

СЕКЦІЯ 4. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК [364.624.6:616.895.4]:615.851
DOI 10.32999/ksu2312-3206/2024-1-5

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ІЗ СОЦІАЛЬНИМ ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ДЕПРЕСИВНІЙ СИМПТОМАТИЦІ

Аврамчук Олександр Сергійович,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри клінічної психології
Український католицький університет
avramchuk.md@ucu.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0001-8512-7817>

Мета статті – дослідження програми інтервенцій низької інтенсивності для емоційної стабілізації та запобігання порушенням психосоціального функціонування в осіб із соціальним тривожним розладом і коморбідним депресивним синдромом. **Методи:** дослідження проводилось упродовж 2020–2022 років, загальна кількість досліджуваних – 388 осіб. Скринінгові інтерв'ювання проводилися з використанням The MINI: International Neuropsychiatric Interview і опитувальника визначення рівня тяжкості симптомів соціального тривожного розладу Social Phobia Inventory. Оцінювання психопатологічних змін і змін психосоціального функціонування проводилися через 1 місяць та 6 місяців після завершення програми. Програма інтервенцій психосоціальної підтримки була розроблена на рекомендаціях когнітивно-поведінкової моделі низької інтенсивності та складалася із шести онлайн-сесій: двічі на тиждень тривалістю до 50 хвилин упродовж чотирьох тижнів та однієї бустерної сесії з опрацювання ризиків рецидиву. **Результати** показали, що програма сприяє зменшенню схильності до перебільшення/применшення симптоматичного дистресу й емоційного уникнення, підвищує прийняття й усвідомленість змін, а також зміцнює корисні переконання та відповідні коригувальні стратегії. Результати 6-місячного спостереження свідчать про статистично значуще зниження дистресу, зокрема соціальну тривогу та коморбідну до неї депресивну симптоматику, та зменшення уникнення емоційного досвіду. Зазначено, що прийняття, усвідомленість і відповідальність як елементи здобутих коригувальних навичок зменшують тягар дисфункційних негативних переконань про себе, міжособистісної чутливості до неконгруентних значень і соціального відсторонення. Техніки низької інтенсивності на основі когнітивно-поведінкової терапії, які були запропоновані в онлайн-форматі, демонстрували ефективність і стійкість впливу за умови регулярного використання в повсякденному житті. Результати, отримані в дослідженні, узгоджуються з ефективністю програм КПТ низької інтенсивності в попередніх дослідженнях. **Висновки.** Програма інтервенцій низької інтенсивності для емоційної стабілізації та запобігання порушенням психосоціального функціонування є перспективною та гнучкою, її рекомендації та техніки можуть бути впроваджені в повсякденне життя як частина плекання власного психологічного благополуччя.

Ключові слова: соціальний тривожний розлад, депресія, КПТ, інтервенції низької інтенсивності, психологічна допомога онлайн.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO PERSONS WITH SOCIAL ANXIETY DISORDER WITH COMORBID DEPRESSIVE SYMPTOMS

Avramchuk Oleksandr Serhiovych,
PhD in Psychological Sciences,
Associate Professor at the Department of Clinical Psychology
Ukrainian Catholic University
avramchuk.md@ucu.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0001-8512-7817>

Purpose. The purpose of the article is to study a program of low-intensity interventions for emotional stabilization and prevention of psychosocial functioning disorders in persons with social anxiety disorder and comorbid depressive syndrome. **Methods.** The study was conducted from 2020 to 2022, with 388 people studied. Screening interviews were conducted using The MINI: International Neuropsychiatric Interview and the Social Phobia Inventory. Evaluation of psychopathological changes and changes in psychosocial



functioning was carried out one month after the end of the program and six months later. The psychosocial support intervention program was developed based on the recommendations of the low-intensity cognitive-behavioral model. It consisted of six online sessions: twice a week lasting up to 50 minutes for four weeks and one booster session to address the risks of relapse. **Results.** The results showed that the program helps to reduce the tendency to exaggerate/underestimate symptomatic distress and emotional avoidance, increases acceptance and awareness of change, and strengthens helpful beliefs and corresponding corrective strategies. The results of the 6-month follow-up indicate a statistically significant decrease in distress, due to social anxiety and comorbid depressive symptoms, and a decrease in avoidance of emotional experience. It was noted that acceptance, awareness, and responsibility as elements of acquired corrective skills reduce the burden of dysfunctional negative beliefs about oneself, interpersonal sensitivity to incongruent values, and social withdrawal. Low-intensity techniques, based on a cognitive-behavioral model offered online, demonstrated effectiveness and sustainability of effects when used regularly in everyday life. The results obtained in the study are consistent with the effectiveness of low-intensity CBT programs in previous studies. **Conclusion.** A program of low-intensity interventions for emotional stabilization and prevention of psychosocial functioning disorders is promising and flexible; its recommendations and techniques can be implemented in everyday life as part of caring for one's psychological well-being.

Key words: social anxiety disorder, depression, CBT, low-intensity interventions, online psychological help.

Вступ. Пандемія COVID-19 та початок повномасштабного вторгнення зумовили зростання проблем із психічним здоров'ям, зокрема порушень адаптації до нових життєвих обставин. Натепер дослідження причинно-наслідкових зв'язків є обмежені, однак патогенетичні механізми порушень в адаптаційний період можуть розглядатися як цілі для психологічної підтримки та психотерапевтичної роботи.

Дослідження чинників ризику розвитку стійких порушень адаптації продемонструвало зв'язок із самотністю, порушеннями соціальної взаємодії, дисфункційними переконаннями (хибне тлумачення) щодо потенційної загрози у значущих сферах і браком самоефективності (самозарадність) (Lorenz et al., 2018). Симптоми порушень адаптації здебільшого сприймаються як затяжні та характеризуються наявністю загальних симптомів депресивного настрою, тривоги або невідповідної (часом ризикованої) поведінки (Patra, Sarkar, 2013). З огляду на це схильність до стратегії уникнення з метою опанування сильних негативних емоцій може розглядатися як трансдіагностичний чинник як тривожних, так і афективних розладів (Spinhoven et al., 2017).

Серед вразливих груп варто виділити людей, які страждають на соціальний тривожний розлад, для якого характерний виражений і постійний страх перед соціальними ситуаціями (включно із соціальною діяльністю), за яких особа очікує, що буде виглядати збентеженою чи негативно оціненою оточенням (Ho, Moscovitch, 2022). Демонструючи власну вразливість перед життєвими викликами й уникаючи соціальної взаємодії, вони можуть тимчасово зменшити свою тривожність, однак емоційне й соціальне уникнення сприятиме як підтриманню тривоги, так і підвищенню ризику коморбідної депресії (Arad et al., 2021).

Мета нашого дослідження – вивчення змін коморбідних симптомів депресії та рівня пси-

хосоціального дисфункціонування осіб із соціальним тривожним розладом у результаті проходження онлайн-програми психологічної підтримки, базованої на КПТ низької інтенсивності.

Теоретичне обґрунтування проблеми.

Епідеміологічні когортні дослідження демонструють, що соціальний тривожний розлад може бути супроводжуваний станами пригніченого настрою та клінічно визначеними ознаками депресивних станів. Багато дослідників зосереджуються на коморбідності між соціальною фобією та депресією (Bittner et al., 2004; Beesdo et al., 2007; Väänänen et al., 2011). Соціальний тривожний розлад, як і інші тривожні розлади, є потужним чинником ризику розвитку великого депресивного розладу або депресивного епізоду (Koyuncu et al., 2019). Наприклад, М. М. Ohayon і А. F. Schatzberg (2010 р.) виявили, що приблизно 20% усіх досліджених мали коморбідність із депресивним станом чи розладом, а 65% із соціальною фобією та великим депресивним розладом отримали діагноз тривожного розладу принаймні за 2 роки до початку депресивного епізоду. Інші дослідження з меншою вибіркою вказують на коливання в межах 30–70% (Koyuncu et al., 2014; Koyuncu et al., 2019). На основі попередніх досліджень була висунута гіпотеза, що соціальна фобія може спричинити психологічне та функціональне погіршення, яке, своєю чергою, може призвести до депресії, або ж обидва стани можуть мати спільні чинники ризику, які із часом змінюють вразливість і погіршують прогноз щодо тяжкості симптомів обох розладів (Väänänen et al., 2014).

Результати Juha-Matti Väänänen і колег (Väänänen et al., 2014) вказують на те, що коморбідна соціальна фобія та депресивні стани сильніше пов'язані з факторами ризику соціальної фобії, ніж із чинниками ризику депресії. К. Belzer і F.R. Schneier (2004 р.) при-

пустили, що чинники ризику соціальної фобії можуть сприяти розвитку депресивної психопатології через типові (очікувані) виклики та стресові життєві події, як-от втрата роботи, труднощі з навчанням, проблеми з однолітками та відчай через погане соціальне функціонування. Зазначено, що пацієнти із соціофобією, які мають коморбідну депресивну симптоматику, демонструють вищу тяжкість симптомів, підвищений ризик рецидиву та зниження функціональності, що також впливає на більшу ймовірність суїциду серед цієї когорти пацієнтів (Belzer, Schneier, 2004; Aderka et al., 2012).

Водночас типові для депресивного стану непродуктивні переконання щодо себе підсилюють глибинні упередження щодо значущості стосунків із ними для інших. На нашу думку, такий механізм може спонукати до уникнення соціального контакту типовим для соціальної фобії способом як копінг із метою зменшення усвідомленості цих глибинних переконань (Väänänen et al., 2014).

За актуальними моделями та напрямками психологічної та психотерапевтичної допомоги, когнітивно-поведінкові інтервенції демонструють свою доцільність для імплементації. Багато досліджень показують ефективність інтервенцій, базованих на когнітивно-поведінкових моделях, які надаються онлайн (Hedman et al., 2011; Khan et al., 2021; Egan et al., 2021; Jain et al., 2021). Якщо попередні дослідження когнітивно-поведінкових інтервенцій зосереджувалися на експозиції до соціальних ситуацій, як тригерів тривоги, то пропонується концепція спрямована на опрацювання уникаючої поведінки. Застосування психоедукації та підготовки до експозиції в повсякденному житті допоможе зменшити дезадаптивну поведінку та дисфункційні переконання, що її супроводжують. Очікується, що зменшення емоційного уникнення під час опрацювання нового досвіду соціальної взаємодії позитивно вплине на здатність переносити неприємні відчуття та підвищить самоефективність. Такий механізм, поряд із соціальною залученістю, може зменшувати тягар автоматичних негативних думок, які виникають за коморбідної депресивної симптоматики.

Методологія та методи. Відповідно до запланованого дослідження, оцінювання психічного стану відбувалося після отримання інформованої згоди, після завершення повного курсу психологічної програми (4 тижні), через 1 та 6 місяців.

Програма інтервенції психосоціальної підтримки була розроблена на рекомендаціях когнітивно-поведінкової моделі низької інтенсивності (Low-CBT). Когнітивно-поведінкова модель низької інтенсивної не є психотера-

певтичним втручанням, проте дає можливість імплемувати її як техніки, спрямовані на відновлення та покращення особистісного ресурсу з метою превенції загострень чи порушень адаптації. Запропонована учасникам програма складалася із шести онлайн-сесій двічі на тиждень тривалістю до 50 хвилин упродовж чотирьох тижнів і однієї бустерної сесії з опрацювання ризиків рецидиву. Структурними елементами програми є: 1) психоедукація щодо соціальної тривоги та природи тривожних переживань у періоди адаптації; 2) стратегії нормалізації та подолання хвилювань за допомогою навичок усвідомленості (майндфулнесу), технік заземлення та дистанціювання; 3) психоедукація щодо впливу дезадаптивних (дисфункційних) переконань і соціального уникнення на тривогу; 4) навчання навичок усвідомленості та методів розв'язання проблем щодо зменшення використання безпечної поведінки, включно з уникненням і прокрастинацією (це також мало на меті сприяння самоефективності й підвищенню самооцінки); 5) робота щодо зменшення тягаря коморбідних депресивних станів шляхом опрацювання непродуктивного мислення за допомогою поведінкових експериментів (експозицією в уяві); 6) сприяння розвитку навичок соціальної підтримки й асертивного спілкування. Бустерна сесія включала управління рецидивами депресивних станів і соціальної депривації. Як супровідні матеріали для самоосвіти пропонувалися розроблені чи перекладені матеріали від Українського інституту КПТ та Інституту психічного здоров'я УКУ.

Оскільки дослідження проводилося відповідно до звернень за психологічною підтримкою, запланованими дедлайнами для оцінки змін стали 1 місяць після завершення програми та 6 місяців. Важливо згадати, що через військове вторгнення частина учасників була обстежена в періоді 7–8 місяців.

На етапі первинного інтерв'ювання було використано The MINI: International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) і опитувальник визначення рівня тяжкості симптомів соціального тривожного розладу – Social Phobia Inventory (далі – SPIN) (Connor, 2000): самооціночний опитувальник на 17 тверджень, Cronbach's $\alpha = 0,87-0,94$.

Вимірювання основних показників здійснювалося за такими методиками:

1. Ступінь дистресу та рівень виразності коморбідної симптоматики – Symptom Check List-90-Revised (далі – SCL-90-R) (Derogatis et al., 1973, 2000): анкета самозвітності, орієнтована на дослідження симптоматики, дистресу та поведінки пацієнтів з ознаками психічних розладів в амбулаторних умовах; коефіцієнти внутрішньої узгодженості (Cronbach's α) – від



0,77 до 0,90, ретестової надійності – від 0,68 до 0,80 (Derogatis, 2000). Зокрема шкали дистресу в міжособистісній комунікації та рівня депресивної симптоматики.

2. Оцінка стану вираженості коморбідної депресії проводилася за методикою Patient Health Questionnaire – 9 (далі – PHQ-9) (Kroenke et al., 2001), короткий інструмент скринінгу самооцінки з 9 пунктів на наявність симптомів депресії за останні два тижні, Cronbach's $\alpha = 0,90-0,91$.

3. Вираженість емоційного уникнення вимірялася за шкалою Acceptance and Action Questionnaire (далі – AAQ-II) (Bond et al., 2011), у перекладі й адаптації А. Широкої та М. Миколайчук: короткий опитувальник із семи тверджень для самооцінки уникнення та прийняття емоційного досвіду, Cronbach's $\alpha = 0,89-0,95$.

4. Усі статистичні розрахунки проводилися за допомогою SPSS Version 23.0 (SPSS Inc., 2019).

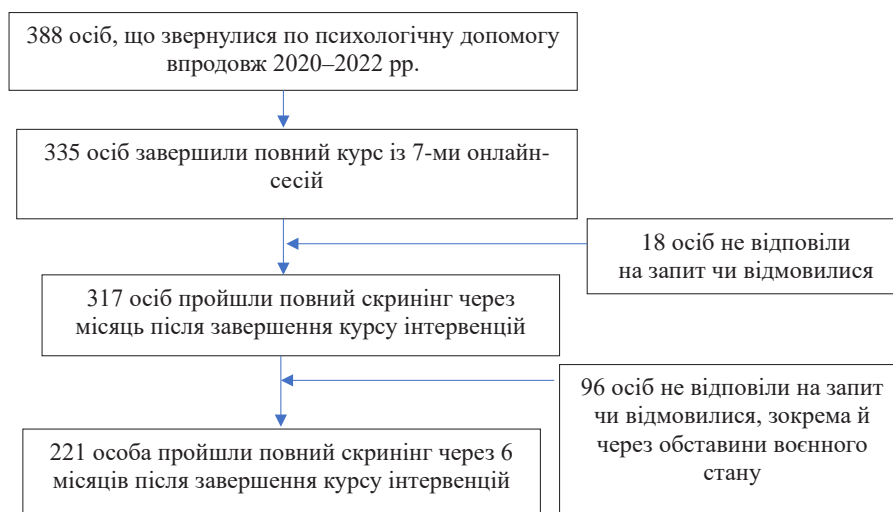
Організація дослідження та характеристика вибірки. Дослідження реалізовано в межах наукового проекту кафедри клінічної психології та дисертаційного дослідження «Патогенетична діагностика та комплексна психокорекція коморбідностей неспсихотичного спектра в осіб із соціально-тривожним розладом». Дизайн і процедура дослідження відповідали етичним стандартам досліджень із залученням людей, затверджені вченою радою факультету наук про здоров'я Українського католицького університету та реалізовані за підтримки Інституту психічного здоров'я УКУ, м. Львів. Залучення учасників у період 2020–2022 рр. відбувалося за самозверненнями та через перескерування за психологічною допомогою. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

До критеріїв включення в дослідження належать: вік старше 18 років; наявність діагнозу соціального тривожного розладу в анамнезі та/або скарг, які відповідають діагностичним критеріям даного розладу відповідно до DSM-5 на момент звернення. Для підкріплення висловлених скарг із діагностичною метою було включено скринінг виразності симптомів соціальної фобії за шкалою SPIN (Connor, 2000).

Критеріями виключення стали анамнез щодо психопатологічних станів, зумовлених хронічною соматичною патологією (включно з наслідками COVID-19); уживання психоактивних речовин або ліків; наявність наслідків перенесених ЧМТ та/або результат значного травматичного стресу, безпосередньо через участь у бойових діях. Якщо у процесі первинного інтерв'ювання виявлявся ризик суїциду, учасникам були надані рекомендації до скерування до спеціалізованих психологічних або психіатричних служб. Додатковою умовою участі в дослідженні стали доступ до комп'ютера та можливість проходити зустрічі онлайн.

Діаграма 1 представляє залученість учасників упродовж усього періоду дослідження:

Результати та дискусії. 86% осіб, які були залучені до психологічної допомоги, базованої на КПТ низької інтенсивності, успішно завершили повний курс і відмітили суб'єктивне покращення загального психологічного стану або готовність до подальшої співпраці з метою лікування соціальної фобії. Статистично значущими виявилися зміни показників суб'єктивної оцінки схильності до перебільшення чи применшення симптоматичного дистресу – PSDI за опитувальником SCL-90-R ($p < 0,05$) та зниження показника емоційного уникнення за опитувальником AAQ-2 ($p < 0,05$). На нашу думку, зазначені зміни свід-



Діаграма 1. Залученість учасників на різних етапах дослідження

чать про покращення прийняття емоційного досвіду, що за мотивації до впровадження запропонованих практик у повсякденне життя може стати ресурсом для відновлення чи зміцнення психологічної гнучкості. Однак, незважаючи на загальне зниження рівнів вираженості депресивної симптоматики коморбідної до вираженості симптомів соціального трижовного розладу, на цьому етапі не спостерігали статистично значущої відмінності. Аналіз кореляційних зв'язків продемонстрував статистично значущий прямо пропорційний зв'язок помірної сили між експеріментальним уникненням і суб'єктивною оцінкою інтенсивності симптоматичного дистресу.

Результати проведеного опитування через 1 місяць на вибірці у 317 осіб (понад 80% зазначили, що «часто» та «постійно» дотримувались рекомендацій програми в повсякденному житті) продемонстрували стабільність змін у короткотерміновий період і стали помітними зміни суб'єктивної оцінки інтенсивності симптоматичного дистресу – GSI SCL-90-R ($p < 0,05$) (табл. 1).

Продемонстровані результати вказують на зміни загального рівня дистресу, завдяки зменшенню схильності до перебільшення/применшення симптоматичного дистресу й емоційного уникнення після завершення повного курсу програми. Елементи психоедукації стосовно симптомів і механізмів, які

підкріплюють вразливість до дистресу, підсилювали прийняття й усвідомленість змін, які відбувалися з учасниками в періоди адаптації до нових життєвих викликів. Укріплення корисних переконань і відповідних коригувальних стратегій дозволило підсилити ресурсні можливості особистості для подальшого зростання. Ефект впливу на показник суб'єктивної оцінки інтенсивності симптоматичного дистресу через 1 місяць виявився позитивним, однак слабким, тоді як ефект впливу на показники емоційного уникнення та суб'єктивного ставлення до дистресу – помірними. Варто зазначити, що адаптація до надзвичайних обставин чи кризових подій не є лінійним процесом, а тому, незважаючи на суб'єктивне полегшення, яке зазначалося у відгуках учасників, відсутність статистично значущої відмінності між клінічними показниками на даному етапі виглядала закономірною. Також варто наголосити, що програми інтервенцій низької інтенсивності не є безпосередніми психотерапевтичними втручаннями, оскільки здебільшого мають на меті мобілізувати та змінити наявний ресурс для емоційної стабілізації та запобігання порушенням психосоціального функціонування, що накладають психічні розлади.

Повний скринінг через 6 місяців після завершення курсу інтервенцій пройшли 221 особа (табл. 2). З урахуванням обставин воєнного стану, участь у опитуванні від початку повно-

Таблиця 1

Результати змін за основними показниками для вибірки у 317 осіб через 1 місяць*

	До		Через 1 місяць		До 1 міс.	
	mean	SD	mean	SD	p-value	^g [95% CI]
SCL-90-R: GSL	0,99	0,62	0,90	0,50	0,040*	0,16 (0,00–0,32)
SCL-90-R: PSDI	2,01	0,59	1,82	0,50	0,000*	0,35 (0,19–0,50)
AAQ-2	35,21	7,15	32,30	6,54	0,000*	0,42 (0,27–0,58)

* представлені дані, які мають статистично достовірну відмінність ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Результати змін за основними показниками для вибірки у 221 особу через 6 місяців*

	До		Через 6 місяців		До 6 місяців	
	mean	SD	mean	SD	p-value	^g [95% CI]
SCL-90-R: GSL	0,97	0,63	0,71	0,38	0,001*	0,50 (0,31–0,69)
SCL-90-R: PSDI	2,00	0,59	1,6	0,49	0,000*	0,74 (0,54–0,93)
SCL-90-R: INT	1,39	0,89	1,01	0,66	0,012*	0,48 (0,29–0,67)
SPIN	28,51	6,22	22,4	6,86	0,000*	0,93 (0,74–1,13)
SCL-90-R: DEP	1,32	0,88	0,91	0,68	0,004*	0,52 (0,33–0,71)
PHQ-9	10,06	3,76	8,16	3,87	0,012*	0,50 (0,31–0,69)
AAQ-2	33,56	6,98	29,03	6,57	0,000*	0,67 (0,48–0,86)

* представлені дані, які мають статистично достовірну відмінність ($p < 0,05$) SCL-90-R: GSI – суб'єктивна оцінка інтенсивності симптоматичного дистресу; PSDI – суб'єктивна оцінка схильності до перебільшення чи применшення симптоматичного дистресу; INT – шкала міжособистісної сенситивності; DEP – шкала депресивної симптоматики.



масштабного вторгнення пройшли 84 особи, серед яких 69% ($n = 58$) продовжували «часто» дотримуватись рекомендацій програми в повсякденному житті як інструменту психологічної підтримки.

Статистично значущі зміни було виявлено за рівнями вираженості рівнів соціальної тривоги та дистресу в міжособистісній взаємодії через тривогу (відповідно за показниками SPIN і SCL-90-R: INT), депресії (водночас за показниками SCL-90-R: DEP і PHQ-9), поряд із зниженням загального рівня дистресу й емоційного уникнення.

За даними регресійного аналізу досліджено роль зменшення уникнення емоційного досвіду у змінах дисперсії тяжкості загального психоемоційного дистресу та коморбідних симптомів депресії. Результати регресійного аналізу продемонстрували, що внесок рівня уникнення неприємного (емоційного) досвіду, дистресу, пов'язаного зі стратегіями уникнення, у межах міжособистісної сенситивності та депресивних переконань зумовлює 84,5% ($p < 0,001$) загального дистресу, пов'язаного з поточним станом (GSI), та 49,9% ($p < 0,001$) показника PSDI, як міри суб'єктивної оцінки виразності дистресу через психопатологічні симптоми та їхні наслідки для функціонування людини. Зміни показника уникнення експеріментального (емоційного) досвіду пояснювали значну дисперсію в рівнях змін дистресу, пов'язаного з депресивною симптоматикою (59,2%, $p < 0,001$) та дистресом соціальної взаємодії чи її передбачення (76,8%, $p < 0,001$). Загалом результати 6-тимісячного спостереження вказують на перспективні зміни. Аналіз отриманих даних через 6 місяців після завершення програми засвідчив, що запропоновані програмою рекомендації та техніки є доступними, керованими та гнучко можуть бути впровадженні в повсякденне життя як частина плекання власного психологічного благополуччя. Дослідження продемонструвало статистично значуще зниження дистресу через соціальну тривогу та коморбідну до неї депресивну симптоматику. Статистично значущим виявилось зменшення уникнення емоційного досвіду, що й вплинуло на зменшення супутнього психосоціального дистресу. Прийняття, усвідомленість і відповідальність як елементи здобутих коригувальних навичок зменшують тягар дисфункційних негативних переконань про себе, міжособистісної чутливості до наданих неконгруентних значень і соціального відсторонення. Найбільш сильний ефект впливу на загальний показник вираженості симптомів соціального тривожного розладу та показник схильності до перебільшення/применшення суб'єктивного дистресу, зважаючи на високий показник змін емоційного уникнення та депресивної симптоматики, варто трактувати результативність психологіч-

них інтервенцій позитивною, через вплив на патогенетичні механізми та механізми впливу коморбідностей.

Отримані в дослідженні результати дають підстави вказувати на результативність індивідуальної програми психосоціальної допомоги низької інтенсивності на основі КПТ моделі, запропонованої онлайн для осіб із соціальним тривожним розладом. Цілю програми інтервенції стало підсилення внутрішнього ресурсу та засвоєння корисних навичок самопомоги щодо зменшення тягаря емоційного уникнення як патогенетичного механізму основного розладу та депресивної коморбідної симптоматики. Результати, отримані у процесі дослідження, узгоджуються з результативністю програм КПТ низької інтенсивності в попередніх дослідженнях (Jain et al., 2021; Furmark et al., 2009; Stott, Wild et al., 2013). Подальша імплементація у фаховому середовищі дозволить розширити вибірку, а врахувавши актуальні виклики та потреби людей, які проживають із досвідом соціальної фобії, посприяти їхній залученості до психологічної допомоги.

Варто зазначити кілька основних обмежень, які потенційно могли вплинути на результативність запроваджених утручань і можуть бути перспективними під час модифікації програми в майбутньому: 1) урахування психоемоційного стану відповідно до впливу зовнішніх обставин, як-от карантинні обмеження чи воєнний стан; 2) розширення переліку чинників, які могли модифікувати адаптивне реагування, зокрема й через зміни соціального оточення чи появу нових можливостей; 3) під час оцінки результатів не оцінювався попередній досвід отримання психосоціальної підтримки чи психотерапії; оскільки запропонована програма не є конкуруючою попередньому досвіду, вона могла актуалізувати попередній успішний досвід адаптації, що може бути враховано як додатковий чинник успішності реалізації програми; 4) не включення результатів контрольної групи обмежує інтерпретацію результату та виокремлення впливу випадкових чинників.

Висновки. Психологічна підтримка у складні життєві періоди є актуальною та важливою частиною громадського психічного здоров'я, поряд із лікуванням психічних розладів є навчання людей навичок відновлення та плекання психологічного благополуччя для превенції загострень чи психологічних криз.

Програма психосоціальної підтримки для людей, які страждають від соціального тривожного розладу з коморбідною депресією, показала зменшення психосоціального дистресу та важкості психічних симптомів у період до 6 місяців після завершення. Техніки низької інтенсивності на основі когні-

тивно-поведінкової терапії, які були запропоновані в онлайн-форматі, демонстрували ефективність і стійкість впливу за умови регулярного використання в повсякденному житті. Оскільки програма спрямована на зменшення стратегій уникнення як патогенетичного механізму, зазначені зміни можна

розглядати як проактивні чинники. Представлені результати є попередніми й обмеженими численними факторами, але, з урахуванням позитивних відгуків учасників і гнучкості програми, ми бачимо перспективу подальших досліджень та її впровадження у практичне застосування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. A socio-interpersonal approach to adjustment disorder: The example of involuntary job loss / L. Lorenz et al. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. № 9 (1). e1425576. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425576>.
2. Patra B.N., Sarkar S. Adjustment disorder: current diagnostic status. *Indian J Psychol Med*. 2013. № 35 (1). P. 4–9. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.112193>. PMID: 23833335; PMCID: PMC3701359.
3. Experiential avoidance and bordering psychological constructs as predictors of the onset, relapse, and maintenance of anxiety disorders: One or many? / P. Spinhoven et al. *Cognitive Therapy and Research*. 2017. № 41 (6). P. 867–880. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9856-7>.
4. What Characteristics of Primary Anxiety Disorders Predict Subsequent Major Depressive Disorder? / A. Bittner et al. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004. № 65 (5). P. 618–626. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0505>.
5. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life / K. Beesdo et al. *Archives of general psychiatry*. 2017. № 64 (8). P. 903–912. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.903>.
6. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence / J.M. Väänänen et al. *Journal of affective disorders*. 2011. № 133 (1–2). P. 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.036>.
7. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges / A. Koyuncu et al. *Drugs in context*. 2019. № 8. e212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>.
8. Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010. № 68 (3). P. 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.018>.
9. The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder / A. Koyuncu et al. *Compr Psychiatry*. 2014. № 55 (2). P. 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.016>.
10. Low perceived social support predicts later depression but not social phobia in middle adolescence / J. Väänänen et al. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. № 2 (1). P. 1023–1037. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.966716>.
11. Belzer K., Schneier F.R. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of psychiatric practice*. 2004. № 10 (5). P. 296–306. <https://doi.org/10.1097/00131746-200409000-00003>.
12. Functional impairment in social anxiety disorder / I.M. Aderka et al. *Journal of anxiety disorders*. 2012. № 26 (3). P. 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.003>.
13. Ho J., Moscovitch D.A. The moderating effects of reported pre-pandemic social anxiety, symptom impairment, and current stressors on mental health and affiliative adjustment during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress & Coping*. 2022. № 35 (1). P. 86–100. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1946518>.
14. Social Distancing During A COVID-19 Lockdown Contributes to The Maintenance of Social Anxiety: A Natural Experiment / G. Arad et al. *Cogn Ther Res*. 2021. № 45. P. 708–714. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10231-7>.
15. A 5-Year Follow-up of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder / E. Hedman et al. *J Med Internet Res*. 2011. № 13 (2). e39. <https://doi.org/10.2196/jmir.1776>.
16. Treating Social Anxiety in an Era of Social Distancing: Adapting Exposure Therapy for Youth During COVID-19 / A.N. Khan et al. *Cogn Behav Pract*. 2021. № 28 (4). P. 669–678. DOI: 10.1016/j.cbpra.2020.12.002.
17. Unguided low-intensity cognitive behaviour therapy for anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A randomised trial / S.J. Egan et al. *Behaviour Research and Therapy*. 2021. № 144. e103902. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103902>.
18. A pilot study of intensive 7-day internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder / N. Jain et al. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021. № 84. e102473. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102473>.
19. Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: randomised controlled trial / T. Furmark et al. *British Journal of Psychiatry*. 2009. № 195 (5). P. 440–447. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.108.060996>.
20. Internet-delivered cognitive therapy for social anxiety disorder: a development pilot series / R. Stott et al. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2013. № 41 (4). P. 383–397. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000404>.

REFERENCES:

1. Lorenz, L., Perkonig, A., & Maercker, A. (2018). A socio-interpersonal approach to adjustment disorder: The example of involuntary job loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), Article 1425576. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425576>.
2. Patra, B.N., Sarkar, S. (2013). Adjustment disorder: current diagnostic status. *Indian J Psychol Med*, 35 (1), 4–9. DOI: 10.4103/0253-7176.112193. PMID: 23833335; PMCID: PMC3701359.
3. Spinhoven P., van Hemert A.M., Penninx B.W.J.H. (2017). Experiential avoidance and bordering psychological constructs as predictors of the onset, relapse, and maintenance of anxiety disorders: One or many? *Cognitive Therapy and Research*, 41 (6), 867–880. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9856-7>.



4. Bittner, A., Goodwin, R.D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). What Characteristics of Primary Anxiety Disorders Predict Subsequent Major Depressive Disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (5), 618–626. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0505>.
5. Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D.S., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, 64 (8), 903–912. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.903>.
6. Väänänen, J.M., Fröjd, S., Ranta, K., Marttunen, M., Helminen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *Journal of affective disorders*, 133 (1–2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.036>.
7. Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>.
8. Ohayon, M.M., Schatzberg, A.F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity, 68 (3), 0–243. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.07.018.
9. Koyuncu, A., Ertekin, E., Binbay, Z., et al. The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Compr Psychiatry*. 2014; 55 (2): 363–369. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.08.016.
10. Väänänen, J., Marttunen, M., Helminen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2014). Low perceived social support predicts later depression but not social phobia in middle adolescence. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2:1, 1023–1037, DOI: 10.1080/21642850.2014.966716.
11. Belzer, K., & Schneier, F.R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of psychiatric practice*, 10 (5), 296–306. <https://doi.org/10.1097/00131746-200409000-00003>.
12. Aderka, I.M., Hofmann, S.G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26 (3), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.003>.
13. Ho, J., Moscovitch, D.A. (2022). The moderating effects of reported pre-pandemic social anxiety, symptom impairment, and current stressors on mental health and affiliative adjustment during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress & Coping*, 35 (1), 86–100. DOI: 10.1080/10615806.2021.1946518.
14. Arad, G., Shamai-Leshem, D., & Bar-Haim, Y. (2021). Social Distancing During A COVID-19 Lockdown Contributes to The Maintenance of Social Anxiety: A Natural Experiment. *Cogn Ther Res*, 45, 708–714. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10231-7>.
15. Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindfors, N., Andersson, G. (2011). A 5-Year Follow-up of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder. *J Med Internet Res*, 13 (2), e39. DOI: 10.2196/jmir.1776.
16. Khan, A.N., Bilek, E., Tomlinson, R.C., Becker-Haimes, E.M. (2021). Treating Social Anxiety in an Era of Social Distancing: Adapting Exposure Therapy for Youth During COVID-19. *Cogn Behav Pract.*, 28 (4), 669–678. DOI: 10.1016/j.cbpra.2020.12.002.
17. Egan, S.J., McEvoy, P., Wade, T.D., et al. (2021). Unguided low-intensity cognitive behaviour therapy for anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A randomised trial, *Behaviour Research and Therapy*. 144, 103902. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103902>.
18. Jain, N., Stech, E., Grierson, A, et al. (2021). A pilot study of intensive 7-day internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders.*, 84, 102473. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102473>.
19. Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P., Bohman, B., ... Andersson, G. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 195 (5), 440–447. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.108.060996>.
20. Stott, R., Wild, J., Grey, N., Liness, S., Warnock-Parkes, E., Commins, S., Readings, J., Bremner, G., Woodward, E., Ehlers, A., & Clark, D.M. (2013). Internet-delivered cognitive therapy for social anxiety disorder: a development pilot series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41 (4), 383–397. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000404>.

Стаття надійшла до редакції 27.02.2024.
The article was received 27 February 2024.