

УДК 159.972

DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.2\(18\).2](https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.2(18).2)

Олександр АВРАМЧУК, канд. психол. наук, доц.
ORCID ID: 0000-0001-8512-7817
e-mail: avramchuk.md@ucu.edu.ua
Український Католицький Університет, Львів, Україна

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ КОМОРБІДНИХ ТРИВОЖНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ ІЗ СОЦІАЛЬНИМ ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ: РОЛЬ ДИСФУНКЦІЙНИХ КОГНІТИВНИХ СХЕМ

Вступ. *Тривожні розлади є однією з поширених категорій проблем з психічним здоров'ям, які характеризуються стійким виснажливим відчуттям тривоги, яка здебільшого зумовлена непродуктивними очікуваннями щодо потенційних викликів чи загроз. Для людей із соціальним тривожним розладом страх перед соціальними ситуаціями може відчуватися настільки інтенсивним, що опиняється поза їхнім контролем, чим спричинює схильність до соціальної ізоляції та ускладнення процесу відновлення.*

Методи. *Емпіричне дослідження проводилося у період з 2018-го до 2022-го року включно серед осіб (віком 18-40 років) із соціальним тривожним розладом та з клінічно значущими ознаками супутніх тривожних розладів (зокрема, генералізованого тривожного розладу та симптомами панічних атак) згідно з критеріями DSM-5 – основна група складалася з 651 особи. Усі учасники дослідження залучені добровільно й надали усвідомлену інформовану згоду.*

Результати. *Особи із соціальним тривожним розладом проявляють вищий рівень клінічної тривоги та загального дистресу порівняно з контрольною групою. Також виявлені суттєві відмінності в напруженості ранніх дисфункційних схем порівняно з контрольною групою. Продемонстровано кореляційні зв'язки між проявами дисфункційних схем та рівнями соціальної тривоги й прояві коморбідної психопатології. Зазначено, що внесок когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій, пов'язаних зі схемами, такими як соціальна ізоляція / відчуження, некомпетентність / очікування невдач та очікування катастрофи, може пояснити розподіл варіабельності в симптомах соціальної тривоги та коморбідної тривожної симптоматики.*

Висновки. *Емпіричне дослідження вказує на те, що люди, які страждають від соціального тривожного розладу, мають дисфункційні переконання, які тісно пов'язані з проявами коморбідної психопатології тривожного спектра. Урахування особливостей функціонування глибоких переконань щодо себе та соціальної взаємодії, структурованих у когнітивні схеми, може сприяти визначенню ефективного підходу до терапії та поліпшенню якості життя осіб із зазначеними симптомами. Подальші дослідження можуть бути скеровані на розширення ролі ранніх дисфункційних схем у патогенезі коморбідних станів та ролі механізмів уникнення у процесі адаптації до життєвих обставин.*

Ключові слова: *соціальний тривожний розлад, соціальна ізоляція, генералізований тривожний розлад, панічні стани, ранні дисфункційні схеми.*

Вступ

Згідно з дослідженнями, проведеними до 2015 р., понад третина населення в Європі впродовж життя відчуває суттєвий дистрес чи інші симптоми тривожних порушень та/чи розладів (Bandelow, & Michaelis, 2015). Тривожні розлади вважаються одними з найпоширеніших категорій проблем з психічним здоров'ям, які демонструють постійне зростання поширеності, захворюваності та збільшення показників інвалідизації – DALY. Важливо наголосити, що показники поширеності психоемоційного дистресу, викликаного клінічного тривожного, залишаються відносно стабільними та обумовлюють вразливість та інші модифікуючі фактори ризику для формування хронічних станів і супутніх коморбідних порушень (Javaid et al., 2023). На сьогодні більшість досліджень, що вивчають коморбідність між тривожними розладами повідомляли про високий ступінь коморбідності між ними. Проблема коморбідності між різними типами тривожних розладів часто ігнорується в наявних дослідженнях, що ускладнює аналіз результатів та їх застосування до конкретних тривожних розладів чи тривоги загалом (Spence, Zubrick, & Lawrence, 2018).

Акцентом нашої уваги став соціальний тривожний розлад, або соціальна фобія. Результати крос-національного дослідження поширеності соціального тривожного розладу опублікованого у 2017 р., підтверджують високу поширеність розладу в межах 4 % впродовж життя людини, але й значну коморбідність між соціальною фобією, тривожними розладами та іншими психічними захворюваннями (Stein et al., 2017). Проведений авторами аналіз вказує, що існують закономірності у стійкості симптомів, психоемоційних порушеннях у різних сферах життєдіяльності, а також спільним патогенезом

коморбідних розладів. У контексті асоціації із соціальною фобією виявлено, що тривожні розлади переважно пов'язані з відчуттям постійної тривоги та занепокоєнням, спрямованим на міжособистісні стосунки. Зокрема, для генералізованого тривожного розладу (коморбідність до 27 %) характерні надмірно узагальнені тривожні думки, які, хоч і не пов'язані із страхом перед негативною соціальною оцінкою напряду, але можуть бути викликані тривожними переконаннями та переживанням невдач у соціальних ситуаціях. Такі механізми й особливості включають надмірне узагальнення, катастрофізацію та фіксацію на негативних малоймовірних наслідках у перспективі, з увагою, яка може зміщуватися з переконань про себе на зовнішні обставини (Turk et al., 2005). Саме тому люди із симптомами тривожних розладів можуть виявляти унікальні варіанти реагування на міжособистісні ситуації, що може сприяти міжособистісній дисфункції та асоціюватися з симптомами соціальної фобії (Аврамчук, 2021а). Згідно з узагальненим аналізом А. Коупсу та його співаторів, виявлено, що коморбідність із панічним розладом коливається в межах від 4,7 % до 26,9 %, тоді як з агорафобією вона становить від 8 % до 45 % (Коупсу et al., 2019). Досвід панічних атак може стати тригером для загострення соціальної фобії, оскільки самі симптоми та відчуття під час атак можуть стати об'єктом небажаної уваги чи викликати переконання про власну слабкість. Зосереджуючись на досвіді панічних атак, особи із соціальною фобією можуть уникати обставин, пов'язаних із фізичним дискомфортом або нав'язливими фантазіями про втрату контролю. Збільшення частоти панічних станів може підштовхувати осіб із соціальною фобією до звернення за лікуванням, навіть якщо вони довгий час вже відчувають соціальну тривогу.

Зауважимо, що поєднання агорафобії та соціальної фобії може призводити до соціальної депривації та усамітнення, що загострює клінічний стан і ускладнює можливості своєчасного звернення за необхідною допомогою (Vigne et al., 2018).

Незважаючи на виявлені характеристики, теоретичні моделі та особливості тривожних станів вимагають подальших досліджень та розширення.

Метою нашої роботи є емпірично дослідити їхні взаємозв'язки та вплив когнітивних дисфункційних схем на вираженість коморбідної тривожної патології в осіб із соціальним тривожним розладом.

Методи

З метою дослідження актуальності та виокремлення ключових аспектів для подальшої інтерпретації результатів було використано такі критерії на етапі теоретичного аналізу: дослідження спрямовувалися на осіб із встановленим діагнозом *соціальний тривожний розлад* або тих, які належали до субклінічної групи (виявлені ознаки психосоціального дистресу в соціальній взаємодії чи перед нею); здійснювалася первинна оцінка або аналіз впливу ранніх дисфункційних схем; об'єктом уваги досліджень були соціальна фобія та/або супутні тривожні стани.

Результати емпіричного етапу дослідження базуються на інформації, зібраній в період з 2018-го до 2022-го року включно від осіб, що зверталися по психологічну допомогу. Усі учасники надали інформовану згоду на використання своїх даних у дослідженні з урахуванням конфіденційності персональних даних. У розгляді враховувалися соціальні та демографічні аспекти, такі як вік, стать, освіта та соціальний статус, а також історія психічних захворювань, зокрема соціального тривожного розладу та епізодів тривожних розладів. Середній вік учасників 27–28 років, переважно жінки (близько 73 % учасників), 65,17 % мають завершену освіту та 59 % проживають з рідними чи відмічають їхню безпосередню підтримку. Психопатологічні стани, які виникають у зв'язку з хронічною соматичною патологією, включаючи наслідки від перенесеного COVID-19, та які асоційовані із уживанням психоактивних речовин або є результатом інших

психічних порушень (таких як шизофренія, біполярний розлад, психоорганічні порушення, інтелектуальна неповноправність), було враховано як критерії виключення.

Дослідження використовувало комплексний підхід до збору та аналізу даних. Первинне діагностичне інтерв'ю здійснювалося з використанням моделі інтерв'ювання "The MINI: International Neuropsychiatric Interview" (Sheehan et al., 1998-2016) з метою збору інформації від осіб із соціальним тривожним розладом чи субклінічними ознаками. Оцінка рівня соціальної тривоги та відповідність критеріям соціальної фобії здійснювалася за допомогою опитувальника "Social Phobia Inventory" (SPIN; Connor, 2000). Для визначення вираженості тривожних порушень використовувався опитувальник General Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006); мінімальним балом щодо клінічно значущих симптомів тривожних станів зазвичай вважають 7 балів й вище. Для аналізу коморбідної симптоматики використовувалася методика "Symptom Checklist-90-R, Revised" (SCL-90-R; Derogatis, Unger, 2010): субшкали "міжособистісної чутливості", тривоги та загального симптомологічного дистресу.

Для вивчення глибинних переконань у моделі патогенезу соціального тривожного розладу (Calvete, Orue, & Hankin, 2013; Mairet, Boag, & Warburton, 2014; Penney, Norton, 2022) було застосовано діагностичний опитувальник Дж Янга – "Young Schema Questionnaire: Short Form" (YSQ-S3; Young, & Brown, 2005), теоретична модель якого охоплює когнітивні та поведінкові стратегії опанування та враховує тип прив'язаності.

Усі статистичні обчислення проводилися за допомогою програмного забезпечення SPSS Version 23.0 (SPSS Inc., 2019).

Результати

За результатами первинного аналізу продемонстровано статистичну значущість порівняно з контрольною групою щодо вираженості симптомів соціального тривожного розладу та коморбідних проявів тривожного спектра (табл. 1).

Таблиця 1

Вираженість симптомів соціальної тривоги та тривожних станів по групах

	Основна група, n = 651 M (SD)	Контрольна група, N = 532 M (SD)	p value	Effect size Hedges' g (95 % CI)
SPIN	29,20 (9,76)	21,28 (8,49)	0,000	0,86 (0,78-0,94)
SCL-90-R: INT	2,38 (0,95)	1,97 (0,92)	0,001	0,44 (0,36-0,51)
GAD-7	10,78 (2,32)	10,19 (2,14)	0,002	0,23 (0,11-0,34)
SCL-90-R: ANX	1,86 (0,93)	1,72 (0,94)	0,045	0,22 (0,11-0,34)
SCL-90-R: GSI	5,62 (0,78)	5,16 (0,70)	0,000	0,62 (0,50-0,73)
SCL-90-R: PSDI	4,51 (1,03)	3,97 (0,98)	0,000	0,54 (0,42-0,65)

SCL-90-R: INT – субшкала SCL-90-R "міжособистісна сенситивність"; SCL-90-R: ANX – субшкала тривожності SCL-90-R; GSI – загальний індекс тяжкості симптоматики; PSDI – індекс наявного симптомологічного дистресу.

Виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнями загальних тривожних симптомів та суб'єктивним дистресом через тривогу й клінічно значущими рівнями соціального тривожного розладу ($r = 0,51 - 0,57$, $p < 0,000$). Ці результати також доповнюються скаргами людей під час діагностичних зустрічей. У результаті проведених діагностичних інтерв'ю виявлено, що більшість респондентів висловлювали посилений рівень загальної напруги та очікування панічного стану в значущих ситуаціях соціальної взаємодії чи їх очікуванні. Істотну частину страху перед негативною оцінкою асоціювали з неспроможністю втримати свій стан під контролем та переконаннями, що їхні прояви тривоги розглядатимуться

як слабкість та вразливість. Також важливим фактором була непродуктивна фіксація на фізіологічних змінах у тілі, які пов'язувалися з імовірністю панічної атаки чи іншого дискомфорту. У контексті стратегій опанування соціальною тривою, що виявилися панівними, спостерігалася соціальне відсторонення: обмежували час проведення порад з іншими та рідко зверталися за допомогою чи підтримкою, демонстрували обмеження у спілкуванні та прагнули уникати зорового контакту.

Аналіз кореляційного зв'язку між вираженістю коморбідної тривожної симптоматики в осіб із соціальним тривожним розладом підтвердив наявність суттєвих асоціацій із ранніми дисфункційними схемами. Зокрема,

виявлено суттєві кореляції зі схемами соціальної ізоляції / відчуження, недовіри, емоційної депривації, емоційної інгібіції, очікування катастрофи, некомпетентності / очікування невдач та безпорадності та залежності (коєфіцієнти кореляції в діапазоні $r = 0,31 - 0,57$, $p < 0,000$),

що також знайшло своє підтвердження у наших попередніх дослідженнях (Аврамчук, 2021b)

У табл. 2 представлено порівняльний аналіз основної та контрольної груп щодо вираженості (напруженості) ранніх дисфункційних схем.

Таблиця 2

Вираженість дисфункційних когнітивних схем у групах досліджуваних*

Дисфункційні когнітивні схеми	Основна група M(SD)	Контрольна група M(SD)	Effect size Hedges' g (95 % CI)
Схема емоційної депривації	3,24 (1,61)	2,83 (1,47)	0,26 (0,15-0,38)
Схема соціальної ізоляції / відчуження	3,94 (1,31)	3,15 (1,30)	0,60 (0,49-0,72)
Схема недовіри	3,99 (1,08)	3,71 (1,15)	0,25 (0,14-0,37)
Схема покинення	3,48 (1,39)	3,28 (1,24)	0,15 (0,04-0,27)
Схема дефективності	2,97 (1,47)	2,62 (1,44)	0,24 (0,12-0,36)
Схема підкорення	3,48 (1,36)	3,19 (1,16)	0,23 (0,12-0,35)
Схема емоційної інгібіції	4,00 (1,03)	3,71 (1,28)	0,25 (0,14-0,37)
Схема надвисоких стандартів	4,06 (1,05)	3,74 (1,12)	0,30 (0,18-0,41)
Схема неминучих невдач / некомпетентності	3,61 (1,02)	3,06 (1,38)	0,46 (0,34-0,58)
Схема очікування катастрофи	3,62 (1,19)	3,02 (1,14)	0,51 (0,40-0,63)
Схема безпорадності / залежності	2,77 (1,39)	2,60 (1,39)	0,12 (0,01-0,24)

*включено лише дані, що продемонстрували статистичну значущість при $p < 0,05$.

Результати регресійного аналізу дозволили зробити висновки щодо взаємозв'язку переконань та поведінкового реагування, що визначаються ранніми дисфункційними схемами, із вираженістю коморбідної тривожної симптоматики. У цьому контексті поєднання схем соціальної ізоляції / відчуження, недовіри, некомпетентності / очікування невдач, очікування катастрофи, безпорадності та залежності, а також схеми підкорення, разом описують значну частину (52 %) варіації у вираженості коморбідної тривожної симптоматики. Додатково схеми соціальної ізоляції / відчуження, некомпетентності / очікування невдач, очікування катастрофи, безпорадності та залежності, а також схема злиття / невідокремленої особистої ідентичності й

підкорення є ключовими показниками для розуміння симптомологічного дистресу, пов'язаного із тривогою (46 % варіації за шкалою SCL-90-R). На підставі аналізу виявлено, що п'ять дисфункційних схем – соціальної ізоляції / відчуження, неминучих невдач / некомпетентності, схема очікування катастрофи, підкорення і схема безпорадності та залежності є спільними предикторами для коморбідної тривожності, як представлено на табл. 3. Показники вираженості схем недовіри та схеми злиття / невідокремленої особистої ідентичності, хоч і мають статистично значущий вплив ($\beta = 0,072$, $p < 0,000$ і $\beta = 0,078$, $p < 0,000$ відповідно за шкалами GAD-7 та SCL-90-R), усе ж мають невеликий вплив на коморбідні тривожні стани.

Таблиця 3

Лінійна модель регресії із залежною змінною вираженості тривожної симптоматики в осіб з соціальним тривожним розладом

Дисфункційні когнітивні схеми	B	SEB	β	t	p	Pearson Correlation
Схема соціальної ізоляції / відчуження	0,552	0,061	0,309	8,991	0,000	0,572
Схема неминучих невдач / некомпетентності	0,508	0,060	0,294	8,429	0,000	0,517
Схема очікування катастрофи	0,642	0,070	0,327	9,201	0,000	0,560
Схема підкорення	0,370	0,068	0,161	5,432	0,000	0,367
Схема безпорадності та залежності	-0,232	0,070	-0,112	-3,329	0,001	0,268

49 % дисперсії показника вираженості симптомів соціального тривожного розладу ($R^2 = 0,490$, $F_{(3; 647)} = 206,86$, $p < 0,000$, Cohen's f^2 (CI95%) = 0,876) було описано схемами соціальної ізоляції / відчуження, некомпетентності / очікування неминучих невдач і схема очікування катастрофи. Варто відзначити, що до аналізу не було включено схеми безпорадності та залежності й підкорення, оскільки під час порівняння з контрольною групою продемонстрували суттєво низький розмір ефекту, що може свідчити про випадковий характер відмінностей.

На основі проведеного регресійного аналізу встановлено, що значна частина вираженості симптомів соціального тривожного розладу може бути пояснена трьома дисфункційними схемами: соціальної ізоляції / відчуження, некомпетентності / очікування неминучих невдач і схеми очікування катастрофи. Результати ($R^2 = 0,490$, $F_{(3; 647)} = 206,86$, $p < 0,000$, Cohen's f^2 (CI95%) = 0,876) вказують на високий ступінь значущості та великий розмір ефекту в моделі. Слід відзначити, що схеми безпорадності та залежності й підкорення не були включені до

аналізу через їхній суттєво низький розмір ефекту порівняно з контрольною групою, що може свідчити про ймовірний випадковий характер відмінностей у цих схемах.

На основі отриманих результатів можна зробити висновки, що очікування неминучих невдач та очікування катастрофи відіграють важливу роль у формуванні непродуктивних переконань стосовно неможливості або обмежених шансів успішного результату соціальної взаємодії. Так званий механізм "пророцтва, що здійснюється", пов'язане зі схемами некомпетентності та очікування неминучих невдач, спонукає особу відчувати тривогу перед спробами, яких ще немає, особливо, коли існують переконання, що вони будуть негативно оцінені чи визначені. Унаслідок цього індивід, вдаючись до стратегій уникнення, обмежує можливість засвоєння коригувального емоційного досвіду та метакогнітивного опрацювання життєвих ситуацій. Невдачі призводять до посилення переконань у власній некомпетентності, підкріплюючи ригідні переконання щодо власних обмежень. Цей цикл може зумовлювати

постійну тривогу щодо можливих наслідків та невдач, зокрема в ситуаціях невизначеності чи нового досвіду, що, у свою чергу, призводить до когнітивних викривлень, таких як гіперузагальнення та катастрофізація.

Важливо відзначити, що негативні очікування та надані значення, сформовані на основі взаємодії ранніх дисфункційних схем, можуть обмежувати поведінку індивіда та сприяти його уникненню соціальної взаємодії. Це може призводити до виникнення соціальної ізоляції та підкріплення відчуття вразливості перед ризиком невдачі у взаємодії з оточенням. На нашу думку, когнітивні схеми емоційної депривації, соціальної ізоляції, очікування неминучих невдач й очікування катастрофи можуть виступати предикторами уникної поведінки й водночас слугувати механізмом розвитку коморбідного й комплементарного патогенетичного зв'язку.

Дискусія і висновки

Здійснений аналіз результатів емпіричного дослідження підтверджує тісний зв'язок між дисфункційними переконаннями та вираженістю ключової психопатології восіб із соціальним тривожним розладом. За отриманими даними можна зазначити, що в людей із соціальною фобією у минулому може існувати постійне очікування невдачі, страх недосягнення успіху та неспроможності виявити себе в соціальних ситуаціях. Це може породжувати почуття невпевненості, некомпетентності та негативного уявлення про майбутнє, що збільшує вразливість перед очікуваною невдачею або катастрофою і виявляється у симптомах коморбідних тривожних станів та розладів.

Типові уявлення, що характерні для соціальної фобії та пов'язані з очікуванням негативної оцінки від інших, сприяють уникненню прямих соціальних контактів та використанню непродуктивних стратегій захисного поведіння, таких як емоційна депривація та соціальне відсторонення. Переконання у небезпеці, неприйнятності вираження власних емоцій чи втраті контролю над ними може пояснювати раціоналізацію порушеного почуття соціальної належності.

Отримані результати свідчать про потребу в розробленні інтервенцій, спрямованих на зменшення стресу, пов'язаного із соціальною взаємодією, та розвиток адаптивних стратегій управління тривогою. Урахування цих особливостей може сприяти ефективному підходу до терапії та поліпшенню якості життя осіб із зазначеними симптомами. Також результати нашого дослідження дають підставу для подальших роздумів та досліджень механізмів уникнення у здобутті коригувального досвіду. Ці напрями досліджень можуть сприяти розумінню психологічної негнучкості та порушень адаптації в осіб із соціальним тривожним розладом та допомогти в удосконаленні підходів до їх терапевтичного супроводу.

Список використаних джерел

- Аврамчук, О. (2021а). Роль впливу соціального уникнення та дистанціювання на схильність до тривожних розладів у період пандемії COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(4). <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9.11>
- Аврамчук, О. (2021б). Соціальна тривога серед студентів під час COVID-19: роль ранніх дисфункційних схем. *Психологічний часопис*, 7(9), 136–145. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9.11>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 278–288. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011>
- Javaid, S. F., Hashim I., Jawad, H. M., Jawad, Stip, E., Samad, M. A., & Al Ahbab, A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and

sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry*, 30, 44. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>

Koyuncu, A., Ince, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>

Mairet K., Boag S., & Warburton W. (2014) How important is temperament? The relationship between coping styles, early maladaptive schemas and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 171–190.

Penney, E S., & Norton, A. R. (2022). A Novel Application of the Schema Therapy Mode Model for Social Anxiety Disorder: A Naturalistic Case Study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34–47. <https://doi.org/10.1177/15346501211027866>

Spence, S.H, Zubrick, S.R, & Lawrence, D. (2018) A profile of social, separation and generalized anxiety disorders in an Australian nationally representative sample of children and adolescents: Prevalence, comorbidity and correlates. *Australian, & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(5), 446–460. <https://doi.org/10.1177/0004867417741981>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Stein, Dan J., Lim, Carmen C. W., Roes, Annelieke M., Jonge, Peter de, Aguilar-Gaxiola, Sergio, Al-Hamzawi, Ali, Alonso, Jordi, Benjet, Corina, Bromet, Evelyn J., Bruffaerts, Ronny, Girolamo, Giovanni de, Florescu, Silvia, Gureje, Oye, Haro, Josep Maria, Harris, Meredith G., He, Yanling, Hinkov, Hristo, Horiguchi, Itsuko, Hu, Chiyi, . . . Navarro-Mateu Fernando (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med*, 15, 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89–106. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>

Vigne, P., Fortes, P., Dias, R. V., Laurito, L. D., Loureiro, C. P., Menez, G. B. de, Stangier, U., & Fontenelle, L. F. (2018). Duration of untreated illness in a cross-diagnostic sample of obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and social anxiety disorder. *CNS Spectrums*, 1–7. <http://doi.org/10.1017/s1092852918001281>

Young, J. E., & Brown, G. (2005). *Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3 (YSQ-S3, YSQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>

References

- Avramchuk, O. (2021a). The role of social avoidance and distancing in susceptibility to anxiety disorders during the pandemic COVID-19. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 6(4). <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9.11> [in Ukrainian]
- Avramchuk, O. (2021b). Social anxiety among students during COVID-19: the role of early maladaptive schemas. *Psychological Journal*, 7(9), 136–145. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9.11> [in Ukrainian]
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 278–288. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011>
- Javaid, S. F., Hashim I., Jawad, H. M., Jawad, Stip, E., Samad, M. A., & Al Ahbab, A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry*, 30, 44. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>
- Koyuncu, A., Ince, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Mairet K., Boag S., & Warburton W. (2014) How important is temperament? The relationship between coping styles, early maladaptive schemas and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 171–190.
- Penney, E S., & Norton, A. R. (2022). A Novel Application of the Schema Therapy Mode Model for Social Anxiety Disorder: A Naturalistic Case Study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34–47. <https://doi.org/10.1177/15346501211027866>
- Spence, S.H, Zubrick, S.R, & Lawrence, D. (2018) A profile of social, separation and generalized anxiety disorders in an Australian nationally representative sample of children and adolescents: Prevalence, comorbidity and correlates. *Australian, & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(5), 446–460. <https://doi.org/10.1177/0004867417741981>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stein, Dan J., Lim, Carmen C. W., Roes, Annelieke M., Jonge, Peter de, Aguilar-Gaxiola, Sergio, Al-Hamzawi, Ali, Alonso, Jordi, Benjet, Corina, Bromet, Evelyn J., Bruffaerts, Ronny, Girolamo, Giovanni de, Florescu, Silvia, Gureje, Oye, Haro, Josep Maria, Harris, Meredith G., He, Yanling, Hinkov, Hristo, Horiguchi, Itsuko, Hu, Chiyi, . . . Navarro-Mateu Fernando (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med*, 15, 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89–106. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>

Vigne, P., Fortes, P., Dias, R. V., Laurito, L. D., Loureiro, C. P., Menez, G. B. de, Stangier, U., & Fontenelle, L. F. (2018). Duration of untreated illness in a cross-diagnostic sample of obsessive-compulsive disorder, panic disorder,

and social anxiety disorder. *CNS Spectrums*, 1–7. <http://doi.org/10.1017/s1092852918001281>

Young, J. E., & Brown, G. (2005). *Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3 (YSQ-S3, YSQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/167023-000>

Отримано редакцією журналу: / Received: 10.09.23
Прорецензовано: / Revised: 06.10.23
Схвалено до друку: / Accepted: 15.11.23

Oleksandr AVRAMCHUK, PhD (Psychol.), Assoc. Prof.
ORCID ID: 0000-0001-8512-7817
e-mail: avramchuk.md@ucu.edu.ua
Ukrainian Catholic University, Lviv, Ukraine

PATHOGENETIC MECHANISMS OF COMORBID ANXIETY DISORDERS IN PERSONS WITH SOCIAL ANXIETY DISORDER: THE ROLE OF DYSFUNCTION COGNITIVE SCHEMES

Background. *Anxiety disorders are one of the common categories of mental health problems characterized by a persistent debilitating feeling of anxiety, which is due mainly to unproductive expectations about potential challenges or threats. For example, for people with social anxiety disorder, the fear of social situations can feel so intense that it seems out of their control, leading to a tendency toward social isolation and complicating the recovery process.*

Methods. *An empirical study was conducted between 2018 and 2022 among individuals (aged 18-40) with social anxiety disorder and with clinically significant symptoms of co-occurring anxiety disorders (including generalized anxiety disorder and symptoms of panic attacks) according to DSM-5 criteria – the main the group consisted of 651 people. All study participants participated voluntarily and provided informed consent.*

Results. *Individuals with social anxiety disorder exhibit higher levels of clinical anxiety and general distress compared to controls. Significant differences in the intensity of early dysfunctional schemes were also found compared to the control group. Correlations between manifestations of dysfunctional schemas, levels of social anxiety and manifestations of comorbid psychopathology have been demonstrated. It has been suggested that the contribution of cognitive, emotional, and behavioral responses related to schemas such as social isolation/alienation, incompetence/failure anticipation, and catastrophe anticipation may explain the distribution of variability in social anxiety symptoms and comorbid anxiety symptoms.*

Conclusions. *The analysis of the results of the empirical study confirms the close relationship between dysfunctional beliefs and the severity of anxiety psychopathology in individuals with social anxiety disorder. Considering the features of the functioning of deep beliefs about oneself and social interaction, structured into cognitive schemes, can contribute to a practical approach to therapy and improve the quality of life of persons with the specified symptoms. Further research can be directed at expanding the role of early dysfunctional schemes in the pathogenesis of comorbid conditions and the role of avoidance mechanisms in adapting to life circumstances.*

Keywords: *social anxiety, social phobia, social isolation, generalized anxiety disorder, panic attacks, early maladaptive schemas.*

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The author declares no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; in the decision to publish the results.