КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ особливості осіб з ознаками соціально-тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом

О. Аврамчук,
Український католицький університет, м. Львів

Тривога, що асоціюється із соціальною взаємодією і досягає значущого дискомфорту — може розглядатися як соціальний тривожний розлад (соціальна фобія), як один із найпоширеніших розладів психічного здоров'я поміж молоді (18–35 років). Хронічний та виснажливий тип перебігу корелює із поширеністю впродовж усього життя та показниками стійкості симптоматики (включно із вразливістю до рецидиву): 4–12 % та 60 % відповідно [*1*].

Патогенез соціальної фобії часто розглядають через призму негативного досвіду стосунків у дитячому та підлітковому віці: конфлікти в сім'ї (фізичне та емоційне насилля з боку рідних), булінгу чи дискримінації (зневаги) через соціокультурні відмінності тощо [2]. Проте такі чинники не є самобутніми етіологічними. Їхній вплив на формування неефективних когнітивних стратегій оцінки соціальних ситуацій (і себе в них) та уникання коригуючого досвіду — закріплює негативний досвід як травматичний, що чинить вплив на стійкість психопатологічної симптоматики та психосоціальну дезадаптацію. Тому особи з досвідом соціальної фобії здебільшого повідомляють про один епізод або декілька: з елементами соціального приниження, відторгнення та критики — як клінічно значущий травматичний дистрес, попри те, що такі явища та події — зазвичай не вважаються травматичними (не відповідають критерію А відповідно до DSM-5) [3, 4]. Негативний соціальний досвід може супроводжуватися ознаками гіперзбудливості, униканням «травматичних стимулів», змінами когнітивної діяльності, емоційними зрушеннями (ознаки емоційного оніміння) і розладами настрою, а часом — нав'язливими асоціаціями та спогадами, які нагадують симптоми кластера «вторгнення» відповідно критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за DSM-5 [5].

Дослідження демонструють непрямий вплив посттравматичного досвіду на виразність симптомів та соціальні порушення міжособистісного функціонування через соціальне несхвалення у студентів, які зазнали нападів, насильства чи мали досвід ненасильницької травми [6]. Пацієнти із соціально-тривожним розладом, які пережили стресові події соціального генезу — частіше демонструють уникання повторних принижень, що корелює з їх рівнем виразності дистресу і тривалості травматичного досвіду, порівняно з групою інших тривожних розладів [7]. Результати, опубліковані 2020 року, свідчать, що порівняно з особами, які мали основний діагноз одного з поширених тривожних розладів та пережили приниження або неприйняття — особи із соціальним тривожним розладом страждали від клінічно значущих симптомів ПТСР у відповідь на соціальні травми [8]. Особи із соціальною фобією та коморбідними ознаками ПТСР мають унікальну історію травматичного досвіду, порівняно з тими, хто страждає на один із цих розладів і демонструють підвищений ризик щодо суїцидальних спроб та значно нижчий рівень якості життя [9, 10]. Тому в клінічній практиці часом буває важко виокремити об'єктивні характеристики травматичного стресу, подій чи типових переконань, які могли би бути корисними для диференційної діагностики [11, 12].

Огляд літератури вказує, що уникання соціальної взаємодії чи активності за наявності інших є одним із важливих елементів у патогенезі розладів настрою, тривожних розладів та асоціюється із загальним дистресом, пов'язаним із травматичним досвідом [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

Небажання переживати асоційовані з психотравмою думки, емоції чи тілесні відчуття, а також спроби змінити або уникнути цих переживань після травматичних подій, більше асоціюється зі ступенем виразності й тяжкості симптомів ПТСР, ніж безпосередній зміст травматичного досвіду, його обставин та виразність іншого емоційного дистресу в момент події [18].

У такий спосіб уникнення схожих до психотравмуючої подій / ситуацій і пов'язаної з ними соціальної взаємодії, передбачає тривале збереження симптомів ПТСР або частково чи повністю опосередковує посилення психоемоційного дистресу порівняно з тяжкістю інших симптомів [18, 19, 20, 21, 22].

Результати попереднього огляду наукових джерел підкреслюють важливість дослідження клініко-психологічних особливостей осіб з ознаками соціального тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом.

Метою нашого дослідження стало вивчення зв'язку виразності соціальної тривоги, яка асоціюється із травматичним досвідом та поширеними коморбідними проблемами психічного здоров'я. Зокрема, ми вбачаємо

перспективу, що результати цього дослідження можуть бути використані для покращення діагностичного процесу та сприятимуть розширенню розуміння ролі соціального уникання в контексті патогенезу коморбідностей соціального тривожного розладу і використані як цілі та завдання психокорекційної чи психотерапевтичної роботи.

Матеріали та методи дослідження

Процедура та учасники

Поточне дослідження є частиною дослідження зв'язку соціального тривожного розладу з розладами, асоційованими зі стресом — категорії «Розлади, специфічно асоційовані зі стресом»: 6B60–6B65 у МКХ-11 (2019) [23]. Результати дослідження представляють собою збір даних за період 2018–2020 рр. від осіб, які звернулися за психологічною допомогою щодо поширених проблем психічного здоров'я. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Первинне діагностичне інтерв'ю з дорослими особами проводили з використанням міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю MINI (MINI; Sheehan et al., 1997) [24].

На підставі цього було сформовано попередню вибірку осіб, які висловлювали скарги на суттєвий психоемоційний дистрес через уникнення соціальної взаємодії й симптоми, характерні для соціального тривожного розладу з тривалістю понад 6 місяців в анамнезі (n=179). Додатковими критеріями включення були чоловіки та жінки віком від 18 до 35 років, які в анамнезі мали досвід травматичної події, із яким суб'єктивно пов'язують уникнення соціальної взаємодії та супутній цьому дистрес, цей дискомфорт триває понад 6 місяців до моменту звернення, на момент звернення: особи не приймали медикаментозного лікування, їхній стан не був спричинений — супутньою соматичною патологією, вживанням психоактивних речовин, результатом інших психічних порушень (зокрема, шизофренія, біполярний розлад, психоорагнічні порушення, інтелектуальне зниження). У зв'язку з початком пандемії COVID-19 та введеними карантинними обмеженнями 2020 року діагностичні інтерв'ю здебільшого проводили онлайн.

Залежно від досвіду травматичної події — всіх досліджуваних з основної вибірки було розподілено на підгрупу А: особи, які були учасниками бойових дій; особи, які перебували у ситуації безпосередньої загрози смерті чи були її свідками — 57 осіб (82,4 % респондентів це учасники бойових дій та вимушені переселенці, які мали досвід участі в бойових діях на сході України) та підгрупу В: особи, які зазнали впливу соціальних подій, які визначають як травматичні — 122 учасники (втрата, сімейне насилля без загрози життю, булінг, дискримінація, зокрема через статус внутрішньо переміщеної особи). Контрольна група становила 109 осіб.

На момент огляду учасники контрольної групи не мали ознак, достатніх для верифікації соціальної фобії чи ПТСР, попри обмеження соціальної взаємодії, періодичні скарги на тривогу перед соціальною взаємодією чи під час комунікації. Для досліджуваних обох груп — були характерні скарги на підвищення загальної тривожності, постійне відчуття неможливості розслабитись, підвищена сенситивність і гіперзбудливість, періодичні панічні атаки.

Методи та методики оцінювання

Як було зазначено, для первинного скринінгу психічного стану використовували діагностичне інтерв'ю — The MINI: International Neuropsychiatric Interview [24]. Діагностичні алгоритми відповідають критеріям DSM-IV та ICD-10. Цей варіант діагностичного інтерв'ю зарекомендував себе як валідизований та надійний інструментарій, зокрема, модулі щодо діагностики соціального тривожного розладу та ПТСР — продемонстрували високу валідність та прийнятну ретестову надійність. Подвійний переклад та адаптацію україномовного варіанта «Міжнародний нейропсихіатричний опитувальник. Українська версія 5.0.0» було здійснено спільно з Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УіКПТ) та Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету (ІПЗ УКУ) 2006 р. Для верифікації ми також опиралися на діагностичні критерії та уточнення, запропоновані у DSM-5 та ICD-10 на підставі незалежної діагностичної оцінки двох фахівців, зокрема з консультацією лікаря-психіатра [5, 25].

У подальшому кожен досліджуваний проходив додаткове патопсихологічне обстеження, яке включало оцінку виразності ознак та симптомів соціальної тривоги, депресії, генералізованої тривожності, рівня дистресу в повсякденній діяльності, схильність до соціального уникнення, панічних атак чи специфічних фобій та вплив травматичних подій. Згадані аспекти оцінювали відповідно до рекомендацій NICE за комплексом шкал IAPT (National Collaborating Centre for mental health, 2018), які доступні в адаптованому перекладі від УіКПТ та ІПЗ УКУ від 2012 року [26]. Для оцінювання задоволеності життям використовували Q-LES-Q-SF: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short form [27].

Групові відмінності досліджували з використанням двосторонніх t-тестів для безперервних змінних і тестів хі-квадрат для категоріальних змінних (обсяги досліджуваних вибірок підпорядковуються закону нормального розподілу). Для вивчення асоціації рівня уникнення соціального досвіду з показниками соціальної тривоги (опитувальник SPIN), виразністю симптомів депресії (опитувальник PHQ-9), рівнем загальної тривожності (опитувальник GAD-7) та впливом травматичних подій за шкалою IES-R, виразності дистресу в підтримці загальної та робочої активності (шкала W&SAS) і задоволеності якістю життя (опитувальник Q-LES-Q-SF) була використана лінійна регресія. Ми використовували значення $p \leq 0,05$ для статистичної значущості. Усі аналізи були обчислені за допомогою SPSS для Windows версії 23.0 (SPSS Inc., 2019).

Результати та обговорення

Середній вік досліджуваних загальної вибірки, які залучені до діагностичного інтерв'ю, становив 30,63 +/-3,54 років, переважно жінки — 77,43 % (n = 223) (табл. 1).

Порівняльний аналіз за соціально-демографічними показниками не виявив значущих відмінностей ($p < 0,05$) між групами. Більшість досліджуваних обох груп мали в анамнезі звернення та періоди лікування щодо інших поширених проблем психічного здоров'я, частина з них мала кілька діагнозів у різні періоди життя (табл. 2).

Таблиця 1. Соціодемографічні показники досліджуваних по групах

		Основна група (n = 179)	Контрольна група (n = 109)
Вік	Роки, M (SD)	31,45 (3,84)	28,94 (1,98)
Стать	Чоловіки, % (n)	22,91 (41)	22,01 (24)
	Жінки, % (n)	77,09 (138)	77,99 (85)
Освіта	Вища, % (n)	76,5 (137)	92,6 (101)
Соціальний статус/ підтримка	Проживають на самоті,% (n)	26,81 (48)	33,02 (36)
	Проживають з рідними,% (n)	73,19 (131)	66,98 (73)

Аналіз анамнестичних даних вказує, що особам, які відзначили суттєвий дистрес через уникнення соціальної взаємодії, частіше діагностували соціальну фобію та панічний розлад. Попри суб'єктивно значущий для респондентів основної вибірки психоемоційний дистрес (пов'язаний з уникненням соціальної взаємодії через тривогу негативної оцінки чи збентеження в присутності інших), аналіз даних засвідчив, що показники рівня соціальної тривоги (M = 28,62; SD = 8,39) відповідають легкому рівню виразності симптомів на межі з помірним (рекомендована градація авторами методики SPIN: 20–29 балів для легкого рівня виразності симптомів). Поруч із цим за додатковими шкалами виявлено ознаки помірно виразної депресивної симптоматики (M = 17,25; SD = 3,16), рівня загальної тривожності (M = 11,96; SD = 2,67) та помірний дистрес, пов'язаний з уникненням ситуацій, які асоціюються з панічними станами та специфічними фобіями. Рівень дистресу пов'язаного з інтенсивністю переживання подій як травматичного досвіду становив у середньому 26,50 (SD = 4,02), що розглядається як підпороговий показник ПТСР за умов виконання інших критеріїв [28]. Із підгрупи А — 19 осіб попередньо мали встановлений діагноз соціального тривожного розладу щодо якого отримували психіатричну (медикаментозну) допомогу раніше, із підгрупи В кількість осіб, які мали на момент звернення діагноз соціальної фобії, становила — 64. Загальний рівень дистресу та погіршення соціального функціонування в основній групі становив M = 35,79; SD = 3,27, а задоволеність якістю життя — M = 26,48; SD = 4,58.

Виявлено, що особи, які відчувають суттєвий психоемоційний дистрес, пов'язаний із симптомами соціальної фобії, демонструють статистично вищі рівні виразності психопатологічної симптоматики й супутнього порушення психосоціального функціонування порівняно з контрольною групою (усі показники значущі при $p < 0,001$). За результатами лінійної регресії в основній групі виявлено значущу асоціацію рівня суб'єктивного дистресу, пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії з виразністю клінічно значущих ознак соціальної фобії (B = 0,100; t = 11,76; $p < 0,001$), рівнем генералізованої тривожності (B = 0,87, t = 3,258; $p < 0,001$) та вищим рівнем психоемоційного дистресу в повсякденній діяльності (B = 0,108; t = 3,041; $p < 0,01$).

Таблиця 2. Порівняльна таблиця анамнестичних даних щодо поширених проблем психічного здоров'я впродовж життя, % (n)

	Основна група (n = 179)	Контрольна група (n = 109)	Аналіз (*p < 0,05)
Великий депресивний розлад[1]	41,3 (74)	42,2 (46)	0,839
Генералізований тривожний розлад	18,99 (34)	18,3 (20)	0,498
Змішаний тривожно-депресивний розлад	62,6 (112)	61,2 (67)	0,157
Соціальний тривожний розлад	46,4 (83)	28,44 (31)	0,005*
Панічний розлад з та без агорафобії	17,87 (32)	24,7 (27)	0,035*
Специфічні фобії	3,91 (7)	0,91 (1)	0,134
ПТСР	22,91 (41)	28,77 (26)	0,853
Періоди зловживання ПАР та/чи алкоголем	12,29 (22)	14,68 (16)	0,561
Залежність від ПАР/ алкоголю[2]	5,02 (9)	5,50 (6)	0,860

Примітки: [1] — включаючи післяпологову депресію; [2] — проходили лікування від алкогольної залежності

Водночас було зазначено, що рівень психоемоційного дистресу в повсякденній діяльності в цій групі мав сильніші кореляційні зв'язки з рівнями виразності соціальної фобії, депресивної симптоматики, переживанням подій минулого як травматичного досвіду та дистресом через уникнення соціальної взаємодії ($r = 0,56–0,72$, $p < 0,001$). Результати лінійної регресії при залежній змінній рівень виразності психоемоційного дистресу та соціальних порушень у повсякденній діяльності додатково підтвердили значущу асоціацію з рівнями депресивної симптоматики (B = 0,179; t = 2,43; $p < 0,01$), інтенсивністю переживання травматичного досвіду (B = 0,419; t = 7,619; $p < 0,001$) та дистресом у соціальній взаємодії (B = 0,407; t = 2,558; $p < 0,01$). Подальший аналіз проводили для того, щоб порівняти виразність психопатологічної симптоматики та рівня в підгрупах залежно від досвіду й контексту травматичного досвіду осіб, які на момент огляду демонстрували ознаки соціально-тривожного розладу (табл. 4).

До підгрупи А увійшли особи, які були учасниками бойових дій та перебували в ситуації безпосередньої загрози смерті чи були її свідками. У такий спосіб учасники підгрупи А розглядалася в контексті відповідності травматичної події визначенню А для ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Підгрупу В сформували особи, що зазнали впливу соціальних подій, які визначають як травматичні. До відзначеного досвіду ми віднесли досвід втрати, сімейне насилля без загрози життю, булінг, дискримінацію, зокрема через статус внутрішньо переміщеної особи [8].

Серед досліджуваних із підгрупи А було маніфестовано статистично вищі рівні виразності психопатології, тягаря від психоемоційного дистресу в повсякденній діяльності та через уникнення соціальної взаємодії

Таблиця 3. Тяжкість поточних симптомів і соціальні порушення, mean (SD)

Шкали		Основна група (n = 179)	Контрольна група (n = 109)	Аналіз (*p < 0,05)
SPIN	M (SD)	28,62 (8,39)	22,59 (11,63)	0,000*
PHQ-9		17,25 (3,16)	15,08 (2,32)	0,000*
GAD-7		11,96 (2,67)	9,79 (3,37)	0,000*
Phobia scale-1		6,16 (1,34)	4,29 (1,77)	0,000*
Phobia scale-2		4,79 (1,34)	3,58 (1,16)	0,000*
Phobia scale-3(3)		3,69 (1,03)	2,48 (0,68)	0,000*
IES-R		26,50 (4,02)	24,27 (3,46)	0,000*
W&SAS		35,79 (3,28)	32,01 (4,71)	0,000*
Q-LES-Q-SF		26,48 (4,59)	30,15 (5,53)	0,000*

Примітни: Phobia scale 1 — суб'єктивна оцінка дистресу, пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії; Phobia scale 2 — суб'єктивна оцінка дистресу, пов'язаного з уникненням ситуацій чи місць, які асоціюються з панічними атаками; Phobia scale 3 — суб'єктивна оцінка дистресу, пов'язаного з уникненням об'єктів чи ситуацій, які асоціюються зі специфічними фобіями.

Таблиця 4. Порівняльний аналіз між підгрупами осіб з ознаками соціального тривожного розладу, mean (SD)

Шкали		Підгрупа А n=57 (31,8 %)	Підгрупа n=122 (68,2 %)	Аналіз (*p < 0,05)
SPIN	M (SD)	32,59 (8,74)	26,76 (7,58)	0,000*
PHQ-9		18,70 (2,89)	16,58 (3,06)	0,000*
GAD-7		12,72 (2,08)	11,61 (2,85)	0,01*
Phobia scale-1		7,03 (0,96)	5,76 (1,30)	0,000*
Phobia scale-2		5,63 (1,04)	4,40 (1,28)	0,000*
Phobia scale-3		4,11 (1,05)	3,51 (0,97)	0,000*
IES-R		30,51 (2,53)	24,63 (3,12)	0,000*
W&SAS		38,04 (2,99)	34,73 (2,89)	0,000*
Q-LES-Q-SF		23,11 (4,06)	28,05 (3,92)	0,000*

та нижчий рівень задоволеності якістю життя (показники значущі на $p < 0,001$ (табл. 4).

Результати множинної (ієрархічної) регресії засвідчують загальний показник виразності психоемоційного дистресу в підтримці повсякденної діяльності для підгрупи А — статистично може бути передбачений через поєднання рівня виразності депресивних ознак та впливу травматичних подій на 56,6 % ($p < 0,001$). Як самостійний предиктор, вплив травматичних подій описує 51,7 % дисперсії ($p < 0,001$). Водночас загальний рівень виразності клінічних ознак соціальної фобії не увійшов до статистично значущих предикторів. Додатковий аналіз засвідчив, що дистрес через соціальне уникнення у цій підгрупі суттєво асоціюється із впливом травматичних подій ($r = 0,717$; $p < 0,01$) і може розглядатися як самостійний опосередкований чинник. Так, 71 % ($p < 0,01$) дисперсії показника зниження задоволеності якістю життя зумовлено поєднанням впливу травматичних подій та дистресом через уникнення соціальної взаємодії. Поруч із цим результати в підгрупі В вказують, що статистично значущим внеском у виразність дистресу у підтримці загальної та робочої активності є поєднання клінічно значущих ознак соціальної фобії з проявами депресивних ознак та впливом травматичних подій — 69,9 % ($p < 0,001$). Дистрес через уникнення соціальної взаємодії суттєво асоціювався з ознаками соціальної фобії та депресивної симптоматики ($r = 0,61–0,82$; $p < 0,001$) і менше з впливом травматичного досвіду ($r = 0,554$; $p < 0,001$). Ознаки соціальної фобії як комплексного розладу пояснюють 37,2 % дисперсії ($p < 0,001$). Водночас внесок депресивної коморбідної симптоматики в підгрупі В виявився вищим порівняно з підгрупою А (28,7 і 3,5 % відповідно, $p < 0,001$). Саме поєднанням виразності соціальної фобії, дистресом через уникнення соціальної взаємодії та коморбідними депресивними ознаками зумовлює 70,6 % ($p < 0,05$) дисперсії показника задоволеністю якістю життям у підгрупі В.

Висновки

Життєвий досвід осіб, які пережили травматичні події, часто асоціюється із вразливістю до проблем із психічним здоров'ям та порушенням психологічного благополуччя: міжособистісні проблеми, зменшення підтримки, виснаження ресурсів саморегуляції тощо. Поруч із цим виражений дистрес через соціальну тривогу та характерне уникнення коригуючого досвіду перешкоджають процесу відновлення після психологічних травм, ускладнюють побудову ресурсних соціальних стосунків, зокрема, пов'язаних із безпекою, безумовним прийняттям та якістю життя.

Аналізуючи отримані дані ми дійшли висновку, що існує опосередкований зв'язок між отриманням досвіду та супутньому дистресу в соціальній взаємодії між виразністю клінічних ознак соціальної фобії та патопсихологічних симптомів характерних для депресії та ПТСР. Дистрес через соціальне уникнення в осіб із соціальною фобією, які мали досвід безпосередньої загрози життю, більшою мірою пояснюється коморбідними проявами посттравматичних симптомів та впливом травматичних подій. Ми не можемо стверджувати, що анамнез соціальної фобії (як самостійний предиктор) збільшує вразливість до формування клінічно значущих ознак, що відповідають ПТСР, проте кореляційний зв'язок між цими категоріями виявився статистично значущий ($r = 0,489$; $p < 0,01$). Можна припустити, що вплив безпосереднього травматичного досвіду, що загрожував життю, може спровокувати загострення соціальної фобії та іншої коморбідної патології. Більш високі показники психопатологічної симптоматики в цій підгрупі також можуть бути результатом взаємодії чинників, пов'язаних із труднощами адаптації та соціальної підтримки у післябойовий або посттравматичний період, які виходять за межі поточного дослідження.

На нашу думку, когнітивні та поведінкові стратегії, характерні для клінічної картини соціальної фобії та орієнтовані на уникнення соціальної взаємодії чи іншої активності в присутності інших, могли вплинути на труднощі адаптації, загострюючи дистрес у повсякденній діяльності та знижуючи задоволеність якістю життя.

Водночас особи із соціально фобією, які зазнали впливу соціальних подій і визначають їх як травматичні — більшою мірою демонстрували поєднання тривожно-депресивної симптоматики, що зумовлює появу дистресу, пов'язаного з уникненням соціальної взаємодії.

Отже, травматичний досвід радше виявився модифікувальним чинником вразливості, ніж самостійним чинником. Проте без попереднього оцінювання травматичного досвіду — ми не можемо оцінити, наскільки особи з цієї підгрупи є більш вразливими до порушень настрою чи порушень адаптації в періоди життєвих криз.

Додатково поміж обмежень нашого дослідження потрібно виділити використання крос-секційного дизайну дослідження, що обмежує інтерпретацію причинно-наслідкових зв'язків між змінними.

Власне, подальші дослідження допоможуть розширити знання щодо ролі «соціального уникнення» у патогенезі коморбідних порушень осіб, які страждають на соціальну фобію та інтегрувати отримані результати у програми комплексної психокорекції коморбідностей непсихотичного спектра в осіб із соціально-тривожним розладом.

Література

1. Stein D.J., Lim C.C.W., Roest A.M. et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med*. 2017. Vol. 15, № 1. P. 143. DOI: https://doi.org/10.1186/s12916–017–0889–2

2. Avramchuk O. Social anxiety disorder: relevance and perspectives. *PMGP*. 2018. Vol. 3, № 3. DOI: https://doi.org/10.26766/pmgp.v3i3.103.

3. Bandelow B., Charimo Torrente A., Wedekind D., Broocks A., Hajak G., Rüther E. Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2004. Vol. 254, № 6. P. 397–405. DOI: https://doi.org/10.1007/s00406–004–0521–2.

4. Carleton R.N., Peluso D.L., Collimore K.C., Asmundson G.J. Social anxiety and posttraumatic stress symptoms: The impact of distressing social events. *J Anxiety Disord*. 2011. Vol. 25, № 1.P. 49–57. DOI: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.002.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: APA Publishing, 2013.

6. Kern S.M., Stacy S.E., Kozina R.M., Ripley A.J., Clapp J.D. Exploring the relation between posttraumatic stress disorder and interpersonal outcomes: The role of social acknowledgment and trauma type. *J Clin Psychol*. 2019. Vol. 75. P. 132–45. DOI: https://doi.org/10.1002/jclp.22693.

7. Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME. Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2006;Vol. 20(№ 7). P. 896–914. DOI: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.006.

8. Bjornsson A.S., Hardarson J.P., Valdimarsdottir A.G. et al. Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2020. Vol. 72: e102228. DOI: https://doi.org:10.1016/j.janxdis.2020.102228.

9. McMillan K.A., Asmundson G.J.G. PTSD, social anxiety disorder, and trauma: An examination of the influence of trauma type on comorbidity using a nationally representative sample. *Psychiatry Res*. 2016. Vol. 246. P. 561–7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.036.

10. McMillan K.A., Asmundson G., Sareen J. Comorbid PTSD and Social Anxiety Disorder: Associations With Quality of Life and Suicide Attempts. *The Journal of nervous and mental disease*. 2017. Vol. 205, № 9. P. 732–37. DOI: doi.org/10.1097/NMD.0000000000000704.

11. Long M.E., Elhai J.D., Schweinle A., Gray M.J., Grubaugh A.L., Frueh B.C. Differences in posttraumatic stress disorder diagnostic rates and symptom severity between Criterion A1 and non-Criterion A1 stressors. *J Anxiety Disord*. 2008. Vol. 22, № 7. P. 1255–63. DOI: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.006.

12. Boals A., Schuettler D. PTSD symptoms in response to traumatic and nontraumatic events: The role of respondent perception and A2 criterion. *J Anxiety Disord*. 2009. Vol. 23, № 4. P. 458–62. DOI: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.09.003.

13. Morina N. The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *J Nerv Ment Dis*. 2007. Vol. 195, № 8. P. 697–700. DOI: https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31811f44a6.

14. Angelakis I., Gooding P. Obsessive-Compulsive Disorder and Suicidal Experiences: The Role of Experiential Avoidance. *Suicide Life Threat Behav*. 2020. Vol. 50, № 2. P. 359–71. DOI: https://doi.org/10.1111/sltb.12593.

15. Berzonsky M.D., Kinney A. Identity Processing Style and Depression: The Mediational Role of Experiential Avoidance and Self-Regulation. *Identity*. 2019. Vol. 19, № 2. P. 83–97. DOI: 10.1080/15283488.2019.1567341.

16. Espel-Huynh H.M., Muratore A.F., Virzi N., Brooks G., Zandberg L.J. Mediating role of experiential avoidance in the relationship between anxiety sensitivity and eating disorder psychopathology: A clinical replication. *Eat Behav*. 2019. Vol. 34: e101308. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101308.

17. Henschel A.V., Williams J.L., Hardt M.M. The Role of Experiential Avoidance and Emotion Regulation in DSM-5 Posttraumatic Stress Symptomatology. *Journal of Loss and Trauma*. 2021. Vol. 26, № 6. P. 527–39. DOI: 10.1080/15325024.2020.1841506.

18. Plumb J.C., Orsillo S.M., Luterek J.A. A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004. Vol. 35, № 3. P. 245–57. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.011.

19. Reddy M.K., Pickett S.M., Orcutt H. Experiential Avoidance as a Mediator in the Relationship Between Childhood Psychological Abuse and Current Mental Health Symptoms in College Students. *Journal of Emotional Abuse*. 2006. Vol. 6. P. 67–85. DOI: HTTPS://DOI.ORG/10.1300/J135v06n01_04.

20. Kelly M.M., DeBeer B.B., Meyer E.C., Kimbrel N.A., Gulliver S.B., Morissette S.B. Experiential avoidance as a mediator of the association between posttraumatic stress disorder symptoms and social support: A longitudinal analysis. *Psychol Trauma*. 2019. Vol. 11, № 3. P. 353–9. DOI: https://doi.org/10.1037/tra0000375.

21. Leonard K.A., Ellis R.A., Orcutt H.K. Experiential avoidance as a mediator in the relationship between shame and posttraumatic stress disorder: The effect of gender. *Psychol Trauma*. 2020. Vol. 12, № 6. P. 651–8. DOI: https://doi.org/10.1037/tra0000601.

22. Spinhoven P., Drost J., de Rooij M., van Hemert A.M., Penninx B.W. A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behav Ther*. 2014. Vol. 45, № 6. P. 840–50. DOI: https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001.

23. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11): preliminary version. Geneva: WHO; 2018. URL: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.

24. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998. Vol. 59, № 20. P. 22–33.

25. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva: WHO; 2018. URL: https://icd.who.int/browse10/2016/en

26. The Improving Access to Psychological Therapies Manual (IAPT). London: National Collaborating Centre for Mental Health; 2018. URL: https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual.

27. Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacol Bull*. 1993. Vol. 29. P. 321–6.

28. Creamer M., Bell R., Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale — Revised. *Behav Res Ther*. 2003. Vol. 41, № 12. P. 1489–96. DOI: https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010.

Психосоматична медицина та загальна практика.
2022. Вип. 6, № 3: e0603326.
DOI: 10.26766/pmgp.v6i3.326.