширеність аутизму, спираючись на свіжі дані, вказує на зростання вимірювань аутизму в усьому світі, що відображає підвищення едукованості громад з питань аутизму та вдосконалення реагування в сфері громадського психічного здоров’я по всьому світу. Медіана поширеності становить за даними цього системного огляду - 65/10000. Процент дітей, що мали коморбідну інтелектуальну недостатність становив 33% [2].

Американська асоціація Autism Speaks відзначає 1 випадок аутизму на 88 дітей [3].

В адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах “Аутизм у дітей” наводяться дані досліджень, які вказують, що показники розладів Аспергера насправді нижчі, ніж показники типового аутизму (2,6 на 10000 або одна п'ята типового аутизму) [11].

В Україні рівень діагностування розладів спектру аутизму демонструє значно нижчі показники, В Україні з 2008 по 2013 рік за даними МОЗ України захворюваність на розлади зі спектру аутизму зросла в 3,8 разів з 2,4 до 9,1 на 100 000 дитячого населення [12].

Реальну поширеність РСА в Україні скадно встановити у зв’язку із неузгодженістю статистичного кодування за МКХ-10, та відсутністю діагностичних та методологічних підходів діагностики [13].

Станом на 2023 рік здійснюється переклад основного діагностичного інструменту Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) на українську мову в Стенфордському університеті, що сприятиме доступності якісної діагностики РСА в Україні [14].

Можемо очікувати подальшого зростання цих показників поширеності РСА в Україні, в силу того, як вдосконалюється процедура діагностики і зростає увага до РСА в сфері охорони психічного здоров’я.

Коморбідність. Розлади спектру аутизму викликають значне занепокоєння через ранній початок, тривалість впродовж життя та суттєві супутні порушення. Зокрема, ми знаємо, що коморбідність з іншими розладами психічного здоров’я значна.

Поведінкова супутня патологія є скоріше правилом, ніж винятком при розладах спектру аутизму, і поєднання аутистичних рис із субклінічними проявами інших психіатричних синдромів (наприклад, тривожність, порушення координації розвитку) поширюється на загальну популяцію, де є вагомі докази збігу відповідних генетичних причин [15].

Розлади аутистичного спектру є генетично детермінованими та багатофакторними, з багатьма факторами ризику, що діють разом [16].

Дослідження Simonoff et al. виявило, що 70% дітей з діагнозом РСА мали щонайменше 1 супутнє захворювання, а 41% - два або більше. Найпоширенішими встановленими психіатричними діагнозами були: соціальний тривожний розлад (29,2%), синдром дефіциту уваги/гіперактивності (28,2%) і опозиційний розлад (28,1%) (діагнози згідно DSM-IV). З тих, хто має СДУГ, для 84% було підтверджено ще один супутній діагноз [17].

Інше дослідження оцінило коморбідні стани дітей з первазивним розладом розвитку, інакше не уточненим (PDD-NOS), що належить до розладів спектру аутизму. Щонайменше 1 коморбідний розлад психічного здоров'я був діагностований у 80,9% дітей (згідно DSM-IV). 61,7% мали розлад поведінки, і 55,3% - тривожний розлад. Порівнюючи дітей з супутніми розладами відносно дітей без коморбідностей, перші мали більш виражені дефіцити соціальної комунікації. Разом із тим, ці коморбідні стани вважаються більш прогностично сприятливими для лікування, ніж симптоми власне основного розладу [18].

Дані системного огляду вказують, що оцінка поточної та життєвої поширеності тривожних розладів серед дорослих з РАС становить 27% і 42% відповідно [4].

Серед тривожних розладів, що діагностуються в людей з РСА найчастіше: специфічні фобії, генералізований тривожний розлад та соціальна фобія. [19].

Когнітивні та біхевіоральні теорії розуміння розладів спектру аутизму. Як повідомляє Dolyniuk C., розлади спектру аутизму розглядаються як різниця в поведінкових проявах, яка базується на генетично обумовлених порушеннях розвитку нервової системи [20].

Так, з біхевіорального погляду аутизм розглядається саме як поєднання дефіцитів та надлишків в поведінці. Надлишки - це ті прояви, що надають поведінці характеру соціально неадекватної, це, наприклад, повторювана стереотипна поведінка, прояви агресії та аутоагресії. Дефіцити - те, чого бракує для достатньо ефективної взаємодії в соціумі, це недостатність розуміння афекту, комунікативні навички, навички самообслуговування. Простір дефіцитів має тенденцію заповнюватися поведінкою з категорії "надлишків" [21].

Когнітивна модель пояснення аутизму має в основі концепцію "Theory of Mind" - здатність представляти психічні стани себе та інших, що є важливою соціальною навичкою, яка порушується багатьма психіатричними захворюваннями [22].

Відсутність цієї здатності при розладах спектру аутизму підтверджується емпіричними дослідженнями і пояснює механізм порушень соціальної комунікації. Гіпотеза про дефіцит виконавчої функції може пояснювати ригідність та "застрягання". Теорія слабкої центральної когерентності може пояснювати нерівномірність інтелектуальних здібностей [23].

Ушкодження когнітивного механізму "Theory of mind" виявляється в порушенні можливості створювати інформаційні зв'язки, щоб розуміти уявну реальність, а відтак і утворювати уявлення про очікування, наміри, почуття інших - метапрезентації. Разом з тим, первинна репрезентація, що відображає реальність, не ушкоджена. Цим може пояснюватися схильність до унікальної механічної пам'яті, селективної підвищеної уваги до деталей, помилок, тощо [21;24].

1.2. Клінічна картина розладів спектру аутизму

Попри те, що встановлені за DSM-V два якісні основні критерії для діагностування розладів спектру аутизму визначаються як 1) дефіцит у

сфері соціального спілкування та взаємодії та 2) обмежені, повторювані (стереотипні) моделі поведінки та інтересів, реальна клінічна картина цих розладів є мозаїчною, включає багато неспецифічних для РСА симптомів, і в цілому відображає гетерогенний спектральний характер розладів [1].

Такі діагностичні критерії піддаються критиці щодо того, що безмежна різноманітність презентацій потрапляє в одну діагностичну категорію, керуючись всього 2 якісними неспецифічними критеріями. Ймовірно, це може сприяти надмірному залученню ‘аутистичних рис” до виставлення категоричного діагнозу [25].

Отже, поняття “спектру аутизму” демонструє той факт, що порушення розвитку та функціонування може мати різноманітні індивідуальні прояви, разом із тим, що загалом властивий початок з раннього віку та сталий перебіг.

Клінічна картина розладів спектру аутизму включає в себе ознаки, що наводяться далі.

Порушення соматичного функціонування: схильність до розладів шлунково-кишкового тракту, алергічних проявів, труднощів зі сном, девіації в харчовій поведінці [26].

Проблеми соціальної взаємодії проявляються через нездатність чи недостатність невербальної комунікації, напруженість, відстороненість або пасивність, уникнення чи недостатність візуального контакту, небажання тілесних дотиків, нереагування на звернення, рідкісне звернення до інших з проханням втішити, допомогти, натомість, ситуації, в яких дитині неприємно, викликають агресивні чи аутоагресивні прояви. Спроби залучення до контакту значно підвищують рівень тривоги дитини.

Сприйняття інших - швидше об’єктне, як тих, хто може мати цікаві чи корисні властивості. Це може стосуватися і найближчого кола опікунів, проте можлива і симбіотична єдність з найближчою особою [21].

Так, дослідження фіксують на МРТ гіпоактивацію веретеноподібної лицевої ділянки, що пов’язано з дефіцитом сприймання людей, в порівнянні з об’єктами [16].

Також, попри розповсюджене розуміння розладів аутистичного спектру як таких, коли особа не прагне контактів з іншими, можливий і зворотній процес, коли прагнення є, але можливості ініціювати і підтримувати стосунки дуже обмежені, таким чином проявляється проблемна реципрокність. Це більшою мірою стосується людей з синдромом Аспергера. Отож, поруч з комунікативним дефіцитом, можуть спостерігатися і протилежні прояви: розгальмованість, нав’язливість в контактах, використання способів ініціювання контакту в нормі притаманних більш ранньому віку [21].

Підвищена чутливість до власних переживань, обмежена можливість їх абстрактного осмислення, та одночасне нерозуміння емоцій інших, призводить до наростання труднощів соціальної взаємодії з віком у осіб з високофункціональним аутизмом, якщо не застосовується спеціальних корекційних втручань. Цьому сприяють також обмежені інтереси осіб з РСА, які є надмірно значимі для них.

Особам з РСА властива несамостійність в опануванні і користуванні побутовими навичками, навичками самообслуговування [21].

Частота трапляння мовних дефіцитів у людей з розладами спектру аутизму 50-63% [16].

Спектр лінгвістичних проблем окреслюється відсутністю мови, зверненням мови до себе, можуть спостерігатися мовленнєві стереотипії, ехолалії, специфічна вокалізація, інтонація. Навіть за наявності мови, вона може не виконувати комунікативної функції. Становлення мовлення може відбуватися як із затримкою, так і з випередженям, характеризуватися значним словниковим запасом, використанням складних слів. Можлива гра словами, римами [21].

Щодо особливостей поведінки людей з РСА, то це стереотипії - одноманітні рухи частинами тіла, ригідність в дотриманні певних звичок, правил, обставин довкілля, опір до змін, схильність до ритуалізації в повсякденних процесах, сфокусованість на одній конкретній вузькій сфері інтересів, на яку здебільшого спрямована активність особи, схильність до аутоагресії та агресивної поведінки, частіше як реакції на сенсорне перевантаження, неприємні тілесні відчуття. Більша схильність ритуалів спостерігається у дітей з високофункціональним аутизмом. Взаємодія з предметами має специфічний, "дивний" характер: створення патернів, багаторазове повторення однотипних простих дій, особливий сенсорний контакт: обнюхування, облизування [21].

Людям з РСА властиві труднощі з моторним розвитком через дефіцит смислової структури складних дій: це проявляється незграбністю, скутістю, порушеною координацією. Попри це, окремі дії можуть бути витонченими, якщо є цікавими дитині і виступають предметом особливого задоволення. [21].

Частота затримок моторного розвитку серед дітей з розладами спектру аутизму - 9-19%. У 50% випадків спостерігається гіпотонія [16].

Сенсорні особливості. Діти можуть мати підвищену чутливість до дотиків, до контактів з одягом, маніпуляцій з тілом, відтак, уникати тілесних контактів, але разом з цим любити деякі типи контактів - напр., загортання, погойдування. Діти можуть мати специфічні вподобання і обмеження щодо матеріалів одягу, консистенції та температури їжі, звуків [21].

Дослідження демонструють підвищений зв'язок між передньою інсулою острівцевої кори та сенсомоторними областями та мигдалиною у людей з розладами аутизму, що асоціюється з більшою чутливістю до злегка неприємних звуків і тактильних відчуттів [27].

Може відзначатися і знижений поріг сенсорної чутливості. Діти можуть проявляти самостимулюючі дії - кусання, стискання пальців, биття себе, трясіння руками, особливі способи руху. Така сенсорна стимуляція може мати два функціональні спрямування: повторення приємного сенсорного досвіду і приглушення інших небажаних стимулів. Передумовами такої поведінки є фрагментарність, одноканальність сприймання, знижена чи підвищена чутливість, порушення здатності формувати поняття з отриманої інформації [21].

Порушення емоційної сфери. В самої особи присутні різноманітні, складні емоції, та разом з тим трудність чи неможливість розпізнавання емоцій інших, емоційної відповіді [21].

Складність розпізнавання емоцій пов’язана з проблемами передачі інформації у відповідних відділах мозку. Навіть якщо у дитини розвинені відповідні компенсаторні навички і вона демонструє розуміння емоцій інших, дослідження вказують на нетипову обробку стимулів, які спостерігаються за аномальними рухами очей, затримкою відповіді, змінах на електрофізичному зображенні мозку [28].

Щодо розпізнавання власних емоцій - то можлива алекситимія. Дослідження вказують, що вона часто пов’язана зі зниженою здатністю представляти психічні стани себе та інших (Theory of mind) [22].

Розвиток пізнавальної сфери може варіюватися в широких межах. Частота когнітивної, інтелектуальної неповносправності в людей з розладами спектру аутизму - 40-80% [16].

Характерна нерівномірність розвитку: можливе одночасне поєднання відставання розвитку певних функцій з випередженням інших. Буквальність - ознака, притаманна процесу обробки інформації. Назвами оперують не як абстрактними поняттями, а як конкретними, часто дуже вузькими означеннями. Увага нестійка, спостерігається її дефіцит (але механізм тут інший, ніж, наприклад, в РДУГ: адже увага може бути дуже

концентрованою, проте “застрягати” на специфічних об’єктах, відтак, її недостатньо для всього іншого) та недостатність мотивації [20;21]

1.3. Особливості тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму

Тривога є універсальною емоцією, що виникає у відповідь на загрозливі подразники з чітким функціональним призначенням вийти із ситуації загрози. При цьому тривожні розлади характеризуються надмірним, невідповідними ситуації занепокоєннями. Цим розладам притаманний хронічний перебіг, якщо не застосовувати лікування.

Тривожні розлади пов’язані зі значним дистресом і перешкоджанням щоденному функціонуванню [29].

Поширеність тривожних розладів (42%) в популяції людей з РСА орієнтовно в 2-4 рази вища, ніж в загальній (10-20%) [4;29].

Тривога може бути виснажливим розладом для людей з розладами спектру аутизму, потенційно впливаючи на людей у всіх життєвих контекстах. Також тривога у дитини чинить помітний вплив на функціонування сім’ї більшою мірою, ніж на інші соціальні середовища [5].

Крім того, тривога може загострювати основні труднощі людей з РСА, посилюючи соціальну неадекватність, повторювані запитання та ритуальну поведінку [7].

Виявлено значний позитивний зв’язок між обмеженою повторюваною поведінкою та симптомами тривоги у молодих людей з РСА [30].

Тривога може утруднювати інтерпретацію соціальних сигналів, що може з часом знеохочувати спроби комунікації.

Проблеми соціальної комунікації можуть виступати асоційованими стресорами, які викликають тривогу у людей з РСА [6].

Таким чином, тривожні симптоми та дефіцити соціальної взаємодії взаємно підсилюють і обумовлюють одне одного.

Особливості функціонування людей з розладами спектру аутизму, такі як схильність до зациклення, недостатність в генералізації понять, алекситимія, сприяють підтриманню тривожних розладів.

У довгостроковій перспективі наявність симптомів тривоги загрожує обмеженням соціальної підтримки, труднощів у школі та неповної зайнятості [31].

Зважаючи на значну коморбідність тривожних розладів з розладами спектру аутизму, ця проблема постає особливо гострою з огляду на необхідність сприяння оптимальному функціонуванню цих людей в суспільстві.

1.4. КПТ у лікуванні тривожних розладів та особливості застосування у людей з розладами спектру аутизму

Когнітивно-поведінкова терапія є добре відомими, широко дослідженим методом лікування, що ґрунтується на доказах, і вважається найкращим вибором для лікування тривоги у дітей і дорослих [8;32].

Когнітивно-поведінкова концептуалізація презентує модель емоцій як поєднання думок, фізіологічної реакції та поведінки уникнення. Активація цих елементів може відбуватися як одночасно, так і частково.

Основними елементами КПТ є вплив на поведінку уникнення шляхом проведення експозицій до ситуацій тривожних стимулів та на думки, через їхнє тестування та реструктуризацію. Теоретичною основою застосування експозиційних практик є розуміння того, що страх і уникаюча поведінка розвиваються через формування асоціацій між стимулами та

негативними наслідками. Такі асоціації формуються через безпосередній та опосередкований досвід, спостереження та передачу інформації від інших, далі можуть генералізуватися та екстраполюватися на інші ситуації. Поведінка уникнення підтримує ці асоціації, що сприяє стійкості тривожного афекту.

Лікування тривожних розладів методом КПТ включає чотири фази:

- психоедукацію. Завданням цього етапу є орієнтація особи на програму лікування, пояснення призначення тривоги та вищезгаданої моделі виникнення патологічної тривоги. Пояснюється також підтримуючий "цикл тривоги", який працює через негативне підкріплення: поведінка уникнення тривожних стимулів призводить до короткочасного зниження симптомів тривоги.

- поведінкові втручання. Основною ідеєю експозиції є отримання досвіду відчувати тривожну реакцію, і зрозуміти, що шкоди від неї не буде, і з часом перебування в ситуації очікується зменшення тривожного збудження. Саме експозиція є ключовим елементом КПТ у лікуванні тривожних розладів. Іншим аспектом навчання через експозицію є порушення очікуваних результатів (наслідків) перебування в ситуації, яку пацієнт розглядає як загрозливу. Для цього додається також процедура поведінкового експерименту, де висувається гіпотеза (очікувані наслідки) і збір доказів, які підтвердять чи спростують її. Важливим елементом є підкріплення здійснення кроків експозиції винагородами, в тому числі заохочується навичка винагороджувати себе самостійно (самопідкріплення).

- Когнітивні стратегії: когнітивна реструктуризація. Навчання критичного погляду на неточність тривожних думок: ідентифікація, пошук доказів, переформулювання їх на інші думки, винагорода.

- фаза запобігання рецидивам: опрацювання стратегій на випадок повторної появи уникаючої поведінки [29;33].

Оскільки люди з РСА мають ряд соціальних, когнітивних, поведінкових та мовленнєвих труднощів, то це може обмежувати ефективність класичних програм КПТ для них [34].

Проблеми з ригідним процесом мислення, обмеженою здатністю до узагальнення і соціального розуміння, мотивацією, труднощами з інтроспекцією та демонстрацією емоцій, поведінковими проблеми, обґрунтовують необхідність спеціальної адаптації КПТ-протоколів, щоб підвищити доступність інтервенцій та адресувати специфічні аспекти, які безпосередньо мають вплив на тривожність (дефіцити соціальної взаємодії разом з поведінкою, яка їх посилює; надмірна ригідність мислення, схильність до зациклення) [6;34;35].

Для подолання цих викликів, модифікації протоколів включають структуровану, конкретну і наочну подачу матеріалу, застосування технологій, залучення батьків чи інших асистентів[34].

Молодь з РСА може отримати користь від більшої участі батьків у психологічному лікуванні, ніж це типово для стандартної практики КПТ [6].

В затвердженому МОЗ України протоколі щодо лікування розладів спектру аутизму зазначається, що програми, базовані на КПТ, спрямовані на покращення внутрішньосімейної комунікації та розвиток комунікативних та соціальних навичок, мають найбільшу доказову базу та можуть вважатися ефективними, принаймні, в короткочасовій перспективі. Ефективність такого лікування залежить від тяжкості порушень пацієнта, зокрема від рівня розвитку мовлення, інтелектуального розвитку а також організації допомоги на рівні сім’ї, громади та системи охорони здоров’я [36].

Ліки можна використовувати як допоміжне лікування неадаптивної поведінки та супутніх психіатричних станів, але не існує єдиної медичної терапії, яка була б ефективною для всіх симптомів розладу спектру

аутизму. На прогноз значною мірою впливає тяжкість діагнозу та наявність інтелектуальної недостатності [37].

Результати системних оглядів підтримують КПТ як ефективний метод лікування тривожних розладі у дітей з високофункціональним РСА. Дані мета-аналізів свідчать про те, що КПТ-базовані інтервенції демонструють ефективність з розміром ефекту від середнього до великого у лікуванні тривожних розладів для дітей з РАС [9;10].

1.5. Теоретична модель дослідження ефективності КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму

Даний системний огляд спирається на теоретичну модель, що розкриває зв’язок об’єкта та предмета дослідження. (рис 1.1.)

Теоретична модель розроблена на підставах теоретичного аналізу особливостей функціонування людей з РСА, особливостей перебігу у них тривожних розладів, зв’язків між ними, що можуть вказувати на причини значної коморбідності, а також складових КПТ інтервенцій, що застосовуються для лікування тривожних розладів та особливості спеціальних адаптацій цих програм для людей із розладами спектру аутизму. Основною гіпотезою даного дослідження є припущення, що КПТ буде ефективною для лікування тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму.

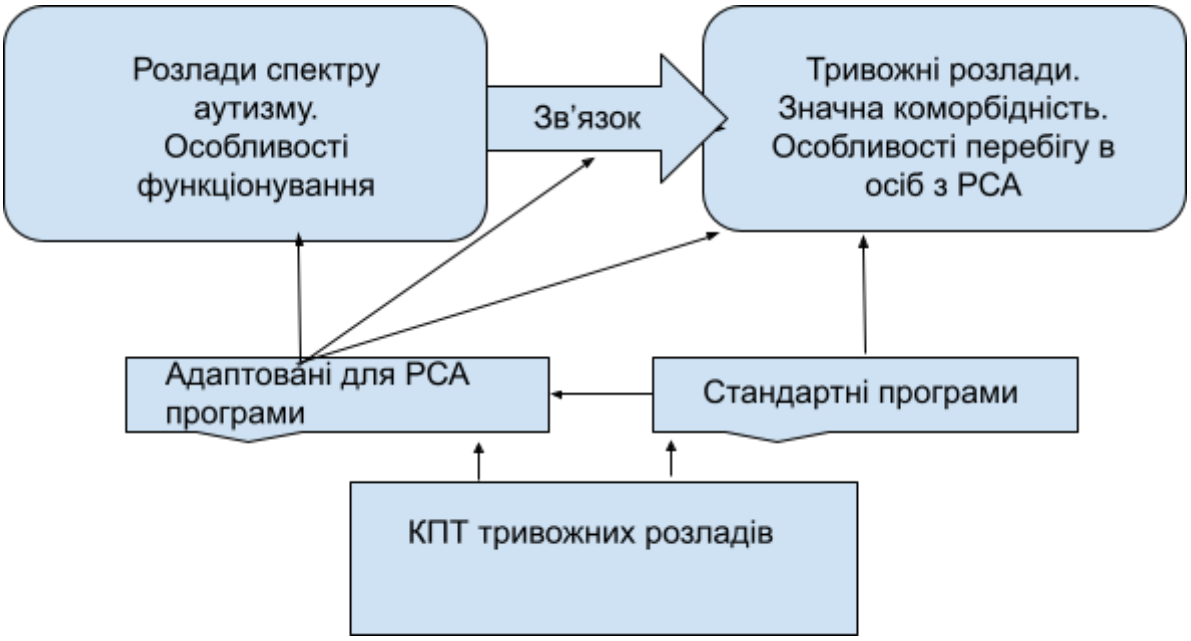

Рис.1.1. Теоретична модель дослідження

Висновки до розділу І

Розлади спектру аутизму - це розлади нейрокогнітивного розвитку, що мають початок в дитинстві і тривають впродовж життя.

Для РСА характерна значна коморбідність з іншими розладами психічного здоров'я, зокрема з тривожними розладами. Серед найчастіше діагностованих у людей з РСА: специфічні фобії, генералізований тривожний розлад та соціальна фобія.

Особливості функціонування людей з РСА, такі як порушення обробки інформації, ускладнена генералізація понять, повторювані патерни поведінки, ригідність, схильність до зациклення, до вибіркової уваги, нетолерантність до невизначеності, труднощі усвідомлення власних емоційних станів, труднощі соціальної комунікації, розуміння емоцій та невербальних сигналів інших, та пов'язаний із цим досвід "відокремленості" в соціальних групах є тими факторами, які частково можуть пояснювати високі показники поширеності тривожних розладів

серед цієї вибірки, так як ці фактори сприяють формуванню та підтриманню тривожних розладів.

У разі, якщо тривожні розлади залишаються без належного втручання, то з часом вони загострюють труднощі основного розладу в осіб з РСА, такі як дефіцити соціальної комунікації та обмежену повторювану поведінку, сталі фіксації та зацикленості, що негативно впливає на можливість їхньої якісної адаптації в суспільстві.

КПТ є науково обґрунтованим ефективним методом у лікуванні тривожних розладів в загальній популяції. Ключовими елементами програм КПТ для тривожних розладів є робота з поведінкою уникнення шляхом проведення експозицій до тригерів та когнітивна реструктуризація думок.

Зважаючи на значний відсоток людей з РСА, котрі не мають інтелектуальної неповносправності, КПТ може застосовуватися для лікування тривожних розладів у них. Проте, зазначені вище особливості функціонування, що мають зв’язок з виникненням та підтриманням тривожних розладів, можуть ускладнювати реалізацію психотерапії, а також потребують додаткового опрацювання, що виходить поза межі стандартних протоколів КПТ.

З метою оптимального надання допомоги особам з РСА та тривожними розладами, до стандартних програм вносяться зміни, щоб підвищити доступність втручань та їхню специфічну ефективність. Ключові елементи КПТ разом з цим залишаються незмінними: це робота з поведінкою уникнення та когнітивна реструктуризація.

Спираючись на теоретичні обгрунтування, дана робота представляє системний огляд літератури, в основі якого поставлена дослідницька гіпотеза про те, що КПТ лікування тривожних розладів буде ефективним для людей з РСА, зокрема і з застосуванням адаптованих програм.

Огляд має на меті оцінити ефективність КПТ втручань для лікування тривожних розладів для людей з РСА, а також розглянути особливості адаптаційних елементів КПТ програм.

РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою цього системного огляду літератури є дослідження ефективності інтервенцій, базованих на когнітивно-поведінковій терапії, для лікування тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму.

Для реалізації цієї мети розроблена стратегія пошуку, відбору та вилучення досліджень.

2.1. Ідентифікація досліджень

Дослідження, які вивчали ефективність кпт-базованих втручань для людей з розладами спектру аутизму та коморбідними тривожними розладами шукалися в базі даних PubMed з обмеженням у часі публікації з 2008 до 2023 року, англійською мовою.

Для виявлення відповідних меті досліджень були використані ключові слова: CBT, anxiety, autism spectrum disorder, ASD.

2.2. Відбір досліджень

Загалом було ідентифіковано 133 публікації за ключовими словами, що ймовірно відповідали меті даного системного огляду. Одразу був застосований фільтр для відбору лише тих досліджень, що доступні в повнотекстових версіях до прочитання.

За результатами застосування цього фільтру був проведений етап скринінгу заголовків та анотацій для 68 досліджень. Відкидалися системні огляди, звіти про випадок та дослідження, невідповідні темі даного системного огляду.

За підсумками цього етапу 32 статті було обрано для глибшого розгляду.

Дослідження включалися до системного огляду якщо вони:

- оцінювали ефективність впливу кпт-втручань на показники тривоги у людей з РАС;
- були побудовані, використовуючи дизайн рандомізованих контрольованих досліджень або претест-посттестових досліджень;
- використовували стандартизовані та валідизовані опитувальники для підтвердження діагнозів РАС та тривожних розладів для учасників (згідно DSM-IV або DSM-V);
- використовували стандартизовані та валідизовані опитувальники для вимірювання результатів впливу інтервенції;
- програма втручання відповідає кпт-підходу;
- досліджували дорослих та дітей;
- опубліковані не раніше 2008 року;
- написані англійською мовою;
- з відкритим доступом до повнотекстової версії.

Критерії виключення для досліджень:

- невідповідність темі і меті даного дослідження;
- системні огляди, мета аналізи, звіти про випадок;
- використовували нестандартизовані та невалідизовані опитувальники для підтвердження діагнозів РАС та тривожних розладів;
- використовували нестандартизовані та невалідизовані опитувальники для вимірювання результатів впливу інтервенції на досліджуваний конструкт;
- інтервенція не є кпт-втручанням, або використовує тільки незначні елементи кпт;
- опубліковані до 2008 року;
- написані не англійською мовою;
- немає доступу до повної версії;

Після оцінювання на прийнятність, ретельного аналізу щодо відповідності критеріям включення та якості проведених досліджень було

вилучено 17 досліджень: 5 не відповідали критеріям включення, а 12 мали суттєві застереження щодо якості (див. рис.2.1.).

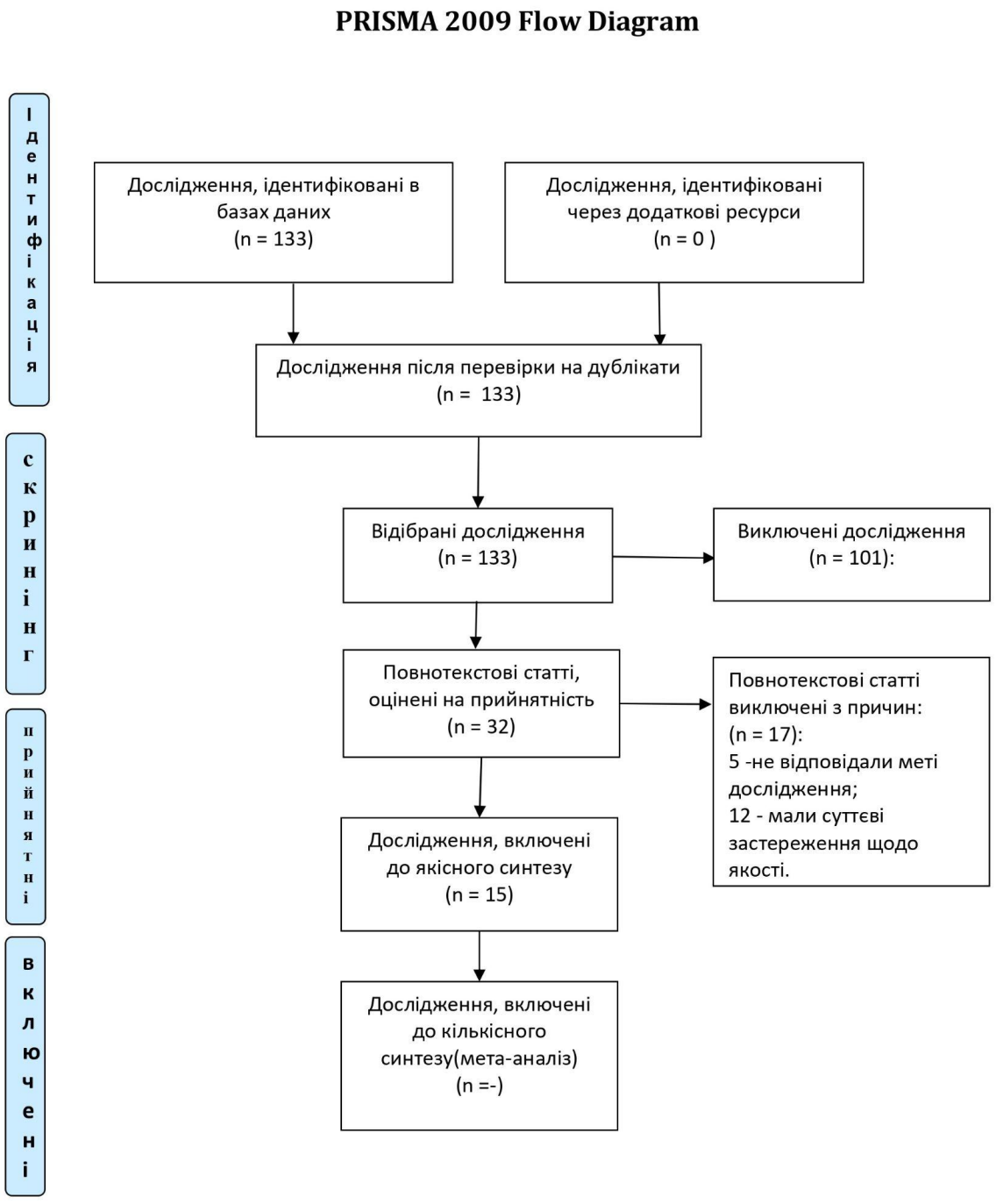

Рис.2.1 Блок-схема кількості проаналізованих досліджень.

2.3. Вилучення даних

З повнотекстових версій статей, що були погоджені, як такі, що відповідають критеріям включення і можуть бути залученими до системного огляду, дані було відібрано дані особисто дослідницею.

2.4. Оцінка якості досліджень

Щоб оцінити відібрані статті щодо якості здійснених досліджень, було розглянуто дизайн дослідження, особливості формування та розмір вибірки, методи збору даних та особливості проведення оцінки щодо встановлення основних діагнозів та вимірювання результатів інтервенцій, інструменти для вимірювання цих показників, процедуру дотримання точності застосування обраного протоколу втручання, методи статистичної обробки даних, обмеження досліджень, на які вказують їхні автори.

2.5. Синтез даних

В електронну таблицю були внесені дані за наступною формою:
1) назва; 2) рік публікації; 3) автори; 4) розмір вибірки; 5) вік та стать учасників; 6) вимога щодо IQ учасників; 7) дизайн дослідження; 8) група для порівняння; 9) як було проконтрольовано прийом медикаментів учасниками; 10) програма інтервенції; 11) тривалість; 12) формат (групова/індивід), учасники; 13) прихильність до протоколу лікування; 14) інструменти, якими вимірювався діагноз тривожного розладу та результат інтервенції (додаток А).

2.6. Виключені дослідження

З ідентифікованих за обраними ключовими словами 68 досліджень в повнотекстовій версії було вилучено 53: 36 - на етапі скринінгу заголовків та 17 - на етапі вивчення повнотекстових версій щодо відповідності

критеріям включення та оцінювання якості опублікованих досліджень на відповідність. Відтак, з них 5 не відповідали меті дослідження (3 - презентували опис протоколу лікування, 2 - досліджували інший конструкт), а 12 - мали застереження щодо якості, серед яких 4 - мали недостатній розмір вибірки, 5 - показники тривожності були не основним досліджуваним конструктом, 2 - використовували невалідні інструменти для вимірювання результатів втручання, 1 - порівнювалася ефективність КПТ з іншим активним втручанням, проте не надавалися конкретні показники ефективності щодо впливу на симптоми тривоги в учасників.

Висновки до розділу ІІ

Для здійснення системного огляду було сформульоване дослідницьке питання (мету): оцінити ефективність КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму; розроблений план дослідження, пошуку, критерії включення та виключення.

Дослідження, що розглядались, мали своїми учасниками дітей та дорослих з діагнозом розладу спектру аутизму та тривожного розладу.

Інтервенції, що розглядались: КПТ програми, стандартні та з додатковими адаптаціями для людей з РСА.

Порівняння відбувалось з контрольними групами, що не отримували КПТ, там, де це було заплановано дизайном дослідження.

Для визначення результатів застосовувалися шкали, що вимірюють показники тривожних розладів та шкали, що вимірюють відповідь на лікування.

Критерії включення та виключення розроблені таким чином, щоб реалізувати перевагу системного огляду як способу синтезу якісної актуальної обгрунтованої інформації. Для цього відбиралися дослідження, опубліковані у часовому проміжку з 2008 по 2023 роки, з дизайном контрольованих рандомізованих досліджень, претест-посттестовим

дизайном, такі, що використовували стандартизовані та валідизовані опитувальники для вимірювання діагнозів тривожних розладів та результатів лікування.

З доступних ідентифікованих досліджень, що були детально розглянуті, значна частина була вилучена через недоліки в якості з метою забезпечення якості кінцевих результатів даної дослідницької роботи та зменшення упередженості.

РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ. АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Подробиці включених досліджень.

15 досліджень були включені в даний системний огляд (додаток А).

10 з них мали дизайн рандомізованих контрольованих досліджень, а 5 - претест-посттестовий дизайн.

З тих досліджень, які передбачали наявність контрольних груп у 6 випадках такою групою було перебування в списку очікування, еквівалентному по тривалості до втручання, і в 4 - група, де здійснювалось лікування як звично. Одне дослідження провело порівняння між групою лікування як звично і одразу двома видами КПТ: стандартною, розробленою для лікування тривожних розладів та адаптованою спеціально для людей з РСА [38].

Груп з порівнянням відмінного від КПТ активного втручання не було.

Учасники. Розміри вибірок відібраних до системного огляду досліджень коливались від 22 до 167 учасників. Сумарна кількість учасників становить 841 особу.

Щодо вікової структури, то наймолодшим учасникам було 5 років, найстаршим - 38. 14 досліджень мало учасників-дітей до 18 років, а 1 - старших підлітків та дорослих (16-38 років).

В дослідженнях було представлено мультирасову вибірку.

Серед досліджень, які повідомили про статеву структуру учасників, 76-85% були особами чоловічої статі, а 15-25% - жіночої, за винятком одного дослідження, де учасники чоловічої статі становили 60%, а жіночої - 40% [35].

Це, в загальному, відображає типову структуру розподілу РСА відповідно до статі (співвідношення чол./жін. - 2:1 та 4:1 для аутизму та синдрому Аспергера відповідно) [16].

У всіх дослідженнях критерієм включення був діагноз, що відноситься до розладів спектру аутизму згідно DSM-IV або DSM-V: Синдром Аспергера, аутистичний розлад, первазивний розладом розвитку без додаткового уточнення (PDD-NOS), для встановлення яких використовувались ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) та (ADOS) Autism Diagnostic Observation Schedule (безпосереднє встановлення або з медичної документації). В одному з досліджень 5 учасників з 30 не відповідали критеріям РСА за ADOS, але відповідали за SCQ (Social Communication Questionnaire) – це анкета, яку заповнюють батьки, отримана з ADI-R, має чудову чутливість і надійність для розрізнення дітей з РСА і без них (Chandler et al., 2007) [19].

14 досліджень вимагали для участі бал full-scale IQ від понад 69 до понад 85 (The Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence). В одному дослідженні, зважаючи на специфіку моделі втручання (навчання винятково батьків, які в свою чергу застосовували отримані навички для своїх дітей) показник IQ дітей учасників не обмежувався: коливався від найвищого до надзвичайно низького діапазону когнітивних оцінок [39].

11 досліджень досліджували прийом учасниками ліків, здебільшого лімітуючи зміни дозування та введення нових медикаментів в групах, де проводилася інтервенція, та дозволяючи ці зміни в групах лікування як звично (контрольних групах) [34; 38; 40; 41].

Одне з досліджень виключало учасників, що приймають ліки [42].

Три не надавали даних щодо цього питання.

Опис інтервенцій. Усі дослідження з даного системного огляду застосовували програми, базовані на КПТ. Більшість застосованих протоколів лікування були адаптованими для людей з РСА. Два

дослідження проводили інтервенції по неадаптованих спеціально програмах, розроблених для дітей з тривожністю: Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006) [43] та From Timid to Tiger«Від полохливого до тигра» (Cartwright-Hatton et al., 2010) [39]. А також в одному із досліджень дизайн передбачав наявність груп порівняння впливу на рівень тривоги від застосування стандартної КПТ, адаптованої програми КПТ та групи лікування як звично, тут в якості стандартної програми також було використано протокол Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006) [38].

Програми описаних тут досліджень тривали від 7 до 16 тижнів, мали індивідуальний, груповий чи змішаний формат, та здебільшого залучали до участі батьків. За винятком двох дослідженнь, де участь брали замість батьків партнери [35] чи вчителі [42]. А також втручання одного з досліджень передбачало винятково навчання батьків, які в свою чергу вже застосовували отримані навички для своїх дітей [39]. Ця модель подібна до першого етапу 2-крокової моделі втручання в дослідженні Storch et al. (Storch).

Програма Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006) розроблена для дітей та молодих підлітків із соціальним тривожним розладом, соціальною фобією та ГТР. Основна мета лікувальної програми полягає в тому, щоб навчити дітей розпізнавати ознаки тривожного збудження і дозволити цим ознакам служити сигналом для впровадження методів управління тривогою. Всі сесії поділені на дві змістові частини, заняття першої половини зосереджені на тренуванні навичок (наприклад, афективне виховання, усвідомлення соматичних відчуттів, пов’язаних із тривогою, когнітивна реструктуризація, розробка плану подолання та оцінка продуктивності та менеджмент самопідкріплення), а сесії другої половини інтервенції зосереджені на завданнях покрокової експозиції до ситуацій, що викликають тривогу. Передбачені окремі зустрічі для батьків з психоедукаційною метою, та домашні завдання. Незначні зміни були

внесені дослідниками з метою покращення сприйняття дітьми з РСА: відводився додатковий час в кінці заняття для узагальнення і повторення, заняття були продовжені в часі, щоб більш ретельно охопити зміст, використовувалися письмові та візуальні матеріали, а також конкретна мова, специфічні інтереси дітей були використані в якості “місточків” для побудови стосунків і посилення мотивації, для того, щоб впоратися із труднощами з концентрацією уваги, дітям пропонувалися заняття сенсорної стимуляції, чи активні перерви, система винагород була розроблена індивідуально [43].

З-поміж решти досліджень вирізняється дослідження Byrne et al., так як єдиними реципієнтами втручання були батьки дітей з РСА, які в свою чергу впроваджували інтервенції для своїх дітей. Для них було застосовано програму From Timid to Tiger«Від полохливого до тигра» (Cartwright-Hatton et al., 2010) — це втручання з КПТ під керівництвом батьків для батьків тривожних дітей, неспецифічне для дітей з РСА, яке було реалізоване протягом 8 тижнів. Батьки отримали едукацію про дитячу тривогу та поведінкові стратегії з керування поведінковими проблемами, що виникають як через екстерналізовані та інтерналізовані труднощі. Передбачалися домашні завдання. Ключова роль у лікуванні, як і у вищезгаданих протоколах, відводиться експозиції. Батькам рекомендується розробити ієрархію страху під час сесії з терапевтом, а потім застосувати її вдома. Загалом в програмі більше акцентувалося на поведінкових, аніж на когнітивних стратегіях. Важливою ціллю програми є допомога батькам створити для своїх дітей спокійне, передбачуване середовище, яке сприятиме врегулюванню поведінки дитини і більш впевненій поведінці поряд із одержанням низки стратегій для опанування тривожності (покрокова експозиція, вирішення проблем та поведінковий експеримент) [39].

Протоколи інших досліджень були адаптованими спеціально для якнайкращого задоволення специфічних потреб людей з РСА.

Зокрема, в 4 дослідженнях застосовувалася програма Behavioral Interventions for Anxiety in Children with Autism (BIACA, Wood, 2005) [38; 40; 41; 44].

Програма BIACA мала найдовшу тривалість (16 тижнів) з усіх представлених в системному огляді досліджень. Це формат індивідуальних сесій, із залученістю до процесу батьків. В цьому протоколі також, як і в стандартному, використані КПТ-стратегії, реструктуризація та переоцінка, а також експозиції. Загалом ця програма модульного формату, що дає можливість персоналізувати лікування, враховуючи багатогранність клінічних проявів РСА. Наприклад, за потреби, адресується деструктивна поведінка, дітей навчають навичок соціальної взаємодії (приєднатися до однолітків під час гри). Особливі інтереси дітей розглядаються як актив і сприяють зміцненню залученості до програми. Розроблена комплексна система винагород для підкріплення бажаної поведінки вдома та в школі. [38].

Попри те, що модульний формат передбачає певну гнучкість і підлаштування під індивідуальні потреби дитини, все ж є закріплена кількість обов’язкових сесій за певними ключовими елементами терапевтичної програми: це мінімум 3 сесії на опрацювання навичок подолання (поведінкова активація, когнітивна реструктуризація) та мінімум 8 сесій на експозиції ін-віво.

З батьками ключовою роботою було заохочення незалежності їхніх дітей, вдосконалення соціальних навичок, і створення “скарбниць” інструментів для вирішення проблемних ситуацій. Батьки підтримували експозиції та систему винагород. Так само були залучені вчителі для відпрацювання експозицій, пов”язаних зі школою (наприклад, участь у інтерактивах з однолітками під час перерви)

У дослідженні Storch et al. було внесені ще деякі додаткові зміни, а саме збільшена залученість батьків. Це зроблено з метою полегшення процесу лікування (наприклад, проведення експозицій поза сеансом, впровадження системи винагороди), сприяння розвитку незалежності дітей та комунікативних навичок, а також вирішення специфічних проблеми, які перешкоджають лікуванню. Це має особливий зміст, враховуючи низьку мотивацію до лікування серед дітей з РСА.

Як стандартно в протоколі BIACA, завершальний модуль був присвячений роботі на попередження рецидиву [41].

В трьох дослідженнях було застосовано спеціальну програму для дітей з РАС Facing Your Fears [34;45;48]. Це програма групового формату, з залученням батьків, тривалістю 12 тижнів. На мультисімейних групових сесіях відбувалися загальногрупові активності (діти та батьки разом), активності в малих групах (діти окремо, батьки окремо), і робота в діадних парах батьки-діти. Ця програма містить елементи згаданої вище програми Coping Cat, а саме: покрокову експозицію, тілесну регуляцію: релаксацію та глибоке дихання, стратегії емоційної регуляції і використання когнітивного самоконтролю. Елементи адаптованості для дітей з РСА передбачали виклад основних понять, щоб підвищити їхню доступність, враховуючи соціальні, емоційні, комунікативні та когнітивні труднощі у цих дітей.

На заняттях були елементи психоедукації та соціалізації в КПТ, навичка розпізнавати НАДи та когнітивної реструктуризації, заспокійливі та розслаблюючі способи впоратися, градуйована експозиція. Також протокол лікування включав розвиток соціальних навичок, вбудований в діяльність групи.

Для батьків ключовими компонентами були: психоедукація про симптоми тривоги та КПТ-стратегії, підтримка участі в програмі дітей, обговорення зв’язку між батьківською тривожністю, стилем виховання та

підтриманням симптомів тривоги. Обговорювалися два типи батьківського «захисту»: «адаптивний» і «надмірний». «Адаптивний захист» визначався як здатність розуміти когнітивні, фізичні та емоційні труднощі та сильні сторони дитини, а також належним чином дозувати вплив складних подій, опираючись на здібності дитини. Батьки, які «надмірно» захищають, можуть ненавмисно обмежити вплив своєї дитини на ситуації, що провокують тривогу, дозволяючи дитині уникати тривожних ситуацій, навіть якщо дитина володіє необхідними навичками для досягнення успіху, таким чином зберігаючи симптоми тривоги [34].

У дослідженні Reaven et al., що проводилося з підлітками 13-18 років, було ще додатково адаптовано програму Facing Your Fears для підлітків, кількість сесій збільшено до 14 плюс додаткова бустерна сесія. Формат залишився таким самим.

Початкова версія цієї програми включала наступні елементи, що мали покращити сприйняття людьми з РСА: адекватний темп викладу, візуальну структуре та передбачуваність розкладу, супровід з роздрукованими матеріалами, акцент на сильні сторони та специфічні інтереси, можливості для багаторазового повторення.

Саме для підлітків було додано ще деякі вдосконалення: спеціальний модуль соціальних навичок (двосторонній підхід до усунення симптомів соціальної тривоги - одночасне формування навичок у поєднанні з експозицією), парна робота батьки-діти з метою ідентифікації тривожних діагнозів, ранжування їх та встановлення пов’язаних з ними цілей, включення технологій у вигляді додатку для систематичного моніторингу симптомів, нагадування щодо релаксаційних практик, і документування експозиційних технік, збільшена кількість експозицій на сесіях, без участі батьків.

Також зміни стосувалися змістового наповнення роботи з батьками: окрім фокусу уваги на тривожності, акцент був також на особливих

проблемах підліткового віку і зв'язку з РСА (наприклад, що прояви опору можуть бути пов'язані з довгою історією соціального відторгнення, а не з відсутністю мотивації чи інтересу), підкреслювалися сильні сторони підлітків для позитивної взаємодії, зближенню сприяв також груповий формат обговорень [45].

У двох дослідженнях у якості лікувального втручання було використано спеціально написану для людей з РСА програму Exploring Feelings (Attwood, 2004) [19;42].

Це найкоротша програма з усіх, що включені в цей системний огляд, 6 тижнів [42]. та 7 тижнів [19]. Програма реалізується в груповому форматі, для дітей і батьків окремі заняття. У дослідженні Luxford et al. замість батьків була сформована група вчителів, позаяк метою цього дослідження було дослідити ефективність програми, реалізованої на базі школи.

Програма навчає розпізнавати почуття та тілесні реакції, і створювати відповідні інструменти для подолання небажаних, включаючи фізичні, соціальні та когнітивні інструменти, таким чином формуючи "скарбничку інструментів". Вправи розроблені структурованими, інформативними та цікавими, є робочі зошити та домашні завдання [19;42]. У випадку базованої в школі інтервенції, до навчання був залучений асистент вчителя, який брав участь у заняттях і підтримував регулярний контакт з учнями поза заняттями. Це сприяло закріпленню, узагальненню вивчених стратегій і нагадуванню їх використовувати в реальному середовищі - саме в цьому розкривається унікальність даної програми. [42]. У дослідженні Wood et al. використано 16-тижневу програму Building Your Confidence (Wood & McLeod, 2008), модифіковану авторами для використання з дітьми з РСА. Робота відбувалася в індивідуальному форматі з залученням батьків.

Як і в інших програмах КПТ для лікування дитячих тривожних розладів, посібник включає тренування навичок подолання (наприклад, розпізнавання почуттів, когнітивна реструктуризація та принцип експозиції), а потім покрокову експозицію in vivo, з використанням набутих навичок подолання, в процесі використовується підкріплення винагородою. Роль батьків зосереджена на супроводі експозицій, використанні позитивного підкріплення та використання навичок спілкування для заохочення незалежності та самостійності дітей у повсякденних справах.

Програма є гнучкою і використовує модульний формат, щоб задовольнити найнагальніші клінічні потреби дитини. Та, як і в програмі BIACA, щонайменше три сеанси обов'язково присвячуються навичкам подолання, а вісім – на експозицію in vivo, щоб забезпечує достатню кількість КПТ-втручань.

В межах вдосконалення програми додано по 4 нових модулі для дітей та батьків, та модуль для шкільних працівників для вирішення труднощів із недостатніми соціальними, адаптаційними навичками, обмеженими інтересами та стереотипіями, дефіцитом уваги та мотивації, розладами поведінки, проблемами в школі.

Навчання соціальних навичок здійснюється у форматі коучингу, який проводиться безпосередньо в реальних умовах довкілля, в школі, чи громадських місцях. Для підкріплення застосовується комплексна система винагороди. Для усунення відчуття соціальної ізоляції застосовується залучення однолітків для наставницьких програм, зокрема наставником може бути і учасник в свою чергу. Для підтримання навичок в школі до програми залучені помічники учителів (1 модуль).

Окремий модуль присвячений розвитку навичок самостійності.

Обмежені дитячі інтереси та стереотипи опрацьовуються в рамках програми наступним чином: на першому етапі терапевтичні концепції

пояснюються на прикладі особливих інтересів дітей і застосовуються як винагорода (наприклад, надання доступу до бажаного стимулу) щоб впоратися із дефіцитом уваги та мотивації.

Потім, після встановлення доброго стосунку, поступово скорочується звернення до обмежених інтересів, з акцентом на збільшення усвідомленого утримання від них. Це пояснюється дітям як те, що нормально наодинці, але може бентежити інших і заважати встановленню соціальних контактів.

Система винагород застосовується для заохочення бажаної поведінки на противагу деструктивним паттернам [6].

Bemmer et al. у своєму дослідженні використали 8 тижневу модифіковану спеціально для дорослих з РСА програму групової терапії (по 6-8 осіб), що таргетує одночасно соціальну тривогу та соціальне функціонування.

Програма включає тренінг соціальних навичок, експозиційні завдання і компоненти поведінкового експерименту. Модифікація для людей з РСА з коморбідною соціальною тривогою розроблена з врахуванням їхньої трудності впроваджувати типові когнітивні втручання з огляду на обмежену інтроспекцію і знижене розуміння соціальних правил та норм.

З метою покращити сприйняття матеріалу для людей з РСА, були вибудувані структуровані рамки для навчання соціальних навичок, таких як, наприклад, початок і підтримка розмов, а також менеджмент розбіжностей. Когнітивну роботу (виявлення і реструктуризацію негативних автоматичних думок) було спрощено та використано для підтримки поведінкових компонентів (рольових ігор, домашніх практичних завдань).

Поведінкові втручання були інтегровані в групові сеанси для сприяння соціальній взаємодії.

Особливістю програми була наявність особи для підтримки, але не батьків. Вочевидь, через вік учасників (16-38 років), це єдине в нашому системному огляді дослідження, в якому до терапевтичного втручання не були залучені батьки. Разом з цією особою-партнером, учасники могли відпрацьовувати навички, та працювати над узагальненням стратегій КПТ, отриманих на програмі, в реальних соціальних ситуаціях.

Домашні завдання включали здійснення телефонних дзвінків іншим членам групи, здійснення спостереження за тривожними думками та реалізацію експозицій чи соціальної взаємодії.

Саме така орієнтованість на соціальну взаємодію одночасно із проведенням експозицій є особливістю даної програми [35].

У дослідженні White для учасників застосовано модульне програмне лікування Multimodal Anxiety and Social Skill Intervention for Adolescents with Autism Spectrum Disorder (MASSI) (White, 2010), яка здійснюється за трьома методами: індивідуальна терапія (до 13 сеансів), групова терапія (практика навичок, 7 сеансів) та навчання батьків та коучинг (після кожного індивідуального сеансу терапії).

Модульний формат передбачав значну гнучкість. Після третьої індивідуальної сесії для кожного учасника розроблялася концептуалізація, і підбиралися відповідні модулі роботи що відповідали індивідуальним симптомам тривоги чи дефіцитам навичок. За потреби, модулі можна було повторювати. Модулі були присвячені психоедукації та соціалізації в КПТ, розумінню тривоги в рамках РАС, зв’язок думок, почуттів та дій, навичка розв’язання проблем, навички ініціативності з однолітками, розмов, розпізнавання сказаного іншими, коупінгу з тривогою, експозиції, робота на попередження рецидивів та ін. Зміст групових занять був сталим. У кожній з груп для трьох осіб з РСА був один репетитор (волонтер з громади), який пропонував учасникам моделювання ситуацій та відгуки.

Комбінований формат втручання був обраний, базуючись на припущенні, що це захистить від виснаження і сприятиме швидшому покращенню [47]. Одне з досліджень розглядало ефективність покрокового втручання. Перший крок це керована батьками терапія з асистуванням терапевта (низької інтенсивності) - курс 12 тижнів. Батькам були видані матеріали згідно програми Helping Your Anxious Child (Rapee et al.,2017) - книга, воркбук, і таймлайн тренінгів. Програма включає ін-віво експозиції і когнітивну терапію, що розроблена на основі валідного КПТ протоколу Cool Kids ASD (Lyneham et al., 2016). 4 зустрічі з терапевтом покликані обговорити стратегії лікування, отримати зворотній зв'язок, обговорити оптимізацію лікування і адресувати поведінкові чи інші, пов'язані з РАС виклики, що є особливими для кожної дитини.

Далі учасники могли перейти на фазу підтримки - продовжувати те саме, без підтримки терапевта. Тим, хто після першої фази не відповідав критерію "відповіді на втручання" (згідно GGI, Clinical Global Impression Scale-Improvement), запропоновано 2 крок - 12-тижнева, терапія, що проводиться терапевтом (висока інтенсивність), з залученням батьків. Програми, що використовувались: Cool Kids ASD (Lyneham et al., 2016) для дітей від 6 років та Exposure-Focused, Family-Based CBT for Youth with ASD and Comorbid Anxiety для дітей 4-5 (Storch et al., 2020). Cool Kids ASD включає активності, що базуються на психоедукації, релаксації, навичках реалістичного мислення, створенні ієрархії страхів, експозиційній терапії, соціальних навичках, асертивності, навичці структурованого розв'язання проблем. Exposure-Focused, Family-Based CBT - сфокусована на лікуванні, що провадиться батьками, залучаючи психоедукацію, розробку ієрархії, експозиційну терапію, і використовує винагороди, щоб підтримати участь в експозиціях [46].

Групи порівняння. Умовами груп порівняння в рандомізованих контрольованих дослідженнях було перебування в списку очікування або

“лікування як звично”. Учасники, що були розподілені до контрольних груп “лікування як звично” могли продовжувати чи розпочинати будь-яке психологічне, соціальне чи медикаметозне лікування, або нічого з цього. З тих досліджень, які повідомляють про отримане учасниками таких груп втручання: 11 дітей з 17 отримали психологічне втручання, тоді як 5 із 17 не отримували жодних послуг [38].

26,1% учасників приймали ліки, спрямовані на симптоми тривоги, 69,6% брали участь у втручанні соціальних навичок, 26,1% брали участь у програмах захисту від хуліганства через школу, 17,4% брали участь в індивідуальних психосоціальних втручаннях, спрямованих на подолання або регуляцію емоцій, і 8,7% брали участь у сімейних втручаннях для вирішення проблем поведінки [34].

14 із 15 учасників, рандомізованих до груп “лікування як звично”, отримали психологічні або психіатричні послуги, серед яких медикаментозна терапія, шкільне консультування, послуги спеціальної освіти, індивідуальна психотерапія [41].

Вимірювання результатів. Для встановлення діагнозів тривожних розладів і вимірювання симптомів тривоги до та після проведення втручань використовувались наступні інструменти: Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-Parent Version (ADIS-P) (Clinician Severity Ratings (CSRs); Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS); Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) and -Improvement (CGI-I); Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) parent report (MASC-P); Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS); Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, Child and Parent versions (SCARED); Spence Children’s Anxiety Scale, Child and Parent versions (SCAS); Child and Adolescent Symptom Inventory-4 ASD Anxiety Scale (CASI-Anx) School Anxiety Scale; Social Worries Questionnaire.

Додаткові висновки щодо впливу КПТ-втручань були зроблені на основі замірів таких шкал: Child Behavior Checklist (CBCL); Social Responsiveness Scale (SRS); Service Assessment for Children and Adolescents (SACA); Columbia Impairment Scale-Parent (CIS-P); Behavior Assessment System for Children, Second Edition (BASC-2); The Brief Assessment Checklist for Children (BAC-C); Strengths and Difficulties Questionnaire-Emotional subscale; Family Accommodation Scale; Developmental Disabled Children's Global Assessment Scale (DD-CGAS).

3.2. Результати

Усі дослідження повідомляють про ефективність КПТ-втручань у зниженні тривожних симптомів у людей з РСА, розмір ефекту коливається від невеликого до значного.

У 11 з 15 досліджень одним із інструментів оцінювання результатів щодо симптомів тривоги було обрано Clinical Global Impression (Improvement/Severity Scale) (CGI-I, CGI-S). За цим показником CGI-I результати коливаються від 29,4 % [19] до 92,4% учасників, що мали позитивну відповідь на лікування [38], разом з тим показники позитивної відповіді у контрольних групах коливаються від 7,1% [19], до 28,6% [44], умови обох цих груп - перебування у списку очікування еквівалентного втручанню по часу з можливістю приймати медикаментозну терапію.

В дослідженні, яке, окрім групи порівняння з лікуванням як звично, порівнювала стандартний і адаптований для людей з РСА протоколи лікування, умови КПТ досягли вищих показників позитивної відповіді на лікування, ніж лікування як звично (BIACA, 61 із 66 (92,4 %); Coping Cat, 47 із 58 (81,0 %); лікування як звично, 2 із 18 (11,1 %); $P < ,001$ для кожного порівняння). [38].

Дослідження, що мало на меті дослідити ефективність 2-крокового втручання, вказує, що 28% учасників були класифіковані як такі, що відповіли на перший крок [46].

У групі інтервенції 76,5% дітей виповнили критерій CGI як ті, що відповіли на лікування, в той час як в контрольній групі очікування лише 8,7% були тими, хто відповідали тому ж критерію [6].

Позитивну відповідь на лікування спостерігалася у 79% учасників групи КПТ інтервенції в порівнянні з 28,6% у контрольній групі очікування [44].

50% дітей, що отримували лікування по протоколу Facing Your Fears та 8,7% дітей з контрольної групи (лікування як звично) продемонстрували позитивну відповідь на лікування за CGI-I, що було статистично значущою різницею між групами (p = .003.) із великим розміром ефекту (d=1.03). [34].

У дослідження Reaven et al. Близько 46% підлітків набрали бали необхідні для присвоєння позитивної відповіді на лікування, 33% - відповідали показнику “деякого покращення” і 21 % - показнику “без змін”, ні у кого не спостерігалося погіршення, контрольної групи не було [45].

Дослідження Storch et al. продемонструвало наступні результати по опитувальнику CGI-I: 68,8% були тими, хто відповів на лікування в порівнянні з 26,7% у контрольній групі (лікування як звично) [41].

Byrne et al. встановили, що 57% дітей отримали відповідь на лікування: “сильне покращення” та “дуже сильне покращення”, а на контрольному оцінюванні через 3 місяці після втручання цей показник зріс до 71%. Групи порівняння не було [39].

Учасники, що отримували втручання за протоколом MASSI, відповіли на лікування згідно шкали CGI-I у 40% випадків у порівнянні з 20% у контрольній групі (група очікування) [47].

За результатами дослідження McConaichy et al., 29,4% дітей отримали оцінку “сильне покращення” та “дуже сильне покращення”, порівняно із 7,1% в контрольній групі (список очікування) [19].

Щодо результатів за іншими опитувальниками, які вказують на ефективність КПТ для зниження симптомів тривоги у людей з РАС дані подано далі.

Для шкали тривоги та депресії з Child Behavior Cheklist спостерігався значний ефект змін для групи, що отримувала адаптовану програму втручання, чого не спостерігалося в групі стандартної КПТ та контрольній групі [38].

Учасники продемонстрували статистично значуще покращення в показниках настрою, тривоги та стресу (по DASS-21) та соціальної тривоги по SIAS (Social Interaction Anxiety Scale) в результаті втручання з невеликим розміром ефекту (Cohen”s d=0.28-0.35) [35].

Значно більше зниження симптомів тривоги було продемонстровано у групах, що отримували лікування за програмою КПТ, ніж в контрольній групі (лікування як звично). Особливо вирізняється група дітей віком 10-12 років, яка показала найбільше покращення, порівняно з іншими віковими групами (за показниками PARS, CGI-I, CGI-S). Всі вікові групи з контрольних умов були протилежними категоріями до помірних/покращених показників результатів [40].

В групі КПТ, 64,3% дітей, що завершили курс, не відповідали більше критеріям діагнозу жодного з тривожного розладу (що визначався згідно ADIS-C/P), в порівняння з 9,1% таких у групі очікування. Заміри CSR (Clinical Severity Rate) після лікування/завершення групи очікування були нижчими у групі втручання зі значним розміром ефекту. Автори відзначають статистично значущу різницю між групами для батьківського звіту по оцінках MASC ($p < .0001$) - ці показники були нижчими для групи,

що отримувала втручання зі значним розміром ефекту. Результати зберігалися протягом 3 місяців подальшого спостереження [6].

В дослідженні Wood et al. вказано значущу різницю між групоми втручання/конторлю за оцінками PARS, де група, що отримувала КПТ, демонструє нижчі показники тривоги. (p=.04). Водночас, групова різниця по замірах MASC-P, яку надавали батьки, була на межі значущості (p=.10), і була зовсім незначущою для звітів учасників по RCADS) [44].

Reaven et al. повідомляють про значущу різницю між групами втручання та контрольних умов за показником CSR (Clinical Severity Rate) (встановленому незалежним оцінювачем на основі ADIS-P) для всіх діагнозів з розміром ефекту від середнього до великого. Діти, що отримували лікування по програмі FYF, продемонстрували значне скорочення в загальній кількості діагнозів тривожних розладів (p=.03), чого не відбулося в контрольній групі (лікування як звично) [34].

В іншому дослідженні, де використовувався той же протокол втручання, з адаптацією для підлітків, було відмічено значущі зниження загальних симптомів тривоги (за SCARED) і за звітами батьків (p=.009) і за звітами підлітків (p=.001), ці результати також зберігалися на контрольному оцінювання по завершенню лікування [45].

Luxford et al. повідомляють, що за результатами їхнього дослідження, група втручання порівняно із контрольною групою (список очікування) показала значущі позитивні зміни щодо симптомів тривоги, про які повідомляли батьки, вчителі та самі учасники (Spence Anxiety Scale, Social Worries Questionnaire) [42].

В дослідженні Storch et al. значна групова різниця спостерігалася для замірів: PARS (d=0.79), ADIS CSR (d=1.30), CGI-S (d=0.94). Згідно ADIS-C/P, 37,5% учасників, що отримували КПТ, більше не відповідали критеріям своїх початкових діагнозів тривожних розладів по закінченню

лікування, водночас, ніхто з учасників контрольної групи (лікування як звично) не досяг ремісії [41].

McNally Keehn et al. повідомляють про 58% учасників з групи інтервенції, що більше не виповнюють критерії для встановлення їхніх початкових діагнозів тривожних розладів по закінченню програми лікування. З контрольної групи (список очікування) всі учасники продовжували відповідати початковим діагнозам тривожних розладів. На контрольному оцінюванні через 2 місяці по завершенні програми, 36% учасників продовжили бути вільними від критеріїв, необхідних для діагностування тривожних розладів [43].

В публікації Solish et al. зазначено, що для 11 з 13 показників тривоги (по шкалах SCAS, SCARED) визначено значущі покращення з середнім розміром ефекту [48].

Byrne et al. повідомляють про 38% учасників, що були вільні від своїх початкових діагнозів (згідно ADIS та CSR) після отримання лікування, і цей показник зріс до 57%, коли було проведено контрольне оцінювання через 3 місяці [39].

Поряд із тим, що в дослідженні McConaichy всі учасники по завершенню програми відповідають критеріям своїх початкових тривожних розладів, для 76% дітей з групи інтервенції відзначають деяке зниження тяжкості їхніх тривожних розладів, порівняно із 33% таких в контрольній групі (за ADIS), ($p=0.14$) [19].

Щодо додаткових результатів здійснених втручань, то дослідники найчстіше повідомляють про покращення симптомів згідно опитувальника Social Responsiveness Scale (SRS).

Bemmer et al. вказує на те, що конкретні піддомени соціального функціонування покращилися після втручання, зокрема соціальна мотивація і обмежені інтереси та повторювана поведінка з невеликим розміром ефекту(SRS-2) [35].

Групова різниця спостерігалася в дослідженні Wood et al., що відображає значне покращення в симптомах аутизму за цією ж шкалою [44].

У дослідженні Luxford et al. повідомляється про незначні ефекти підвищення соціальної чутливості по шкалі SRS, як повідомляли вчителі. [42].

При розгляді групових відмінностей після лікування спостерігалося значне покращення загального функціонування аутизму за шкалою SRS у групі, що отримувала КПТ, зі значним ефектом [41].

Про значну міжгрупову різницю за показниками SRS між учасниками адаптованої програми MASSI та контрольною групою повідомляють White et al. [47].

Для контрольної шкали інтерналізації (Child Behavior Checklist) спостерігався значний ефект для групи, де застосовувалася адаптована програма (BIACA), і такого ефекту не спостерігалося для групи стандартної програми (Coping Cat) [38].

3.3. Дискусія

Даний системний огляд мав на меті оцінити ефективність КПТ в лікуванні тривожних розладів у людей з РАС шляхом систематизації даних результатів проведених досліджень на цю тему.

Як і було припущено, в дослідницькій гіпотезі, КПТ демонструє ефективність у зниженні симптомів тривожних розладів у людей з РСА, з розміром ефекту, який коливається від невеликого до значного.

За результатами CGI-I кількість учаснків, що мали позитивну відповідь на втручання коливаються від 29,4 % [19] до 92,4% [38].

КПТ переважала в показниках скорочення симптомів тривоги порівняно з умовами контрольних груп.

Дослідники повідомляють про 37,5% [41] - 64,3% [6] учасників, які після проведеного втручання більше не відповідали критеріям встановлення своїх початкових тривожних розладів. Вирізняється одне дослідження, де такого ефекту не досяг ніхто з учасників, проте в цьому дослідженні було використано найкоротшу програму втручання зі всіх відібраних досліджень [19].

Можливо, подовжені програми пов'язані з більш сильними ефектами, адже з більшою кількістю часу є можливість краще практикувати навички [6;9].

В своїх проєктах дослідники апробовували різноманітні модифікації протоколів лікування: у форматі (груповому, індивідуальному чи змішаному), тривалості сесій, рівні залученості батьків чи інших асистентів, гнучкому модульному змістовому наповненню, в засобах подачі інформації (з застосуванням друкованої, візуальної, більш структурованої форми, сучасних технологій), впровадженню експозицій в максимально натуралістичних обставинах, базування терапії в школі. Можливо, саме з такою гетерогенністю модифікуючих факторів пов'язана різниця в показниках розміру ефекту. Для подальших досліджень буде перспективним здійснити безпосереднє порівняння різних версій КПТ-програм, рівно ж як і порівняння КПТ з іншим типом активних втручань.

Враховуючи взаємозв'язок між соціокомунікативними навичками та тривожністю у дітей з РСА [6], можна ствердити, що програми, що одночасно з тривогою ставлять мішенню втручання навички спілкування є більш виграшними для цієї вибірки.

Дослідження, лікувальні протоколи яких передбачали модулі соціальних навичок, повідомляють про позитивні ефекти одночасно у зменшенні тривожних симптомів, так і соціального функціонування

[38;41;42;44;47] Відповідно, це свідчить, що адаптований підхід до КПТ демонструє додаткові переваги.

Разом з тим, покращення соціально-комунікаційного функціонування не відбувалося паралельно зниження тривоги до такого ж ступеня (як в адаптованій програмі) під час застосування стандартної програми лікування. Покращення соціального функціонування може бути шляхом до зменшення тривоги, а також самоціллю; однак лише зменшення тривожності може не призвести до порівнянних покращень у соціальному функціонуванні дітей з РСА [6].

Тренінги соціальних навичок можуть мати переваги в розвитку впевненості в собі і соціальної компетентності і полегшувати симптоми соціальної тривоги, яка є частою у молоді з РСА [16;49].

Щодо групового та індивідуального формату, то щодо обох є покази щодо їхньої ефективності [33].

Це узгоджується з даними мета-аналізу, який виявив, що модальність лікування (групова чи індивідуальна) не була значимим модератором відповіді на лікування, тобто вони мали однакову ефективність [9].

Вочевидь, кожен з форматів має сильні сторони: груповий надає можливість отримати підтримку ровесників, відпрацьовувати з ними навички, нормалізації своїх переживань, підвищення вмотивованості. А індивідуальний якнайкраще підходить для того щоб адресувати в терапії конкретні індивідуальні труднощі, встановлення більш близького стосунку з терапевтом, що сприяє кращому розкриттю пацієнта.

Проаналізовані дослідження звертають також увагу на можливі переваги від модифікації протоколів згідно віку. Так, Kim et al. визначає, що найбільше покращення симптомів тривоги спостерігалося у віковій групі 10-12 років [40]. А Reaven et al.звертають увагу на те, що підлітковий вік, який є періодом з особливими викликами і завданнями для дітей, що

типово розвиваються, для дітей з РСА може бути періодом особливої вразливості з огляду на дефіцит психологічних ресурсів [45].

І саме соціальна фобія більш притаманна підлітковому віку, на противагу специфічним фобіям у молодших дітей [50].

В цьому контексті важливо розглядати рівень залученості батьків до лікування, адже відомо, що більші переваги від цього отримують діти молодшого віку [45].

Єдине дослідження з вибірки даного системного огляду, яке включало разом з підлітками дорослих з РСА (16-38 років) демонструє узгоджені з іншими дослідженнями результати втручання (невеликий розмір ефекту), де в програмі лікування було застосовану спеціальну модифікацію як для РСА, так і відповідно віку [35].

У зв'язку із тим, що процес надання психологічної допомоги людям з РСА має ряд характерних труднощів, таких як брак достатньої кількості відповідно підготовлених фахівців, недовіри до системи охорони психічного здоров'я, вартість та фізична недоступність допомоги [51], актуальним є розробка програм, що мають різні по інтенсивності етапи.

Дослідження Storch et al. підтверджує, що для підлітків з РСА та менш вираженою тривогою може бути ефективна програма КПТ низької інтенсивності під керівництвом батьків, тоді як ті, що мають більш виражену тривожність повинні отримувати лікування повним курсом [46].

Загалом, щодо економічної доступності лікування і затрат ресурсів фахівців, групові втручання мають перевагу. Звернення до групового формату стане відповіддю на зростаючу кількість людей, в котрих діагностовано РСА та тривожні розлади [34].

Даний системний огляд підсилює дані попередніх СО [9:10] на цю тему щодо ефективності КПТ тривожних розладів та презентує цю інформацію для україномовної спільноти фахівців сфери охорони

психічного здоров’я, на яку клініцисти можуть спиратися в своїй практиці в процесі вибору методів допомоги своїм клієнтам.

3.4. Обмеження

Обмеженнями цього системного огляду є відбір досліджень з однієї бази даних та лише тих, що доступні у вільному доступі, таким чином могли бути не залучені сучасні дослідження з вагомими доказами.

Цей огляд включає невелике число досліджень.

Також є ряд застережень, що стосуються безпосередньо відібраних досліджень:

- здебільшого проводилися на невеликих вибірках;
- третина досліджень має претест-посттестовий дизайн, відсутність контрольної групи не дозволяє дати оцінку ефективності втручання з високим рівнем довіри до результатів, що послаблює висновки даного системного огляду;
- жодне з рандомізованих контрольованих досліджень не порівнює КПТ з іншим активним втручанням, що було б більш показовим, ніж порівняння з групою “лікування як звично”, і тим більше, з групою перебування в списку очікування;
- дослідження використовують для вибірки людей з РСА традиційні інструменти вимірювання симптомів тривоги, та, зважаючи на особливості функціонування людей з РСА, існує ймовірність, що вони не вимірюють її адекватно. Тож є сумніви в результатах, що є самозвітом учасників. Однак, типові розбіжності у звітах, що подають учасники та їхні батьки можуть бути пояснені не невідповідністю вимірювання, а реально існуючою різницею у сприйнятті. Це питання потребує подальшого дослідження [6];
- щодо покладання на результати звітів батьків, то можна припустити, що на їхнє оцінювання теж могло впливати очікування результатів і особиста

прихильність до програм, учасниками яких вони теж були. Та попри це, такі їхні оцінки мають клінічну значимість, адже це відображає зміни щодо якості життя сім'ї загалом [43];

- виключення в 14 дослідженнях людей з інтелектуальною неповносправністю;
- недостатня участь осіб жіночої статі (що, однак, відображає реальний статевий розподіл в популяції з РСА);
- не всі дослідження контролювали вживання учасниками ліків. При цьому, в одному з досліджень подається інформація про те, що попри умову підтримувати стабільну дозу ліків, 33% учасників змінили своє медикаментозне лікування під час проекту [45]. Невідомо, чи інші дослідження контролювали цей процес;
- попри те, що більшість (10) досліджень здійснювали оцінку прихильності до протоколу, не всі це робили з залученням незалежних оцінювачів, та в третині випадків про таке оцінювання не повідомлялося;
- частина досліджень була проведена безпосередніми розробниками програм втручання, що може розглядатися як упередженість. Повторення таких досліджень незалежними дослідниками підсилило б результати;
- не всі дослідження оцінювали ефект на стійкість, проводячи контрольні заміри через деякий час по завершенню терапії.
- значна гетерогенність модифікуючих факторів (тривалості втручання, рівню залученості осіб-помічників, модульних елементів змістового наповнення програм, форматі проведення) не дає можливості виокремити їх як фактори, що опосередковують результати;

Висновки до розділу ІІІ

Результати проаналізованих досліджень вказують на ефективність КПТ у лікуванні тривожних розладів у людей з РСА в різних форматах та з

широким спектром специфічних адаптацій. Проте розмір ефекту нерівномірний.

Висновків щодо ролі конкретних модифікуючих факторів (адаптаційних елементів КПТ-програм) у впливі на розмір лікувального ефекту, неможливо зробити, через значну гетерогенність як компонентів програм, так і результатів.

Адаптаційні елементи спрямовані на роботу з дефіцитом соціальної комунікації, обмеженою повторюваною поведінкою, оптимізацією подачі інформації для найкращого сприймання терапевтичних компонентів програми, враховуючи особливості обробки інформації в людей з РСА.

Поряд із різноманітними варіаціями адаптацій, програми мали в основі ключові елементи КПТ тривожних розладів: роботу з поведінкою уникнення шляхом проведення експозицій та когнітивну реструктуризацію.

Отримані результати повинні розглядатися з урахуванням вказаних вище обмежень.

Результати щодо ефективності КПТ тривожних розладів для людей з РСА, описані в цьому розділі, поширюються на людей з РСА, що не мають інтелектуальної неповносправності.

ВИСНОВКИ

Розлади спектру аутизму мають значну коморбідність з іншими розладами психічного здоров’я, зокрема тривожними розладами. Поширеність тривожних розладів серед вибірки з РСА значно вищий, ніж в загальній популяції.

В роботі здійснений теоретичний аналіз особливостей функціонування людей з РСА, і зв’язок їх з виникненням та підтриманням тривожних розладів. Тривожні розлади можуть посилювати складнощі основного розладу у людей з РСА, а також основні симптоми РСА, як дефіцити соціальної взаємодії - можуть виступати стресором, який викликає тривогу.

Окрім збігу генетичних факторів, суттєвими особливостями функціонування, що пов’язані з тривожними розладами є порушення обробки інформації, процесу узагальнення понять, повторювана обмежена поведінка, селективна увага, нетолерантність до невизначеності, алекситимія, дефіцити соціальної комунікації, та пов’язана із цим сепарованість в соціальних середовищах.

Ключовими компонентами КПТ тривожних розладів, що були проаналізовані в даній роботі, є робота з поведінкою уникнення шляхом проведення експозицій до тригерів та когнітивна реструктуризація думок.

Розглянуто особливості функціонування людей з РСА, які можуть ускладнювати процес надання психотерапевтичної допомоги в стандартному форматі, а також безпосередньо потребують специфічного адресування, як такі, що підтримують тривожні розлади, відтак, це обґрунтовує доцільність розробки та використання специфічно модифікованих протоколів КПТ.

Дослідницьке питання даної роботи було поставлено як: оцінка ефективності КПТ втручань для лікування тривожних розладів для людей з РСА.

Для цієї цілі був розроблений дизайн системного огляду, стратегія пошуку, здійснено пошук, відбір досліджень згідно розроблених критеріїв включення та виключення, оцінка якості досліджень з метою зменшення упередженості в результатах. За підсумками кількох етапів відбору до системного огляду було включено 15 досліджень, що розглядали ефективність КПТ тривожних розладів у людей з РСА.

Як і було припущено в дослідницькій гіпотезі, за підсумками проведеного аналізу результатів досліджень, КПТ демонструє ефективність у зниженні симптомів тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму, з розміром ефекту, який коливається від невеликого до значного.

Щодо переваг адаптованих програм над неадаптованими спеціально для розладів спектру аутизму, то можемо опиратися лише на одне дослідження, яке прямо порівнювало такі інтервенції і показало деяку перевагу (92,4% (адаптована програма) проти 81% (стандартна програма) тих, хто дав позитивну відповідь на лікування (за GGI-I) [38] Разом з цим, цей показник, як і результати інших досліджень, де було застосовано стандартні протоколи КПТ, демонструє достатню ефективність стандартних програм.

Водночас, додаткові результати - покращення в загальному функціонуванні, свідчать про те, що адаптовані програми мають переваги для людей з розладами спектру аутизму.

У програмах для людей з розладом спектру аутизму здебільшого використовувалися наступні адаптації: у форматі (груповому, індивідуальному чи змішаному), кожен з яких мав обґрунтовані сильні сторони, збільшеній тривалості сесій, рівні залученості батьків чи інших асистентів, гнучкому модульному змістовому наповненню, зміни в засобах

подачі інформації: з застосуванням друкованої, візуальної, більш структурованої форми, сучасних технологій, впровадженню експозицій в максимально натуралістичних обставинах, базування терапії в школі. Ці адаптації мали на меті адресувати дефіцити соціальної комунікації, обмежену повторювану поведінку, та забезпечити оптимальне сприймання матеріалу, враховуючи особливості обробки інформації в людей з РСА.

Клінічне значення результатів даного системного огляду полягає в тому, що їх можуть використовувати клініцисти, коли обирають ефективне лікування для своїх пацієнтів з розладами спектру аутизму та тривожними розладами.

З огляду на доступність ресурсів для надання психологічної допомоги людям з розладом спектру аутизму та тривожними розладами, можемо рекомендувати обирати різні зручні формати роботи, зокрема, покроковий (КПТ низької інтенсивності під керівництвом батьків на першому етапі), груповий, базований в школі. Ці формати можуть мати переваги як такі, що економлять ресурс фахівців та фінансові витрати реципієнтів, і при цьому демонструють достатню ефективність.

Забезпечення ефективною допомогою людей з розладами спектру аутизму та тривожними розладами в Україні потребує масштабування, адже зараз реалізується в недостатніх об’ємах.

Результати даного системного огляду можуть бути інформаційною базою для промоції КПТ-втручань для лікування тривожних розладів у людей з розладами спектру аутизму у фаховій спільноті з метою вдосконалити якість надання допомоги.

Подальші наукові дослідження ролі модифікуючих факторів з метою виокремлення суттєвих елементів в програмах втручань, які мають вплив на розмір лікувального ефекту, сприятимуть можливості вдосконалювати спеціалізовані КПТ-програми.

Дослідження, що порівнюють КПТ з іншими активними втручаннями будуть найбільш показовими щодо ефективності КПТ, тож це рекомендований напрямок подальших наукових пошуків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

2. Zeidan J., Fombonne E., Scorah J., Ibrahim A., Durkin M.S., Saxena S., Yusuf A., Shih A., Elsabbagh M. (2022) Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res 15(5):778-790.

3. Autism Speaks Inc., https://www.autismspeaks.org/

4. Hollocks MJ, Wei Lerh J, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha T (2019) Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 49(4):559-572.

5. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009) Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. Annual Review of Clinical Psychology 5:311–341.

6. Wood J., Drahota A., Sze K., Har K., Chiu A., Langer D.A (2009) Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. Journal of child psychology and psychiatry 50(3):224-34.

7. Greenaway R, Howlin P (2010) Dysfunctional attitudes and perfectionism and their relationship to anxious and depressive symptoms in boys with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 40(10):1179-87 Raven діти

8. Olatunji O., Cisler J.M., Deacon B.J. (2010) Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. Psychiatr Clin North Am 33(3):557-77

9. Ung D., Selles R., Small B.T., Storch E.A. (2015) A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with

High-Functioning Autism Spectrum Disorders. Child Psychiatry and Human Development 46(4):533-47

10. Sharma S., Hucker A., Matthews T., Grohmann D., Laws K.R. (2021) Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychol 9(1):151

11. Адаптована клінічна настанова, заснованій на доказах “Аутизм у дітей”, Державний експертний центр МОЗ України та ін., 2015.

12. Центр громадського здоров’я МОЗ України, https://phc.org.ua/

13. Горб А.Л.б Мартиненко Я.А., Поширеність розладів зі спектру аутизму в Україні: погляд на проблему очима дитячого невролога. НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія 6-2’2012

14. Stanford University. https://med.stanford.edu/childpsychiatry/Ukraine.html

15. Hawks ZW., Constantino JN, (2020) Neuropsychiatric "Comorbidity" as Causal Influence in Autism J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 59(2):229-235.

16. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT (2009) Autism. Lancet 374(9701):1627-38.

17. Simonoff E, Pickles A., Charman T, Chandler S., Loucas T, Baird G (2008) Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 47(8):921-9.

18. Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PFA, Verheij F (2007) High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. J Autism Dev Disord 37(5):877-86.

19. McConachie H, McLaughlin E, Grahame V, Taylor H, Honey E, Tavernor L, Rodgers J, Freeston M, Hemm C, Steen N, and Le Couteur A

(2013) Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. Autism 18(6):723-32.

20. Вебінар для батьків про діагностику та обстеження дітей з аутизмом. Центр здоров'я і розвитку "Коло сім'ї", https://www.youtube.com/live/ain1HEBvXYk?feature=share

21. Скрипник Т.В: Феноменологія аутизму: Монографія. - К.: Видавництво "Фенікс", 2010. - 320 с.

22. Pisani S, Murphy J, Conway J, Millgate E, Catmur C, Bird G (2021) The relationship between alexithymia and theory of mind: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev 131:497-524.

23. Frith U (1996) Cognitive explanations of autism. Acta Paediatr Suppl 416:63-8)

24. Happé F, Frith U (1994) Autism: beyond "theory of mind". Cognition 50(1-3):115-32.

25. Mottron L, Bzdok D (2020) Autism spectrum heterogeneity: fact or artifact? Mol Psychiatry 25(12):3178-3185.

26. Muskens JB, Velders FP, Staal WG (2017) Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry 26(9): 1093–1103.

27. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusak J, Dumas G, Frazier T, Jones EJH, Jones RM, Pickles A, State MW, Taylor JL, Veenstre-VanderWeele J (2020) Autism spectrum disorder. Nat Rev Dis Primers 6(1): 5.

28. Harms MB, Martin A, Wallace GL (2010) Facial emotion recognition in autism spectrum disorders: a review of behavioral and neuroimaging studies. Neuropsychol Rev 20(3):290-322

29. Patriarca GC, Pettit JW, Silverman WK (2022) Implementing Cognitive-Behavioral Therapy in Children and Adolescents with Anxiety Disorders. Klin Spec Psihol 11(2):108-122.

30. Joyce C, Honey E, Leekam SR, Barrett SL, Rodgers J (2017) Anxiety, Intolerance of Uncertainty and Restricted and Repetitive Behaviour: Insights Directly from Young People with ASD. J Autism Dev Disord 47(12):3789-3802.

31. Gosch EA, Flannery-Schroeder E, Mauro CF, Compton SN (2006) Principles of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children. Journal of Cognitive Psychotherapy. 20(3):247–262

32. Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L (2012) Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 32(4):251-62.

33. Mor N, Meijers J (2009) Cognitive behavioral therapy in childhood anxiety. Isr J Psychiatry Relat Sci 46(4):282-9.

34. Reaven J, Blakeley-Smith A, Culhane-Shelburne K, Hepburn S (2012) Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. J Child Psychol Psychiatry 53(4):410-9.

35. Bemmer ER, Boulton KA, Thomas EE, Larke B, Lah S, Hickie IB, Guastella AJ (2021) Modified CBT for social anxiety and social functioning in young adults with autism spectrum disorder Mol Autism 12(1):11.

36. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. “Розлади аутистичного спектру (розлади загального розвитку)”, затверджений наказом МОЗ від 15.06.2015 №341.

37. Sanchack K, Thomas CA (2016) Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. Am Fam Physician 94(12):972-979.

38. Wood JJ, Kendall P, Wood K, Kerns CM, Seltzer M, Small BJ, Lewin AB, Storch EA (2020) Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 77(5):474-483.

39. Byrne G, Ghrada AN, O'Mahony T (2023) Parent-Led Cognitive Behavioural Therapy for Children with Autism Spectrum Conditions. A Pilot Study. J Autism Dev Disord 53(1):263-274.

40. Kim S-K, McKay D, Ehrenreich-May J, Wood J, Storch EA (2020) Assessing treatment efficacy by examining relationships between age groups of children with autism spectrum disorder and clinical anxiety symptoms: Prediction by correspondence analysis. J Affect Disord 265:645-650.

41. Storch EA, Lewin AB, Collier AB, Arnold E, De Nadai AS, Dane BF, Nadeau JM, Mutch PJ, Murphy TK (2015) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for adolescents with autism spectrum disorders and comorbid anxiety. Depress Anxiety 32(3):174-81.

42. Luxford S., Hadwin JA, Kovshoff H (2017) Evaluating the Effectiveness of a School-Based Cognitive Behavioural Therapy Intervention for Anxiety in Adolescents Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord 47(12):3896-3908.

43. McNally Keehn RH, Lincoln AJ, Brown MZ, Chavira DA (2013) The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial. J Autism Dev Disord 43(1):57-67.

44. Wood JJ, Ehrenreich-May J, Alessandri m, Fujii C, Renno P, Laugeson E, Piacentini JC, De Nadai AS, Arnold E, Lewin AB, Murphy TK, Storch EA (2015) Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial. Behav Ther 46(1):7-19.

45. Raven J, Blakeley-Smith A, Leuthe E, Moody E, Hepburn S (2012) Facing your fears in adolescence: cognitive-behavioral therapy for high-functioning autism spectrum disorders and anxiety. Autism Res Treat 2012:423905.

46. Storch EA, Schneider SC, Olsen SM, Ramirez AC, Berry LN, Goin-Kohel RP, McNeel M, Candelari AE, Guzick AG, Cepeda SL, Weinzimmer S, Voigt RG, Quast T, Goodman W, Salloum A (2022) Stepped-Care Cognitive Behavioral Therapy in Children on the Autism Spectrum with Co-occurring Anxiety. J Autism Dev Disord 14;1-1.

47. White SW, Ollendick T, Albano AM, Oswald D, Johnson C, Southam_Gerow MA, Kim I, Scahill L (2013) Randomized controlled trial: Multimodal Anxiety and Social Skill Intervention for adolescents with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord 43(2):382-94.

48. Solish A, Klemencic N, Ritzema A, Nolan V, Pilkington M, Anagnostou E, Brian J (2020) Effectiveness of a modified group cognitive behavioral therapy program for anxiety in children with ASD delivered in a community context. Mol Autism 11(1):34.

49. Ung D, Wood J, Ehrenreich-May J, Arnold EB, Fuji C, Renno P, Murphy TK, Lewin AB, Mutch PJ, Storch EA (2013). Neuropsychiatry (London) 3(2):10.2217/npy.13.9.

50. Alfano CA, Beidel DC, Turner SM (2006) Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology 34(2):189–201.

51. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. (2017) What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. European Child & Adolescent Psychiatry 26(6):623–647.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця

Дослідження, включені в системний огляд

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorder	2020	Wood et al.	167	7-13, 20% жін.	>70	РКД	стандартна КПТ/адаптована КПТ/ Лікування як звичного	+	Стандартна програма - CopingCat (Kendall & Hedtke, 2006), Адаптована програма - BIACA (Wood et al., 2009)	16	індив. (бат.+діти)	+	PARS The Clinical Global Impression–Improvement scale Child Behavior Checklist Social Responsiveness Scale–2	Групи КПТ досягли вищих показників позитивної відповіді на лікування, ніж Лік/як/звично (BIACA, 61 із 66 (92,4 %); Coping Cat, 47 із 58 (81,0 %); лікування як звично, 2 із 18 (11,1 %); P < ,001
Modified CBT for social anxiety and social functioning in young adults with autism spectrum disorder	2021	Bemmer et al.	78	16-38, 60% чол	> 70	претест-посттест	немає	не вказано	8 тижнева модифікована спеціально для дорослих з РАС групова терапія, що таргетує одночасно	8	груп. (партнер для завдань)	-	Liebowitz Social Anxiety Scale—Self-Report (LSAS-SR) Social Responsiveness Scale-2—Adult Self-Report Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)	статистично значуще покращення в показниках настрою, тривоги та стресу (по DASS-21) та соціальної тривоги по SIAS (Social Interaction Anxiety Scale) в результаті втручання з невеликим розміром ефекту

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
									соціальну тривогу та соціальне функціонування.				Kessler Psychological Distress Scale (K10) Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) and Social Phobia Scale (SPS)	(Cohen”s d=0.28-0.35)
Stepped-Care Cognitive Behavioral Therapy in Children on the Autism Spectrum with Co-occurring Anxiety	2022	Storch et al.	64	4-14, 84% чол	>70	претест-посттест	немає	не вказано	1 крок - Helping Your Anxious Child (Rapee et al.,2017), друк.мат. 2 крок - Cool Kids ASD (Lyneham et al., 2016) від 6 р. та Exposure-Focused, Family-Based CBT for Youth with ASD and Comorbid Anxiety для дітей 4-5 р. (Storch et al., 2020)	12 +12	1 крок-батьки, асистує терапевт,2 крок - індив (бат-діти)	-	Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) Child Behavior Checklist (CBCL/6–18) Clinical Global Impression Scale-Severity and Improvement (CGI-Severity/-Improvement) Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms-21 Item Version (DASS) Social Responsiveness Scale-2 (SRS-2) Revised Child Anxiety and Depression Scale-Child and Parent Versions (RCADS-C/P)	28% були класифіковані як такі, що відповіли на перший крок 1.Разом на етапах 1 і 2 43 були класифіковані як ті, що відповіли (80%)

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
Assessing treatment efficacy by examining relationships between age groups of children with autism spectrum disorder and clinical anxiety symptoms: Prediction by correspondence analysis	2019	Kim et al.	163	6-16, 78% чол	не вказано	РКД	Лікування як звичн о	и+	адаптована програма BIACA (Wood et al., 2009)	16	індив.	-	Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) and -Improvement (CGI-I) Child Behavior Checklist (CBCL) Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) Social Responsiveness Scale (SRS)	група дітей віком 10-12 років, яка показала найбільше покращення, порівняно з іншими віковими групами (за показниками PARS, CGI-I, CGI-S). Всі вікові групи з контрольних умов були протилежними категоріями до помірних/покращених показників результатів
Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial	2009	Wood et al.	36	7-11	>70	РКД	група очікування	-	модифікована програма “Building confidence" (Wood & McLeod, 2008)	16	індив. (бат.+діти)	+	ADIS-C/P Clinical Severity Rating scale (CSR The Clinical Global Impression (CGI) – Improvement Scale The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC	У групі інтервенції 76,5% дітей виповнили критерій CGI як ті, що відповіли на лікування, в той час як в контрольній групі очікування лише 8,7% були тими, хто відповідали тому ж критерію

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial	2015	Wood et al.	33	11-15	> 85	РКД	група очікування	+	адаптована програма BIACA (Wood et al., 2009)	16	індив. (бат.+діти)	+	Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV-Child and Parent Versions (ADIS-IV-C/P Clinical Global Impression–Improvement (CGI-Improvement Multidimensional Anxiety Scale for Children—parent report (MASC-P Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS Service Assessment for Children and Adolescents (SACA Social Responsiveness Scale (SRS	Позитивну відповідь на лікування спостерігалася у 79% учасників групи КПТ інтервенції в порівнянні з 28,6% у контрольній групі очікування
Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial	2012	Reaven et al.	47	7-14	розмова повними, цілісними реченнями (згід	РКД	Лікування як звичного	и+	адаптована програма Facing Your Fears (FYF) -	12	груп (бат+діти)	+	Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-Parent Version (ADIS-P) (Clinician Severity Ratings (CSRs) Clinical Global Impressions Scale	50% дітей, що отримували лікування по протоколу Facing Your Fears та 8,7% дітей з контрольної групи (лікування як звично) продемонстрували позитивну відповідь на лікування за CGI-I, що було статистично значущою

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
					но Module III of the ADOS)									різницею між групами (p = .003.) із великим розміром ефекту (d=1.03)
Facing your fears in adolescence: cognitive-behavioral therapy for high-functioning autism spectrum disorders and anxiety	2012	Ravenet al.	24	13-18	> 70	претест-посттест	немає	+	адаптована програма FYF-Adolescent Version (FYF-A)	14 +бустерна сесія	груп (бат+діти)	-	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Parent and Child Versions (ADIS-P and ADIS-C) Clinical Global Impression Scale (CGIS-S) Clinical Global Impressions Scale (CGIS-I) SCARED—Parent and Adolescent Self-Report	46% підлітків - позитивна відповіді на лікування, 33% - відповідали показнику деякого покращення, 21 % - показнику - без змін.
Evaluating the Effectiveness of a School-Based Cognitive Behavioural Therapy Intervention for Anxiety in Adolescents Diagnosed with	2017	Luxford et al.	35	11-14	> 70	РКД	група очікування	виключеніті, хто приймає ліки	Exploring feelings (Attwood, 2004) (базовано в школах)	6	груп. (діти+вчит)	-	School Anxiety Scale Spence Anxiety Scale Social Worries Questionnaire Social Responsiveness Scale	група втручання порівняно із контрольною групою - значущі позитивні зміни щодо симптомів тривоги, за повідомленнями батьків, вчителів та учасників (Spence Anxiety Scale, Social Worries Questionnaire)

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
Autism Spectrum Disorder														
A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for adolescents with autism spectrum disorders and comorbid anxiety	2015	Storch et al.	31	11-16	> 80	РКД	Лікування як звичного	+	адаптована програма BIACA (Wood et al., 2009), з модифікацією авторів	16	індив. (бат.+діти)	+	Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) Clinical Global Impression-Severity and -Improvement (CGI-Severity, CGI-Improvement Child Behavior Checklist (CBCL) Columbia Impairment Scale-Parent (CIS-P) Multidimensional Anxiety Scale for Children–Parent (MASC-P) Social Responsiveness Scale (SRS) Revised Child Anxiety and Depression Scales (RCADS)	значна групова різниця спостерігалася для замірів: PARS (d=0.79), ADIS CSR (d=1.30), CGI-S (d=0.94). Згідно ADIS-C/P, 37,5% учасників, що отримували КПТ, більше не відповідали критеріям своїх початкових діагнозів ТР
The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized	2013	McNally Keehn et al.	22	8-14	> 70	РКД	група очікування	+	Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006)	16	індив. (бат.+діти)	+	ADIS-P Spence Children’s Anxiety Scale and the parallel parent version (SCAS-P)	58% учасників з групи інтервенції більше не виповнюють критерії початкових діагнозів ТР. Всі з контрольної групи продовжують відповідати початковим діагнозам.

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
controlled trial														Контрольний замір через 2 місяці -36% учасників продовжили бути вільними від критеріїв.
Effectiveness of a modified group cognitive behavioral therapy program for anxiety in children with ASD delivered in a community context	2020	Solish et al.	105	6-15	> 80 (4 учасники мали менше)	претест-посттест	немає	+	адаптована програма Facing Your Fears (FYF) -	14	груп. (бат.+діти)	+	Spence Children's Anxiety Scale, Child and Parent versions (SCAS) Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, Child and Parent versions (SCARED) Behavior Assessment System for Children, Second Edition (BASC-2)	для 11 з 13 показників тривоги (по шкалах SCAS, SCARED) визначено значущі покращення з середнім розміром ефекту
Parent-Led Cognitive Behavioural Therapy for Children with Autism Spectrum Conditions. A Pilot Study	2023	Byrne G, et al.	21	5-11, 80% чол	не обмежувався	претест-посттест	немає	не вказано	програма From Timid to Tiger (Cartwright-Hatton et al., 2010), навчання батьків	8 тижнів	груп. (бат.)	+	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)—Parent Version The Brief Assessment Checklist for Children (BAC-C) Strengths and Difficulties Questionnaire-Emotional subscale Family Accommodation	38% учасників, що були вільні від своїх початкових діагнозів (ADIS, CSR), показник зріс до 57%, на контрольному вимірюванні за 3 міс.

Назва публікації	Рік	Автори	К-ть учасників	Вік, стать	Вимоги щодо IQ	Дизайн	Група порівняння	Ліки	Програма КПТ	Тривалість (тижні)	Формат	Прихильність	Шкали для встановлення діагнозів ТР і вимірювання результатів	Результати
													Scale The Clinical Global Impressions scale	
Randomized Controlled Trial: Multimodal Anxiety and Social Skill Intervention for Adolescents with Autism Spectrum Disorder	2013	White et al.	30	12-17 76% чол	IQ full scale понад 70	РКД	група очікування	+	спеціалізована для підлітків з ВФРАС MASSI White, 2010)	13 (20 сеансів)	індив.+груп, зміш.	+	Social Responsiveness Scale (SRS) Child and Adolescent Symptom Inventory-4 ASD Anxiety Scale (CASI-Anx) Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) Clinical Global Impressions-Improvement scale (CGI-I) Developmental Disabled Children's Global Assessment Scale (DD-CGAS)	Учасники відповіли на лікування по шкалі CGI-I у 40% випадків в порівнянні з 20% у контрольній групі
Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder	2013	McConachie et al.	32	9-13	>69	РКД	група очікування	+	Exploring Feelings (Attwood, 2004)	7	груп. (окремо бат, окремо діти)	+	ADIS child version CGI-I Spence Children’s Anxiety Scale–Child and Spence Children’s Anxiety Scale–Parent	29,4% дітей -сильне покращення та дуже сильне покращення. Контрольна група - 7,1%. 76% дітей з групи інтервенції - деяке зниження тяжкості ТР порівняно із 33% таких в контрольній групі ADIS), (p=0.14)