

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

На правах рукопису,
остаточна версія


/Підпис студента/

МІЛОВІДОВА Аліса Вікторівна

**РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ПРОГРАМИ КПТ НИЗЬКОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ
СЕРЕД ОСІБ З СОЦІАЛЬНИМ ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ
ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Аврамчук Олександр Сергійович,
доцент кафедри клінічної психології УКУ,
кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2020

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Результативність програми КПТ низької інтенсивності серед осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 21/М

спеціальності 053 «Психологія»

Міловідова А.В.

Керівник: доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

Аврамчук О.С.

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

_____ Міловідова Аліса Вікторівна _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи): “Результативність програми КПТ низької інтенсивності серед осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду”

керівник проекту (роботи): доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук Аврамчук О.С.,

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “ _____ ” _____ 20__ р. № _____ протоколу _____

2. Строк подання студентом проекту (роботи): 27.05.23

3. Вихідні дані до проекту (роботи): до структури роботи входить вступ, розділи I-III, висновки, список використаних джерел і додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): 1)Здійснити огляд наявних досліджень інтервенцій, базованих на принципах КПТ для осіб з соціальним тривожним розладом. 2)Проаналізувати їх результати, скласти теоретичну частину роботи. 3)Виконати статистичний аналіз на основі отриманих даних дослідження, проведеного Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету (ІПЗ УКУ). 4)Описати результати та висновки дослідження результативності програми КПТ низької інтенсивності для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
робота містить 1 рисунок і 4 таблиці

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 _____

Керівник проекту (роботи) _____

Міловідова А.В. Результативність програми КПТ низької інтенсивності серед осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду: Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» / А.В. Міловідова / Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. психол. Наук Аврамчук О.С. – Львів: УКУ, 2023. – 36 сторінок.

Анотація

Актуальність: Соціальний тривожний розлад, перебіг якого вважається хронічним, на сьогодні ефективно лікують за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ): окремо чи разом з фармакологічними втручаннями. Розуміння предикторів соціального тривожного розладу, зокрема впливу різного травматичного досвіду є важливим в діагностиці, терапії та при розробці інтервенцій. Наше дослідження розгорнуто під час пандемії COVID-19 і карантинних обмежень, що підсилили проблеми соціальної взаємодії та підкреслили потребу в більш гнучких засобах психосоціальної підтримки населенню. Наразі актуальність подібних досліджень зростає внаслідок триваючої російсько-Української війни, що несе за собою вкрай тяжкі наслідки для психічного здоров'я і якості життя людей, водночас обмежуючі багатьом українцям доступ до кваліфікованої допомоги.

Мета дослідження: оцінити результативність програми КПТ низької інтенсивності для людей з соціальним тривожним розладом, що зазнали впливу травматичного досвіду.

Методи: Попередня вибірка склала 179 осіб, які звернулися за отриманням психологічної допомоги в 2018-2022рр і висловили скарги щодо дисфункційних симптомів соціальної фобії, пов'язаних з травматичним досвідом. Після розподілу по підгрупам за контекстом досвіду, учасники пройшли програму КПТ низької інтенсивності в форматі онлайн. В межах патопсихологічного обстеження було виміряно показники соціальної тривоги

за шкалою SPIN, задоволеності якістю життя (Q-LES-Q-SF), соціальної і робочої дисфункції (W&SAS), проведено оцінку їх динаміки.

Результати: Було виявлено зниження тягаря патологічних проявів та дистресу в періоді 1 місяця після завершення програми інтервенцій, без значної залежності від характеристик травми. Водночас, вплив такого досвіду значно модифікує перебіг соціального тривожного розладу та супутніх проблем. Наведені в роботі дані пілотного дослідження містять низку обмежень, однак подальше масштабування роботи та практична імплементація її результатів вбачається нами, як одна з перспектив в сфері охорони психічного здоров'я.

Ключові слова: соціальний тривожний розлад, травма, когнітивно-поведінкова терапія, психологічна допомога

Annotation.

Relevance: Social anxiety disorder, which is considered to be chronic, is now effectively treated with cognitive behavioral therapy (CBT): alone or in combination with pharmacological interventions. Understanding the predictors of social anxiety disorder, including the impact of different traumatic experiences, is important in diagnosis, therapy, and intervention development. Our study was conducted during the COVID-19 pandemic and quarantine restrictions, which exacerbated the problems of social interaction and emphasized the need for more flexible means of psychosocial support for the population. Currently, the relevance of such research is increasing due to the ongoing Russian-Ukrainian war, which has extremely serious consequences for people's mental health and quality of life, while limiting many Ukrainians' access to qualified care.

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of a low-intensity CBT

program for people with social anxiety disorder who have been exposed to traumatic experiences.

Methods: The preliminary sample consisted of 179 people who sought psychological help in 2018-2022 and expressed complaints about dysfunctional symptoms of social phobia associated with traumatic experiences. After being divided into subgroups based on the context of their experience, the participants underwent a low-intensity CBT program in an online format. As part of the pathopsychological examination, indicators of social anxiety (SPIN scale), quality of life satisfaction (Q-LES-Q-SF), social and work dysfunction (W&SAS) were measured, and their dynamics were assessed.

Results: We found a decrease in the burden of pathological manifestations and distress in the period of 1 month after the completion of the intervention program, without significant dependence on the characteristics of the injury. At the same time, the impact of such experience significantly modifies the course of social anxiety disorder and related problems. The data of the pilot study presented in this paper contain a number of limitations, but we see further expansion of the work and practical implementation of its results as one of the prospects in the field of mental health care.

Keywords: social anxiety disorder, trauma, cognitive-behavioral therapy, psychological care.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ I.....	4
1.1 Визначення соціального тривожного розладу і вплив травматичного досвіду на розвиток і тяжкість перебігу.....	4
1.2 Когнітивно-поведінкова терапія розладу соціальної тривоги.....	5
1.3 Огляд наявних досліджень КПТ-інтервенцій, для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду.....	7
1.4 Теоретична модель дослідження.....	9
РОЗДІЛ II.....	12
2.1 Формування вибірки.....	12
2.2 Методи і методики оцінки.....	14
2.3 Інтервенції.....	15
2.4 Аналіз даних.....	16
РОЗДІЛ III.....	17
3.1 Основний результат.....	17
3.2 Вплив фактору прийому ліків за призначенням.....	23
3.3 Відмінність між групами.....	24
3.4 Підсумки розділу.....	26
ВИСНОВКИ.....	28
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	30
ДОДАТКИ.....	36

ВСТУП

Соціальний тривожний розлад визначають, як важкий хронічний тривожний розлад, який можна успішно лікувати за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), у можливішому поєднанні з фармакологічним втручанням (Stein, 2008; Hoffmann, 2007).

Вибір теми для магістерської роботи і наукова проблема базуються на низці сучасних досліджень соціального тривожного розладу: іноземних і вітчизняних. Тему результативності програми КПТ низької інтенсивності для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду, було обрано з огляду на її актуальність і можливі подальші перспективи імплементації результатів. Вплив умов військового стану згубно відображається на психічному здоров'ї населення і надає обраній темі більшої актуальності в Україні. Він висвітлює необхідність проведення досліджень, які беруть до уваги фактор травмуючого досвіду.

Дослідники в багатьох країнах вивчають явище соціального тривожного розладу та його коморбідності. Нерідко дослідження інтервенцій, що надаються людям з соціальною фобією, беруть до уваги групу розладів — як от тривожні та афективні, але не розглядають вплив травматичного досвіду на результативність. Вивчення особистісних характеристик та предикторів розвитку соціального тривожного розладу також успішно розвивають українські вчені (Avramchuk, 2018).

Метою роботи виступає оцінка результативності програми КПТ низької інтенсивності для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду.

В ролі *об'єкту* виступає соціальний тривожний розлад, асоційований з впливом травматичного досвіду, а *предметом* є результативність курсу інтервенцій КПТ низької інтенсивності.

Завдання нашого дослідження можна виділити в 4 основні пункти, які виконуються поетапно:

1. Здійснити огляд наявних досліджень інтервенцій, базованих на принципах КПТ для осіб з соціальним тривожним розладом;
2. Проаналізувати їх результати і скласти теоретичну частину роботи;
3. Отримати дані дослідження, проведеного Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету (ІПЗ УКУ);
4. Виконати статистичний аналіз, описати результати та висновки.

Основна гіпотеза: "Програма КПТ низької інтенсивності впливає на зниження проявів порушень і дистресу у осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду".

Додаткова гіпотеза: "Травматичний досвід модифікує перебіг соціального тривожного розладу та результативність інтервенцій".

Для їх перевірки було застосовано наступні загальні методи: аналіз літературних джерел і проведення пілотного клінічного дослідження з усіма відповідними етапами та завданнями.

Діагностика соціального тривожного розладу і психопатологічне обстеження відбувалося за допомогою україномовних версій шкал та опитувальників з доведеною валідністю та надійністю. Дані про показники отримано за допомогою методик, включно з MINI: International Neuropsychiatric Interview, Social Phobia Inventory (SPIN), Work & Social Adjustment Scale (W&SAS), Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form (Q-LES-Q-SF), комплекс шкал IAPT, Impact of Events Scale-Revised (IES-R) (посилання), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) та General Anxiety Disorder-7 (GAD-7).

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вони враховують оцінку наслідків травматичного досвіду для перебігу соціального тривожного розладу та результативність впливу КПТ низької інтенсивності на патопсихологічні прояви хвороби. Практична новизна результатів нашого дослідження може мати високий пріоритет для сфери охорони психічного здоров'я в Україні, оскільки вона є здатною покращити психологічний добробут людей з соціальним тривожним розладом, які зазнали травми: загрози життю, здоров'ю, пережили важку втрату чи інший досвід, що учасники визначають, як травмуючий для них.

Внески в дослідження:

Аліса Міловідова — написання теоретичної частини, статистичний аналіз і формування висновків та дискусій до емпіричного дослідження.

Олександр Аврамчук — розробка дизайну і впровадження дослідження зі збором даних та проведенням інтервенцій на базі ІПЗ УКУ, наукове керівництво проекту.

Апробація матеріалів теоретичної частини відбулася під час Міжнародної науково-практичної конференції «Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації» (м. Тернопіль, 4-5 листопада 2022 р.) з публікацією у формі тез в II томі матеріалів конференції. Перед подачею матеріалів було отримано рецензію наукового керівника. Дане емпіричне дослідження є продовженням вивчення клініко-психологічних особливостей осіб з ознаками соціального тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом — на базі кафедри клінічної психології ІПЗ УКУ (Avramchuk, 2021).

РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Визначення соціального тривожного розладу і вплив травматичного досвіду на розвиток і тяжкість перебігу

Соціальний тривожний розлад, що також називають соціальною фобією — це один з найбільш поширених тривожних розладів (Punko, Hartvigsen, 2022). Основним його критерієм є виражений страх чи занепокоєння з приводу однієї чи кількох соціальних ситуацій, в яких особа може піддаватися оцінці з боку інших людей. Вірогідність виникнення соціальної фобії оцінюється до 15% впродовж життя людини, а її перебіг вважається хронічним, з високим ризиком рецидиву (Avramchuk, 2018). У 80% випадків розлад дебютує до 20 років, а близько половини — ще у віці 11 років. Відзначається, також, значна частка компоненту спадковості, як предиктору розвитку розладу (Stein, 2008).

Соціальні ситуації майже завжди провокують у таких людей надмірний страх, невідповідний реальній загрози (American Psychiatric Association, 2013). Особи з соціальним тривожним розладом можуть мати різні за кількістю і якістю тригери для посилення тривоги. Відповідно, розлад може набувати форми фобії конкретної ситуації (наприклад, публічного виступу) чи генералізованої, і найбільш поширеної, при якій майже будь-яка взаємодія з іншими людьми спричиняє особі дискомфорт. Рівень соціальної та робочої дисфункції може варіюватися від помірного до вкрай тяжкого (NIMH Information Resource Center).

Частим паттерном поведінки і важливим патогенетичним механізмом при даному розладі є уникнення ситуацій, в яких особа перебувала б в центрі уваги, чи будь-яких інших соціальних ситуацій, провокуючих сильне зростання симптомів тривоги (Avramchuk, Plevachuk, Suvalo, 2022). Подальше обмірковування таких подій призводить до соціальних побоювань у майбутньому (Hofmann, 2007)

Прояви розладу згубно впливають на всі сфери життя особи, хоча нерідко вони можуть бути замаскованими, як культурно-прийнятні риси особистості (інтровертованість, сором'язливість, скромність). Це теж утруднює доступ осіб з соціальним тривожним розладом до психотерапевтичної допомоги.

Наразі відомо про високу коморбідність з розладами настрою і вживанням психоактивних речовин. Тривожно-депресивна симптоматика найчастіше супроводжує перебіг соціального тривожного розладу. Серед соціальних факторів схильності відзначаються негаразди та віктимізація в дитинстві або підлітковому віці (Punko; Hartvigsen, 2022). Дослідження вказують на наявність впливу травматичного досвіду, який зазнала особа, на розвиток і тяжкість патологічної соціальної тривоги (Avramchuk & colleagues, 2022, 2021; Goldin & colleagues, 2013, 2010) .

Хоча травматичний досвід осіб з соціальним тривожним розладом не завжди містить в собі загрозу для життя, певна частина випадків супроводжується ознаками, які схожі на інтрузивні симптоми посттравматичного стресового розладу. Зміст небажаних спогадів та думок, страшних сновидінь та відповідний емоційний дискомфорт — зазвичай відображають вплив соціальної травми (Avramchuk et al., 2022; Bjornsson et al., 2020). Механізм уникнення при соціальному тривожному розладі посилює аналогічну поведінку, що пов'язується з травмою. Автори досліджень вказують на те, що сприйняття травматичної події має вплив на рівень дискомфорту, пов'язаного з небажаними тілесними відчуттями та емоційними реакціями на ситуації, що нагадують травматичний досвід.

1.2 Когнітивно-поведінкова терапія розладу соціальної тривоги

Сучасні теорії підкреслюють роль думок та поведінки в формуванні патологічної тривоги. На сьогодні найбільшу емпіричну базу для психотерапії

соціального тривожного розладу має когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), і вона рекомендується протоколами, як терапія першого вибору при цьому та інших тривожних розладах, в можливішому успішному поєднанні з фармакологічним лікуванням (National Institute of Health and Care Excellence, 2013; Stein, 2008). В базовому розумінні робота КПТ з соціальним тривожним розладом полягає у реструктуризації думок та засвоєнні нових партнерів поведінки в ситуаціях, де тривога критично зростає. Під час терапії люди вчаться ідентифікувати ключові когніції, які запускають емоційні та поведінкові реакції, та аналізувати раціональність і корисність власних переживань.

Однак, вчені зазначають досить скромні ефекти різних стратегій терапії для соціального тривожного розладу (Hoffmann, 2007). До проблеми доступності КПТ в багатьох країнах додається фактор низького звернення осіб з соціальною фобією за кваліфікованою допомогою. Нерідко первинним запитом пацієнта в таких випадках є лікування іншого коморбідного розладу (депресії, розладів вживання алкоголю і психоактивних речовин, тощо) (Punko, Hartvigsen, 2022). На сьогодні чимало факторів обмежують доступ до КПТ людям, які страждають від розладу соціальної тривоги, та спонукають клініцистів шукати додаткові способи надання допомоги цій групі пацієнтів сфери охорони психічного здоров'я.

Доказова база супутніх інтервенцій, заснованих на моделі КПТ, зростає, хоча подібні дослідження найчастіше розглядають результативність без врахування впливу особливостей анамнезу життя пацієнтів. Вибірki досліджень результативності зазвичай формуються відповідно до діагнозу чи групи діагнозів (тривожні, депресивні розлади), отже ми маємо небагато даних про вплив травматичного досвіду на результативність інтервенцій когнітивно-поведінкової терапії для осіб з соціальним тривожним розладом.

1.3 Огляд наявних досліджень КПТ-інтервенцій, для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду

Для написання ґрунтовної теоретичної частини мною було визначено стратегію, що відповідає принципам написання системних оглядів PRISMA. Синтез даних включених досліджень та діаграму див. у п. Додатки.

Предмет огляду був обраний нами в тому числі через те, що програми КПТ показують хорошу результативність і мають потенціал для поширення психотерапевтичної допомоги. Також, чимало дослідників сьогодні зауважують на важливості оцінки впливу індивідуальних особливостей та набутого досвіду пацієнтів з соціальним тривожним розладом на результативність терапії. В даному дослідженні ми концентруємо увагу на факторі впливу травматичного досвіду.

Завдання огляду літератури:

1. Висвітлити дані про результативність КПТ інтервенцій осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду.
2. Окреслити характер наслідків травми для перебігу розладу та результатів інтервенцій, базованих на принципах КПТ.

В огляді використано 4 бази даних (Clinical Key, PubMed, ResearchGate, Cochrane); пошук відбувався за ключовими словами “Social anxiety disorder”, “Social phobia”, “Cbt”, “Cognitive-behavioral”, Trauma”, “Ptd”, “Maltreatment”, “Bullying”. До огляду включено 4 англомовні статті, які датуються від 2013 року та містять всі необхідні інтервенції та вимірювання. Мала результативність пошуку, також, свідчить про високу актуальність проведення більшої кількості клінічних досліджень вузької специфікації — таких, як вивчення результативності програми КПТ низької інтенсивності на базі ІІЗ УКУ.

Вибірки досліджень складаються з повнолітніх осіб, які відзначили вплив травматичного досвіду різного характеру. В більшості — учасники мали

встановлений діагноз соціального тривожного розладу, який підтвердився на етапі відбору (Norton et al., 2021; Goldin et al., 2013; Lee, 2013). Одне дослідження не наводить даних щодо діагнозу, але вказує результати вимірювань соціальної тривоги до і після інтервенції, так само, як інші статті. Зафіксований травматичний досвід учасників має різні форми: здебільшого, не фізичного насильства.

Два джерела відзначають наявність результативності проведених технік одразу після завершення інтервенції та одне містить дані щодо стабільності результатів в часі (Norton et al., 2021; Lee, 2013). Варто зазначити, що обидва дослідження фокусували увагу на техніці імаджинативної рескрипції, а також мали найменші за розміром вибірки. Ще два дослідження не показали статистично значущого зниження показників за шкалами соціальної тривоги (Thorisdottir & Asmundson, 2021; Goldin et al., 2013).

Три з чотирьох досліджень вказують на відсутність зв'язку між результативністю проведених інтервенцій та тяжкістю або формою травматичного досвіду. Враховуючи обмеження в кількості знайдених публікацій і невеликі розміри вибірок, отримані результати можна інтерпретувати лише як попередню оцінку.

Техніка імаджинативної рескрипції (IR), результативність якої відзначається в терапії ПТСР, показала себе доволі ефективною в терапії соціального тривожного розладу на малих за обсягом вибірках. Однак, терапія когнітивної обробки (СРТ), результативність якої також відзначається в роботі з травмою і стресовими розладами, не показала статистично значущих змін в показниках соціальної тривоги.

Цікавою є знахідка про те, що травматичний досвід хоча і не мав помітного впливу на результативність інтервенцій, все ж, значно модифікував тяжкість

перебігу розладу. Загалом, чимало інших джерел стверджують залежність тяжкості проявів симптомів соціальної тривоги від досвіду емоційного чи фізичного насильства, знущання та подібних травматичних подій в минулому. Відзначається також, що негаразди в дитинстві чинять вплив на психологічне функціонування особи та її спроможність до психотерапії (Heinonen, Knekt, Härkänen, Virtala, Lindfors, 2018). Зв'язок між травматичним досвідом різної форми та характером перебігу соціального тривожного розладу, що прослідковується в багатьох дослідженнях, вказує на важливість діагностики коморбідних розладів і збору анамнезу життя щодо травмуючих подій при розробці та впровадженні терапевтичних інтервенцій.

На нашу думку, було б цікаво дослідити результативність висвітлених інтервенцій на більших вибірках для підтвердження чи спростування результатів. Також, розширення доказової бази потребують інші інтервенції, базовані на принципах КПТ, що б зосереджували увагу на роботі з травматичними подіями в досвіді осіб з соціальним тривожним розладом — можливе подальше випробування методів, ефективність яких підтверджена в роботі з ПТСР. Рекомендовано, також, враховувати фактор наявності і форми травматичного досвіду в подальших дослідженнях результативності інтервенцій для осіб з соціальним тривожним розладом.

1.4 Теоретична модель дослідження

Модель даного дослідження бере до уваги соціальний тривожний розлад у осіб, які зазнали впливу травматичного досвіду. В процесі діагностики та терапії соціального тривожного розладу, чи інших психічних розладів, важливо враховувати модифікуючі фактори: біологічні, соціальні та психологічні. Ми включаємо в поле зору травматичний досвід, який можна умовно поділити на

дві категорії:

Перша — досвід перебування в ситуації безпосередньої небезпеки для життя, здоров'я та гідності особи або досвід бути свідком таких подій. Якщо особа (цивільна чи військова) приймала участь у війні, перебувала під обстрілом, стала свідком жорстоких сцен внаслідок війни, стихійного лиха, епідемії, чи зазнала іншої подібної загрози, ми можемо визначити її травматичний досвід, як такий, що належить до цієї категорії.

Друга категорія — це досвід, що сприймається людиною, як травмуючий, однак не підпадає під попередні критерії. Так це можуть бути не менш поширені: втрата, нехтування особою в дитинстві, газлайтинг, булінг, емоційне насильство чи насильство в сім'ї, що не становило загрозу життю. Також, нерідко, досвід вимушеного переселення внаслідок військових дій чи катастроф зазначається людьми, яким довелося покинути свої домівки, як такий, що наніс травму.

Називаючи вищеперераховані приклади травмуючим досвідом, ми також припускаємо, що цей досвід може мати прояви на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях. Подібні ознаки можна віднести до симптомів категорії стресових розладів, тобто: інтрузії (небажані, раптові та емоційно забарвлені спогади), нічні жахи, уникання нагадувань про травматичну подію, тощо (American Psychiatric Association, 2013). Автори оглядових досліджень вказують на наявність зв'язку між рівнем дисфункції при соціальному тривожному розладі та пережитим травматичним досвідом. (Avramchuk, 2022; Bjornsson et al., 2020)

Якісно різні чинники, що були сприйняті людиною, як травматичні, гіпотетично, можуть по-різному вплинути результативність терапії соціального тривожного розладу та його перебіг. Ми не виключаємо можливості

доопрацювання травматичного досвіду, внаслідок проходження програми КПТ — через наявність схожих механізмів на рівні думок, емоцій, тілесних відчуттів, реакцій тіла, що лежать в основі соціальної тривоги та тривоги, яка асоціюється зі стресовими розладами (Avramchuk, Plevachuk, Suvalo, 2022).

Наше емпіричне дослідження має на меті визначити, чи демонструє цей спосіб надання психотерапевтичної допомоги результативність, з урахуванням змін в комплексі патопсихологічних симптомів учасників внаслідок проходження курсу інтервенцій: як одразу після завершення терапії, так і через місяць.

Описану теоретичну модель можна представити в формі блок схеми (Рис 1.1).

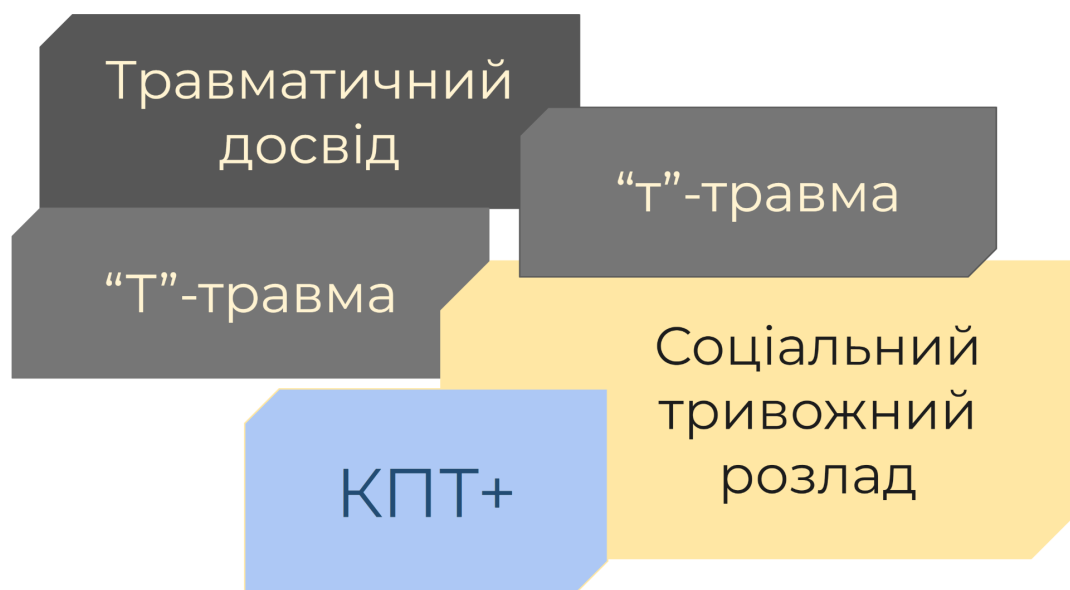


Рис 1.1. Блок-схема теоретичної моделі

РОЗДІЛ II МЕТОДИ І МЕТОДИКИ

Клінічні дослідження результативності не є простими у імплементації. Здебільшого, через необхідність проведення інтервенцій для великої кількості людей. Випробування інтервенцій когнітивно-поведінкової терапії для осіб з соціальним тривожним розладом вже були реалізовані за кордоном. Клінічні дослідження, зазначені в теоретичній частині, наводять дані про вибірки до 68 осіб (Goldin et al., 2013). Багато з них — пілотні, так само, як і наше. Процедури описаних дослідів висвітлюють обмеження внаслідок невеликих вибірок та/або відсутності контрольної групи.

Набір учасників також може бути ускладнено внаслідок відносно низького звернення осіб з соціальною фобією за психотерапевтичною допомогою.

2.1 Формування вибірки

Відбір осіб, які в подальшому були залучені до участі в даному дослідженні результативності КПТ низької інтенсивності відбувався в кілька послідовних етапів:

1. Впродовж двох років (2018-2020рр) відбувся збір даних осіб, які звернулися за отриманням психологічної допомоги з поширеними проблемами психічного здоров'я. На цьому етапі формування вибірки було отримано інформовану згоду на участь в дослідженні.
2. Дорослі особи були проінтерв'ювані за допомогою міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю MINI (MINI; Sheehan et al., 1997). У зв'язку з початком пандемії COVID-19 та карантинних обмежень, у 2020 році більшість діагностичних

інтерв'ювань проводилася он-лайн.

3. Попередня вибірка була сформована з тих, хто висловив скарги щодо дисфункційних проявів соціальної тривоги, характерних для соціального тривожного розладу, зокрема, уникнення соціальної взаємодії, внаслідок чого ці особи мали суттєвий психоемоційний дистрес. Ці ознаки, також, мали тривати не менше 6 місяців до дати звернення. Розмір попередньої вибірки склав 179 осіб.
4. Надалі відбулася перевірка відповідності досліджуваних додатковим критеріям включення та виключення. Осіб обох статей віком 18-35 років, які висловилися щодо пережитого травматичного досвіду в минулому та дистресу, який вони пов'язують з травмою, було включено в це дослідження. Дистрес мав тривати не менше 6 місяців. Людина не потрапляла до вибірки, якщо нею було зазначено вживання медикаментозного лікування на момент звернення, чи її стани були спричинені іншою соматичною або психічною патологією включно з шизофренією, біполярним афективним розладом, інтелектуальною неповносправністю і психоорганічними порушеннями.
5. Подальший розподіл досліджуваних на дві підгрупи відбувся за наступними критеріями:

Підгрупа А: сюди увійшли 57 людей. Серед них є учасники бойових дій і цивільні особи, яким довелося побувати в ситуації загрози життю, чи вони були свідками смерті. З них — 84% зазначили досвід участі в бойових діях на сході України.

Підгрупа Б: 122 особи, які зазначили вплив соціальних подій,

як травматичний для них. Ці люди пережили втрату, сімейне фізичне насильство (без загрози життю), булінг, дискримінацію, зокрема, внаслідок статусу внутрішньо переміщеної особи.

2.2 Методи і методики оцінки

Первинний скринінг психічного стану проведено за допомогою короткого структурованого інтерв'ю MINI: International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1997). Цю методику розроблено на базі критеріїв психічних розладів DSM-IV та МКХ-10, і вона містить в собі модулі для діагностики “посттравматичного шоку” та “соціальних фобій”. Алгоритми інтерв'ю забезпечують високі показники валідності, мають достатню надійність. Подвійний переклад та адаптацію MINI — “Міжнародний нейропсихіатричний опитувальник. Українська версія 5.0.0” — було виконано Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УіКПТ) спільно з ІПЗ УКУ. Верифікація результатів скринінгу відбулася за участі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців та консультації психіатра.

Проведено додаткове патопсихологічне обстеження для вимірювання наступних показників: Соціальна тривога — Social Phobia Inventory (SPIN). Ця самозвітня методика демонструє добрі показники надійності, валідності та внутрішньої узгодженості (Cronbach's $\alpha = 0,8-0,94.$) (Connor et al., 2018); вираженість дистресу в підтриманні загальної й робочої активності — W&SAS (Cronbach's $\alpha = 0,89$) (Mundt et al., 2018); оцінка задоволеності якістю життя — Q-LES-Q-SF: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short form (Endicott, Nee, Harrison, Blumenthal, 1993). Ці три показники обрані для визначення результативності курсу інтервенцій.

Схильність до панічних атак, уникнення та специфічних фобій — комплекс шкал IAPT використано відповідно до рекомендацій NICE (National Collaborating Centre for mental health, 2018). Українську адаптацію проведено УіКПТ та ІПЗ УКУ в 2012 році. Оцінка впливу травматичних подій — IES-R (Cronbach's $\alpha = 0,92-0,96$) (Creamer, Bell, Failla, 2003). Вираженість симптомів депресії та генералізованої тривоги виміряно за допомогою самозвітніх шкал PHQ-9 та GAD-7, відповідно (Spitzer, Williams, Kroenke et al., 2001, 2006). Усі досліджувані пройшли додаткове патопсихологічне обстеження до, по завершенню і через місяць після проходження курсу інтервенцій.

Обстеження, що мало відбутися через місяць після завершення інтервенцій було заплановано на березень 2022 року. Внаслідок військового вторгнення РФ на територію України, даний етап оцінки став під загрозу. Дослідницька команда сконтактувала з учасниками для надання психологічної допомоги. Люди, які вийшли на контакт, погодилися заповнити діагностичні методики.

2.3 Інтервенції

Програма КПТ низької інтенсивності, спрямована на впровадження психосоціальної підтримки, аналогічна до тої, що була використана в новішому дослідженні Кафедри клінічної психології ІПЗ УКУ, була обрана нами, як інтервенція дослідження (Avramchuk, Nizdran, Blozva, 2023).

До її структури входили наступні стратегії: психоедукація про соціальний тривожний розлад та вплив дисфункційних переконань і уникнення, навчання навичкам майндфулнес, дистанціювання і заземлення, а також методам вирішення проблем зі зменшенням використання поведінки безпеки.

Поведінкові експерименти, зокрема експозиція в уяві, використовувалися з

метою опрацювання непродуктивного мислення. Механізм уникнення став основною мішенню терапії в цій програмі.

Учасники в підгрупах А і Б пройшли ідентичні індивідуальні програми, що включали 6 он-лайн сесій тривалістю до 50 хв двічі на тиждень упродовж чотирьох тижнів та одну бустерну психоедукаційну сесію. Учасникам було надано рекомендації до психоосвітніх матеріалів для самостійного опрацювання.

2.4 Аналіз даних

Доцільність розподілу досліджуваних на підгрупи за “типом” травми визначено за допомогою порівняння оцінки впливу травматичних подій — критерієм Манна-Уїтні. Перевірено, чи є значущою різниця між показником за шкалою IES-R у досліджуваних в підгрупі А та Б. Також, за допомогою простої лінійної регресії було визначено вплив травматичного досвіду на розподіл показників в обох групах в часі до проходження інтервенцій.

Розрахунок результативності програми КПТ низької інтенсивності виконано за допомогою непараметричного критерію Friedman's 2-way ANOVA by ranks для двох залежних вибірок. Використання даного критерію має на меті показати значущість змін показників у підгрупах як одразу після проходження курсу інтервенцій, так і через 1 місяць — у порівнянні з показниками, які продемонстрували досліджувані на момент першого патопсихологічного обстеження. Розмір ефекту вираховано за допомогою критерію Hedges' g. Просту лінійну регресію використано для виявлення значущості впливу фактору прийому медикаментозного лікування під час участі в дослідженні.

Статистична обробка даних виконана за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 26 (SPSS Inc., 2019).

РОЗДІЛ III РЕЗУЛЬТАТИ

Даний розділ надає інформацію про результати перевірки гіпотез за допомогою проведення математичних розрахунків. Далі наведені дані та підсумки розрахунків, виконаних за допомогою статистичних критеріїв. Числові значення до основного результату нашого дослідження наведено в таблицях.

Логіку побудови розрахунків та результати було перевірено і узгоджено під час написання емпіричної частини роботи.

3.1 Основний результат

Ми перевіряємо гіпотезу про наявність результативності КПТ низької інтенсивності за допомогою статистичних розрахунків окремо для підгруп А і Б (див. Табл. 3.1 та 3.2, відповідно). Результат значущий при $p < 0,05$.

Критерій Friedman`s 2-way ANOVA показав статистично значущу різницю між вимірами до проведення інтервенцій та через 1 місяць - по всім показникам в обох групах. Це може свідчити про наявність результативності КПТ низької інтенсивності для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали травматичного досвіду, без залежності від типу травми. Також це може свідчити про сталість ефекту терапевтичних інтервенцій в часі.

В підгрупі А результат спостерігається одразу після завершення курсу інтервенцій за всіма основними (соціальна тривога, вираженість дистресу в підтриманні загальної й робочої активності, задоволеність якістю життя) і більшістю додаткових показників. Розмір ефекту через місяць після завершення курсу інтервенцій є великим для більшості змінних, і лише показник уникнення

через страх певних об'єктів або дій (IAPT-3) зазнав ефекту, який можна визначити, як “середній”.

В той самий час, в підгрупі Б далеко не всі показники отримали значущі зміни одразу після завершення інтервенції. Вже повторне патопсихологічне обстеження через місяць виявило значущі покращення за всіма показниками: як основними, так і додатковими — в підгрупі, де особи зазначили тільки досвід соціальної травми в анамнезі життя. Розмір ефекту від інтервенцій в цій групі є великим для показників вираженості дистресу в підтриманні загальної й робочої активності (W&SAS), задоволеності якістю життя (Q-LES-Q-SF), депресії (PHQ-9), генералізованої тривоги (GAD-7) та уникнення через страх осоромитися або виставити себе на посміховисько (IAPT-1). Решта показників продемонструвала середній ефект від інтервенцій.

Прослідковується тенденція до збільшення результативності програми КПТ низької інтенсивності з часом: деякі показники, що спершу показали низький чи середній розмір ефекту, при повторному патопсихологічному обстеженні через місяць, значно покращилися і демонстрували вже високі рівні ефекту від інтервенцій.

Зміни основних і додаткових показників в підгрупі А

Шкали	До Mean (<i>SD</i>)	Після Mean (<i>SD</i>)	Через 1 місяць Mean (<i>SD</i>)	До-Після (Hedge`s g)	До-через 1 місяць (Hedge`s g)
SPIN	32,5965 (8,74001)	28,9630 (6,84591)	26,2115 (6,20037)	p=0,029* (0.45)	p=0,000* (0.82)
W&SAS	38,0351 (2,90913)	33,9259 (2,40166)	32,0577 (2,22652)	p=0,000* (1.52)	p=0,000* (2.27)
Q-LES-Q-SF	23,1053 (4,06063)	23,8889 (4,34227)	29,1154 (4,76364)	p=0,021* (-0.18)	p=0,000* (-1.34)
PHQ-9	18,7018 (2,89066)	15,6296 (1,74070)	12,2885 (2,04207)	p=0,000* (1.27)	p=0,000* (2.54)
GAD-7	12,7193 (2,08527)	10,9259 (1,70296)	8,8654 (2,09602)	p=0,000* (0.93)	p=0,000* (1.82)
IAPT-1	7,0351 (0,96297)	6,3333 (0,61430)	5,3462 (0,62260)	p=0,000* (0.86)	p=0,000* (2.05)
IAPT-2	5,6316 (1,04594)	5,4259 (0,76730)	4,4615 (0,69906)	p=0,071 (0.22)	p=0,000* (1.30)

Продовження табл. 3.1

IAPT-3	4,1053 (1,04684)	4,0556 (1,01715)	3,4615 (1,09296)	p=0,577 (0.05)	p=0,031* (0.59)
IES-R	30,5088 (2,52928)	27,6111 (2,10495)	25,5769 (2,51541)	p=0,000* (1.22)	p=0,000* (1.93)

Зміни основних і додаткових показників в підгрупі Б

Шкали	До Mean (SD)	Після Mean (SD)	Через 1 місяць Mean (SD)	До-Після (Hedge`s g)	До-через 1 місяць (Hedge`s g)
SPIN	26,7623 (7,58103)	25,5825 (6,86212)	22,3696 (6,48365)	p=0,921 (0.16)	p=0,000* (0.62)
W&SAS	34,7377 (2,89714)	32,7864 (3,08586)	30,3261 (3,26186)	p=0,002* (0.65)	p=0,000* (1.42)
Q-LES-Q-SF	28,0574 (3,92975)	28,9806 (4,54817)	35,1739 (3,49445)	p=0,544 (-0.22)	p=0,000* (-1.90)
PHQ-9	16,5820 (3,05822)	14,8835 (2,17518)	11,5870 (1,61825)	p=0,003* (0.64)	p=0,000* (2.04)
GAD-7	11,6066 (2,84752)	10,9515 (2,23773)	8,7826 (1,66295)	p=0,600 (0.25)	p=0,000* (1.20)
IAPT-1	5,7623 (1,30513)	5,7670 (1,24620)	4,6522 (1,12352)	p=0,579 (-0.004)	p=0,000* (0.90)

Продовження таблиці 3.2

IAPT-2	4,4016 (1,28346)	4,3981 (1,28597)	3,7935 (0,79197)	p=0,174 (0.003)	p=0,002* (0.57)
IAPT-3	3,5082 (0,97273)	3,5049 (0,94841)	3,1196 (0,41516)	p=0,904 (0.003)	p=0,010* (0.51)
IES-R	24,6311 (3,12071)	23,1748 (3,11677)	22,1739 (5,39762)	p=0,011* (0.46)	p=0,000* (0.55)

Хоча інтервенції цього дослідження, в першу чергу, були спрямовані на зниження дисфункції в роботі та соціальному житті, покращення задоволеності якістю життя та редукцію симптомів соціальної фобії, значущих змін в обох групах зазнав показник оцінки впливу травматичної події (шкала IES-R). Дана статистична знахідка може вказувати на те, що програма КПТ низької інтенсивності повпливала на сприйняття власного травмуючого досвіду: середній показник, який відображає самооцінку важкості впливу цього досвіду, значуще знизився в обох підгрупах.

3.2 Вплив фактору прийому ліків за призначенням

Хоча вживання медикаментозного лікування на момент звернення враховано нами, як критерій виключення, чималий кількості людей, вже після надання згоди на участь в дослідженні, довелося отримати призначення препаратів. Отже, було вирішено залишити цих учасників: з огляду на невеликий розмір вибірки осіб з соціальним тривожним розладом, який асоціюється з травматичним досвідом. В підгрупі А налічується 27 учасників, що приймають медикаментозне лікування, а в підгрупі Б – 54 учасника — на момент першого патопсихологічного обстеження.

Проста лінійна регресія була використана для перевірки того, чи доданий показник вживання ліків за призначенням (1 = вживає, 0 = не вживає) достовірно передбачає зміну основних показників результативності. В тексті наведено тільки ті дані, для яких регресія була статистично значущою.

В підгрупі А для шкали W&SAS (вимірювання До-Після) підібрана регресійна модель була такою: Показник = $33.310 + 1.330 * (\text{вживання ліків})$. Загальна регресія була статистично значущою $R^2 = 0.078$, $F(1, 52) = 4.378$, $p = 0.041$. Було виявлено, що вживання ліків за призначенням певною мірою

передбачає показник W&SAS одразу після завершення програми інтервенцій ($\beta = 1.330$, $p = 0.041$). На інші показники в цій підгрупі не було визначено значущого впливу фактору прийому ліків.

В підгрупі Б для шкали W&SAS підібрана регресійна модель була такою: Показник = $31.482 + 2.858 * (\text{вживання ліків})$. Загальна регресія була статистично значущою $R^2 = 0.215$, $F(1, 101) = 27.652$, $p = 0.000$. Було виявлено, що вживання ліків за призначенням значною мірою передбачає показник W&SAS одразу після завершення програми інтервенцій ($\beta = 2.858$, $p = 0.000$)

Для шкали SPIN підібрана регресійна модель була такою: Показник = $21.661 + 8.595 * (\text{вживання ліків})$. Загальна регресія була статистично значущою $R^2 = 0.393$, $F(1, 101) = 65.390$, $p = 0.000$. Було виявлено, що вживання ліків за призначенням значною мірою передбачає показник SPIN одразу після завершення програми інтервенцій ($\beta = 8.595$, $p = 0.000$).

За результатами аналізу, в підгрупі А виявлено вплив фактору вживання ліків за призначенням на результативність інтервенцій лише за показником вираженості дистресу в підтриманні загальної й робочої активності. В групі Б даний фактор додатково повпливав на розподіл показнику соціальної тривоги по завершенню курсу інтервенцій. Варто відмітити, що вплив ліків виявився значно меншим для результатів повторних вимірювань більшості показників через місяць після завершення учасниками курсу інтервенцій.

3.3 Відмінність між групами

Різницю впливу різного контексту травматичного досвіду підраховано за допомогою критерія Манна-Уїтні. Вона виявилася статистично значущою не лише за показником оцінки впливу травматичного досвіду ($p = 0,000$). Решта показників,

також, відрізнялися між підгрупами А і Б. Не менш важливим є визначення того, як травматичний досвід впливає на розподіл значень показників.

Ми провели регресійний аналіз, щоб дослідити зв'язок між показником оцінки впливу травматичного досвіду (IES-R), як предикторною змінною, та іншими показниками – в якості результуючих

В підгрупі А знайдено статистично значущий вплив IES-R на показник вираженості дистресу в підтриманні загальної й робочої активності (W&SAS) ($R^2=0.342$, $\beta = 0.673$, $p=0.000$). Показник задоволеності якістю життя (Q-LES-Q-SF) отримав значущий вплив ($R^2=0.335$, $\beta = -0.930$, $p=0.000$). Рівень депресії (PHQ-9) також підпав під вплив показника оцінки впливу травматичного досвіду ($R^2=0.145$, $\beta = 0.434$, $p=0.004$). Схильність до уникнення через страх перед панічною атакою або іншими тривожними симптомами (IAPT-2) отримала дещо менший вплив ($R^2=0.070$, $\beta = 0.730$, $p=0.047$). Однак, з показником соціальної тривоги (SPIN) статистично значущого зв'язку виявлено не було ($p=0,483$). Результат вказує на те, що вищий рівень оцінки впливу травматичного досвіду асоціюється зі збільшенням дистресу в підтриманні загальної й робочої активності, депресії та схильності до соціального уникнення, водночас знижуючі оцінку задоволеності якістю життя учасників, які зазнали травми, пов'язаної із загрозою життю чи здоров'ю.

В підгрупі Б знайдено статистично значущий вплив IES-R на всі виміряні показники: соціальної фобії (SPIN) ($R^2=0.210$, $\beta = 1.113$, $p=0.000$), дистресу в підтриманні загальної й робочої активності (W&SAS) ($R^2=0.397$, $\beta = 0.585$, $p=0.000$), задоволеності якістю життя (Q-LES-Q-SF) ($R^2=0.306$, $\beta = -0.697$, $p=0.000$), рівня депресії (PHQ-9) ($R^2=0.496$, $\beta = 0.690$, $p=0.000$), генералізованої тривоги (GAD-7) ($R^2=0.186$, $\beta = 0.394$, $p=0.000$), уникнення через страх осоромитися або виставити себе на посміховисько (IAPT-1) ($R^2=0.236$, $\beta = 0.203$, $p=0.000$), уникнення через страх перед панічною атакою або іншими тривожними

симптомами (IAPT-2) ($R^2=0.159$, $\beta =0.164$, $p=0.000$) та уникнення через страх певних об'єктів або дій (IAPT-3) ($R^2=0.259$, $\beta =0.159$, $p=0.000$). Результат розрахунків вказує на те, що рівень оцінки впливу травматичного досвіду модифікує усі виміряні патопсихологічні прояви учасників, які зазнали соціальної травми.

За результатами повторних вимірювань через місяць після завершення програми КПТ низької інтенсивності учасники з обох підгруп продемонстрували покращення робочого та соціального функціонування, якості життя та інших показників — на рівні високого та середнього розміру ефекту. Хоча різницю в результативності інтервенцій між підгрупами А і Б можна визначити, як не значну, особи, що зазнали впливу соціальної травми, в середньому, продемонстрували дещо нижчий розмір ефекту.

3.4 Підсумки розділу

Підсумовуючи весь розділ, зазначимо основні результати нашого емпіричного дослідження:

Програма КПТ низької інтенсивності демонструє результативність з високим та середнім розміром ефекту: як одразу після, так і через місяць по її завершенню — для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду. Проходження програми інтервенцій значно покращило робочу та соціальну адаптацію, підвищило показники задоволеності якістю життя та зменшило кількість проявів соціальної фобії учасників з соціальним тривожним розладом. Наша основна гіпотеза справдилася на даній вибірці осіб.

На момент першого додаткового обстеження, особи в підгрупі А значуще відрізняються від осіб в підгрупі Б не тільки за одним показником оцінки впливу травматичного досвіду, але й за тим, як цей показник модифікує інші

прояви труднощів з психічним здоров'ям, такі як генералізована тривога, депресія, фобії чи тривожне уникнення. Особливості пережитого травматичного досвіду не суттєво вплинули на різницю в результативності між підгрупами, що збігається з висновками огляду літератури. Додаткова гіпотеза справдилася частково: травматичний досвід помітно впливає на перебіг соціального тривожного розладу, але не значно — на результативність програми КПТ низької інтенсивності.

ВИСНОВКИ

В межах цієї роботи було здійснено огляд наявних досліджень інтервенцій, базованих на принципах КПТ для осіб з соціальним тривожним розладом та якісний аналіз їх результатів. Висновки огляду великою мірою погоджуються з результатами емпіричного дослідження, проведеного ІПЗ УКУ — дані якого було використано для статистичного аналізу та опису результатів і висновків дослідження.

Результативність програми КПТ низької інтенсивності випробувано на вибірці з двома підгрупами, і обидві вони показали достатні успіхи після проходження інтервенцій. Учасники зазначили переваги від проходження курсу терапії по завершенню, що було підтверджено результатами повторних вимірювань: розмір ефекту через місяць після завершення програми було визначено, як високий та, рідше — середній.

Загалом, соціальний тривожний розлад визначав високий ступінь дисфункції та зниження задоволеності якістю життя у досліджуваних, а виявлений травматичний досвід чинив вплив на показники патопсихологічних проявів та їхню динаміку в терапії у осіб з різним типом травми.

Подальші перспективи практичної імплементації результатів ми вбачаємо в розвитку доступності досліджених інтервенцій. Програма КПТ низької інтенсивності може бути включена в систему надання допомоги сфери охорони психічного здоров'я. Засоби надання допомоги особам з соціальним тривожним розладом, що зазнали впливу травматичного досвіду, наразі мають високу актуальність в Україні. Обраний дослідниками формат надання інтервенцій здатний збільшити доступність психотерапевтичної допомоги.

Майбутнє продовження цієї роботи можна окреслюється нами як масштабування дослідження результативності програми інтервенцій — на більшій вибірці дорослих осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду. Також, можлива розробка відповідної комп'ютеризованої програми КПТ, яка стане помічною в наданні психологічної допомоги та надасть клієнтам, психотерапевтам і дослідникам більше даних про перебіг і вплив терапії.

Обмеження нашого пілотного дослідження варто взяти до уваги при подальшій імплементації результатів. Хоча логіку побудови статистичних розрахунків та їх результати перевірено і узгоджено, врахувати вплив всіх побічних змінних було важко через відсутність даних контрольної групи під час проведення аналізу.

Свій внесок в обмеження дослідження внесла пандемія COVID-19 і карантинні заходи. Вони, водночас, підкреслили актуальність доступної психотерапії в режимі он-лайн. Варто відзначити, що повномасштабний наступ рф на територію України поставив під загрозу проведення вимірювань через місяць після завершення інтервенцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 16, DSM-IV to DSM-5 Social Phobia/Social Anxiety Disorder Comparison. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t12/>
2. Punko MD, D., & Hartvigsen MD, N. (2022). Social Anxiety Disorder. У Ferri's Clinical Advisor 2022 (с. 1397–1397). Elsevier. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B978032375570200847X>
3. Avramchuk, O., Plevachuk, O., & Suvalo, O. (2022). SOCIAL AVOIDANCE AS A PATHOGENETIC LINK BETWEEN SOCIAL ANXIETY DISORDER AND POST- TRAUMATIC EXPERIENCE: THE REVIEW. Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences, 66(1). <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.01.10>
4. Avramchuk O. (2021). Clinical and psychological features of persons with social anxiety disorder associated with traumatic experience. Psychosomatic Medicine and General Practice, 6(3), e0603326. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i3.326>
5. Recommendations | Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment | Guidance | NICE. (б. д.). NICE | The National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/chapter/Recommendations#interventions-for-adults-with-social-anxiety-disorder-2>

6. Norton, A.R., Abbott, M.J., Dobinson, K.A. et al. Rescripting Social Trauma: A Pilot Study Investigating Imagery Rescripting as an Adjunct to Cognitive Behaviour Therapy for Social Anxiety Disorder. *Cogn Ther Res* 45, 1180–1192 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10221-9>
7. Thorisdottir, A. S., & Asmundson, G. (2022). Internet-delivered cognitive processing therapy for individuals with a history of bullying victimization: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 51(2), 143–169. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1938663>
8. Bruce, Laura & Heimberg, Richard & Goldin, Philippe & Gross, James. (2013). Childhood maltreatment and response to cognitive behavioral therapy among individuals with social anxiety disorder. *Depression and anxiety*. 30. 10.1002/da.22112.
9. Lee, S. W., & Kwon, J. H. (2013). The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(4), 351–360. https://login.research4life.org/tacsgr1doi_org/10.1016/j.jbtep.2013.03.001
10. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNEWS*. 2012. № 1(36). URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1\(36\)/article-586/psihotravma-ta-spric-hineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi#gsc.tab=0](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1(36)/article-586/psihotravma-ta-spric-hineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi#gsc.tab=0)
11. Marion Bosch, Arnoud Arntz, *Imagery Rescripting for Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives About the Elements of Change, Cognitive and Behavioral Practice,*

Volume 30, Issue 1, 2023, Pages 18-34, ISSN 1077-7229,

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.08.001>.

12. E. Heinonen et al. Associations of early childhood adversities with mental disorders, psychological functioning, and suitability for psychotherapy in adulthood. *Psychiatry Research*. 2018. Vol. 264. P. 366–373.
doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.011
13. Avramchuk O. Social anxiety disorder: relevance and perspectives. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2018. Vol. 3, no. 3. P. e0303103.
doi.org/10.26766/pmgp.v3i3.103
14. Bjornsson, Andri & Hardarson, Jóhann & Valdimarsdottir, Audur & Guðmundsdottir, Karen & Tryggvadottir, Arnrun & Þórarinsdóttir, Kristjana & Wessman, Inga & Sigurjonsdottir, Olafia & Davidsdottir, Soley & Thorisdottir, Audur. (2020). Social trauma and its association with post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 72. 102228.
[10.1016/j.janxdis.2020.102228](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102228).
15. Kuo, Janice & Goldin, Philippe & Werner, Kelly & Heimberg, Richard & Gross, James. (2010). Childhood Trauma and Current Psychological Functioning in Adults with Social Anxiety Disorder. *Journal of anxiety disorders*. 25. 467-73.
[10.1016/j.janxdis.2010.11.011](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.011).
16. Exhibit 1.3-4, DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD - Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services - NCBI Bookshelf. National Center for Biotechnology Information. URL:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/box/part1_ch3_box16

17. Cognitive Processing Therapy (CPT). <https://www.apa.org>. URL:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-processing-therapy>
18. Trauma. (б. д.-б). <https://www.apa.org>. <http://www.apa.org/topics/trauma>
19. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–57.
20. The Improving Access to Psychological Therapies Manual (IAPT). London: National Collaborating Centre for Mental Health; 2018. URL:
<https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual/>
21. Connor, K., Davidson, J., Churchill, L., Sherwood, A., Weisler, R., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
doi:10.1192/bjp.176.4.379
22. Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461–464.
<https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

23. Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t49981-000>
24. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
25. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
26. Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour research and therapy*, 41(12), 1489–1496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
27. Аврамчук, О., Ніздрань, О., & Блозва, П. (2023). Психологічна підтримка осіб схильних до соціального тривожного розладу у періоди надзвичайних ситуацій: пілотне дослідження у період пандемії COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(1), Стаття e801365. <https://doi.org/10.26766/PMGP.V8I1.365>
28. Stott, R., Wild, J., Grey, N., Liness, S., Warnock-Parkes, E., Commins, S., Readings, J., Bremner, G., Woodward, E., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2013). Internet-delivered cognitive therapy for social anxiety disorder: a development pilot series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(4), 383–397. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000404>

29. Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet* (London, England), 371(9618), 1115–1125.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
30. Hofmann S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193–209. <https://doi.org/10.1080/16506070701421313>
31. Social Anxiety Disorder. (б. д.). National Institute of Mental Health (NIMH).
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/social-anxiety-disorder>
32. Anjum, G., Aziz, M., & Hamid, H. K. (2023). Life and mental health in limbo of the Ukraine war: How can helpers assist civilians, asylum seekers and refugees affected by the war?. *Frontiers in psychology*, 14, 1129299.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1129299>
33. Міловідова, А. (2022). Результативність КПТ-інтервенцій для осіб з соціальним тривожним розладом, які зазнали впливу травматичного досвіду. У ПСИХОСОЦІАЛЬНІ РЕСУРСИ ОСОБИСТІСНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ В ЕПОХУ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ (с. 226–230). Західноукраїнський національний університет.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Таблиця 1.1. Загальні відомості про статті, включені до огляду

№	Автор статті Посилання Рік	Країна	Розмір вибірки Основна група/ контрольна група	Вік вибірки
1	Norton, Alice R.; Abbott, Maree J.; Dobinson, Katie A.; Pepper, Karen L.; Guastella, Adam J. Rescripting Social Trauma: A Pilot Study Investigating Imagery Rescripting as an Adjunct to Cognitive Behaviour Therapy for Social Anxiety Disorder 2021р	Австралія	15 осіб Без контрольної групи	Mean = 23.7 років (SD = 4.89)
2	Audur S. Thorisdottir & Gordon Asmundson	Канада	52 особи	Mean = 43.37 роки

Продовження Табл 1.1

2	<p>Internet-delivered cognitive processing therapy for individuals with a history of bullying victimization: a randomized controlled trial 2021р</p>		<p>Проведення інтервенції =20 осіб</p> <p>Інша інтервенція =14 осіб</p> <p>Лист очікування =18 осіб</p>	<p>(SD = 12.47)</p>
3	<p>Laura Bruce; Richard G Heimberg; Philippe Goldin; James J Gross Childhood maltreatment and response to cognitive behavioral therapy among individuals with social anxiety disorder 2013р</p>	США	<p>68 осіб</p> <p>Проведення інтервенції = 36 осіб</p> <p>Лист очікування = 32 особи</p>	<p>Mean = 32.4 роки (SD = 8.6)</p>
4	Seung Won Lee, Jung-Hye Kwon	Південна Корея	23 особи	<p>Mean = 23.92 років</p>

Продовження Табл 1.1

4	<p>The efficacy of Imagery Rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial 2013р</p>		<p>Проведення інтервенції = 12 осіб</p> <p>Інша інтервенція = 10 осіб</p>	<p>(SD = 3.35)</p>
---	---	--	---	------------------------

Додаток Б

Загальні відомості про методи і результати досліджень, велючених в огляд

№	Діагностичні методики: соціальна тривога	Діагностичні методики: травматичний досвід	Назва інтервенції, тривалість	Результати
1	<p><i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5</i> (ADIS-5)</p> <p><i>Social Interaction Anxiety Scale and Social Phobia Scale</i> (SIAS + SPS)</p> <p><i>Brief Fear of Negative Evaluation Scale</i> (BFNE)</p>	<p>Збір анамнезу життя зі слів:</p> <p>Багато учасників повідомили про хронічну травму стосунків, наприклад: емоційне насильство або зневага з боку опікунів у дитинстві, жорстоке знущання та відчуження з боку однолітків.</p>	<p><i>Group Cognitive Behavioural Therapy Intervention</i> (GCBT) (8 щотижневих сесій по 3 години).</p> <p><i>Imagery Rescripting Intervention</i> (IR) (2 сесії по 45–60 хвилин).</p>	<p><i>SIAS+SPS</i></p> <p>Статистично значуща редукція симптомів як одразу після GCBT, так і після IR (але додатковий t-тест не виявив значущої різниці між результатами до IR та після). Після участі в GCBTі IR 27% досліджуваних більше не відповідали діагностичним критеріям СТР, а</p>

				<p>60% значно знизила показники за шкалами соціальної тривоги.</p> <p><i>BFNE</i></p> <p>Статистично значуще зниження показників страху негативної оцінки одразу після GCBT, так і після IR (але додатковий t-тест не виявив значущого зниження показників після GCBT, на відміну від зниження після IR)</p> <p>47% досліджуваних значно знизили</p>
--	--	--	--	--

				показники за даною шкалою
2	<i>Social interaction phobia scale (SIPS)</i>	<p><i>Збір анамнезу життя зі слів: учасники ідентифікували себе, як жертв знущання.</i></p> <p><i>The retrospective bullying questionnaire (RBQ)</i></p> <p><i>Life events checklist for DSM-5 (LEC-5)</i></p> <p><i>Posttraumatic cognitions inventory (PTCI)</i></p> <p><i>Posttraumatic stress disorder</i></p>	<p><i>Cognitive Processing Therapy (CPT)</i></p> <p><i>Stress Management (SM) - контрольна група</i></p> <p>CPT і SM склалися з 12 текстових модулів, що виконувалися під керівництвом терапевта</p>	<p><i>SIPS</i></p> <p>Не виявлено статистично значущої відмінності в рівнях показників в групах CPT та SM, порівняно з листом очікування.</p> <p>Не виявлено залежності ефективності терапії від кількості чи тривалості епізодів віктимізації знущанням.</p>

		<i>checklist for DSM-5 (PCL-5)</i>		
3	<p><i>Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV</i></p> <p><i>Self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)</i></p> <p><i>Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE)</i></p> <p><i>Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)</i></p>	<p>Інформацію про погане поведження в дитинстві та досвід конкретних видів жорстокого поведження та зневаги було оцінено за допомогою <i>Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF)</i></p>	<p>CBT for SAD (CBT)</p> <p>16 сесій впродовж 4 місяців</p>	<p>Не виявлено залежності ефективності терапії від форми поганого поведження в дитинстві.</p> <p>Пацієнти з досвідом емоційного насильства і нехтування, сексуального насильства мали, загалом вищі показники соціальної тривоги до і після терапії.</p>

4	<p><i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I)</i></p> <p>Korean versions of the <i>Social Avoidance and Distress Scale (K-SADS)</i> and <i>Brief Fear of Negative Evaluation Scale (K-BFNE)</i></p> <p><i>The Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)</i></p> <p><i>Encapsulated belief rating</i></p>	<p><i>Imagery and memory ratings: vividness and distress</i></p> <p><i>Traumatic experience scale by Oh and Yang (2003)</i></p>	<p>Imagery Rescripting (IR) (3 сесії)</p> <p>Клінічне інтерв'ювання і підтримуюча терапія - контрольна група (3 щотижневі сесії)</p>	<p>Показники IR-групи значуще знизилися одразу після терапії. Додаткове тестування через 3 місяці підтвердило результати.</p> <p>Не знайдено значущого зв'язку між важкістю травматичного досвіду та результативністю IR.</p>
---	---	---	--	---