

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

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студента/

ШИРЯЄВА Богдана Олександрівна

**ВЖИВАННЯ КАНАБІСУ ЯК КОПІНГ СТРАТЕГІЯ
ОПАНУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОГИ: СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД
ЛІТЕРАТУРИ**

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 – 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:

«Вживання канабісу як копінг стратегія опанування соціальної тривоги:
системний огляд літератури»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 18/М

спеціальності 053 «Психологія»

Ширяєва Б.О.

Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Аврамчук О. С.

Рецензент:

Львів – 2023

Ширяєва Б. О. Вживання канабісу як копінг стратегія опанування соціальної тривоги: системний огляд літератури: Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» / Б. О. Ширяєва / Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. психол. наук Аврамчук О. С. – Львів: УКУ, 2023. – 87

Анотація: соціальний тривожний розлад негативно впливає на психічне та фізичне здоров'я, соціальне життя, фінансове та сімейне благополуччя особи та якість життя загалом, має негативний економічний та соціальний вплив на суспільство. Менше половини осіб із цим розладом звертаються за лікуванням, і, як правило, лише через 15–20 років після появи симптомів, а самолікування ПАР є поширеним явищем. Тому це дослідження має на меті привернути увагу до методу, який поширено використовують для самолікування, а саме вживання канабісу. Питання впливу вживання саме канабісу важливе, адже в Україні наразі ведуться дискусії про легалізацію канабісу, і вагому роль має саме роль канабісу у лікуванні тривожних розладів. Тому мета дослідження – визначити вплив вживання канабісу як стратегії опанування патологічного рівня соціальної тривоги, а гіпотеза цього дослідження: вживання канабісу допомагає знизити рівень соціальної тривоги. Попри схильність осіб з СТР (особливо чоловіків) до самолікування канабісом, наразі є немає доступних системних оглядів, присвячених вивченню вживання канабісу особами з СТР, а не загалом тривожними. Серед емпіричних досліджень часто вживання канабісу особами з СТР є однією з кількох складових дослідження, також такі дослідження розрізняються дизайном та вибіркою, і важливо зробити огляд для кращого розуміння явища. Наукова новизна дослідження полягає у відборі, аналізі та детальній систематизації наукових даних щодо впливу вживання канабісу на рівень соціальної тривоги у дорослих людей. Практичне значення цього дослідження

полягає в формуванні рекомендацій щодо доцільності вживання канабісу як копінгу соціальної тривоги у дорослих, та у формуванні настанов щодо проведення ґрунтовного дослідження на задану тематику, яке матиме користь як для людей з соціальним тривожним розладом загалом, так і я для тих осіб, що вживають канабіс.

Ключові слова: соціальна тривога, канабіс, вживання з мотивів копінгу, соціальна фобія, соціальний тривожний розлад

Abstract: social anxiety disorder negatively affects a person's mental and physical health, social life, financial and family well-being and quality of life in general, and has a negative economic and social impact on society. Fewer than half of individuals with the disorder seek treatment, and usually only 15 to 20 years after the onset of symptoms, and self-medication of SAD is a widespread phenomenon. Therefore, this study aims to draw attention to a method that additionally requires for self-medication, namely the use of cannabis. The question of the influence on the use of cannabis is important, because in Ukraine there are currently discussions about the legalization of cannabis, and the role of cannabis in the treatment of anxiety disorders plays an important role. Therefore, the purpose of the research is to use the influence of cannabis use as a strategy to master the pathological level of social anxiety, and the hypothesis of this research is that the use of cannabis can completely reduce the level of social anxiety. Despite the propensity of people with STR (especially men) to self-medicate with cannabis, there are currently no available systematic reviews devoted to the study of cannabis habituation by people with STR, rather than anxiety in general. Among empirical studies, cannabis use by individuals with STR is often of multi-component study design, and such studies vary in sample size and are important to review to better understand the phenomenon. The scientific novelty of the study arose in the selection, analysis and detailed systematization of scientific data on the effect of cannabis use on

the level of social anxiety in adults. The practical value of this study will be in the formation of recommendations regarding the feasibility of using cannabis as a coping mechanism for social anxiety in adults, and in the formation of guidelines for sound research on a given topic, which will be applicable both to people with social anxiety disorder in general, and to those individuals who use cannabis

Key words: social anxiety, cannabis, use for coping purposes, social phobia, social anxiety disorder

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

Завідувача кафедри

Аврамчук О.С.

“ ____ ” _____ 2023 року

З А В Д А Н Н Я

НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Ширяєва Богдана Олександрівна

1. Тема роботи Вживання канабісу як копінг стратегія опанування соціальної тривоги: системний огляд літератури

керівник роботи Аврамчук Олександр Сергійович, канд. психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ,

затверджені Вченою Радою факультету від “ ____ ”

20 р. №

протоколу

2. Строк подання студентом роботи

3. Вихідні дані до роботи

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

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Провести теоретично-методологічний аналіз літератури відповідно до предмета дослідження. Виокремити особливості та напрямки впливу вживання канабісу особами з СТР. Розробити дизайн системного огляду літератури. Провести системний огляд літератури. Проаналізувати вплив вживання канабісу на основі вибраних досліджень. Визначити особливості та сформулювати узагальнення щодо впливу вживання канабісу на осіб з СТР.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

Магістерське наукове дослідження містить Модель соціальної тривоги в КППТ, Фактори патогенезу соціального тривожного розладу у когнітивно-поведінкових моделях, біопсихосоціальну модель СТР-вживання ПАР, Модель зв'язку соціального тривожного розладу та вживання канабісу, Етапи виконання системного огляду та Блок-схема PRISMA вибору об'єктів дослідження у основному тексті роботи та Терапевтичні ефекти канабісу та канабіноїдів та Загальні дані про відібрані дослідження

6. Консультанти розділів роботи

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

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	<i>Вибір і погодження теми</i>		
	<i>Обговорення методології та структури дослідження</i>		
	<i>Здача опису роботи та бібліографії</i>		
	<i>Опрацювання I розділу роботи</i>		
	<i>Представлення I розділу роботи</i>		
	<i>Опрацювання II розділу</i>		
	<i>Представлення II розділу</i>		
	<i>Опрацювання III розділу роботи</i>		
	<i>Представлення III розділу</i>		
	<i>Попередній захист магістерської роботи</i>		

Студентка _____ Ширяєва Б.О.

Керівник роботи _____ Аврамчук О.С.

Зміст

ВСТУП	10
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВЖИВАННЯ КАНАБІСУ ОСОБАМИ З СОЦІАЛЬНИМ ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ: БІОЛОГІЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК ТА МОТИВИ.....	13
1.1. Соціальна тривожність та соціальний тривожний розлад: феномен, патогенез, механізм дії.....	13
1.2.Біопсихосоціальна модель вживання психоактивних речовин як мотиву копіngu соціального тривожного розладу	27
Висновки до розділу I.....	38
РОЗДІЛ II ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМНОГО ОГЛЯДУ ЛІТЕРАТУРИ ВЖИВАННЯ КАНАБІСУ	39
2.1. Опис та характеристика організації проведення дослідження	39
2.2. Характеристика відібраних досліджень	42
Висновки до розділу II.....	44
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ СИСТЕМНОГО ОГЛЯДУ ЛІТЕРАТУРИ	45
3.1. Результати дослідження.....	45
3.2 Аналіз обмежень проведення системного огляду	57
3.3 Рекомендації щодо проведення подальших досліджень	59
ВИСНОВКИ	62
Список використаних джерел:	64

ВСТУП

У час війни, вимушених переселень, загрози терактів, переходу навчання/ роботи в онлайн, що призводять до високого рівня стресу, невизначеності та виснаження є високий ризик зростання поширеності всіх тривожних розладів, у тому числі і соціального тривожного розладу. Поки немає статистичних даних про те, як спектр наслідків війни вплинув на поширеність соціального тривожного розладу серед українців, проте можна припустити, що як і пандемією, яка спровокувала ріст соціального тривожного розладу, вони могли спровокувати значний стрибок поширеності. Ці фактори також вплинули на позитивне сприйняття підвищеної тривожності особами з тривожними розладами, адже частина негативних прогнозів справдилась. До війни тривожні розлади лідирували у поширеності серед психічних розладів, а медіана поширеності соціального тривожного розладу в Україні становила 2,6%.

Актуальність цього дослідження ґрунтується на потребі вивчення вживання канабісу як методу самолікування тривожних розладів та станів надмірної тривоги, що набирає популярність як серед людей у всьому світі, так і серед військових та цивільних громадян України зокрема.

Особи із соціальним тривожним розладом повідомляють про вищий рівень депресії, вживання ПАР, обмежені соціалізацію та кар'єрне зростання (Holt-Lunstad, 2021), менш близьку дружбу та меншу підтримку, зниження добробуту та якості життя. Соціальний тривожний розлад також збільшує вірогідність самотності, не вступу до шлюбу, розлучень і відсутності дітей, перешкоджає дозвіллю та, відповідно, відновленню.

Наразі існує достатньо досліджень методів психотерапевтичного та медикаментозного впливу на рівень соціальної тривоги. Втім, менше половини осіб із цим розладом звертаються за лікуванням, і вони, як правило, роблять це лише через 15–20 років після появи симптомів, а самолікування є поширеним. Тому це дослідження має на меті привернути

увагу до методу, який використовують для самолікування, а саме вживання канабісу.

Питання впливу вживання канабісу актуальне ще й тому, що в Україні ведуться дискусії про легалізацію канабісу, і вагому роль має саме роль канабісу у лікуванні тривожних розладів. Війна посилила важливість та актуальність цієї дискусії, адже частина військових та цивільних вживає ПАР, у т.ч. канабіс для подолання наслідків стресу та лікування тривожної симптоматики. Завдяки тому, що кілька країн легалізували канабіс, з'явилося більше якісних досліджень впливу вживання канабісу на психічне здоров'я, тож є можливість отримати не тільки лабораторні дані впливу CBD на ендоканабіноїдну систему, а й дані самолікування.

Попри схильність осіб з СТР (особливо чоловіків) до самолікування канабісом та ін. ПАР, наразі є немає доступних системних оглядів, присвячених вивченню вживання канабісу особами з СТР, а не загалом тривожними. Серед емпіричних досліджень часто вживання канабісу особами з СТР є однією з кількох складових дослідження, також такі дослідження розрізняються дизайном та вибіркою, тому важливо зробити огляд для кращого розуміння явища.

Відтак, важливо провести системний огляд існуючих досліджень щодо впливу вживання канабісу як копінгу соціальної тривоги на дорослих людей.

Об'єкт – соціальний тривожний розлад

Предмет – вживання канабісу, як стратегія опанування соціальної тривоги у людей, які мають соціальний тривожний розлад

Мета визначити вплив вживання канабісу як стратегії опанування патологічного рівня соціальної тривоги.

Гіпотеза цього дослідження: вживання канабісу допомагає знизити рівень соціальної тривоги.

Завдання:

1. Провести теоретично-методологічний аналіз літератури відповідно до предмета дослідження
2. Виокремити особливості та напрямки впливу вживання канабісу особами з СТР
3. Розробити дизайн системного огляду літератури
4. Провести системний огляд літератури
5. Проаналізувати вплив вживання канабісу на основі вибраних досліджень
6. Визначити особливості та сформулювати узагальнення щодо впливу вживання канабісу на осіб з СТР

Методи дослідження: системний огляд наукових досліджень, аналіз, узагальнення, порівняння, систематизація наукових даних.

Наукова новизна дослідження полягає у відборі, аналізі та детальній систематизації наукових даних щодо впливу вживання канабісу на рівень соціальної тривоги у дорослих людей.

Практичне значення цього дослідження полягає в формуванні рекомендацій щодо доцільності вживання канабісу як копінгу соціальної тривоги у дорослих, та у формуванні настанов щодо проведення ґрунтовного дослідження на задану тематику.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел (124 публікації, з яких іншомовних – 112). У тексті роботи використано 6 рисунків та 1 таблицю. Текст основної частини роботи представлено на 55 сторінках. Загальний обсяг роботи – 87 сторінок.

РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВЖИВАННЯ КАНАБІСУ ОСОБАМИ З СОЦІАЛЬНИМ ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ: БІОЛОГІЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК ТА МОТИВИ

1.1. Соціальна тривожність та соціальний тривожний розлад: феномен, патогенез, механізм дії

Соціальна тривожність – це стан, що характеризується схильністю до негативніших прогнозів, збільшенням негативних афектів, катастрофізацією, порушенням концентрації уваги. Соціальна тривожність відіграє адаптивну функцію, та є наслідком природної схильності цікавитися чужою думкою щодо своєї особистості, хоча деякі люди надміру зацікавлені думкою Іншого (Baumeister, 1990). Прихильники еволюційного підходу вказують позитивні функції соціальної тривоги: регулювання соціальних процесів та зниження рівня агресії у групі.

За J. Maltby, L. Day, A. Macaskill соціальний тривожний розлад – найвища форма соціальної тривожності (Maltby, 2007)

Оцінка поширеності соціального тривожного розладу за рік в більшій частині світу приблизно 0,5%–2,0%; медіана поширеності в Європі становить 2,3%. (APA, 2022), поширеність зростає в США і країнах Східної Азії. Річні показники поширеності серед підлітків віком 13–17 р. приблизно вдвічі менші, ніж у дорослих. Загалом у загальній популяції у жінок вищі показники соціального тривожного розладу, ніж у чоловіків, зі співвідношенням шансів у діапазоні від 1,5 до 2,2 (APA, 2022). Було виявлено, що поширеність у США нижча серед осіб азіатського, латиноамериканського, афроамериканського та карибського чорношкірого походження порівняно з неіспаномовними білими.

Розлад соціальної тривоги характеризується інтенсивним страхом перед соціальними ситуаціями або виступами. У цих ситуаціях люди з розладом соціальної тривоги переживають через збентеження, приниження

або розглядання з боку інших, розлад діагностують тоді, коли ця тривога стає інтенсивною та всеохопною, що спричиняє значний дистрес особі або заважає їй функціонувати. Ситуації, в яких люди з соціальним тривожним розладом часто переживають страх: розмови; зустрічі з новими людьми; телефонні дзвінки; вечірки; спілкування з представниками служб; висловлювання контroversійних думок або незгоди; відстоювання своєї позиції; виступ перед групою; вхід до залюдненої кімнати; перебування у центрі уваги; споживання їжі або напоїв на людях; помилки перед іншими. Кількість ситуацій, яких бояться особи з цим розладом, коливається залежно від особи. Деякі люди переживають тривогу у одній з вищенаведених або подібній соціальній ситуації або невеликій їх кількості, інші ж мають інтенсивну тривогу у багатьох, тобто є варіативність генералізації.

Діагностичні критерії та їх опис згідно DSM – V (APA, 2022):

- Центральною, найважливішою ознакою соціального тривожного розладу є виражений або інтенсивний страх або тривога щодо однієї чи кількох соціальних ситуацій. Приклади включають соціальні взаємодії (наприклад, розмова, зустріч з незнайомими людьми), спостереження (наприклад, прийому їжі або пиття) і виступ перед іншими (зазвичай найбільше відчують негативний вплив у професійному житті).
- Особа боїться, що її дії чи прояви симптомів тривоги будуть негативно оцінені (тобто, призведуть до відкидання або образять інших) та стурбована тим, що її можуть оцінювати як тривожну, слабку, божевільну, дурну, нудну, лякаючу, брудну чи неприємну. Деякі люди бояться образити інших та бути відкинутими в результаті.
- Соціальні ситуації майже завжди провокують страх або тривогу, як наслідок їх уникають або перебувають в них із сильним негативним афектом. Страх може формувати відповідну уникаючу поведінку: уникати пити, їсти, писати на людях; уникати рукоштовань, обіймів або вживання

гострої чи гарячої їжі/напоїв; уникати публічних виступів, яскравого світла або обговорення інтимних тем.

- Соціальні ситуації майже завжди провокують страх або занепокоєння. Таким чином, людині, яка хвилюється лише час від часу в соціальній ситуації (ситуаціях), не буде діагностовано соціальний тривожний розлад. Однак ступінь і тип страху та тривоги можуть відрізнятися (наприклад, передбачувана тривога, напад паніки) у різних випадках. Також тривога іноді може виникати задовго до майбутніх ситуацій. Людина часто уникає соціальних ситуацій, яких вона боїться. Уникання може бути значним (наприклад, не ходити на публічні заходи, відмовлятися від зустрічей чи вибору професії пов'язаної зі спілкуванням) або ледь помітним (наприклад, надмірна підготовка тексту промови, обмеження зорового контакту).

- Страх або занепокоєння осіб з розладом соціальної тривоги непропорційні фактичному ризику отримати негативну оцінку або наслідкам такої негативної оцінки. Іноді тривогу можна не вважати надмірною, оскільки вона пов'язана з реальною небезпекою (наприклад, булінгом, погрозами або скривдженням з боку інших). Однак люди з соціальним тривожним розладом часто переоцінюють негативні наслідки соціальних ситуацій та їх ймовірності. Також необхідно враховувати соціокультурний контекст людини. Спосіб розпізнати, чи є тривога надмірною – це подивитися, чи пропорційна вона ситуації. Це критично важливий момент під час роботи з людьми з маргіналізованими категоріями населення. Це критерій, в якому людей з національних меншин, ЛГБТКІА+ та нейродивергентних часто некоректно оцінюють. Коли колір шкіри, гендер, особливості сприйняття можуть бути джерелом небезпеки та шкоди, тривога, пов'язана з соціальними ситуаціями, пропорційна ризику. Або ж тривога може бути пропорційною минулому досвіду.

- Тривалість порушення зазвичай становить щонайменше 6 місяців
- Страх, тривога та уникнення повинні суттєво заважати нормальному розпорядку дня, професійній чи академічній діяльності, соціальній діяльності чи стосункам, або повинні спричиняти клінічно значущий дистрес. Наприклад, особа, яка боїться виступати на публіці, не отримає діагноз соціального тривожного розладу, якщо ця діяльність не відбувається регулярно, і якщо особа не сильно засмучена цим. Однак, якщо особа уникає роботи чи освіти, яку вона бажає, або ухиляється від неї через симптоми соціальної тривожності, це відповідає критерію.

Соціальний тривожний розлад когнітивний за своєю суттю, адже стосується уявлень про майбутнє й переплітається з такими конструктами, як прогнозування, процес обробки після події тощо (Rapee R., 1991).

Соціальний тривожний розлад негативно впливає на психічне та фізичне здоров'я індивіда та має негативний економічний та соціальний вплив на суспільство. Надмірний рівень соціальної тривожності негативно впливає на процес акомодатії та соціалізації. Такі особи частіше гніваються, більш критичні та дратівливі, у т.ч. щодо свого оточення (Волошок, 2012), мають менше друзів, та труднощі у романтичних взаємостосунках. Люди із соціальною тривогою частіше мають високий рівень депресії, зловживають психоактивними речовинами (найчастіше алкоголь та канабіс), помітно обмежене кар'єрне зростання (Holt-Lunstad, 2021).

Люди з соціальним тривожним розладом можуть бути сором'язливими/замкнутими, менш відкритими в розмовах, говорити занадто тихим голосом. Самолікування речовинами для зменшення надмірної сором'язливості та тривожності перед соціальною взаємодією є поширеним явищем.

Ризик і прогностичні фактори (APA, 2022):

- Темпераментний: основні риси, які схиляють людей до соціального тривожного розладу, включають поведінкове гальмування та страх негативної оцінки, а також уникнення шкоди. Особистісні риси, які постійно асоціюються із соціальним тривожним розладом, - це висока негативна афективність (нейротизм) і низька екстраверсія.

- Оточення: негативний соціальний досвід, зокрема жорстоке поводження однолітків, пов'язаний з розвитком соціального тривожного розладу, хоча причинно-наслідкові зв'язки невідомі.

- Генетика і фізіологія: риси, що схиляють людей до соціального тривожного розладу, такі як поведінкове гальмування, знаходяться під сильним генетичним впливом. Генетичний вплив залежить від взаємодії генів і середовища; тобто діти з високим ступенем поведінкового гальмування більш сприйнятливі до впливів навколишнього середовища, таких як соціально тривожне моделювання з боку батьків. Також, соціальний тривожний розлад є спадковим. Родичі першого ступеня мають у 2-6 разів більше шансів мати соціальний тривожний розлад, і схильність до цього розладу включає взаємодію специфічних (наприклад, страх перед негативною оцінкою) і неспецифічних (наприклад, негативна афективність (нейротизм)) генетичних факторів. Було виявлено, що генетичний внесок у розвиток соціального тривожного розладу є вищим для соціального тривожного розладу у дітей, ніж соціального тривожного розладу у дорослих, і вищий для симптомів соціальної тривожності, ніж соціального тривожного розладу.

Важливо відрізнити соціальну тривогу від інших станів спектру, від нормативної сором'язливості (або соціальної стриманості), яка є рисою особистості і сама по собі не є патологією (лише 1 з 8 сором'язливих людей мають симптоми, які відповідають діагностичним критеріям соціального тривожного розладу) до осіб з унікаючим розладом особистості, які мають ширший шаблон уникнення та вищі показники

порушень, ніж особи з соціальним тривожним розладом. Втім, сором'язливість та уникаючий РО можуть бути і коморбідними до соціального тривожного розладу: соціальний тривожний розлад, як правило, більш коморбідний з уникаючим розладом особистості, ніж з будь-яким іншим розладом особистості, а уникаючий розлад особистості більш коморбідний з соціальним тривожним розладом, ніж з будь-яким іншим тривожним розладом.

У 1997 році R. M. Rapee та R. H. Heimberg сформулювали когнітивно-поведінкову модель, яка пов'язує соціальну тривожність, соціальну фобію (соціальний тривожний розлад) та уникаючий РО. На думку авторів моделі, ці явища знаходяться в континуумі ступенів вираженості тривоги щодо соціальної оцінки. Таким чином, низький та середній рівні тривоги відповідають соціальній тривозі, середній та високий відповідають соціальній фобії, а високий та крайній рівень тривоги соціальної оцінки – уникаючому розладу особистості. Втім багато авторів не проводять диференціацію явищ соціального тривожного розладу та соціальної фобії. Згідно даної моделі ймовірна соціальна оцінка є основою тривоги та згідно неї побудовано континуум. Людям з розладами континууму соціальної тривоги притаманне переконання, що люди вроджено критичні та надають велику вагу позитивній соціальній оцінці. У соціальній ситуації людина з соціальною тривожністю звертає фокус уваги на ментальне уявлення того як її бачать інші, а не на свої відчуття та соціальні підказки. Це уявлення формується на фоні, насамперед, внутрішніх відчуттів та інтерпретацій вербальних/невербальних сигналів.

Прояснення складових моделі:

- Аудиторія, що оцінює, може бути особою чи групою, що спостерігає появу та поведінку особи. Може бути справжня або уявна, соціальна взаємодія може бути прямою чи опосередкованою.

- Ментальна репрезентація сприйняття особи аудиторією формується з візуального уявлення про себе з дзеркала та фото, досвіду та внутрішнього само-сприйняття.
- Переважний розподіл ресурсів уваги відбувається на: моніторинг зовнішнього середовища на предмет соціальної загрози, моніторинг внутрішніх ознак потенційних «недоліків», залучення до вирішення поточного соціального завдання.
- Сприйнятті внутрішні сигнали складаються з фізичних ознак тривоги (почервоніння, тремтіння), пропріоцептивного фідбеку (зсугуленість) та поведінки (уникнення погляду, взаємодій)
- Зовнішні показники оцінювання поділяються на вербальні та невербальні сигнали
- Спостереження + образ себе та поведінка аудиторії – уявна репрезентація себе, з точки зору аудиторії, змінюється щомиті на основі внутрішніх і зовнішніх підказок.
- Порівняння ментального уявлення про себе, яке бачить аудиторія, з оцінкою очікуваного стандарту аудиторії – гойдалка негативного ментальне уявлення про себе та очікуваних від аудиторії надвисоких стандартів соціальних навичок.
- Оцінка ймовірності та наслідків оцінки аудиторії. Люди з соціальною тривожністю схильні відповідати на питання «наскільки ймовірна негативна оцінка?» – високо ймовірна, та «які наслідки негативної оцінки?» – дуже погані.
- Поведінкові симптоми тривоги містять 4 типи унікаючої поведінки: відверте уникнення/втеча від ситуації, прикидатись, що вам дзвонять/написали, щоб залишити зустріч, непомітне уникнення у ситуації (безпечна поведінка), відсутність зорового контакту під час розмови.

- Фізичні симптоми тривоги містить такі пов'язані з фізіологічною реакцією патерни: звертати увагу на більш візуально помітні соматичні симптоми, переоцінювати видимість симптомів та припускати, що аудиторія дуже негативно оцінює ці симптоми.
- Когнітивні симптоми тривоги складаються з негативних думок та когнітивних фільтрів: ситуаційні думки негативної оцінки, читання думок (Н: «Він думає, що я не докладаю зусиль або дурний»), катастрофізація (Н: «Я провалю цей проект, мене звільнять»), лейбелінг (Н: «Я поганий працівник»).

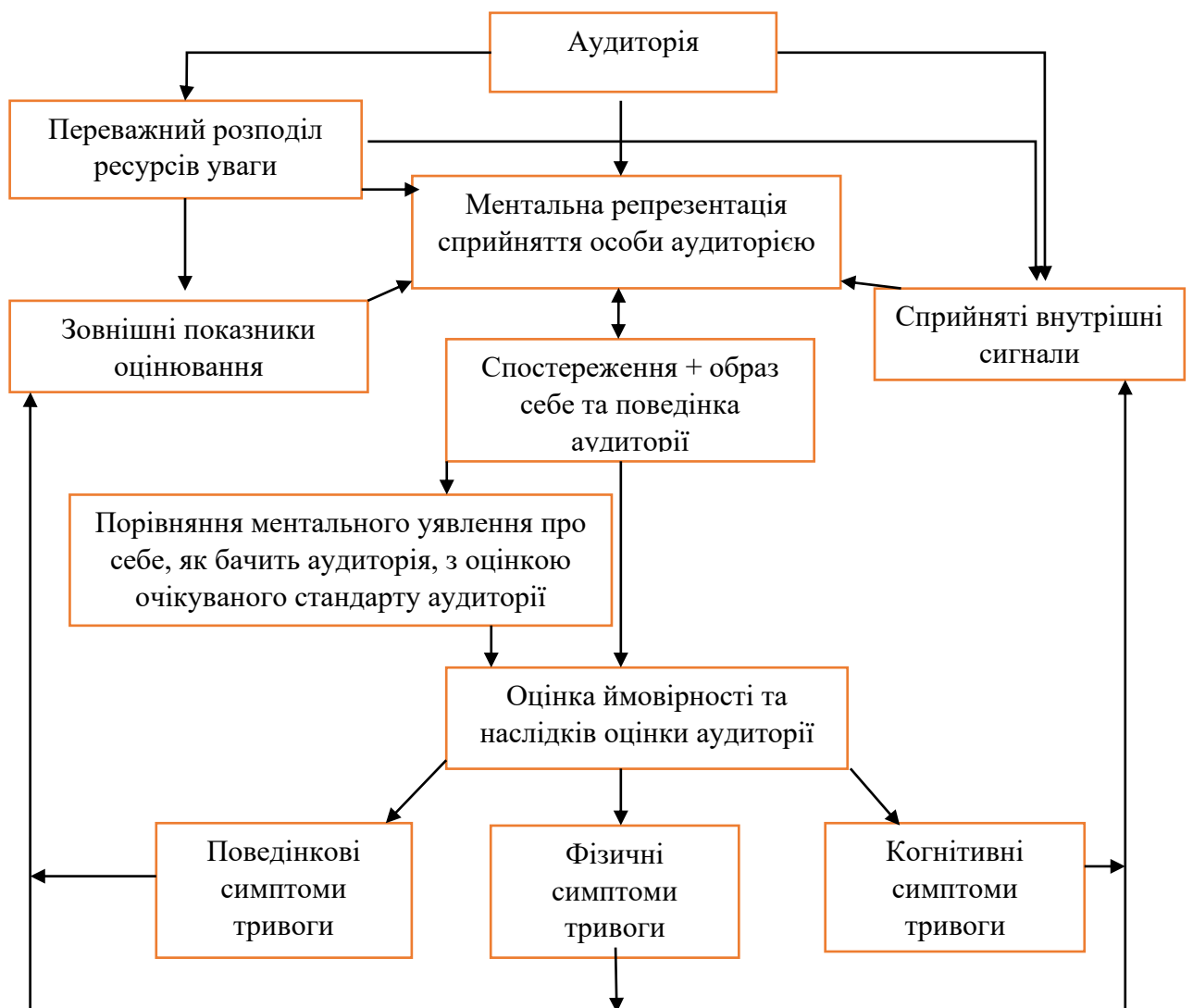


Рис. 1.1 Модель Rapee та Heimberg (Wilmer, 2021)

Hofmann - автор моделі соціальної тривоги, згідно якої соціальна тривожність – результат синтезу потреби людини скласти позитивне враження про себе при соціальних контактах, та неможливості відповідати їм через власні завищені очікування. Причиною труднощі в комунікації осіб з соціальною тривожністю є невміння визначити цілі соціального контакту та використовувати поведінку для їх досягнення, негативна оцінка себе у соціальних ситуаціях і посилений контроль за проявами тривоги. Це призводить до циклу: очікування соціальної невдачі, для подолання якої використовується стратегія уникнення, яка не дозволяє спростувати негативні переконання щодо себе та реакції оточуючих у соціальних ситуаціях та підтримує тривогу. (Carnahan ND, 2020)

Патогенез:

За К. Horney соціальна тривога виникає внаслідок не задоволення базової емоційної потреби в безпеці в міжособистісних стосунках, так формується базальна тривога та ворожість. (Horney, 1937) Інтрюзивність, гіперопіка, холодність батьків, їх зацикленість на думці оточення та звичка як покарання соромити, підвищує схильність до соціальної тривожності. Втім, оточення в дитинстві може слугувати і протективним фактором: J. Kagan виявив, що позитивне соціальне оточення здатне знизити рівень дитячої сором'язливості, що була вродженою (Kagan, 1998).

Вік появи соціального тривожного розладу не відрізняється за статтю. Жінки з соціальним тривожним розладом повідомляють про більшу кількість соціальних страхів і коморбідного великого депресивного розладу та інших тривожних розладів, тоді як чоловіки частіше бояться побачень; мають опозиційний зухвалий розлад, розлад поведінки або антисоціальний розлад особистості; і вживають психоактивні речовини для полегшення симптомів розладу. Парурез частіше зустрічається у чоловіків.

Середній вік виникнення соціального тривожного розладу в США становить 13 років, а 75% людей мають вік початку захворювання між 8 і

15 роками (APA, 2022). Початок також може виникати в ранньому дитинстві. Початок соціального тривожного розладу може виникнути після стресового або принизливого досвіду (наприклад, знущання, блювота під час публічного виступу), або він може розвиватися повільно і поступово. Перший прояв у зрілому віці є відносно рідкісним і, швидше за все, виникає після стресової чи принизливої події або після життєвих змін, які вимагають нових соціальних ролей (наприклад, одруження з особою іншого соціального класу, підвищення по роботі). Соціальний тривожний розлад може зменшитися після того, як особа, яка боїться зустрічатися, одружується, і може знову виникнути після розлучення. Серед осіб, які звертаються за медичною допомогою, розлад має тенденцію бути особливо стійким.

Літні дорослі виражають соціальну тривожність на нижчому рівні, але в ширшому діапазоні ситуацій, тоді як молодші дорослі виражають вищий рівень соціальної тривожності для конкретних ситуацій. У літніх людей соціальна тривога може стосуватися інвалідності через погіршення сенсорних функцій (слуху, зору) або збентеження щодо власного зовнішнього вигляду (наприклад, тремор як симптом хвороби) або функціонування через захворювання, нетримання сечі або когнітивні порушення (наприклад, забувати імена людей). Виявлення соціального тривожного розладу у людей похилого віку може бути складним через кілька факторів, включаючи зосередженість на соматичних симптомах, супутнє захворювання, обмежене розуміння, зміни в соціальному середовищі чи ролях, які можуть приховувати порушення соціального функціонування, або небажаність описувати психологічний дистрес. Існують великі варіації у темпах ремісії соціального тривожного розладу, що свідчить про різні траєкторії (короткі, коливальні та хронічні).

Стратегія уникнення при соціальній тривозі включає як повне уникання соціальних ситуацій або незнайомих, так і поведінку

спрямовану на часткове уникнення: мовчазність, неініціативність, відстороненість, перебування на периферії групи тощо, та використання самозаспокоючої поведінки, що призводить до зниження частоти та ефективності взаємодій.

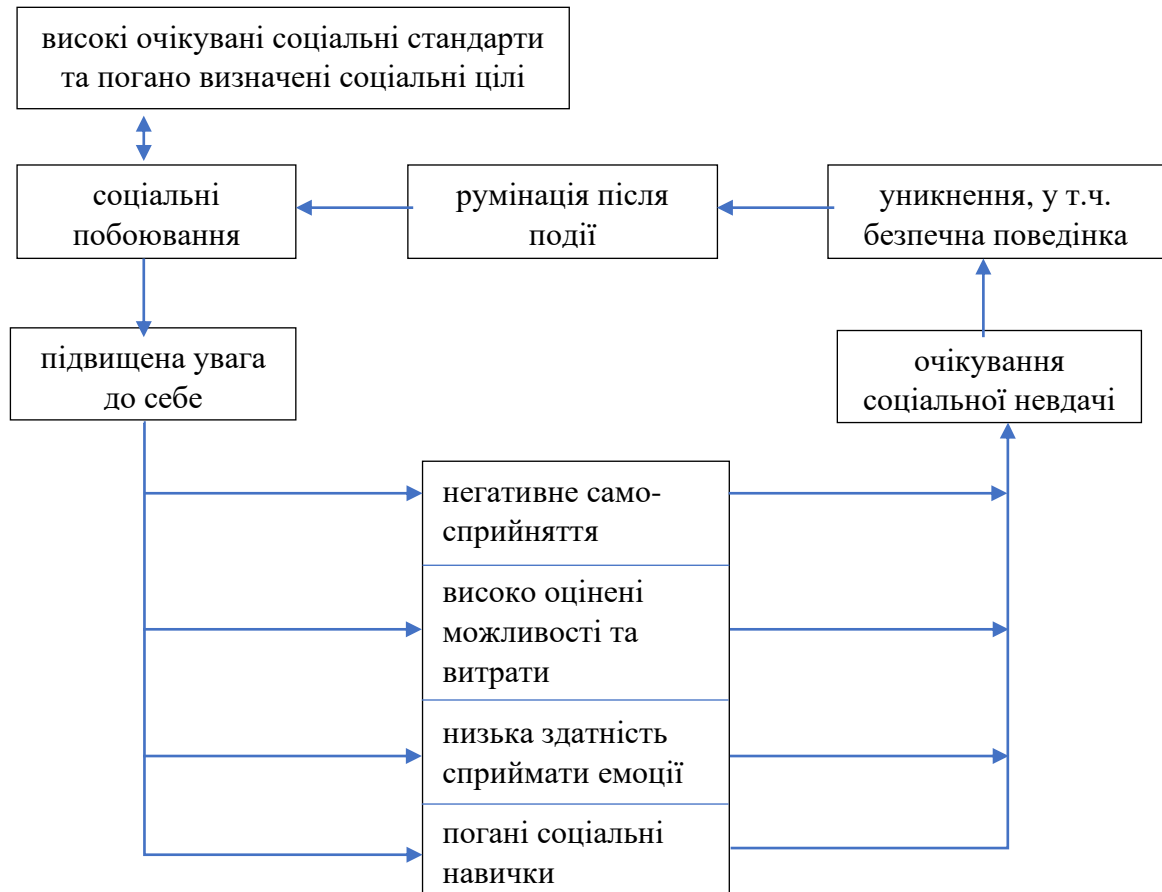


Рис. 1.2 Модель Hofmann

Інші когнітивно-поведінкові моделі патогенезу соціального тривожного розладу зокрема виділяють такі фактори, узагальнені в табл. 1.1 на основі огляду літератури Олександра Аврамчука (Аврамчук, 2022)

Таблиця 1.1

Фактори патогенезу соціального тривожного розладу у когнітивно-поведінкових моделях

Модель патогенезу	Фактори
А. Wells та D.M. Clark (1996) та пізніші перегляди	<ul style="list-style-type: none"> дезадаптивні переконання про себе та навколишній «соціальний світ», сформовані на основі раннього досвіду (Khakpoor S., 2019)

Модель патогенезу	Фактори
A. Wells та D.M. Clark (1996) та пізніші перегляди	<ul style="list-style-type: none"> • когнітивне опрацювання потенційної ситуації до її настання та інтерпретація подій після неї – ланки між дезадаптивними переконаннями та соціальною тривогою
S.H. Spence та R.M. Rapee (2016)	<p>особливості темпераменту людини (фундаментальний фактор)</p> <p>Цикл: негативне за валентністю самопізнання соціально тривожних дітей (Blöte A. W., 2019) спонукає інтерпретувати як загрозливі не тільки негативні, а й нейтральні/невизначені соціальні ситуації, що підвищує схильність негативно інтерпретувати соціальні ситуації як такі</p>
Viana & Gratz (Viana, 2012) Ryan & Ollendick (Ryan, 2018)	надмірна захисна, невідповідна або негативна реакція аудиторії
теорія потрійної вразливості S.G. Hofmann та D.H. Barlow (Khakpoor S., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • поведінкова інгібіція та/або сором'язливість як риса темпераменту • особисті фактори (погані соціальні навички) та фактори навколишнього середовища (негативний досвід соціального пізнання тощо) • дезадаптація та обмежені ресурси
V. LoBue та K. Pérez-Edgar (LoBue, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • чутливість до соціальної загрози • більша соціальна стриманість
Clauss, & Blackford (Clauss, 2012)	ненадійна прив'язаність і поведінкова інгібіція
Lahat, Benson, Pine, Fox, & Ernst (Lahat, 2018)	надмірна чутливість нейронних мереж, які відповідають за винагороду або мотивацію уникати помилок
Vassilopoulos, Brouzos, Moberly, & Spyropoulou	надмірна самосвідомість та негативна самооцінка когнітивне опрацювання передбачуваної моделі взаємодії до та після неї (Vassilopoulos, 2017)
Christina A. Brook та Teena Willoughby (Brook C.A., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • почуття страху перед негативною оцінкою, збентеженням, втратою усвідомленості, контролю, авторитету • тривожність та сором'язливість за безпосередньої взаємодії • занепокоєння щодо працездатності чи соціальної корисності

Модель патогенезу	Фактори
Olofsdotter, S. et al, Efe, Özbey, Erdem, & Hatipoğlu	<ul style="list-style-type: none"> • високий психологічний контроль • низька підтримка автономії зі сторони батьків (Olofsdotter, 2018), (Efe, 2020)
Nelemans S.A. et al., (Nelemans, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • соціальна тривога батьків • реактивність дитини на кортизол
Poole K.L. et al. (Poole, 2018)	наявність у принаймні одного з батьків психіатричного анамнезу та лікування з приводу стійкого депресивного розладу, проявів шизофренічного спектра і тривожних розладів
Festa, & Ginsburg (Festa CC, 2011)	тривожні, схильні до поведінкової інгібіції, надмірного контролю чи уникнення емоційного досвіду батьки
Timpano, Carbonella, Keough, Abramowitz, & Schmidt	Авторитарний стиль виховання (високий рівень контролю над поведінкою та низький рівень теплоти/чуйності) (Timpano, 2015)
Lewis-Morrarty, Degnan, Chronis-Tuscano, et al., 2015; Ryan & Ollendick	ранні переживання травматичних ситуацій та подій, у тому числі пов'язаних із батьківською опікою (Lewis-Morrarty E., 2015) (Ryan, 2018)
Gómez-Ortiz O., Romera E. M., Jiménez-Castillejo R., Ortega-Ruiz R., & García-López L. J. (Gómez-Ortiz O., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • негативна самооцінка • стратегії емоційної регуляції (зокрема через «придушення» емоцій: «emotional suppression») зі сторони батьків чи опікунів: «відсутність» проявів прив'язаності в спілкуванні, обмежене сприяння автономії дитини, відсутність почуття гумору та прагнення контролю (обмежень як у фізичному, так і психологічному аспектах)
Gulley L. D., Oppenheimer C. W., & Hankin B. L.	<ul style="list-style-type: none"> • авторитарний стиль виховання • вибіркоче фіксування на виразах обличчя (Gulley L. D., 2014)
Carleton R.N., Peluso D.L., Collimore K.C. & Asmundson G.J.G.; McMillan K.A., Sareen J.; Kvedaraite M. et al; Bjornsson A.S. et	травматичний соціальний досвід, включно з булінгом чи дискримінацію (McMillan K. A., 2014) (McMillan & Asmundson, 2016) (K. A. McMillan, 2017) (Kvedaraite M., 2019) (Carleton R. N., 2011) (Bjornsson A. S., 2020)

al..	
Ghazwani, J. Y. et al (Ghazwani, 2016)	жорстока поведінка з боку батьків (як фізичний, так і емоційний тиск), гнів, критика (особливо публічна), брак емоційної теплоти
Avramchuk O., Plevachuk O., Suvalo O. (Avramchuk O., 2022)	соціальна стигма, постійна критика й апеляція до попередніх невдалих спроб, знеособлення та знецінення тощо, негативні переконання та емоції спричинені травматичним соціальним досвідом, тривога очікування «катастрофічних» наслідків (включно з очікуванням бути оціненою негативно чи завдати дискомфорту тим хто поруч через своє збентеження або інші емоційні реакції)

Соціальний тривожний розлад часто супроводжується іншими тривожними розладами, великим депресивним розладом і розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, і початок соціального тривожного розладу зазвичай передуює появі інших розладів, за винятком специфічної фобії та тривожного розладу розлуки. Хронічна соціальна ізоляція під час соціального тривожного розладу може призвести до великого депресивного розладу. Коморбідність із депресією висока також у літніх людей. Речовини можна використовувати як самолікування соціальних страхів, але симптоми інтоксикації речовиною або абстиненції, такі як тремтіння, також можуть бути джерелом (подальшого) соціального страху. Соціальний тривожний розлад часто супроводжується дисморфічним розладом тіла, а генералізований соціальний тривожний розлад часто супроводжується унікаючим розладом особистості.

Тема взаємозв'язку між тривожністю й копінгами (Кармадонова Т. М., 2010; Stober, 1998) та соціальною тривожністю та копінгами (Alden, 1999; Stopa L., 2000), важлива серед досліджень тривожності та тривожних розладів.

1.2. Біопсихосоціальна модель вживання психоактивних речовин як мотиву копінгу соціального тривожного розладу

Біопсихосоціальна модель SAD-SUD (Buckner., 2013) на рис. 1.3

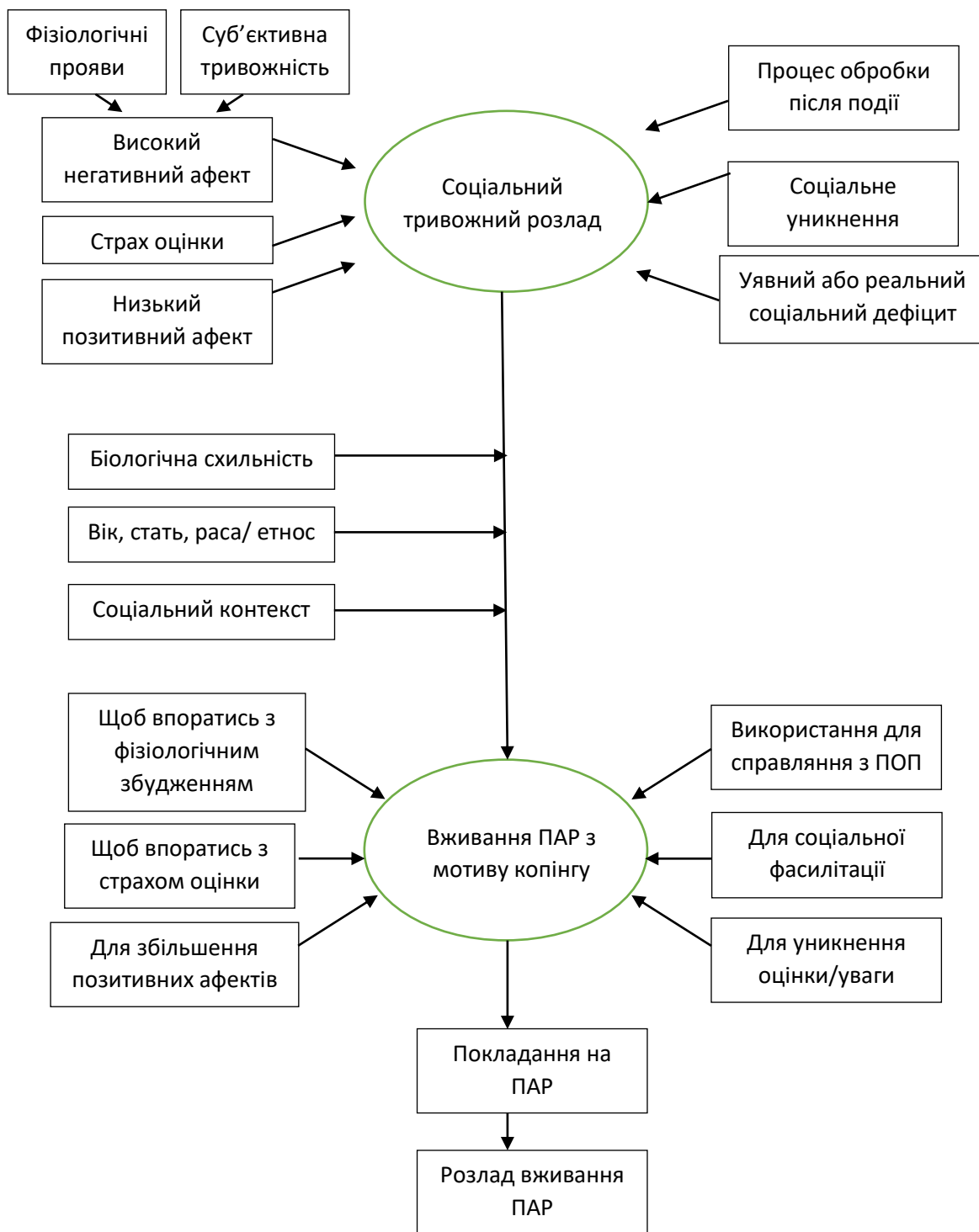


Рис. 1.3. Біопсихосоціальна модель вживання ПАР як мотиву копінгу СТР за Бакнер (Buckner., 2013)

Модель відображає, що соціальна тривожність складається з підфасетів, які можуть бути пов'язані з продовженням вживання психоактивних речовин, незважаючи на проблеми. Ці підфасети: фізіологічне збудження, страх оцінки, низькі позитивні афекти (ПА), уникнення соціального спілкування та уявний соціальний дефіцит. Таким чином, особи з соціальною тривожністю продовжують вживати речовини, незважаючи на проблеми, пов'язані з вживанням, якщо вони покладаються на речовини, щоб спробувати впоратися з одним або кількома з цих аспектів. Різні речовини можуть бути переважними для різних підфасетів (Buckner, 2013).

Згідно з моделями негативного підкріплення вживання психоактивних речовин (Baker TB, 2004), соціально тривожні особи можуть вживати речовини у відповідь на фізіологічне збудження, пов'язане зі станом соціальної тривожності. Деякі речовини (у т.ч. канабіс) можуть безпосередньо впливати на фізіологічне збудження серед соціально тривожних людей, тоді як інші (у т.ч. алкоголь) можуть впливати на збудження через переконання щодо здатності речовини зменшувати збудження та/або підвищувати комунікабельність (Buckner, 2013). Вживання психоактивних речовин для управління негативним афектом (НА) може вплинути на суб'єктивне та/або фізіологічне переживання тривоги (рис. 1.3). Особи з СТР, які вживали алкоголь або їм сказали, що вони вживали алкоголь, повідомили про меншу соціальну тривожність, ніж ті, хто не вживав алкоголь, хоча алкоголь не впливав на серцевий ритм (Stevens S, 2017). Крім того, соціально тривожні люди з більш високим рівнем соціального уникнення схвалювали вживання алкоголю, щоб впоратися з негативним впливом у соціальних ситуаціях. (Collins JL, 2019).

Щодо впливу канабісу на підфасет фізіологічного збудження, нейронні кореляти СТР включають змінену активність і функціональний

зв'язок між областями, залученими до модуляції тривоги та реакцій страху, включаючи мигдалеподібне тіло, острівець, префронтальну кору (PFC), медіальну префронтальну кору (mPFC; передню поясну кору (ACC) і вентромедіальну префронтальну), і гіпокамп (Bas-Hoogendam JM, 2020), (Heitmann CY, 2016). Рецептори CB1, які можуть сприяти зникненню страху та запобігати консолідації страху (Maldonado R, 2020), (Panayiotou G, 2017), (Van Ameringen M, 2020) густо зосереджені в цих зонах, що може пояснювати значний вплив канабісу на тривогу (Bhattacharyya S, 2017). Двома екзогенними каннабіноїдами, які отримали найбільшу увагу дослідників серед активних речовин канабісу, є дельта-9-тетрагідроканабінол (Δ^9 -ТГК, THC) і канабідіол (CBD). (Покотило, 2019; Buekner, 2013). Канабіноїди взаємодіють з ендогенною каннабіноїдною системою, яка пов'язана з контролем зменшення болю і тривоги, заспокоєння, забезпечення усунення неприємних спогадів тощо. (Каджарян В. Г., 2013). Канабіноїди викликають складний і суперечливий вплив на тривожність: дані випробувань свідчать про дозозалежну двонаправлену модуляцію тривоги каннабіноїдною системою (inverted U-shape model) – як правило, при застосуванні низьких доз тривога пригнічується, тоді як високі дози її посилюють (Viveros M., 2005; Lutz, 2009; Beale, 2018), та важливість контексту навколишнього середовища. Окрім дозозалежності, є залежність від ділянки мозку, в яку введена речовина – однакова доза Δ^9 -ТГК може мати антитривожну дію при ін'єкції у префронтальну кору та анксиогенну при введенні у базолатеральну мигдалину (Rubino T., 2008). Подібні біполярні ефекти каннабіноїдів були продемонстровані у тварин (Lafenetre P., 2007; Hill M.N., 2009), та у людини (Hall W., 1998; Бондаренко О., 2006; Degenhardt L., 2001). Інгібування ендоканнабіноїдної сигналізації збільшує стрес та тривожність, тоді як помірне пригнічення в ній зменшує стрес та тривожність. Таким чином, ендоканнабіноїдна система може грати провідну роль в модуляції

емоційних реакцій нервовою системою. Терапевтичні ефекти канабісу та канабіноїдів (UNODC, 2017) представлені в додатку А.

ТГК або його синтетична версія, дронабінол, модулює активність мигдалеподібного тіла у відповідь на загрозові стимули (Maldonado R, 2020), (Klumpp H, 2018), (Rabinak SA, 2020) і покращує функціональний зв'язок між мигдалевим тілом і структурами кори (у т.ч. вищезазначеними) (Rabinak SA, 2020). Однак вплив ТГК на тривогу дозозалежний: низькі дози спричиняють анксиолітичний ефект, а високі — анксиогенні фізіологічні ефекти (Childs E, 2017). CBD має анксиолітичні властивості (Van Ameringen M, 2020), (De Gregorio D, 2019) і модулює активність у ключових областях мозку, пов'язаних із тривогою, включаючи мигдалеподібне тіло, гіпокамп і mPFC (Crippa JA, 2018)]. У дослідженні, опублікованому серед осіб із СТР, лікування CBD протягом 4 тижнів зменшило суб'єктивну соціальну тривожність після втручання (Masataka N., 2019). Може мати дозозалежний вплив на тривогу, так що помірні дози викликають анксиолітичний ефект, тоді як нижчі та вищі дози викликають мінімальний ефект (Linares IM, 2019), (Zuardi AW, 2017). Серед здорових (без поточних психічних чи медичних розладів, менше 5 вживань канабісу протягом життя, без використання канабісу за останній рік) дорослих чоловіків 300 мг CBD зменшили суб'єктивну соціальну тривожність порівняно з плацебо під час завдання індукції соціальної тривожності, без вплив при 150 або 600 мг CBD (Linares IM, 2019). Серед здорових дорослих, які отримували CBD (100, 300 або 900 мг), лише помірні дози CBD (300 мг) зменшили суб'єктивний стан соціальної тривоги після завдання індукції соціальної тривоги порівняно з плацебо (Zuardi AW, 2017). У сукупності помірні дози CBD можуть зменшити суб'єктивні реакції серед тих, хто має підвищену соціальну тривожність, але незрозуміло, чи впливають ці дози на фізіологічну реакцію, і мало робіт вивчало вплив конкретно на фізіологічну або суб'єктивну соціальну

тривожність. Люди з соціальною тривогою продовжують вживати канабіс, незважаючи на проблеми, якщо вони думають, що це зменшить суб'єктивну та/або фізіологічну тривожність, незалежно від того, чи відбувається це насправді.

Щодо куріння нікотину, незрозуміло, чи зменшує фізіологічне збудження серед соціально тривожних осіб.

Характерною рисою соціальної тривожності є страх перед негативною оцінкою аудиторії (APA, 2022). Таким чином, соціально тривожні люди можуть використовувати психоактивні речовини, щоб впоратися з цим страхом (Buckner, 2013). У групі особи можуть вживати психоактивні речовини, щоб уникнути уваги з боку однолітків, які вживають такі речовини, та/або щоб не відставати від очікуваних соціальних очікувань щодо вживання.

Соціальна тривожність значною мірою корелює з більшою сприйнятливістю до впливу однолітків, а нижчі рівні стійкості до впливу однолітків опосередковують зв'язок між соціальною тривожністю та проблемами вживання алкоголю (Villarosa M, 2016). Захисні стратегії поведінки (ЗСП) (Martens MP M. J., 2011) — це когнітивно-поведінкові стратегії, до яких люди можуть залучатися, щоб зменшити ризикове вживання алкоголю, і охоплюють три сфери (Martens MP F. A., 2005): припинення/обмеження вживання алкоголю (наприклад, додавання додаткового льоду в напій), манера пити (наприклад, уникання ігор з алкогольними напоями) і серйозного зменшення шкоди (наприклад, використання водія). Серед людей із соціальною тривогою ЗСП можуть використовуватися рідше через страх отримати негативну оцінку. Фактично, люди з соціальною тривогою, які більш сприйнятливі до впливу однолітків, використовували менше ЗСП (Villarosa M, 2016), і це пов'язано з збільшенням проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю (Villarosa-Nurlocker MS M. M.-H., 2018). Крім того, манера пити опосередковує

зв'язок між соціальною тривожністю та вживанням алкоголю (Dimeff LA, 1999), а ЗСП манера пити і ЗСП серйозного зменшення шкоди опосередковують зв'язок між соціальною тривожністю та проблемами, пов'язаними з алкоголем (Terlecki MA, 2021). Також особи з вищою (але не нижчою) соціальною тривожністю, які недостатньо використовували стратегії ЗСП, підтверджували значно більше проблем, пов'язаних з алкоголем.

Щодо канабісу, дослідження виявило значну тристоронню взаємодію між уявленнями про соціальні норми вживання (переконання про поширеність вживання серед друзів та людей загалом), переконаннями про заборону/схвалення батьків, а також соціальною тривожністю серед споживачів канабісу: соціальна тривожність була пов'язана з проблемами, пов'язаними з канабісом, коли заборонні норми батьків були високими, а соціальні норми вживання – низькими (Foster DW, 2016).

Фактором вразливості, який підтримує патологічну соціальну тривожність (Rapee RM, 1997) і може пояснити зв'язок між соціальною тривогою та вживанням речовин, є процес обробки після події, залучення повторюваної негативної оцінки своєї діяльності в соціальних ситуаціях (Brozovich FA, An analysis of post-event processing in social anxiety disorder, 2008). Процес обробки після події відрізняється від депресивного румінування (Rachman S, 2000) і є специфічним для соціальної тривоги (Fehm L, 2007). Особи з підвищеною соціальною тривожністю можуть використовувати речовини, щоб впоратися з негативними наслідками, пов'язаною з процесом обробки після події (далі ПОП), що призводить до продовження вживання, незважаючи на проблеми, викликані ним.

Особи з підвищеною соціальною тривожністю виявляли більший потяг до алкоголю після експериментально індукованого ПОП, ніж особи з нижчою соціальною тривожністю (Potter SM, 2016). ПОП позитивно корелює з вживанням алкоголю перед соціальними подіями, та може

збільшити передбачувану тривогу щодо наступної соціальної події (Brozovich FA, Mental imagery and post-event processing in anticipation of a speech performance among socially anxious individuals, 2013). соціальна тривожність опосередковано пов'язана з суб'єктивним сп'янінням під час наступної соціальної події через більшу кількість/інтенсивність ПОП після соціальних заходів (Ogniewicz A, 2019). ПОП може не бути пов'язаним із збільшенням кількості алкогольних напоїв після соціального заходу для лікування ПОП, але збільшить передбачувану тривогу щодо наступної соціальної події та посилить споживання алкоголю перед подією, суб'єктивне сп'яніння та проблеми, пов'язані з алкоголем.

Серед тих, хто вживає канабіс, ПОП суттєво пов'язаний із серйозністю наслідків вживання, і опосередковує зв'язок між соціальною тривогою та проблемами, пов'язаними з каннабісом (Ecker AN, Cannabis-related problems and social anxiety: the mediational role of post-event processing, 2018). Люди з більшою соціальною тривожністю в стані негативного ПОП повідомляли про збільшення вживання канабісу через 1 тиждень (Ecker AN, The interactive influence of social anxiety and experimentally induced postevent processing on cannabis use, 2018) ; цей ефект не спостерігався серед інших учасників. Таким чином люди з соціальною тривогою можуть використовувати канабіс для зниження негативних афектів, пов'язаних з ПОП.

Одним з аспектів соціальної тривожності, який робить її унікальною серед станів тривоги, є те, що вона характеризується як високим негативним афектом, так і низьким позитивним (Brown TA, 1998). Таким чином, може статися, що деякі соціально тривожні люди вживають речовини для підвищення позитивного афекту.

Соціальна тривожність була опосередковано пов'язана з проблемами вживання алкоголю через вживання алкоголю для збільшення позитивного афекту в соціальних ситуаціях, послідовні ефекти вживання

алкоголю для збільшення позитивного афекту в соціальних ситуаціях і кількість випитого (Buckner JD L. E.-D., 2019). Найсильнішим непрямим ефектом був одиничний ефект вживання алкоголю для підвищення позитивного афекту в соціальних ситуаціях. Вживання алкоголю для збільшення позитивного афекту в соціальних ситуаціях відіграло більш важливу роль у зв'язку між соціальною тривогою та проблемами вживання алкоголю, ніж лише низька позитивна афективність.

Ці зв'язки були дещо іншими з точки зору вживання канабісу, так що соціальна тривога не була пов'язана з більшою кількістю проблем з канабісом через послідовні ефекти позитивного афекту, використання для збільшення позитивних афектів в соціальних ситуаціях (Walukevich-Dienst K, 2020). Швидше, більша соціальна тривога опосередковано передвіщала більше проблем із канабісом через одиничний непрямий ефект від використання для збільшення позитивних афектів у соціальних ситуаціях та послідовні ефекти вживання для збільшення позитивних афектів у соціальних ситуаціях.

Соціально тривожні люди постійно повідомляють про дефіцит соціальної ефективності (Stevens S, 2017), і деякі дані це підтверджують (Thompson T, 2019). Отже, деякі соціально тривожні особи можуть вживати речовини, щоб впоратися зі своїми (уявними чи фактичними) соціальними дефіцитами.

Особи, які відчувають більшу соціальну тривожність, і більше число позитивних наслідків вживання алкоголю (фактична або уявна користь від вживання алкоголю, включаючи соціальні переваги, такі як покращена комунікабельність під час соціальних взаємодій) повідомили про більше негативних наслідків (Villarosa-Hurlocker MC S. M., 2018).

Хоча люди з СТР повідомили про зниження суб'єктивної тривоги під час завдання індукції соціальної тривоги (публічний виступ) після вживання алкоголю, вони оцінили свою роботу як гіршу, ніж оцінки

спостерігачів; ця закономірність не спостерігалася серед осіб без СТР, незважаючи на зниження оцінок спостерігачів соціальної ефективності для всіх учасників, які вживали алкоголь (Stevens S, 2017). Ці дані суперечать уявленню про те, що люди з соціальною тривогою можуть вживати алкоголь, тому що вони вірять, що це покращить їхні соціальні показники. На жаль, наразі не вивчено, чи соціальна тривога пов'язана з використанням канабісу та нікотину для соціального полегшення.

Характерною ознакою соціальної тривожності є уникання соціальних контактів (APA, 2022), яке пов'язане з проблемами, викликаних алкоголем, опосередковано через вживання алкоголю для боротьби з депресією та соціальною тривогою (Collins JL, 2019). Соціальне уникнення може бути складовою більшої картини уникнення. Помилкова безпечна поведінка (ПБП) відноситься до поведінки, спрямованої на зменшення або уникнення тривоги (наприклад, мало говорити під час соціальних зустрічей). Вона може відігравати важливу роль у вживанні психоактивних речовин серед соціально тривожних людей. Зв'язок між соціальною тривогою та проблемами вживання канабісу був опосередкований більшим використанням ПБП (Buckner JD Z. M., 2017). Що стосується куріння тютюну, майже всі курці повідомляють про використання ПБП для боротьби з тривогою (Buckner JD Z. M., 2020).

Контекст відіграє важливу роль у вживанні психоактивних речовин для копінгу тривоги.

Підвищена соціальна тривожність пов'язана з більшим вживанням алкоголю, включаючи соціальні ситуації (Buckner JD L. E., 2020) і на самоті (Buckner JD T. M., 2016). Люди з клінічно підвищеною соціальною тривожністю повідомили про більшу тривогу та пияцтво перед соціальною подією (Buckner JD L. E., 2020). Соціальна тривога була опосередковано пов'язана з більшою кількістю вживанням алкоголю перед подією через очікувальну тривогу. Соціальна тривожність також була опосередковано

пов'язана з більшою кількістю алкоголю під час події та більшим суб'єктивним сп'янінням під час події. Соціальна тривожність пов'язана з більшою часткою та частотою самотнього вживання алкоголю (Buckner JD T. M., 2016).

Серед споживачів канабісу соціальна тривожність пов'язана з більшою частотою вживання канабісу поодиночі (Buckner JD E. A., 2016). Крім того, соціальна тривожність була опосередковано через частоту вживання поодиночі пов'язана з частотою вживання канабісу.

Зв'язок між соціальною тривожністю та вживанням психоактивних речовин і пов'язаними з цим проблемами може змінюватися залежно від соціокультурних змінних.

У чоловіків з СТР супутня патологія протягом життя була вищою, ніж у жінок (AsherM, 2018). Тим не менш, мало робіт вивчало психосоціокультурні причини цієї різниці.

Також залишається дуже мало досліджень щодо ролі расової та етнічної приналежності та пов'язаної з ними культури. Серед афроамериканців, але не білих студентів, які вживають канабіс, фізичне занепокоєння чутливістю до тривоги було пов'язане з проблемами з каннабісом (Dean KE, 2017). Крім того, серед афроамериканців, але не білих споживачів канабісу, соціальні мотиви були пов'язані з частотою вживання, а соціальні мотиви, мотиви копіngu та конформності були суттєво пов'язані до проблем, пов'язаних із канабісом (Buckner JD S. S., 2016), що свідчить про те, що культурний вплив на вживання психоактивних речовин може змінюватися залежно від расової/етнічної приналежності.

Теоретична модель дослідження вживання канабісу як копінг стратегії опанування соціальної тривоги представлена на рис. 1.4. Дана модель ілюструє складний взаємовплив вживання канабісу на соціальну тривогу та соціальної тривоги на вживання канабісу, адже вживання

канабісу як копінг стратегії впливає на спосіб, частоту вживання канабісу та вірогідність виникнення проблем, пов'язаних зі вживанням. Виникнення соціального тривожного розладу до розладу вживання канабісу також може слугувати непрямим свідченням вживання з мотиву копінгу.

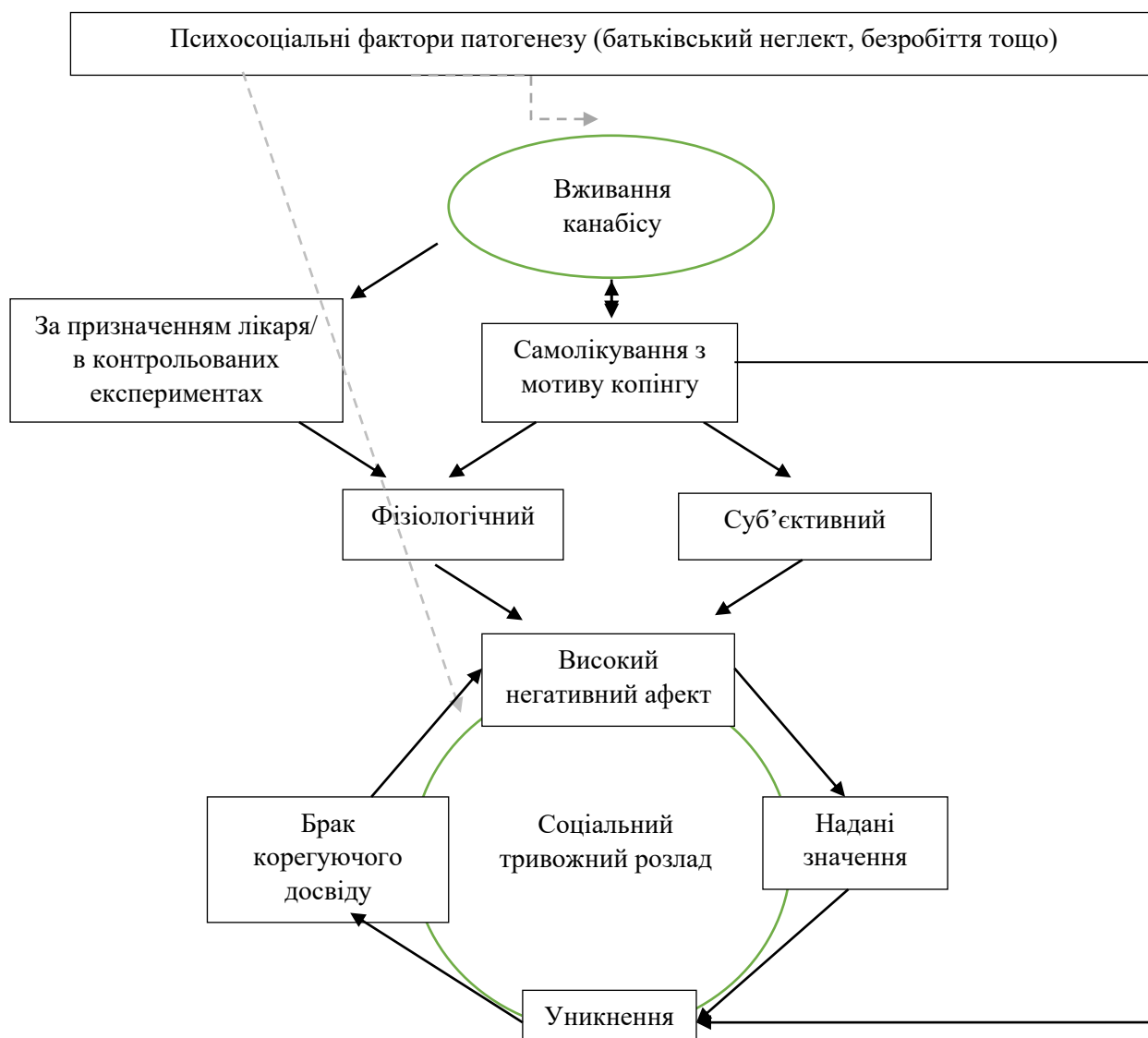


Рисунок 1.4 Модель зв'язку соціального тривожного розладу та вживання канабісу

Висновки до розділу I

Отже, соціальний тривожний розлад – це тривожний розлад, що характеризується інтенсивним страхом або тривогою щодо однієї чи кількох соціальних ситуацій, тому особи з СТР їх уникають або перебувають в них із сильним негативним афектом. Для осіб з СТР характерний страх, що їх дії чи прояви симптомів тривоги будуть негативно оцінені, і як наслідок її саму буде оцінено як тривожну, слабку, божевільну, дурну, нудну чи неприємну.

Соціальний тривожний розлад когнітивний за своєю природою й переплітається з такими конструктами, як очікування, прогнозування тощо (Rapee R., 1991). Саме через когнітивні підфасети соціальної тривоги, такі як страх оцінки, процес обробки після події, уникнення соціального спілкування та уявний соціальний дефіцит опосередковується вплив ПАР у біопсихосоціальній моделі зв'язку соціальної тривоги та вживання ПАР. У поєднанні з дією ПАР через дію на ендоканабіноїдну систему на підфасет фізіологічного прояву тривоги, бачимо як складно і багатовимірно взаємодіють явища вживання канабісу та соціальної тривоги. З врахуванням окремих спільних пунктів патогенезу цих явищ, та того, що соціальна тривога часто є первинною, а дія канабісу за обернено U-моделлю є біполярною та може бути анксиогенною, а може застосовуватись для лікування СТР, вважаємо важливим дослідити співвідношення вживання канабісу та СТР.

РОЗДІЛ II ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМНОГО ОГЛЯДУ ЛІТЕРАТУРИ ВЖИВАННЯ КАНАБІСУ

2.1. Опис та характеристика організації проведення дослідження

Системний огляд – наукове дослідження з найвищим рівнем доказовості, яке фокусується на конкретному питанні та використовує чітко визначені наукові методи ідентифікації, виділення, оцінки та узагальнення результатів аналогічних, але окремих досліджень. Це може включати кількісний синтез, який залежить від наявних даних (Institute of Medicine (US), 2011).

Ознаки системного огляду:

- чітко сформульовані цілі із заздалегідь визначеними критеріями прийнятності для навчання
- явна, відтворювана методологія
- систематичний пошук, який намагається ідентифікувати всі дослідження
- оцінка достовірності результатів включених досліджень (наприклад, ризик упередження)
- систематичне представлення та узагальнення характеристик і результатів включених досліджень

Як метод вторинних наукових досліджень, системний огляд дозволяє інтерпретувати дані досліджень щодо одного питання, попри відмінності в дизайнах досліджень – різниці вибірки, вибір опитників та шкал, методів статистичної обробки, які ускладнюють однозначні судження щодо одного предмета досліджень. Це, фактично, може призвести до вибору менш оптимальних рішень, що уповільнює розвиток психології та психотерапії. Відтак системний огляд дозволяє зводити до спільного знаменника різномірні дані. Процес проведення та спосіб

представлення системних оглядів уніфікується за стандартами PRISMA та рекомендаціями кокранівської спільноти.

Етапи проведення даного системного огляду представлені на рис.2.1:

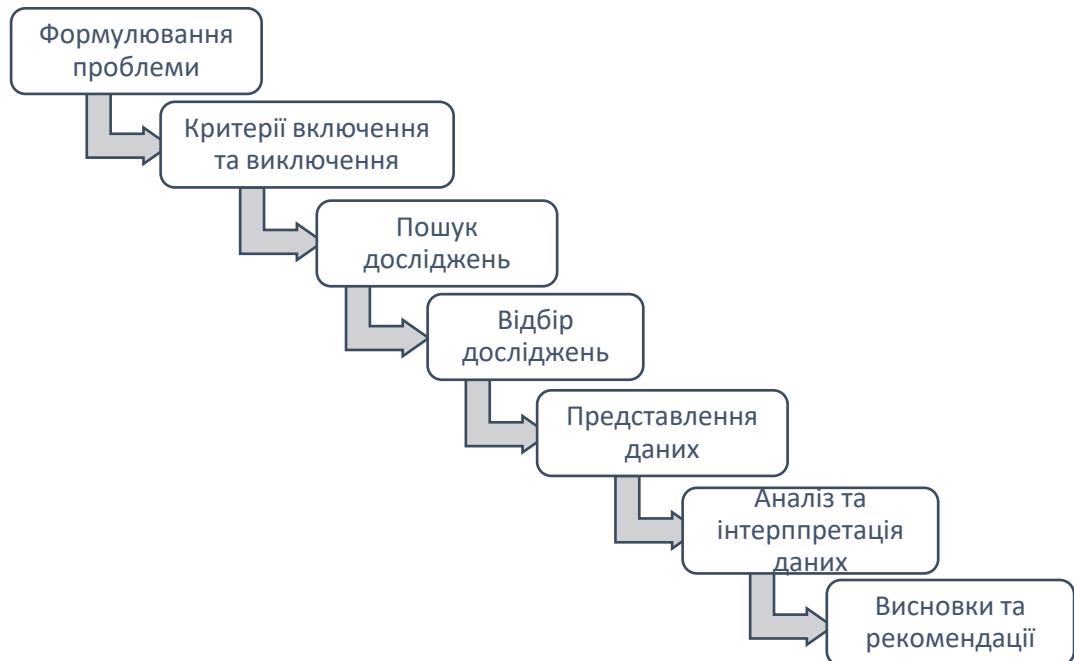


Рис.2.1. Етапи виконання системного огляду

Пошук досліджень для системного огляду проводився англійською мовою. Відповідно, для пошуку було використано такі ключові слова та різні варіації їх поєднання: «cannabis», «cannabis», «cannabi», «cannabis`s», «phobia, social», «phobia», «social», «cannabis coping», «social an[xiety coping», «coping», «social phobia», «social anxiety», «disorder», «social anxiety disorder» «anxiety», «SAD», «SoAD», «marijuana», «substance use», «CUD», «cannabis abuse», «cannabis use disorder», «substance use disorder», «cannabis-related», «peer review», «adults», «clinical trial».

Джерела даних – бази наукових публікацій і цитувань: Google Scholar, Web of Science, Wiley online library, ScienceDirect, APA PsycNet, PubMed, NCBI, Researchgate.

При відборі досліджень для системного огляду враховувалися такі критерії включення:

1. Дослідження присвячене питанням вживання канабісу як копінгу.
2. Вибірка дослідження включає дорослих (від 18 років), які мають розлад соціальної тривоги.
3. Публікація містить дані оригінального дослідження.
4. Для дослідження використано валідний і надійний інструментарій.
5. Проведена статистична обробка емпіричних даних, вказано методи, використані для обробки.
6. Інформація про авторів дослідження (місце роботи, вчене звання, науковий ступінь тощо) є доступною та підтверджує їхню компетентність у сфері наукових досліджень.
7. Дослідження опубліковані у межах з 2012 по 2022 рік.
8. Публікація доступна для ознайомлення у повному обсязі.

Критерії виключення були такими:

1. У дослідженні не розкрито питання вживання канабісу у дорослих із соціальною тривогою.
2. Вибірка дослідження включає осіб у віці до 18 років або складається осіб з коморбідним діагнозом, який може впливати на результат (співзалежності, органічні ураження, та стигматизовані соматичні хвороби, які можуть впливати на СТР, такі як ВІЛ тощо).
3. Публікація містить результати системного огляду, мета-аналізу.
4. Психодіагностичний інструментарій не є валідним і надійним.
5. Відсутня статистична обробка емпіричних даних, інформація про використані методи такої обробки, або числові дані, які підтверджують достовірність описаних результатів.
6. Інформація про авторів дослідження (місце роботи, вчене звання, науковий ступінь тощо) відсутня, її немає у відкритому доступі та/або вона не підтверджує їх компетентності у сфері наукових досліджень.
7. Дослідження опубліковане до 2012 року.

8. Публікація недоступна у повному обсязі.

9. Є конфлікт інтересів авторів.

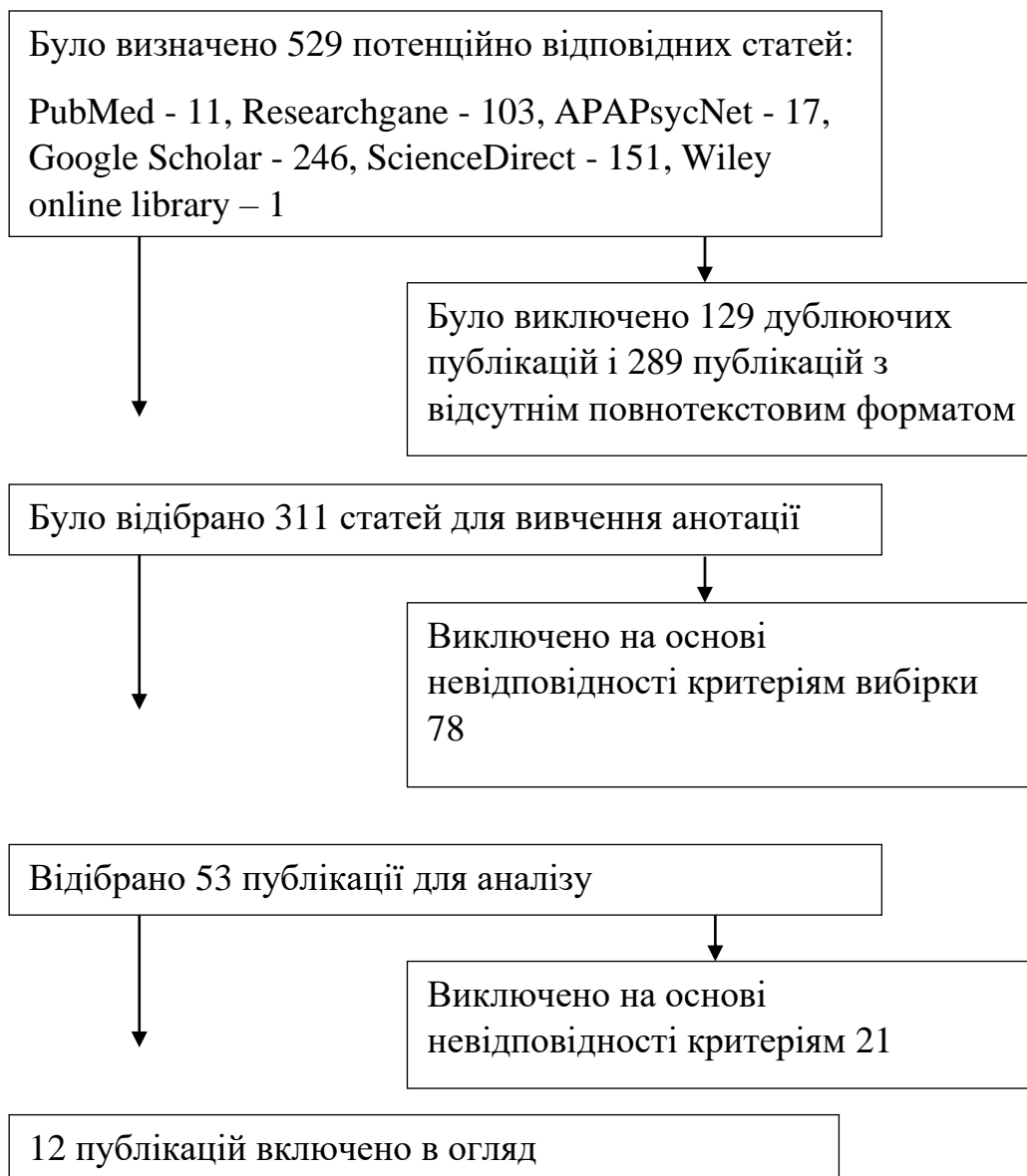


Рис.2.2. Блок-схема PRISMA вибору об'єктів дослідження

2.2. Характеристика відібраних досліджень

Враховуючи описані вище критерії включення та виключення для системного аналізу було відібрано 12 досліджень, проведених у США та опублікованих у 2012-2022 роках.

Для діагностики вживання канабісу у більшості досліджень було використано The Marijuana Smoking History Questionnaire (Bonn-Miller &

Zvolensky, 2009). Для оцінки соціального тривожного розладу у цих дослідженнях найчастіше використовувався опитувальник Social Interaction Anxiety Scale (Mattick & Clarke, 1998). Також дослідники використовували коротку форму Diagnostic Interview Schedule/ DIS (Robins & Helzer, 1981), The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV/ AUDADIS-IV (Ruan, Goldstein, 2007), критерії DSM-IV СТР (APA, 2022), Medical Marijuana Patient Use Questionnaire / MMPQ (Morean, Butler, 2018), Structured Clinical Interview Non-Patient Version for DSM-IV / SCID (First, Spitzer, 1996), Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised / CUDIT-R (Adamson, Kay-Lambkin, 2010), Comprehensive Marijuana Motives Questionnaire / CMMQ (Bohnert, 2018), Inventory of Depression and Anxiety Scale (Watson, 2007), Marijuana Use to Cope with Social Anxiety Scale (Buckner, 2012), Marijuana Problems Scale (Stephens, 1994), Liebowitz Social Anxiety Scale / LSAS (Liebowitz, 1987), Marijuana Motives Measure / MMM (Simons, 1998).

Розміри вибірки варіювались від 123 осіб до 34 653 дорослих, більшість досліджень були гендерно збалансовані, але в окремих переважали жінки. Репрезентативність варіювалась від національно репрезентативного дослідження до обмежених пацієнтами клінік (змінні ймовірності/тяжкості розладу, доходів), або студентами коледжу (змінні освіти, доходів). Дослідження, проведені у США, мали вищий відсоток європеїдної раси серед респондентів, але також представників інших рас/етносів, дослідження проведені у Європі, як правило, були менш расово диверсифіковані, і мали респондентів європеїдної раси.

Рівні доказовості досліджень переважно 2В та 3В, типи дослідження переважно крос-секційні та проспективні (когортні). Через невелику кількість досліджень 1В та 2В, які б розкривали тему вживання канабісу як копінгу соціальної тривожності було прийнято рішення включати до розгляду дослідження рівня 3В.

Висновки до розділу II

Нами було обрано системний огляд як метод дослідження у зв'язку з тим, що як було вказано це найбільш надійний метод дослідження, але також тому, що вживання канабісу незаконне в Україні. Через питання легальності і відповідні утруднення проведення дослідження – кількість країн, які проводили дослідження, пов'язані зі вживанням канабісу, обмежена.

На цьому етапі було визначено ключові слова пошуку досліджень для системного аналізу, проведено пошук за ними англійською мовою у 7 різних базах наукових публікацій і цитувань. Керуючись визначеними критеріями включення та виключення, для системного огляду було відібрано 12 досліджень, присвячених вивченню різних аспектів вживання канабісу у дорослих з соціальним тривожним розладом або високим рівнем соціальної тривожності.

На жаль, через відсутність доступу до повного тексту було виключено 289 досліджень, що значно скоротило кількість досліджень для аналізу. Також через особливості вибірки

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ СИСТЕМНОГО ОГЛЯДУ ЛІТЕРАТУРИ

3.1. Результати дослідження

Результати проаналізованих досліджень, у яких вивчалися вживання канабісу дорослими з соціальним тривожним розладом, є такими.

З огляду на складність взаємодій та різні акценти в дослідженнях інформація узагальнена за основними параметрами. Перш за все, з'ясовано чи є значимий скорегований на інші показники зв'язок між категоріями вживанням канабісу та соціальною тривогою.

Чи був встановлений зв'язок між особами, що вживали канабіс та тими, що не вживають, у показниках соціальної тривоги?

Більшість досліджень виявила зв'язок (Buckner J. D., 2012), проте одне з досліджень свідчило «жодна з чотирьох груп з різною частотою вживання канабісу респондентів не мала статистичних відмінностей від тих, хто не вживав канабіс: «наші висновки про відсутність зв'язку між вживанням канабісу та розладами соціальної тривоги» (Guttmanova K, 2017) Згідно з ще одним дослідженням, є уточнення, що «ймовірність СТР значно частіше була пов'язана із залежністю від канабісу, ніж із зловживанням». (Buckner J. D., 2012)

З огляду на ці дані, можемо говорити, про наявність зв'язку між вживанням канабісу та соціальною тривогою, що свідчить про доцільність аналізу наявних досліджень та проведення подальших досліджень.

Вплив вживання канабісу на соціальну тривогу

В дослідженні *The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample*, яке опиралось на дані національно репрезентативної вибірки США, не було виявлено жодного зв'язку між початковим рівнем CUD та вживанням

канабісу та виникненням тривожних розладів пізніше, але виявлено тенденцію, що пов'язує щоденне / майже щоденне вживання канабісу та частоту соціальної тривожності пізніше. (Feingold, 2016) Виявлено зв'язок між щоденним / майже щоденним вживанням канабісу та поширеністю соціальної тривожності пізніше у літніх дорослих. (Feingold, 2016) Пацієнти з СТР із коморбідним CUD були значно молодшими на момент клінічних проявів порівняно з пацієнтами з СТР без CUD. (Тере Е., 2012)

В той час як інші дослідження свідчать, зв'язку не має для чоловіків, проте є для жінок (Khan S.S., 2012; Buckner, 2014).

Даних про цей вплив недостатньо, адже зазвичай розвиток соціального тривожного розладу починається ще до початку вживання канабісу. (Тере Е., 2012; Buckner J. D., 2012; Feingold, 2016)

Є дискусії стосовно впливу канабісу на соціальну тривогу, проте ймовірно, що вживання канабісу не викликає більшої поширеності соціального тривожного розладу пізніше. Втім бракує досліджень які б стосувались порівняння рівня особистої соціальної тривоги до та після тривалого вживання канабісу.

Вплив соціальної тривоги на частоту вживання канабісу та проблеми, пов'язані з вживанням канабісу

Результати досліджень суперечливі. Згідно дослідження Cannabis use and schizotypy: The role of social anxiety and other negative affective states у контрольній групі (без шизотипії, але з коморбідним вживанням канабісу та соціальною тривогою) соціальна тривожність не пов'язана із частотою вживання канабісу. (Najolia G.M, 2012) Втім за іншим дослідженням, вищі мотиви копінгу соціальної тривоги вживання канабісу має надійний значущий зв'язок із частотою вживання канабісу. (Buckner J., 2014).

Зважаючи на схильність осіб з патологічною соціальною тривожністю вживати канабіс наодинці перед соціальною взаємодією, це може означати, що соціально тривожні люди частіше вживають з мотивів

копінгу соціальної тривожності, але не вживають частіше загалом ніж особи без високої соціальної тривожності.

Що було первинним розладом – вживання канабісу чи соціальної тривоги?

Ретроспективний аналіз показав, що соціальний тривожний розлад виникав ще до вживання каннабісу. (Feingold, 2016) В дослідженні «The relationship between cannabis use disorders and social anxiety disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC)» 81,5% повідомили, що СТР виникла до СUD. Однак значна меншість (15,0%) повідомили, що СUD виник до СТР, а 3,5 повідомили про виникнення приблизно в один час. (Buckner J. D., 2012) У групі із супутньою патологією SAD-CUD особи мали більшу ймовірність виникнення СТР до СUD (61% проти 39%). Середній вік початку для всіх амбулаторних пацієнтів, які відповідали критеріям для поточного СТР, становив 12 р. (SD = 8,3), а середній вік початку СUD становив 16 років (SD = 6,7). (Тере Е., 2012)

Згідно з наведеними дослідженнями, соціальний тривожний розлад з'являється зазвичай до вживання канабісу, відповідно не вживання канабісу провокує ріст соціальної тривожності, а висока соціальна тривожність спонукає пошуку самолікування, відповідно, вживання канабісу з мотиву копінгу.

Демографічні (гендер, раса, вік) відмінності у вживанні канабісу в осіб з соціальною тривогою

Пацієнти з СТР із коморбідним СUD частіше були чоловіками, ніж жінками (Тере Е., 2012). Чоловіки, але не жінки, з СТР, перейшли від вживання до СUD ~ на 8 міс. швидше, ніж ті, хто мав інші ТР. (Buckner J. D., 2012)

Виявлено зв'язок між щоденним / майже щоденним вживанням канабісу та поширеністю соціальної тривожності пізніше серед літніх

людей, але не серед молоді, а також зв'язок між базовим CUD і поширеністю соціальної тривожності пізніше серед молодих дорослих, але не літніх. (Feingold, 2016)

В дослідженнях є розбіжність стосовно супутньої патології у чоловіків, так, за одним дослідженням чоловіки, але не жінки, з CUD протягом життя не мали підвищеного ризику будь-якої психіатричної супутньої патології. (Buckner, 2014), а за іншим чоловіки з CUD мали вищі показники інших розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, і антисоціального РО, тоді як жінки з CUD мали частішу супутню патологію з розладами настрою та тривожністю. (Khan S.S., 2012) Однак, після поправки на гендерні відмінності в соціально-демографічних характеристиках і поширеності психічних розладів у загальній популяції, жінки з CUD мали вищий ризик екстерналізації розладів, ніж чоловіки з CUD. Стосовно ж супутніх патологій у жінок дані різних досліджень співставні.

Чоловіки з CUD, як правило, відповідали більшій кількості критеріїв зловживання канабісом (середнє значення = 1,62 проти 1,49 критеріїв, $F = 13,66$, $p < 0,05$), курили значно більше джойнтів на день (середнє значення = 3,38 джойнтів проти 2,54 джойнтів, $F = 30,84$, $p < 0,05$) і, як правило, мали значно триваліші епізоди CUD (середнє значення = 40,43 місяців проти 31,01 місяця, $F = 12,04$, $p < 0,05$). Не було жодних статевих відмінностей у віці першого або інтенсивного вживання канабісу, віці початку розладу вживання канабісу, загальній кількості епізодів зловживання канабісом або залежності. Час від віку, коли вперше вживали канабіс, до віку, коли настав розлад вживання, був довшим у чоловіків (середнє значення = 2,64 року проти 2,24 року, $F = 5,20$, $p < 0,05$), що свідчить про телескопічний феномен CUD. Більшість людей із CUD (77,8% чоловіків і 82,1% жінок) змогли ослабити розлад. Однак чоловіки були

старшими під час ремісії (середній = 25,32 років проти 23,08 років, $F = 48,45$, $p < 0,05$). (Khan S.S., 2012)

Не було суттєвої різниці між пацієнтами з СТР із і без CUD з точки зору сімейного стану чи раси. (Тере Е., 2012)

Дані досліджень свідчать, що немає різниці у расі чи етносі, що може означати, що можлива різниця у даних між країнами буде залежати лише від різного рівня поширеності соціальної тривожності (у США він вищий, ніж у Європі, а всі наведені дослідження мали вибірки з респондентів зі США) та культурних і законодавчих різниць.

З сімейним станом також немає зв'язку, проте є зв'язок з рівнем загального доходу сім'ї – у осіб з коморбідностями СТР та вживання канабісу більш ймовірно буде низький дохід.

Даних про вікові різниці мало для аргументованих висновків, хоча дослідження, що вказує на наявність розбіжностей – найбільш надійне з проаналізованих. Втім наявна різниця також може пояснюватись як культурними відмінностями між поколінням, так і різною фармакінетикою через вікові зміни.

Серед чоловіків конформізм і мотиви копінгу опосередковували зв'язок між соціальною тривожністю та проблемами, пов'язаними з каннабісом.

У жінок соціальна тривожність була пов'язана лише з соціальними мотивами. Жінки, які споживають канабіс, хочуть вживати канабіс під час (але не до чи після) соціальної ситуації. Вони не повідомили про більше бажання вживати канабіс для копінгу очікуваної тривоги перед соціальною ситуацією. Цілком можливо, що соціально тривожні чоловіки частіше вживають канабіс, ніж соціально тривожні жінки, враховуючи, що чоловіки, як правило, частіше вживають канабіс і мають проблеми, пов'язані з цим. Таким чином, соціально тривожні чоловіки (більше, ніж соціально тривожні жінки) можуть вважати, що канабіс є більш

поширеним (і, отже, більш соціально прийнятним) засобом, за допомогою якого можна впоратися та/або пристосуватися. Майбутні дослідження, які виявлять фактори, пов'язані з цими гендерними відмінностями, будуть важливими. (Buckner J. D., 2012)

Найбільші відмінності спостерігаються між чоловіками і жінками з соціальною тривожністю відповідно до даних 5 різних досліджень, включаючи з проспективним дослідженням, що опиралось на національно-репрезентативну вибірку. Відмінності полягають у швидкості переходу від вживання до CUD, кількості критеріїв зловживання канабісом, кількості вживаного канабісу на день і тривалості епізодів CUD. Наявність великої кількості відмінностей свідчить про важливість врахування різниці при проведенні досліджень, подальшого дослідження потребує висновок одного з досліджень (Buckner J. D., 2012) про те, що жінки не схильні вживати канабіс з метою копінгу.

Вплив на інші розлади психічного здоров'я: коморбідності, схильність до суїциду та вживання інших ПАР

Майже всі (99,21%) особи з коморбідністю CUD–SAD мали принаймні один інший психіатричний розлад: 98,99% мали принаймні один інший розлад осі I і 73,71% мали принаймні один розлад осі II. Найпоширенішими розладами осі I були інші SUD, розлади настрою (депресія, БАР I, дистимія, БАР II) та інші тривожні розлади (специфічна фобія, ПР, ГТР). Найпоширенішим розладом осі II був ОКРО, параноїдний, уникаючий, антисоціальний та шизоїдний РО. 94,5% осіб із CUD без СТР також мали принаймні один інший психічний розлад, але ймовірність виникнення принаймні ще одного розладу осі II у них була значно меншою (31,47%). 87,4% осіб із СТР, але без CUD також мали принаймні ще один психічний розлад, частіше принаймні ще один розлад осі I - 82,5%, що менше ніж в осіб лише з CUD або коморбідністю CUD та СТР, ніж розлад

осі II 51,5% - частіше ніж в осіб лише з CUD, але значно менше, ніж в осіб з коморбідністю CUD та СТР. (Buckner J. D., 2012)

Серед тих, хто страждав на СТР, коморбідна CUD була суттєво пов'язана з наявністю іншого розладу загалом, SUD не пов'язаного з каннабісом, розладів настрою, інших тривожних розладів та психотичних розладів. І хоча CUD був пов'язаний з афективними розладами, він не був пов'язаний із депресією, БАР II або дистимією. Таким чином, зв'язок розладу із категорією, обумовлено зв'язком CUD з БАР I. (Buckner J. D., 2012)

Зв'язок між статусом вживання канабісу і суїцидальністю не змінюється як функція соціальної тривожності, проте особи, які вживали канабіс щоденно та мали вищу соціальну тривожність, повідомили про найвищу схильність до суїциду. Цей зв'язок був особливо надійним, оскільки залишався після контролю за широким спектром змінних, які пов'язані з суїцидальністю та/або вживанням канабісу, включаючи депресію та інші види тривоги. примітно, що при 59% дисперсії суїцидальності, 4,5% дисперсії припало на взаємодію високої соціальної тривожності та щоденного вживання канабісу, ілюструє потенційну важливість цього зв'язку. (Buckner, 2012)

Соціальна тривожність суттєво послаблює зв'язок між шизотипією та частотою вживання канабісу. (Najolia G.M, 2012)

Пацієнти з СТР та CUD частіше за життя мали діагноз специфічної фобії та ПТСР порівняно з пацієнтами без розладу вживання канабісу.

Коморбідність CUD та СТР пов'язана із більшим вживанням ПАР, за виключенням алкоголю, та з частішим вживанням алкоголю та канабісу з мотивів зменшення соціальних страхів або уникнення соціальних ситуацій, порівняно з особами з СТР і без CUD. Це справедливо як в загальній вибірці, так і для пацієнтів відділення психіатрії лікарні (Buckner J. D., 2012; Tere E., 2012)

Дані досліджень свідчать, що особи з соціальною тривожністю, які вживають канабіс з метою її копінгу, більш ймовірно будуть мати коморбідності інших SUD, БАР I, інших тривожних розладів та психотичних розладів. Ймовірно, що вищий ризик коморбідностей з розладами вживання інших психоактивних речовин, пов'язаний також з мотивами копінгу та самолікування тривожних розладів.

Вплив вживання канабісу на осіб з соціальною тривогою інших сферах функціонування

Особи з коморбідним розладом вживання канабісу та СТР частіше мали роботу, ніж особи лише з СТР. (Buckner J. D., 2012) Пацієнти з коморбідними соціальним тривожним розладом і розладом вживання канабісу, повідомили про значно краще фізичне функціонування згідно з оцінкою SF-36 і повідомили значно менше обмежень у фізичному функціонуванні, що проявляється вищими балами за обома субшкалами. Не було суттєвої різниці між двома групами з точки зору загальної оцінки функціонування, часу відсутності на роботі з психіатричних причин або віку початку СТР. (Тере Е., 2012)

Цікаво, що попри частішу наявність роботи, особи, що вживають канабіс для копінгу соціальної тривоги, зазвичай мають менші доходи. Невідомо, чи це пов'язано з більшою схильністю менш забезпечених людей до самолікування (через високу вартість медичної допомоги у США), та чи означає частіша наявність роботи, що вживання канабісу чинить анксиолітичний вплив. Перше питання може бути вирішено шляхом проведення досліджень у країні з безкоштовною та доступною лікарською допомогою, друге питання потребує подальшого дослідження, втім, зважаючи на лабораторні дані, вживання в середньому 300 мг канабідіолу матиме анксиолітичний ефект.

Залишкові ефекти вживання канабісу на упередження уваги до страшних облич

Існували відмінності між споживачами канабісу та неспоживачами канабісу в їхній реакції на лякаючі обличчя: ті, хто не споживали, мали більшу реакцію (амплітуду P1). (Torrence RD, 2018) Вважається, що підвищена амплітуда P1 до виразу обличчя, пов'язаного із загрозою, відображає посилення обробки в зоровій корі головного мозку, що модулюється мигдалиною (Carlson et al., 2009). Відповідно, реакції амплітуди P1 також пов'язані з соціальною тривожністю: люди з низькою соціальною тривожністю мали знижені амплітуди P1, коли був присутній негативний вираз обличчя, порівняно з особами з високою соціальною тривожністю. Отже, нижчі рівні реакцій амплітуди P1 на лякаючі обличчя були у осіб з низькою соціальною тривожністю або/і споживачів канабісу.

Лише споживачі канабісу мали відмінності в показнику (N2pc, відноситься до стереотипної електрофізіологічної відповіді на подразник, пов'язаний з вибірковою увагою), що свідчить про те, що споживачі канабісу мали більшу орієнтацію на страхітливий вираз обличчя (Torrence RD, 2018). Незважаючи на те, що N2pc продемонстрував упередженість уваги до лякаючих облич, дані P1 свідчать про те, що споживачі канабісу зменшили увагу до наляканих облич порівняно з тими, хто не вживав. Результати свідчать про те, що залишкові ефекти канабісу були пов'язані з зниження початкової уваги до наляканих облич. Це може свідчити про механізм того, як канабіс може мати анксиолітичний ефект через ранню модуляцію уваги. Люди з низькою тривожністю мають меншу упередженість до стимулів, пов'язаних із загрозою, порівняно з особами з високою тривожністю. Проте збільшення споживання канабісу пов'язане зі зниженням емоційної обробки виразу обличчя. Reutter та ін. (2017) виявили, що посилення N2pc корелює з підвищеною соціальною тривожністю. Якщо припустити, що N2pc відображає тета-осциляції в зоровій корі, які опосередковуються тета-осциляціями в мигдалеподібному тілі, не дивно, що дослідження виявили гіперактивацію мигдалини під час

перегляду негативних виразів обличчя у пацієнтів з генералізованою соціальною фобією (Phan et al., 2006). У цьому поточному дослідженні лише споживачі канабісу мали підвищені амплітуди N2pc у напрямку до наляканих облич, що свідчить про те, що, на відміну від P1, споживачі канабісу мали підвищене упередження уваги, яке нагадує знахідку при тривожних розладах (Bar-Haim et al. 2007).

Зміни в упередженні уваги можуть бути механізмом того, як канабіс може мати анксиолітичний ефект. Ці результати свідчать про те, що вживання канабісу дійсно вплинуло на упередження уваги до наляканих облич. (Torrence RD, 2018)

Можемо зробити припущення згідно висновку дослідження, що менша сприйнятливості до лякаючих виразів облич після вживання канабісу дозволяє знизити рівень соціальної тривоги, і відповідно спонукатиме вживати знову з мотиву копінгу.

Загальний вплив мотиву соціальної тривоги вживання канабісу

Вищі мотиви копінгу соціальної тривоги вживання канабісу має надійний значущий зв'язок із підвищеними проблемами вживання канабісу (Bonn-Miller M. O., 2014; Buckner J., 2014) та із частотою вживання канабісу. (Buckner J., 2014). Мотиви соціальної тривоги були єдиним зв'язком з сприйнятою допомогою від вживання каннабісу. (Bonn-Miller M. O., 2014)

Вживання канабісу для копінгу соціальної тривоги було пов'язане з більш унікальною дисперсією проблем, пов'язаних з канабісом, ніж мотиви копінгу в більш широкому сенсі (Buckner J., 2014)

Мотиви копінгу вживання канабісу значною мірою позитивно корелюють із соціальною тривогою та з багатовимірним опитувальником досвіду уникнення (МЕАQ; Gámez та ін., 2011) загалом, а також усіма підшкалами МЕАQ, крім витривалості до дистресу. (Buckner, 2014) МЕАQ складається з шести підшкал: (1) Відраза до дистресу, яка вимірює

неприйняття/негативну оцінку стресу («щастя передбачає позбавлення від негативних думок»); (2) Поведінкове уникнення, яке вимірює явне уникнення дистресу («Я докладаю всіх зусиль, щоб уникнути незручних ситуацій»); (3) Відволікання та придушення, які вимірюють спроби врегулювати тривожні думки та почуття («Я наполегливо працюю, щоб утриматися від тривожних почуттів»); (4) Придушення та заперечення, які вимірюють дистанціювання та відмежування від тривожних емоцій («люди казали мені, що я не знаю про свої проблеми»); (5) Прокрастинація, вимірює відстрочку загрозливого дискомфорту («Я намагаюся відкладати неприємні завдання якомога довше»); та (6) Витривалість до дистресу, яка вимірює готовність поводитися ефективно в умовах дистресу («працюючи над чимось важливим, я не кину, навіть якщо все буде важко»). Соціальна тривожність значно позитивно корелювала з усіма шкалами досвіду уникнення. (Buckner, 2014)

Негативна афективність і порушення регуляції емоцій суттєво позитивно корелювали з мотивами копінгу, соціальною тривожністю та підшкалами MEAQ. З врахуванням дисперсії, пов'язаної зі статусом щоденного вживання канабісу, негативною емоційністю та порушенням регуляції емоцій, соціальна тривожність залишалася суттєво позитивно пов'язаною з такими шкалами MEAQ: поведінкове уникнення, прокрастинація та репресія/відмова. Разом на прогностичні змінні припадає 52,4% дисперсії в MEAQ загалом, причому на соціальну тривогу припадає 6,8% цієї дисперсії. Прогностичні змінні становлять 33,2% дисперсії у поведінковому уникненні, при цьому соціальна тривожність однозначно становить 15,5% цієї дисперсії. На прогностичні змінні припадає 31,4% дисперсії прокрастинації, а на соціальну тривожність припадає 5,9%. Змінні предикторів становлять 43,4% дисперсії в Репресії/Заперечення, при цьому соціальна тривожність однозначно становить 2,3%. (Buckner, 2014) Соціальна тривога не була суттєво

пов'язана з відразою дистресу або відволіканням/придушенням. Показники MEAQ залишалися суттєво пов'язаними з мотивами копінгу, коли враховували дисперсію, пов'язану з іншими мотивами, статусом щоденного вживання канабісу, негативною емоційністю та порушенням регуляції емоцій. На коваріати припадає 53,1% дисперсії мотивів копінгу. MEAQ Total залишався суттєво пов'язаним із мотивами копінгу та становив додаткові 1,9% дисперсії. (Buckner, 2014) Що стосується субшкал MEAQ, поведінкове уникнення (2,4% унікальна дисперсія), відраза до дистресу (3,0% унікальна дисперсія) і відволікання/придушення (2,3% унікальна дисперсія) залишалися суттєво пов'язаними з мотивами копінгу. Прокрастинація та придушення/відмова більше не були суттєво пов'язані з мотивами копінгу в цих аналізах. (Buckner, 2014)

Загальна оцінка MEAQ і субшкала поведінкового уникнення були єдиними двома змінними досвіду уникнення, міцно пов'язаними як із соціальною тривожністю, так і з мотивами копінгу. Тобто, поведінкове уникнення було єдиним субфасетом емпіричного уникнення, міцно пов'язаного як із соціальною тривогою, так і з мотивами копінгу. Цей субфасет опосередковував зв'язок між соціальною тривожністю та мотивами копінгу. Таким чином, поведінкове уникнення може відігравати особливо важливу пояснювальну роль у кращому розумінні зв'язку між соціальною тривожністю та мотивами копінгу. Дані аналізу опосередкування не узгоджувалися з посередництвом зв'язку між соціальною тривожністю та шкалами MEAQ через мотиви копінгу. (Buckner, 2014)

Зв'язок мотивів копінгу з негативними наслідками був найсильнішим і найнадійнішим. Мотиви копінгу були єдиним фактором, який виявився позитивним предиктором як частоти вживання канабісу, так і проблем, пов'язаних із вживанням. Крім того, якщо врахувати спільну дисперсію мотивів, це було найсильнішим провісником проблем із

вживанням канабісу. Ці результати свідчать, що вживання канабісу з мотивів копінгу, швидше за все є формою уникнення, яке пов'язане з безліччю інших шкідливих наслідків.

Вживання з мотиву копінгу, для зменшення негативних афектів соціальної, тривоги пов'язане з більшою потребою вживати канабіс, ніж у осіб без соціальної тривоги, що, зрештою призводить до більшої кількості проблем від вживання. Таким чином підтримується уникаюча поведінка, адже соціальний тривожний розлад не лікується, проте вживання канабісу здатне прибрати високий рівень соціальної тривоги в моменті і відповідно не здобувається необхідний корегуючий досвід без уникання. Відповідно, рівень соціальної тривоги буде малоімовірно лікуватись, але вживання канабісу буде частішим та матиме більше негативних наслідків, ніж вживання з рекреаційних, конформних чи соціальних мотивів.

3.2 Аналіз обмежень проведення системного огляду

Перш за все це обмеження самих досліджень:

1. 1 дослідження мало можливий конфлікт інтересів (один з авторів отримувал кошти від GlaxoSmithKline);
2. всі дослідження мали обмеження через само оцінювання, через що показники вживання можуть бути занижені;
3. 9 з 12 досліджень мали перехресний характер дизайну дослідження, що не дає визначати причинно-наслідкові зв'язки та розпізнавати спрямованість спостережуваних ефектів;
4. дослідження були географічно обмежені США, де значно вищий рівень соціальної тривоги, тому невідомо, чи є результати валідними для країн Європи;
5. 2 дослідження мали вибірку, що складалась з амбулаторних пацієнтів, тому не можуть говорити про природу зв'язку SAD та CUD у більш важких групах пацієнтів, як стаціонарні. І навпаки,

пацієнти з більшою ймовірністю матимуть психічний розлад, більшу кількість розладів або більш серйозні розлади порівняно з загальною популяцією;

6. тільки 1 дослідження складалось цілком зі споживачів медичного канабісу;
7. 1 дослідження враховувало вживання лише способом куріння;
8. 1 дослідження мало вибірку лише серед курців. Враховуючи, що курці повідомляють про більший рівень суїцидальних думок, ніж некурці, повторення з іншими вибірками споживачів канабісу є необхідним
9. 1 дослідження мали шкали з одним пунктом більшості показників самооцінки та оцінки, які можуть бути менш надійними й психометрично бажаними; ще одне дослідження використовувало опитник MCSAS, яка ще перевірялась на валідність;
10. В 1 дослідженні у вибірці всі мали медичне страхування, тобто мали вищі доходи;
11. 3 дослідження мали вибірки переважно з молодих людей;
12. Вибірка 3 досліджень складалась переважно з чоловіків, а 2 з жінок;
13. 1 дослідження використовувало різні порогові значення регулярного вживання в різному віці;
14. 2 дослідження не мали широкого діапазону частоти вживання канабісу, вибірка складалась переважно з тих, хто часто вживає канабіс;
15. 2 дослідження не враховували кількість вживання канабісу та тривалість, досвід вживання канабісу у тих, хто зараз не вживає.
Також серед обмежень системного огляду такі:
 - велика кількість досліджень не були включені, адже не були у відкритому доступі;

- частина досліджень були не включені через давність написання;
- 3 дослідження посилаються на дані одного національно репрезентативного опитування;
- 6 досліджень, тобто половина усіх досліджень, серед авторів мають J.D. Buckner, що може впливати на упередженість робіт;
- Деякі дослідження оперують терміном «соціальний тривожний розлад», а деякі «високий рівень соціальної тривоги», який може як відповідати критерію розладу так і означати менший рівень соціальної тривоги.

Є і обмеження, продиктовані самою речовиною канабісу: препарати канабісу можуть суттєво відрізнятись за складом діючих речовин (канабіноїдів) у залежності від сорту рослини, умов вирощування, способів виготовлення та зберігання тощо. Це значно ускладнює перевірку ефективності препаратів канабісу у клінічних випробуваннях. Попри велику кількість несистематичних даних є обмежена змога висновку використання канабісу для симптоматичного лікування СТР. Крім того, наразі бракує досліджень для визначення впливу дозування, співвідношень канабіноїдів та шляхів їх уведення. За рахунок великої кількості змінних: соціокультурних чинників (раси, етносу, статі) та складності самого препарату, різниць у вибірках та дизайнах досліджень важко порівнювати дослідження між собою.

3.3 Рекомендації щодо проведення подальших досліджень

Підводячи підсумок, можна впевнено стверджувати, що вплив вживання канабісу як копінгу соціальної тривоги потребує додаткових ґрунтовних досліджень. Пропонований перелік рекомендацій для проведення нового емпіричного дослідження:

- 1) Метод проспективного дослідження є добрим для такого роду наукових робіт. Тож обираючи дизайн майбутнього дослідження варто схилитися саме до нього.
- 2) Визначаючи кількість учасників майбутнього дослідження вартує, відповідно до тенденції, поміченої у відібраних статтях для цього системного огляду, залучити щонайменше 100 учасників. Втім, для досягнення більшої ефективності дослідження оптимальною кількістю буде від 300 респондентів, щоб охопити різні групи вживання за частотою, кількістю, тривалістю та різною вираженістю соціальної тривоги
- 3) Майбутнє емпіричне дослідження слід зосередити на вимірюванні впливу вживання канабісу з мотивів копінгу на рівень соціальної тривоги та не включати в дослідження учасників, які проходять психотерапевтичне чи медикаментозне лікування, вживають інші психоактивні речовини, мають органічні ураження, коморбідні соматичні чи психічні діагнози, які можуть спотворити результат, чи, допускаючи їх, враховувати це в дизайні дослідження. Рекомендовано використати щонайменше 2 опитника, які вимірюють мотиви вживання та 2 опитника, які вимірюють поведінку вживання канабісу (частоту, кількість, історію, спосіб, проблеми, пов'язані із вживанням тощо), аби виключити недоліки інструментів вимірювання. Зокрема, можна порекомендувати використання Marijuana Use to Cope with Social Anxiety Scale (Buckner, 2012) та Comprehensive Marijuana Motives Questionnaire (Bohnert, 2018) для вимірювання мотивів вживання, The Marijuana Smoking History Questionnaire (Bonn-Miller & Zvolensky, 2009) та Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised / CUDIT-R (Adamson, Kay-Lambkin, 2010) для поведінки вживання канабісу, та Social Interaction

Anxiety Scale (Mattick & Clarke, 1998) або Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz, 1987) для вимірювання рівня соціальної тривоги.

- 4) Розробляючи таке дослідження, варто спланувати оцінку інтенсивності впливу вживання канабісу на рівень, прояви та наслідки соціальної тривоги. Аби не лише отримати статистично значуще підтвердження або спростування гіпотези, але й оцінити ефект.
- 5) Слід приділити додаткову увагу роз'ясненням учасникам майбутнього дослідження важливості повторного заміру. Звісно, дослідники не зможуть врахувати всі потенційні обставини вибуття, та додаткове роз'яснення та встановлення реалістичних очікувань можуть відсіяти тих, хто потенційно не готовий до повторних замірів і таким чином позбавить дослідників даних.
- 6) Слід вказувати який тип канабісу вживають респонденти
- 7) Слід приділити увагу на гендерні різниці у аналізі майбутнього дослідження, адже попередні роботи вказують на потенційну різницю як у вживанні канабісу і його впливі, так і в коморбідностях.

ВИСНОВКИ

Надмірна соціальна тривога, як розлад, що негативно впливає на різні сфери життя, стає поширенішою. І в Україні у першу чергу це зумовлено війною та її наслідками, які вплинули і продовжують впливати на суспільство. Тож наукова оцінка доступного та поширеного копінгу соціальної тривоги видається нагальною. Даний системний огляд було проведено, щоб визначити вплив вживання канабісу на осіб з соціальним тривожним розладом.

Теоретичний аналіз дослідження вказує на те, що через когнітивні підфасети соціальної тривоги, такі як страх оцінки, процес обробки після події, уникнення соціального спілкування, уявний соціальний дефіцит та дією канабісу на підфасет фізіологічного прояву соціальної тривоги опосередковується вплив вживання канабісу на соціальну тривогу. З врахуванням окремих спільних пунктів патогенезу цих явищ, та того, що соціальна тривога часто є первинною, а дія канабісу за обернено U-моделлю є біполярною: як анксиолітичною, так і анксиогенною, вважаємо важливим дослідити співвідношення вживання канабісу та СТР.

Аналіз вибраних досліджень не дозволив однозначно підтримати чи спростувати нашу гіпотезу. Втім, можемо говорити як про позитивні ефекти вживання, так як: особи з коморбідним розладом вживання канабісу та СТР частіше мали роботу, ніж особи лише з СТР, та мали значно краще фізичне функціонування згідно з оцінкою SF-36 і повідомили значно менше обмежень у фізичному функціонуванні. Відсутні ефекти: не було суттєвої різниці між двома групами з точки зору загальної оцінки функціонування та часу відсутності на роботі з психіатричних причин. Та негативні ефекти: вищі мотиви копінгу соціальної тривоги вживання канабісу має надійний значущий зв'язок із підвищеними проблемами вживання канабісу та із частотою вживання канабісу.

Вживання канабісу з мотивів копінгу, є, ймовірно, уникаючою поведінкою. Проте є підстави вважати, що ця поведінка є більш типовою для чоловіків, а в жінок з соціальною тривогою вживання канабісу опосередковується радше соціальним мотивом.

Список використаних джерел:

1. Alden, L. (1999). The process of cognitive-behavioral therapy with social phobia. *Proceedings of the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*. Toronto, Canada: Association for the Advancement of Behavior Therapy.
2. APA, A. P. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. AsherM, A. I. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *J Clin Psychol*. 74(10), 1730–41.
4. Avramchuk O., P. O. (2022). Social avoidance as a pathogenetic link between social anxiety disorder and posttraumatic experience: the review. *. Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences, 66(1)*, 98-113.
5. Buckner. J. D. (2014). Social Anxiety and Coping Motives for Cannabis Use: The Impact of Experiential Avoidance. *Psychology of Addictive Behaviors Vol. 28, No. 2*, 568–574.
6. Baker TB, P. M. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev*. 111(1), 33–51.
7. Bas-Hoogendam JM, W. P. (2020). Imaging the socially anxious brain: recent advances and future prospects. *F1000Research*. .
8. Baumeister R. F., T. D. (1990). Anxiety and social exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*. – Vol. 9., 165-195.
9. Beale, C. (2018). Prolonged cannabidiol treatment effects on hippocampal subfield volumes in current cannabis users. *Cannabis Cannabinoid Res*. Vol. 3, № 1, 94-107.
10. Bhattacharyya S, E. A. (2017). Acute induction of anxiety in humans by delta-9-tetrahydrocannabinol related to amygdalar cannabinoid-1 (CB1) receptors. *. Sci Rep*. 7(1), 15-25.
11. Bjornsson A. S., H. J. (2020). Social trauma and its association with post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 102228.

12. Blöte A. W., M. A. (2019). Negative social self-cognitions: How shyness may lead to social anxiety. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 63, 9–15.
13. Bonn-Miller M. O., M. T. (2014). Self-reported cannabis use characteristics, patterns and helpfulness. *Am J Drug Alcohol Abuse* 40(1), 23–30.
14. Brook C.A., W. B. (2019). Shyness and Social Anxiety Assessed Through Self-Report: What Are We Measuring? *Journal of Personality Assessment*. 101(1), 54–63.
15. Brown TA, C. B. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *J Abnorm Psychol*. 107(2), 179–92.
16. Brozovich FA, H. R. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev*. 28(6), 891–903.
17. Brozovich FA, H. R. (2013). Mental imagery and post-event processing in anticipation of a speech performance among socially anxious individuals. *Behav Ther*. 44(4), 701–716.
18. Buckner J. D., R. G.-M. (2012). The relationship between cannabis use disorders and social anxiety disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence* 124, 128–134.
19. Buckner J., Z. M. (2014). Cannabis and Related Impairment: The Unique Roles. *The American Journal on Addictions*, 23, 598–603.
20. Buckner JD, E. A. (2016). Solitary cannabis use frequency mediates the relationship between social anxiety and cannabis use and related problems. *Am J Addict*. 25(2), 99–104.
21. Buckner JD, H. R. (2013). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depress Anxiety* 30(3), 276–284.
22. Buckner JD, L. E. (2020). Context-specific drinking and social anxiety: the roles of anticipatory anxiety and post-event processing. *Addict Behav.*, 102.
23. Buckner JD, L. E.-D. (2019). Drinking problems and social anxiety among young adults: the roles of drinking to manage negative and positive affect in social situations. *Subst Use Misuse*. 54(13), 2117–2126.

24. Buckner JD, S. S. (2016). Cannabis use frequency and use-related impairment among African-American and white users: the impact of cannabis use motives. *Ethn Health*. 21(3), 318–31.
25. Buckner JD, T. M. (2016). Social anxiety and alcohol-related impairment: the mediational impact of solitary drinking. *Social an. Addict Behav*. 58, 7–11.
26. Buckner JD, Z. M. (2017). Direct and indirect effects of false safety behaviors on cannabis use and related problems. *Am J Addict*. 27, 29–34.
27. Buckner JD, Z. M. (2020). Smoking and social anxiety: the role of false safety behaviors. . *Cogn Behav Ther*. 49(5), 374–84.
28. Buckner, J. J. (2012). Daily marijuana use and suicidality: The unique impact of social anxiety. *Addictive Behaviors* 37, 387–392.
29. Carleton R. N., P. D. (2011). Social anxiety and posttraumatic stress symptoms: The impact of distressing social events. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 49–57.
30. Carnahan ND, C. M. (48(3) May 2020 p.). Perpetuating factors of social anxiety: a serial mediation model. *Behav Cogn Psychother*. , cc. 304-314.
31. Childs E, L. J. (2017). Dose-related effects of delta-9-THC on emotional responses to acute psychosocial stress. *Drug Alcohol Depend*. 177, 136–144.
32. Clauss, J. A. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 51(10). , 1066–1075.
33. Collins JL, S. S. (2019). Do drinking motives and drinking contexts mediate the relationship between social avoidance and alcohol problems? Evidence from two studies of undergraduate drinkers. *Int J Ment Heal Addict* .
34. Crippa JA, G. F. (2018). Translational investigation of the therapeutic potential of cannabidiol (CBD): Toward a new age. *Front Immunol*. , 9.
35. De Gregorio D, M. R.-S.-C. (2019). Cannabidiol modulates serotonergic transmission and reverses both allodynia and anxiety-like behavior in a model of neuropathic pain. . *Pain*. 160(1), 136–50.
36. Dean KE, E. A. (2017). Anxiety sensitivity and cannabis use-related problems: the impact of race. *Am J Addict*. 26(3), 209–14.

37. Degenhardt L., H. W. (2001). The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* - 36(5), 219-227.
38. Dimeff LA, B. J. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): a harm reduction approach.* New York: Guilford Press.
39. Ecker AH, B. J. (2018). Cannabis-related problems and social anxiety: the mediational role of post-event processing. *Subst Use Misuse.* 53(1), 36–41.
40. Ecker AH, B. J. (2018). The interactive influence of social anxiety and experimentally induced postevent processing on cannabis use. *Transl Issues Psychol Sci.* 4(1), 33–42.
41. Efe, Y. S. (2020). A comparison of emotional eating, social anxiety and parental attitude among adolescents with obesity and healthy: A case-control study. *Archives of psychiatric nursing,* 34(6), 557–562.
42. European Parliament. (13 02 2019 p.). *European Parliament resolution of 13 February 2019 on use of cannabis for medicinal purposes (2018/2775(RSP)).* Отримано з European Parliament: https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P8-TA-2019-0113&format=XML&language=EN&fbclid=IwAR1y9IwPEHCFFVLmqoj6BdWF-kK22_Z
43. Fehm L, S. G. (2007). Is post-event processing specific for social anxiety? *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 38(1), 11–22.
44. Feingold, D. e. (2016). The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample. . *European Neuropsychopharmacology,* <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.037>.
45. Festa CC, G. G. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry Hum Dev Jun;*42(3), 291-306.
46. Foster DW, G. L. (2016). Social anxiety and cannabis-related impairment: the synergistic influences of peer and parent descriptive and injunctive normative perceptions. *Subst Use Misuse.* 51(7), 912–921.

47. Ghazwani, J. Y. (2016). Social anxiety disorder in Saudi adolescent boys: Prevalence, subtypes, and parenting style as a risk factor. *Journal of family & community medicine*, 23(1), 25–31.
48. Gómez-Ortiz O., R. E.-C.-R.-L. (2019). Parenting practices and adolescent social anxiety: A direct or indirect relationship? *International Journal of Clinical and Health Psychology* V19, 2, 124-133.
49. Gulley L. D., O. C. (2014). Associations among negative parenting, attention bias to anger, and social anxiety among youth. *Developmental Psychology*, 50(2) , 577–585.
50. Guttmanova K, K. R. (2017). The association between regular marijuana use and adult mental health outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*.
51. Hall W., S. N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*. – 352(9140), 1611-1616.
52. Heitmann CY, F. K. (2016). Abnormal brain activation and connectivity to standardized disorder-related visual scenes in social anxiety disorder. *Hum Brain Mapp*. 37(4), 1559–1572.
53. Hill M.N., G. B. (2009). The endocannabinoid system and the treatment of mood and anxiety disorders. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. – 8(6), 451-458.
54. Holt-Lunstad, J. (2021). A pandemic of social isolation? *World Psychiatry*, 20(1), 55–56.
55. Horney, K. (1937). *The Neurotic Personality Of Our Time*. N.Y.: W.W.Norton & Co.
56. Institute of Medicine (US), C. o. (2011). *Finding What Works in Health Care: Standards for Systematic Reviews*. Washington (DC):: National Academies Press (US).
57. K. A. McMillan, G. J. (2017). Comorbid PTSD and Social Anxiety Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9), 732–737.
58. Kagan, J. (1998). The biology of the child. *Handbook of child psychology - Vol. 3. Social, emotional and personality development – New York : Willey*, 177-235.
59. Khakpoor S., S. O. (2019). The concept of “Anxiety sensitivity” in social anxiety disorder presentations, symptomatology, and treatment: A

- theoretical perspective. *Cogent Psychology*. 6(1), DOI: 10.1080/23311908.2019.1617658 .
- 60.Khan S.S., S.-V. R.-F. (2012). Gender differences in cannabis use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. . *Drug Alcohol Depend.* , <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.015>.
- 61.Klumpp H, F. J. (2018). Neuroimaging predictors and mechanisms of treatment response in social anxiety disorder: an overview of the amygdala. *Curr Psychiatry Rep.* 20(10), 89.
- 62.Kvedaraite M., Z. P. (2019). The Role of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress on Social Anxiety in a Youth Sample in Lithuania. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), 103–112.
- 63.Lafenetre P., C. F. (2007). The endocannabinoid system in the processing of anxiety and fear and how CB1 receptors may modulate fear extinction. *Pharmacol Res.* – 56(5), 367-381.
- 64.Lahat, A. B. (2018). Neural responses to reward in childhood: relations to early behavioral inhibition and social anxiety. . *Social cognitive and affective neuroscience*. 13(3). , 281–289.
- 65.Lewis-Morrarty E., D. K.-T. (2015). Infant Attachment Security and Early Childhood Behavioral Inhibition Interact to Predict Adolescent Social Anxiety Symptoms. *Child Dev*, 86, 598-613.
- 66.Linares IM, Z. A. (2019). Cannabidiol presents an inverted U-shaped dose-response curve in a simulated public speaking test. *Braz J Psychiatry*. 41(1), 9–14.
- 67.Linszen, D. v. (2007). Cannabis and psychosis: an update on course and biological plausible mechanisms. *Curr Opin Psychiatry*. – 20(2), 116-120.
- 68.LoBue, V. &.-E. (2014). Sensitivity to social and non-social threats in temperamentally shy children at-risk for anxiety. . *Developmental Science*. 17. , 239–247.
- 69.Lutz, B. (2009). Endocannabinoid signals in the control of emotion. *Curr Opin Pharmacol* 9(1), 46-52.
- 70.Maldonado R, C. D.-G. (2020). The endocannabinoid system in modulating fear, anxiety, and stress. *Dialogues Clin Neurosci*. 22(3), 229–39.

71. Maltby J., D. L. (2007). *Introduction to personality, individual differences and intelligence*. Harlow, England : Prentice Hall.
72. Martens MP, F. A. (2005). Development of the protective behavioral strategies survey. *J Stud Alcohol*. 66(5), 698–705.
73. Martens MP, M. J. (2011). Changes in protective behavioral strategies and alcohol use among college students. *Drug Alcohol Depend*. 118(2–3), 504–507 .
74. Masataka N. (2019). Anxiolytic effects of repeated cannabidiol treatment in teenagers with social anxiety disorders. *Front Psychol*. 10, 2466.
75. McMillan K. A., S. J. (2014). Social Anxiety Disorder Is Associated With PTSD Symptom Presentation: An Exploratory Study Within A Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27(5) , 602–609.
76. McMillan, K., & Asmundson, G. (2016). PTSD, social anxiety disorder, and trauma: An examination of the influence of trauma type on comorbidity using a nationally representative sample. *Psychiatry Research*, 246, 561–567.
77. Najolia G.M, , J. (2012). Cannabis use and schizotypy: The role of social anxiety and other negative affective states. *Psychiatry Research* 200, 660–668.
78. Nelemans, S. A. (2019). Parenting Interacts with Oxytocin Polymorphisms to Predict Adolescent Social Anxiety Symptom Development: A Novel Polygenic Approach. *Journal of abnormal child psychology*, 47(7), 1107–1120.
79. NICE, A. (2014). *Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів дітей та підлітків*. Львів: Вид-во Українського католицького університету.
80. Ogniewicz A, K. E. (2019). Post-event processing and alcohol intoxication: the moderating role of social anxiety. *Cognit Ther Res*. 43(5);, 874–83.
81. Olofsdotter, S. Å. (2018). Differential susceptibility effects of oxytocin gene. *Development and psychopathology*, 30(2), 449-459.
82. Panayiotou G, K. M.-S. (2017). Psychophysiological and self-reported reactivity associated with social anxiety and public speaking fear symptoms: effects of fear versus distress. *Psychiatry Res*. 255, 278–86.

83. Poole, K. V. (2018). Trajectories of Social Anxiety in Children: Influence of Child Cortisol Reactivity and Parental Social Anxiety. . *J Abnorm Child Psychology* 46, 1309–1319.
84. Potter CM, G. T. (2016). Social anxiety and vulnerability for problematic drinking in college students: the moderating role of post-event processing. *Cogn Behav Ther.* 45(5), 380–396.
85. Rabinak CA, B. A. (2020). Cannabinoid modulation of corticolimbic activation to threat in trauma-exposed adults: a preliminary study. . *Psychopharmacology.* 237(6), 1813–26.
86. Rachman S, G.-A. J. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behav Res Ther.* 38(6), 611–617.
87. Rapee R., B. H. (1991). *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. New York City: Guilford Publications.
88. Rapee RM, H. R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther.* 35(8), 741–756.
89. Rubino T., G. C. (2008). CB1 receptor stimulation in specific brain areas differently modulate anxiety-related behavior. *Neuropharmacology* 54(1), 151-160.
90. Ryan, S. M. (2018). The Interaction Between Child Behavioral Inhibition and Parenting Behaviors: Effects on Internalizing and Externalizing Symptomology. . *Clinical child and family psychology review.* 21(3). , 320–339.
91. Shapiro Th. (1979). *Clinical Psycholinguistics*. New York: Plenum.
92. Stevens S, C. R. (2017). Feeling safe but appearing anxious: differential effects of alcohol on anxiety and social performance in individuals with social anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 94, 9–18.
93. Stober, J. (1998). Worry, problem solving, and suppression of imagery: The role of concreteness. *Behaviour Research and Therapy – Vol. 36*, 751-756.
94. Stopa L., C. D. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy – Vol. 38*, 273-283.
95. Tepe E., D. K. (2012). The impact of comorbid cannabis use disorders on the clinical presentation of social anxiety disorder . *Journal of Psychiatric Research* 46, 50-56.

96. Terlecki MA, B. J. (2021). Protective behavioral strategies underutilization mediates effect of a brief motivational intervention among socially anxious undergraduate drinkers. *Psychol Addict Behav. Feb 35(1)*, 73-84.
97. Thompson T, V. Z. (2019). Social anxiety increases visible anxiety signs during social encounters but does not impair performance. . *BMC Psychol. 7(1)*, 24.
98. Timpano, K. R. (2015). Anxiety Sensitivity: An Examination of the Relationship With Authoritarian, Authoritative, and Permissive Parental Styles. *Journal of cognitive psychotherapy*, 29(2), 95-105.
99. Torrence RD, R. D. (2018). Residual effects of cannabis use on attentional bias towards fearful faces. . *Neuropsychologia*, 482-488.
100. UNODC. (1 Травень 2017 р.). *Всесвітня доповідь про наркотичні речовини, 2017 (видання ООН, у продажу під № R.17.XI.6)*. Отримано з Управління ООН по наркотичним речовинам та злочинності : https://www.unodc.org/doc/wdr2017/WDR2017_Booklet3_Russia
101. Van Ameringen M, Z. J. (2020). The role of cannabis in treating anxiety: an update. *Curr Opin Psychiatry. 33 (1)*, 1–7.
102. Vassilopoulos, S. B. (2017). Linking shyness to social anxiety in children through the Clark and Wells cognitive model. . *Hellenic Journal of Psychology. 14*, 1–19.
103. Vertue F.M. (2003). From adaptive to dysfunction: An attachment perspective on social anxiety disorder. *Personality and Social Psychology Review. – Vol. 7*, 170-191.
104. Viana, A. G. (2012). The Role of Anxiety Sensitivity, Behavioral Inhibition, and Cognitive Biases in Anxiety Symptoms: Structural Equation Modeling of Direct and Indirect Pathways. *Clin. Psychol. 68.* , 1122–1141.
105. Villarosa M, K. S.-H. (2016). Everyone else is doing it: examining the role of peer influence on the relationship between social anxiety and alcohol use behaviours. *Addict Res Theory. 24(2)*, 124–134.
106. Villarosa-Hurlocker MC, C. M. (2018). Are there social benefits? Exploring the role of positive consequences in the relationship between

- social anxiety symptoms and negative drinking consequences. *Addict Res Theory*. 26(4), 275–81.
107. Villarosa-Hurlocker MC, M. M.-H. (2018). Social anxiety and alcohol-related outcomes: the mediating role of drinking context and protective strategies. *Addict Res Theory*. 26(5), 396–404.
 108. Viveros M., M. E. (2005). Endocannabinoid system and stress and anxiety responses. *Pharmacol Biochem Behav*. 81(2), 331-342.
 109. Walukevich-Dienst K, L. E. (2020). Cannabis-related impairment and social anxiety: the role of use to manage negative and positive affect in social situations. . *Subst Use Misuse*. 55(2), 271–80.
 110. WHOECDD. (12-16 November 2018 p.). *Delta-9-tetrahydrocannabinol, the 41st WHO ECDD meeting, Geneva, Switzerland*. Отримано з WHO: <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/THCv1.pdf?ua=1>
 111. Wilmer, T. (10 03 2021 p.). *CBT approaches to social anxiety Part 1: Digging Deeper into the Models* . Отримано з Center for Anxiety and Behavioral Change Rockville, MD & McLean, VA: <https://nationalsocialanxietycenter.com/wp-content/uploads/2021/03/Models-of-CBT-for-SA-2-5-21-1.pdf>
 112. Zuardi AW, R. N. (2017). Inverted U-shaped dose-response curve of the anxiolytic effect of cannabidiol during public speaking in real life. *Front Pharmacol*. 8, 259.
 113. Аврамчук, О. (2022). Роль інтроверсії, поведінкової інгібіції та сором'язливості у патогенезі соціального тривожного розладу: огляд літератури. *Науковий вісник Херсонського державного університету, секція 4 медична психологія, випуск 1*, 84-93.
 114. Батлер Джиліан. (2014). *Подолати соціальну тривогу*. Львів: Вид-во Українського католицького університету : Свічадо.
 115. Бондаренко О., Г. Н. (2006). Вплив різних доз N-стеароїлетаноламіну на рівень тривожності алкоголізованих щурів. *Вісник Київського Національного Університету імені Тараса Шевченка Біологія 1(66)/2014* (сс. 65-69). Київ: Видавничо-поліграфічний центр "Київський Університет".

116. Волошок, О. В. (2012). Особистісні чинники тривожності студентської молоді. *Вісник Одеського національного університету. Психологія*. – Т. 17, вип. 8., 479-484.
117. Каджарян В. Г., С. А. (2013). Эндогенная каннабиноидная система: роль в развитии эндокринной патологии . *Запорізький медичний журнал – № 2 (77)*, 62-66.
118. Кармадонова Т. М., Р. О.-т. (2010). Когнітивні чинники подолання невизначеності поведінки людини . *Вісн. Нац. техн. ун-ту України "Київський політехнічний інститут". Філософія. Психологія. Педагогіка : зб. наук. пр. - 1* (сс. 27-32). Кїв: НТУУ "Київський політехнічний інститут ім. Сікорського".
119. Коць, Є. (2018). *Дисертація Психологічні особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю*. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки.
120. Петров С. Ю., В. С. (2016). Применение каннабиноидов в медицине и офтальмологии. *Нац. Журнал глаукома*. – Т. 15, № 4, 95-100.
121. Покотило, О. (2019). Щодо питання застосування лікарських препаратів на основі *Cannabis sativa L.* у країнах Північної Америки та ЄС . *Сучасна фармація: історія, реалії та перспективи розвитку*. 1, сс. 263-266. Харків: НФаУ.
122. Усенко Віталій, К. К. (2019). Ефективність канабісу та канабіоїдів при хронічному больовому синдромі. *НТА: Оцінка технологій охорони здоров'я* (2), 27-40.
123. Шолойко Н. В., П. В. (2019). Сучасний стан та перспективи застосування конопель у медицині та фармації (огляд літератури). *Фітотерапія. Часопис #1, 2019*, 44-51.

Додаток А

Табл. А.1 Терапевтичні ефекти канабісу та канабіноїдів (UNODC, 2017)

Докази	Переконливі / вагомі докази	Помірні докази	Обмежені докази	Докази відсутні або недостатні, щоб обґрунтувати або спростувати
1	2	3	4	5
Ефективності канабісу або канабіноїдів	Лікування хронічного болю у дорослих (канабіс). Застосування як протиблювотних препаратів для лікування нудоти і блювання, спричинених хіміотерапією (пероральні канабіноїди). Зменшення симптомів спастичності (самооцінка) при розсіяному склерозі	Поліпшення сну осіб, які страждають синдромом обструктивного апное уві сні, фіброміалгією, хронічним болем і розсіяним склерозом (канабіноїди, в основному набіксімоле).	Підвищення апетиту і зменшення втрати ваги, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом. Зменшення симптомів спастичності (за оцінкою лікаря) при розсіяному склерозі (канабіс і пероральні канабіноїди). Зменшення симптомів синдрому Туретта (капсули з ТГК) Зниження симптомів тривожності (за результатами тесту з виступом перед публікою) у осіб, які страждають соціальними тривожними розладами (канабідіол). Зниження симптомів при посттравматичному стресовому розладі (набілон;	Онкологічне захворювання, включаючи гліому (канабіноїди). Синдром анорексії та кахексії у онкологічних хворих і нервовопсихічна анорексія (канабіноїди). Симптоми синдрому подразненого кишечника (дронабінол). Епілепсія (канабіноїди). Спастичність у пацієнтів, які страждають на параліч в результаті пошкодження спинного мозку (канабіноїди). Симптоми, пов'язані з бічним аміотрофічним склерозом (канабіноїди). Хорея і деякі нейропсихічні симптоми,

	(пероральні канабіноїди).		єдине невелике випробування середньої якості). Існують обмежені докази статистичного зв'язку між прийомом канабіноїдів і поліпшеними наслідками (тобто смертність, інвалідність) після черепномозкової травми або внутрішньочерепного крововиливу (канабіноїди)	пов'язані з хворобою Хантінгтона (пероральні канабіноїди). Симптоми рухової системи, пов'язані з хворобою Паркінсона або леводопаїндукованою дискінезією (канабіноїди). Дистонія (набілон і дронабінол). Досягнення стриманості щодо вживання речовин, що викликають звикання (канабіноїди). Показники стану психічного здоров'я у осіб, які страждають на шизофренію або шизофреноформний психоз (канабіноїди).
Відсутності ефективності канабісу або канабіноїдів			Зменшення симптомів, пов'язаних з деменцією (канабіноїди). Зниження внутрішньоочного тиску, пов'язаного з глаукомою (канабіноїди). Ослаблення симптомів депресії у осіб, які страждають хронічним болем або розсіяним склерозом	

Додаток Б

Таблиця Б.1 Загальні дані про відібрані для системного огляду дослідження

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Рівень доказовості/ дизайн дослідження/ учасники	Метод дослідження вживання канабісу	Метод дослідження соціального тривожного розладу	Обмеження
1	The association between regular marijuana use and adult mental health outcomes	Katarina Guttmanova, Rick Kosterman, Helene R. White, Jennifer A. Bailey, Jungeun Olivia Lee, Marina Epstein, Tiffany M. Jones, J. David Hawkins	2017	США	Рівень 2В проспективне дослідження Дані з Проекту соціального розвитку в Сіетлі, довгострокового дослідження, яке відслідковувало 784 осіб 33-річної молоді з районів з високим рівнем злочинності в 2008 р. Демографічні показники вибірки: чоловіки 51,0%, білі 47,2%, чорні 25,6%, корінні жителі 5,3%, азіати 21,9%.	Коротка форма Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robbins, 1981) заснованого на DSM-IV Оцінки варіювались від 0 до 10	Коротка форма Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robbins, 1981) заснованого на DSM-IV Оцінки варіювались від 0 до 5	Обмеження: не оцінювалась кількість вживання канабісу; вживання лише способом куріння; показники вживання можуть бути занижені через само оцінювання; різні порогові значення регулярного вживання в різному віці; географічно обмежена вибірка.

2	The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample	Daniel Feingold, Mark Weiserc, Jürgen Rehme, Shaul Lev-Ranb	2015	США	Рівень 2В проспективне дослідження дані Хвиля 1 і 2 Національного епідеміологічного дослідження щодо алкоголю та пов'язаних із ним станів (NESARC), розробленого Національним інститутом зловживання алкоголем і алкоголізму. NESARC — це довготривале та національно репрезентативне опитування, спрямоване на доросле населення США. Хвиля 1 проводилась у 2001–2002 роках із вибіркою 43 093 респондентів віком від 18 років. Хвиля 2 була 3-річним проспективним спостереженням, яке включало 34 653 респондентів Хвилі 1.	The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule — DSM-IV (AUDADIS-IV) Респондентів запитували про вживання протягом усього життя та минулого року, запитали про частоту вживання від «щодня» до «один раз на рік» та кількість джойнтів, які вони вживали на день у дні вживання.	The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule — DSM-IV (AUDADIS-IV) відповідно критеріїв DSM-IV-TR якщо має принаймні один епізод первинного СТР протягом життя або цей розлад протягом останніх 12 місяців.	
3	The relationship between	Julia D. Buckner,	2012	США	Рівень 2В проспективне дослідження	AUDADIS-IV	DSM критерії,	Dr. Schneier has received funds from

	cannabis use disorders and social anxiety disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC)	Richard G. Heimberg, Franklin R. Schneier, Shang-Min Liu, Shuai Wang, Carlos Blanco			Ми обстежили 2957 респондентів з CUD і без SAD, 1643 з CUD і без CUD і 340 з CUD і SAD. Серед респондентів із CUD 2767 відповідали критеріям зловживання канабісом протягом усього життя, тоді як 530 відповідали критеріям залежності від канабісу (84 з них також відповідали критеріям зловживання; відповідно до DSM-IV респонденти, які відповідали критеріям як зловживання, так і залежності, класифікувалися як тільки залежні). Більшість (84%) діагнозів СТР були генералізованими СТР		AUDADIS-IV	GlaxoSmithKline for speaking.
4	Self-reported cannabis use characteristics, patterns and helpfulness among medical cannabis users	Marcel O. Bonn-Miller, Matthew Tyler Boden, Meggan M. Bucossi, Kimberly A. Babson	2013	США	Рівень 3В cross-sectional study Учасниками були 217 дорослих людей у громаді (73,3% чоловіків; Mage = 41,2, SD = 14,9, діапазон = 18–74 роки), які отримували медичний канабіс для фізичного чи психічного здоров'я в диспансері. Критерії	self-report questionnaire derived from the Structured Clinical Interview, Non-Patient Version for DSM-IV (SCID-IN/P), Cannabis	The Inventory of Depression and Anxiety Scale (IDAS)	Обмеження: перехресний характер не дає визначати причинно-наслідкові зв'язки; дослідження проведено в 1 диспансері в Каліфорнії; вимірювання були

					включення передбачали бути пацієнтом, який зараз отримує канабіс в диспансері в Каліфорнії. Критерії виключення включали: (i) особи віком до 18 років і (ii) неможливість надати письмову інформовану згоду на участь.	Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R)		самозвітом; відсутність контрольної групи унеможливило визначення відмінностей споживачів медичного канабісу від загальної популяції споживачів канабісу; частка вибірки вживає канабіс не з мотивів у призначенні.
5	Cannabis and Related Impairment: The Unique Roles of Cannabis Use to Cope with Social Anxiety and Social Avoidance	Julia D. Buckner, Michael J. Zvolensky,	2014	США	Рівень 3В cross-sectional study Вибірка складалася з 123 осіб (34,1% жінок; Mage=20,9; SD=2,7). Критерії відповідності: вік 18–45 років, вживання канабісу за власними повідомленнями протягом останнього місяця, канабіс як наркотик вибору та відсутність поточного лікування від зловживання психоактивними речовинами. 97,6% вибірки вживали канабіс принаймні раз на тижденьЩо	Marijuana Use to Cope with Social Anxiety Scale (MCSAS), Marijuana Problems Scale	Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	Обмеження: вибірка складалася переважно з молодих людей; перехресний дизайн цього дослідження обмежує причинно-наслідкові висновки; дані були зібрані за допомогою самозвіту; вибірка складалася переважно з тих, хто часто вживає канабіс; необхідно перевірити

					стосується соціальної тривожності, 38,6%			надійність MCSAS.
6	Cannabis use and schizotypy: The role of social anxiety and other negative affective states	Gina M. Najolia, Julia D. Buckner, Alex S. Cohen	2012	США	Рівень 3В cross-sectional study Студенти першого та другого курсу великого державного Південно-Східного університету, 1573 особи.	adapted from the Core Institute's Campus Assessment of Alcohol and Other Drug Norms, The Marijuana Problems Scale (MPS)	Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	Обмеження: кореляційна природа не може вказати причинно-наслідковий зв'язок. дані про вживання обмежувалися частотою і не відображали кількість, тривалість, досвід вживання канабісу у тих, хто зараз не вживає; вибірка на базі ВНЗ, з 62% жінок, може бути не репрезентативною
7	The impact of comorbid cannabis use disorders on the clinical presentation of social anxiety disorder	Elizabeth Tepe, Kristy Dalrymple, Mark Zimmerman	2012	США	Рівень 3В cross-sectional study Серед учасників були 3200 амбулаторних психіатричних пацієнтів, які шукали лікування у відділенні психіатрії лікарні Род-Айленда. З цих пацієнтів 873 (27,3%) відповідали критеріям DSM-IV-TR для поточного діагнозу САР. У вибірці пацієнтів із САР більшість	Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID)	Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID)	обмеження проводилося виключно на вибірці амбулаторних пацієнтів, тому не може говорити про природу зв'язку SADeCUD у більш важких групах пацієнтів, як стаціонарні. І навпаки, пацієнти з більшою

					були жінки європеїдної раси. 3 пацієнтів, які відповідали критеріям для поточного діагнозу SAD, 173 (19,8%) також відповідали критеріям для поточних або минулих CUD (зловживання або залежність).			ймовірністю матимуть психічний розлад, більшу кількість розладів або більш серйозні розлади порівняно з загальною популяцією. вибірка була переважно європеїдною і всі мали медичне страхування. Більшість показників самооцінки та оцінки базувалися на шкалі з одним пунктом, яка може виявитися менш надійною й психометрично бажаною. Щодо вживання канабісу особи могли применшити частоту вживання та/або проблеми, пов'язані з вживанням.
8	Daily marijuana use and suicidality: The	Julia D. Buckner, Thomas E.	2012	США	Рівень 3В cross-sectional study Учасниками були 343	The Marijuana Smoking	The Social Interaction Anxiety	Обмеження: учасники добровільно

	unique impact of social anxiety	Joiner Jr., Norman B. Schmidt, Michael J. Zvolensky		<p>дорослі (44,0% жінки) щоденні курці тютюну. Учасники були виключені, якщо вони в даний час вважалися групою високого ризику суїцидальної поведінки, психотиків. Вік коливався від 18 до 65 років, а расовий/етнічний склад був таким: 1,2% азіатів, 84,5% європеоїдів, 9,3% темношкірих, 0,3% темношкірих латиноамериканців, 1,8% нечорношкірих латиноамериканців і 2,3% "інший." З 343 учасників 66 (19,2%) повідомили, що ніколи не вживали канабіс, і були класифіковані як «утримувані від канабіс»; 134 (39,1%) схвалили поточне (останній місяць) вживання канабіс. З цих 134 32,1% повідомили про щоденне використання і приблизно 14% відповідали критеріям DSM-IV-TR для SAD.</p>	History Questionnaire (MSHQ)	Scale (SIAS)	<p>звернулися за допомогою до лікування припинення куріння. Враховуючи, що курці повідомляють про більший рівень суїцидальних думок, ніж некурящі, повторення з іншими вибірками споживачів канабісу є необхідним. Залежна змінна дослідження (субшкала суїцидальності IDAS) — це оцінка, яка включає як суїцидальні думки, так і поведінку, і майбутня робота може отримати вигоду від аналізу того, чи діє соціальна тривога разом із щоденним вживанням канабісу, щоб збільшити</p>
--	---------------------------------	-----------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								суїцидальні думки та/або суїцидальну поведінку . дані щодо історії спроб суїциду не збиралися. перехресний характер дослідження виключає можливість робити причинно-наслідкові висновки та розпізнавати спрямованість спостережуваних ефектів.
9	Social Anxiety and Coping Motives for Cannabis Use: The Impact of Experiential Avoidance	Julia D. Buckner Michael J. Zvolensky Samantha G. Farris Julianna Hogan	2014	США	Рівень 3В cross-sectional study Вибірка включала 103 поточних споживача канабісу (32% жінок; Mage 21.1; SD 2.9). Включено критерії прийнятності віком від 18 до 45 років, останній місяць вживання (підтверджено за допомогою зразка сечі з використанням позитивного порогового значення 50 нг/мл), канабісу як препарату	Marijuana Motives Measure (MMM)	The Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	Обмеження: хоча вибірка була відносно різноманітною за расовою ознакою, в основному вона включала молодих людей; перехресний дизайн цього дослідження обмежує причинно-наслідкові висновки; вимірювання самозвіту

					вибору та відсутності зацікавленості в лікуванні зловживання психоактивними речовинами або його поточного проходження. Учасники повідомили, що середній вік першого вживання канабісу становив 16 років (SD 2,1; діапазон 11–22) і 97,1% використаної вибірки канабіс принаймні раз на тиждень, причому 75,7% повідомили про щоденне вживання.			використовувалися як основна методологія оцінки
10	Gender differences in cannabis use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions	Sharaf S. Khan, Roberto Secades-Villa, Mayumi Okuda, Shuai Wang, Gabriela Pérez-Fuentes, Bradley T. Kerridge, Carlos Blanco	2012	США	Рівень 2B проспективне дослідження NESARC за 2001–2002 рр. базується на репрезентативній вибірці США, яка була детально описана в іншому місці (Grant et al., 2004). 18 років і старше. Вибірку для цього дослідження склали чоловіки (n = 2080) і жінки (n = 1217) з розладами вживання канабісу протягом життя (тобто зловживання канабісом, залежність або те й інше).	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule–DSM-IV Version (AUDADIS-IV)	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule–DSM-IV Version (AUDADIS-IV)	обмеження: інформація ґрунтувалася на самооцінці і не підтверджувалася сторонніми інформантами, дослідження є перехресним, що обмежує висновки, які можна зробити, хоча NESARC надає найширшу оцінку психічних розладів серед чоловіків і жінок із CUD, деякі

								розлади такі як ОКР, у цьому дослідженні не оцінювалися.
11	Residual effects of cannabis use on attentional bias towards fearful faces	Robert D. Torrence, Don C. Rojas, Lucy J. Troup	США	2018	2B two-group, nonrandomized study 40 студентів (24 жінки; вік 18 – 27, M = 19.66, SD = 2.18) з Colorado State University	The Recreational Cannabis Use Questionnaire (RCUE; Troup et al., 2016)	State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1983)	обмеження. Перевірка ERP, зафіксованих у часі для проби, не була надійною, оскільки була затримка в 500 мс від зсуву обличчя до початку точки. Поведінкові дослідження показали, що через 300 мс після появи обличчя увага більше не приділяється місцеположенню страшного обличчя (Torrence та ін., 2017). P1, прив'язаний до зонда, використовувався для перевірки залучення до контрольованого місця. у нашій вибірці не виявлено широкого діапазону

								частоти вживання канабісу
12	Cannabis-related impairment and social anxiety: The roles of gender and cannabis use motives	Julia D. Buckner, Michael J. Zvolensky, Norman B. Schmidt	2012	США	174 (42,5% жінки) дорослих курців, які заявили про поточне (останній місяць) вживання канабісу. Вік коливався від 18 до 60 (M=29,4, SD=12,3)	The Marijuana Smoking History Questionnaire Marijuana Problems Scale (MPS) Marijuana Problems Scale (MPS) Marijuana Motives Measure (MMM)	Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	