

## РОЛЬ ДИСФУНКЦІЙНИХ КОГНІТИВНИХ СХЕМ У ПАТОГЕНЕЗІ КОМОРБІДНИХ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ З СОЦІАЛЬНОЮ ТРИВОГОЮ ТА СОЦІАЛЬНОЮ ФОБІЄЮ

**Аврамчук Олександр**

Український Католицький Університет, м. Львів, Україна

[avramchuk.md@ucu.edu.ua](mailto:avramchuk.md@ucu.edu.ua)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8512-7817>

**Мета:** емпірично дослідити вплив когнітивних дисфункційних схем на вираженість коморбідної афективної патології, на прикладі симптомів депресивного стану в осіб з соціальною фобією.

**Методи.** Пошук попередніх досліджень здійснювався за допомогою сервісів PubMed, Web-of-Science та Research Gate з фокусом уваги на дослідження соціальної фобії та коморбідних до неї депресивних станів. Емпіричне дослідження охопило показники вибірок з клінічно значущими ознаками депресивної симптомів згідно критеріїв DSM-5 – основна група: 737 осіб з вираженою соціальною тривогою та 582 особи, контрольна група, без ознак соціальної фобії. Результати оцінювалися за методиками YSQ-S, SPIN, PHQ-9 та відповідними субшкалами методики SCL-90-R.

**Результати.** Продемонстровано, що рівень вираженості симптомів депресивних порушень й станів в осіб з соціальним тривожним розладом вищий за контрольну групу. Суттєву відмінність також продемонстрували показники загальної тяжкості симптомів та індекс симптомологічного дистресу. Аналіз актуальних ранніх дисфункційних схем продемонстрував суттєві відмінності ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з контрольною групою для наступних категорій: соціальної ізоляції/відчуження, емоційної депривації, дефективності/сорому, емоційна інгібіція, самопожертви, надвисоких стандартів, очікування неминучих невдач/некомпетентності. Внесок дисперсії у показники соціальної тривоги та депресивної симптоматики можуть бути пояснені когнітивним, емоційним та поведінковим реагуванням відповідно до схем: соціальної ізоляції/відчуження, надвисоких стандартів, дефективності/сорому та неминучих невдач/некомпетентності. Типові переконання, які є характерними для соціальної фобії та пов'язані з очікуванням негативної оцінки від інших, підсилюються негативними думками, які є характерними для депресивного настрою. Уникаючи прямих соціальних контактів через страх покинення, людина обирає непродуктивні стратегії

захисної поведінки, такі як емоційна депривація та соціальне відсторонення, а також раціоналізує порушене почуття соціальної приналежності.

**Висновки.** Аналіз результатів емпіричного дослідження підтверджує тісний зв'язок між дисфункційними переконаннями та вираженістю ключової депресивної психопатології в осіб з соціальним тривожним розладом. Подальші дослідження можуть бути скеровані на розширення ролі ранніх дисфункційних схем у патогенезі коморбідних станів завдяки медіаційному аналізу ролі механізмів уникнення когнітивного, емоційного (негативного) чи поведінкового у здобутті коригуючого досвіду як аспекту психологічної негнучкості та порушень адаптації.

**Ключові слова:** соціальна тривога, соціальна фобія, соціальна ізоляція, депресія, ранні дисфункційні схеми

**Oleksandr Avramchuk. The role of maladaptive cognitive schemas in the pathogenesis of comorbid affective disorders in persons with social anxiety and social phobias.**

**Purpose:** to study the influence of cognitive maladaptive schemas on the severity of comorbid affective pathology, using the example of depressive symptoms in persons with social phobia.

**Methods.** The search for previous studies was carried out using PubMed, Web-of-Science, and Research Gate services, focusing on research on social phobia and comorbid depressive conditions. The empirical study covered the indicators of samples with clinically significant signs of depressive symptoms according to DSM-5 criteria - the main group: 737 people with pronounced social anxiety and 582 people, the control group, without signs of social phobia. The results were evaluated according to the YSQ-S, SPIN, PHQ-9, and corresponding subscales of the SCL-90-R technique.

**Results.** The statistical analysis results demonstrated that the level of severity of symptoms of depressive disorders and conditions in persons with social anxiety disorder is higher than in the control group. A significant difference was also demonstrated by indicators of the overall severity of symptoms and the index of symptomatologic distress. The analysis of actual early dysfunctional schemas showed significant differences ( $p < 0.05$ ) compared to the control group for the following categories: social isolation, emotional deprivation, defectiveness/shame, emotional inhibition, self-sacrifice, unrelenting standards, and expectation of failure/incompetence. The contribution of variance in social anxiety and depressive symptoms can be explained by cognitive, emotional, and behavioral responses according to the schemas: social isolation, unrelenting standards, defectiveness/shame, and expectation of failure/incompetence. Typical beliefs that are characteristic of social phobia and associated with the expectation of negative evaluation from others are reinforced by negative thoughts that are characteristic of a depressed mood. Avoiding direct social contact due to fear of abandonment, a person chooses maladaptive strategies of defensive behavior, such as emotional deprivation and social withdrawal, and rationalizes a disturbed sense of social belonging.

**Conclusions.** The analysis of the results of the empirical study confirms the close relationship between maladaptive beliefs and the severity of critical depressive psychopathology in individuals with social anxiety disorder. Further research can expand the role of early dysfunctional schemas in the pathogenesis of comorbid conditions thanks to the mediation analysis of the role of cognitive, emotional (negative), or behavioral avoidance mechanisms in the acquisition of corrective experiences as an aspect of psychological inflexibility and adaptation disorders.

**Keywords:** social anxiety, social phobia, social isolation, depression, early maladaptive schemas

**Вступ.** Попередній аналіз поширеності афективних порушень та розладів серед осіб з соціальним тривожним розладом продемонстрував коливання в межах 30-70% (Ohayon, Schatzberg, 2010; Koyuncu, Ertekin, Binbay, et al., 2014; Koyuncu, İnce, Ertekin, & Tükel, 2019). Здебільшого дослідження фокусуються на коморбідності між соціальною фобією та депресивними епізодами (Bittner, Goodwin та Wittchen, 2004; Beesdo et al., 2007; Väänänen et al., 2011). Соціальний тривожний розлад, так само як і інші тривожні розлади, є суттєвим фактором ризику для розвитку великого депресивного розладу або депресивного епізоду (Koyuncu et. al., 2019). Попередні дослідження вказують на те, що симптоми соціофобії, як правило, проявляються раніше, ніж супутні розлади настрою (Dalrymple, Zimmerman, 2011), але ці дані обмежені та не завжди відповідають клінічній практиці, особливо коли пацієнти не звертаються на ранніх етапах розвитку порушень. На додаток, існують обґрунтовані докази того, що наявність соціального тривожного розладу пов'язана з раннім початком великого депресивного розладу, більшою кількістю депресивних епізодів, довшою тривалістю епізодів, підвищеною схильністю до суїциду та алкогольною залежністю (Belzer, Schneier, 2004; Dalrymple, & Zimmerman, 2007; Aderka et. al., 2012).

У наукових дослідженнях також згадується поняття «міжособистісної чутливості» як загальної особливості осіб з соціальним тривожним розладом та атиповими формами депресивного розладу (Harb, Heimberg, Fresco, Schneier, Liebowitz, 2002). «Міжособистісну чутливість» розглядають як особливість особистості, що збільшує вразливість до емоційних порушень і підкріплює непродуктивні переконання щодо власної соціальної некомпетентності та меншовартості у взаємодії з іншими (особливо

під впливом критики, ігнорування чи дискримінації). Зміст типових переконань та відчуття соціального відсторонення, які виходять за рамки типових соціальних страхів, що може слугувати аргументованою підставою для додаткової диференційованої діагностики, особливо коли до соціального уникнення додаються такі симптоми, як збільшений сон, збільшений апетит та лабільність настрою (Lydiard, 2001). Атиповість афективних порушень може спричинити некоректний підхід до психосоціального супроводу та погіршення прогнозу. На нашу думку, це також підкріплює необхідність дослідження ролі непродуктивних переконань структурованих у стратегіях емоційного, когнітивного та поведінкового реагування, що сприяють розвитку та підтримці соціальної тривожності (Calvete et. al., 2013; Mairet et. al., 2014; Penney, Norton, 2022; Norton et. al., 2023).

**Метою нашої роботи** є теоретично проаналізувати роль когнітивних дисфункційних схем у патогенезі соціального тривожного розладу як модифікуючих факторів вразливості та емпірично дослідити їх вплив на вираженість коморбідної афективної патології, на прикладі симптомів депресивного стану.

**Методи та процедура дослідження.** На етапі теоретичного огляду, пошук наукових джерел здійснювався за допомогою сервісів: PubMed, Web-of-Science та Research Gate. З метою висвітлення актуальності та виокремлення ключових аспектів для подальшої інтерпретації результатів було використано наступні критерії для теоретичного аналізу: дослідження стосувалися осіб, які мали встановлений діагноз соціальний тривожний розлад або належали до субклінічної групи (виражені ознаки психосоціального дистресу у соціальній взаємодії чи через тривогу перед нею); проведена первинна оцінка чи аналіз впливу ранніх дисфункційних схем; фокусом уваги досліджень соціальна фобія та/чи коморбідний до неї депресивний стан.

Результати емпіричного етапу дослідження базуються на даних, зібраних у період з 2018 по 2022 рік від осіб, які шукали психологічну допомогу. Усі учасники надали інформовану згоду на використання даних у дослідженні з врахуванням конфіденційності персональних даних. У процесі враховували аспекти соціального та демографічного характеру (вік, стать, освіта, соціальний статус), а також анамнез

щодо психічної патології, зокрема соціального тривожного розладу та депресивних епізодів.

Збір даних проводився шляхом первинного діагностичного інтерв'ювання на основі міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю The MINI: International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998-2016). Аналіз рівня вираженості соціальної тривоги та відповідності критеріям соціальної фобії відповідно до DSM-5, відбувався за допомогою опитувальника Social Phobia Inventory (SPIN; Connor, 2000). Опитувальник розроблений з метою для самооцінки рівня тяжкості симптомів соціальної тривоги та соціального тривожного розладу й включає на 17 тверджень, що оцінюють стан впродовж останніх 2-х тижнів, Cronbach's  $\alpha = 0.87-0.94$ . Оцінка вираженості ознак депресивних епізодів відбувалася за допомогою Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, Williams, 2001), короткий інструмент скринінгу самооцінки за останні два тижні, Cronbach's  $\alpha = 0.90-0.91$  (охоплює помірну та важку депресію, і визначається як депресія, яка має 16 або більше балів за шкалою PHQ-9). Додатково у межах дослідження коморбідної симптоматики проводилося оцінювання за методикою Symptom Checklist-90-R, Revised – SCL-90-R (Derogatis, Unger, 2010), зокрема для аналізу використовувалися шкали «міжособистісної чутливості (сензитивність)» (що відповідає ознакам соціальної фобії), депресії та загального симптомологічного дистресу. SCL-90-R зарекомендував себе як інструмент з високою надійністю та валідністю, але вимагає узгодження зі скаргами та анамнезом людини. Роль впливу глибинних переконань в моделі патогенезу соціального тривожного розладу, застосовували опитувальник ранніх дезадаптивних (дисфункційних) схем - Young Schema Questionnaire: Short Form (YSQ-S3; Young, 2005). Опитувальник структурований у 18 шкал, які описують когнітивні та поведінкові стратегії опанування (копінг-стратегії) та тип прив'язаності у моделі схем типових переконань щодо себе, оточення та ставлення до світу у цілому. Усі статистичні розрахунки проводилися за допомогою SPSS Version 23.0 (SPSS Inc., 2019).

**Обговорення результатів.** Вираженість симптомів соціального тривожного розладу з депресивними станами/розладами продемонструвала статистичну значущість у порівнянні з контрольною групою (табл.1).

Таблиця 1

**Порівняльний аналіз груп за вираженістю соціальної тривоги та депресивними станами/розладами**

	<b>Основна група</b> (n=737; M(SD))	<b>Контрольна група</b> (n=582; M(SD))	<b>p value</b>	<b>Effect size</b> Hedges' g (95% CI)
<b>SPIN</b>	32,52 (10,29)	24,31 (8,73)	0,000	0,85 (0,77-0,93)
<b>SCL-90-R: INT</b>	2,71 (1,004)	2,04 (0,97)	0,000	0,68 (0,60-0,75)
<b>PHQ-9</b>	11,65 (2,65)	10,80 (1,94)	0,000	0,36 (0,25-0,47)
<b>SCL-90-R: DEP</b>	2,26 (0,53)	2,14 (0,69)	0,000	0,20 (0,09-0,31)
<b>GSI</b>	5,74 (0,79)	5,22 (0,71)	0,000	0,69 (0,58-0,80)
<b>PSDI</b>	4,48 (1,04)	4,13 (1,02)	0,000	0,34 (0,23-0,45)

SCL-90-R: INT – шкала міжособистісна сензитивність; SCL-90-R: DEP – шкала депресії; GSI – загальний індекс тяжкості симптоматики; PSDI – індекс наявного симптомологічного дистресу

Отримані дані свідчать про наявність помірного рівня депресивної симптоматики за шкалою PHQ-9, де середній бал становить 11,65 (2,65), що перевищує нормативний показник для клінічно значущих ознак помірного рівня, який визначається у діапазоні 10-14 балів. Однак слід вказати, що рівень відмінності за показником депресивних симптомів між основною та контрольною групами знаходиться у діапазоні слабкого (Hedges' g (95% CI) був обраний, оскільки має кращі властивості, коли розміри вибірки значно відрізняються), що може свідчити про випадковий характер відмінностей.

Аналіз розподілу виразності тяжкості симптомів серед осіб із соціальним тривожним розладом показав, що 55,3% мають помірний рівень тяжкості, 28,8% - помірний, що тяжіє до важкого, і лише 8,6% - легкий рівень. У скаргах виявлено, що основні проблеми пов'язані з відчуттям безсилля та відсутністю бажання подолати труднощі, зокрема тих, що виникають у соціальній взаємодії або вимагають соціальної активності та участі. Багато опитаних висловлюють страх виглядати слабкими і нерішучими у вирішенні проблем, і важко знаходять сили для зміни свого підходу. Почуття власної некомпетентності та потреби в опіці конфліктують із страхом шукати допомогу й виглядати вразливими перед оточенням. Серед основних

стратегій подолання соціальної тривоги виявлено соціальне відсторонення, обмеження спілкування та уникнення зорового контакту. Під час опитування, щодо типових думок або переконань, що викликають значний дистрес, опитувані найчастіше вибирали такі погляди, як «Я виглядатиму по-дурному», «Я виглядатиму неадекватно/ненормально» та «Мене не будуть поважати».

Подальший аналіз виразності актуальних дисфункційних схем серед осіб, які висловлювали скарги чи продемонстрували ознаки коморбідного депресивного стану/розладу, продемонстрував суттєві відмінності при  $p < 0,05$  для наступних дисфункційних схем за методикою Дж. Янга: соціальної ізоляції/відчуження, емоційної депривації, дефективності/сорому, емоційна інгібіція, схема самопожертви, схема надвисоких стандартів, очікування неминучих невдач/некомпетентності, схема недовіри та покинення (таб. 2). Розмір ефекту для більшості показників є помірним, у той час, як схеми покинення та самопожертви за умов статистичної значущості продемонстрували слабкий ефект (менше 0,2). Виявлено значний розмір ефекту відмінностей у використанні схеми соціальної ізоляції та відчуженості, що відповідає очікуванням. Наша гіпотеза полягає в тому, що ця різниця є результатом використання схеми соціальної ізоляції як ключової когнітивної стратегії компенсації, що обумовлює патогенез соціальної тривоги та зумовлює суттєві відмінності в розподілі клінічно значущих симптомів соціальної тривоги між групами. Високий розмір ефекту різниці у вираженості схеми «надвисоких стандартів», на нашу думку, суттєво впливає на патогенез коморбідної депресії, зокрема в основній групі. У контексті спільної вразливості соціальної тривоги та стійкого пригніченого настрою й зменшення відчуття задоволення від досягнутого, розкриваються спільні ключові аспекти патогенетичної взаємодії: перфекціонізм і високі соціальні очікування; постійна самокритика та вплив на самооцінку; когнітивні фільтри негативного сприйняття інформації та саботування досягнень у контексті песимістичних очікувань; що може підтримувати депресивні думки та переконання і спонукати до соціального уникнення.

Таблиця 2

**Порівняльний аналіз вираженості ранніх дисфункційних схем у  
групах з коморбідною депресивною симптоматикою**

<b>Ранні дисфункційні схеми</b>	<b>Основна група n=737, M (SD)</b>	<b>Контрольна група n=582, M (SD)</b>	<b>Effect size Hedges' g (95% CI)</b>
Схема соціальної ізоляції / відчуження	3,80 (1,36)	3,13 (1,12)	0,53 (0,42-0,64)
Схема недовіри	3,92 (1,13)	3,67 (0,90)	0,24 (0,13-0,35)
Схема емоційної депривації	3,12 (1,63)	2,63 (1,49)	0,31 (0,20-0,42)
Схема дефективності/сорому	3,14 (1,45)	2,56 (1,46)	0,40 (0,29-0,51)
Схема покинення	3,43 (1,40)	3,30 (1,02)	0,10 (-0,01-0,21)
Схема неминучих невдач / некомпетентності	3,65 (1,35)	3,06 (1,43)	0,43 (0,32-0,54)
Схема самопожертви	3,15 (1,03)	3,03 (1,02)	0,12 (0,01-0,23)
Схема емоційної інгібіції	4,06 (0,93)	3,69 (1,24)	0,34 (0,34-0,45)
Схема надвисоких стандартів	4,05 (0,92)	3,44 (1,12)	0,60 (0,49-0,71)

Схеми, які найбільш сильно корелюють із рівнем соціальної тривоги, включають соціальну ізоляцію/відчуження, емоційну депривацію, дефективність/сором, очікування неминучих невдач/некомпетентність та недовіри (коефіцієнти кореляції  $r=0,40-0,59$ ,  $p<0,000$ ). Щодо депресивної симптоматики за шкалою PHQ-9, основні зв'язки спостерігаються зі схемами соціальної ізоляції/відчуження, емоційною депривацією, дефективністю/соромом, емоційною інгібіцією, надвисокими стандартами та покиненням (коефіцієнти кореляції  $r=0,40-0,51$ ,  $p<0,000$ ). У відношенні до рівня симптомологічної вираженості депресивних ознак за шкалою SCL-90-R, виокремлюються схеми соціальної ізоляції/відчуження, дефективності/сорому, неминучих невдач/некомпетентності та надвисоких стандартів (коефіцієнти

кореляції  $r=0,41-0,56$ ,  $p<0,000$ ). Зазначені схеми відображають різноманітні чинники, такі як страх соціальної ізоляції, емоційна пригніченість, низька самооцінка, страх невдачі та надмірні стандарти. Ці чинники можуть взаємодіяти та співдіяти, сприяючи зміцненню когнітивних викривлень у сприйнятті та обробці інформації.

Результати регресійного аналізу в основній групі демонструють: 39,5% дисперсії показника депресивної симптоматики за PHQ-9 ( $R^2=0,395$ ,  $F_{(4; 732)} = 119,58$ ,  $p<0,000$ , Cohen's  $f^2$  (CI95%) = 0,59) та 40% дисперсії показника вираженості соціальної тривоги за SPIN ( $R^2=0,399$ ,  $F_{(4; 732)} = 121,46$ ,  $p<0,000$ , Cohen's  $f^2$  (CI95%) = 0,66), можуть бути пояснені когнітивним, емоційним та поведінковим реагуванням відповідно до схем: соціальної ізоляції/відчуження, надвисоких стандартів, дефективності/сорому та неминучих невдач/некомпетентності. Подальший регресійний аналіз варіативності показника вираженості симптомологічного дистресу через коморбідні прояви депресивних симптомів в осіб з соціальним тривожним розладом ( $R^2=0,416$ ,  $F_{(8; 728)} = 73,03$ ,  $p<0,000$ , Cohen's  $f^2$  (CI95%) = 0,71) описується схеми соціальної ізоляції/відчуження, емоційної депривації, дефективності/сорому, неминучих невдач/некомпетентності, емоційна інгібіція, схема самопожертви, схема надвисоких стандартів та покинення.

Таблиця 3

**Лінійна модель регресії із залежною змінною вираженості депресивної симптоматики в осіб з вираженою соціальною тривоною**

<b>Дисфункційні когнітивні схеми</b>	<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Pearson Correlation</b>
Схема соціальної ізоляції/відчуження	0,163	0,022	0,260	7,492	0,000	0,506
Схема неминучих невдач/некомпетентності	0,138	0,021	0,231	6,699	0,000	0,491
Схема дефективності/сорому	0,177	0,028	0,253	6,446	0,000	0,463
Схема надвисоких стандартів	0,149	0,026	0,190	5,668	0,000	0,424

Таким чином, вивчення впливу на дисфункційних схем у контексті вираженої соціальної тривоги на депресивну симптоматику, може бути пояснене порушенням почуття приналежності й соціальної

афіляції, що характерне для схеми «соціальної ізоляції/відчуженості». Описаний вплив може бути пов'язаний із досвідом відлучення чи обмеження від однолітків, або надмірним батьківським контролем, що призвело до поведінкової інгібіції при формуванні нових стосунків з однолітками (Аврамчук, 2022а; Аврамчук, Ніздрань, 2022; Аврамчук, 2022b). Особи, які відчувають відчуженість і несприйняття, навіть при зовнішній інтеграції у соціальні процеси, виражають невпевненість та відчуття меншовартості через суб'єктивні відмінності, що роблять їх «інакшими». Такі переконання, також можуть бути підкріплені схемами дефективності й сорому: підсилюючи відчуття неповноцінності й непотрібності, спонукає до самокритичності та негативного сприйняття власних можливостей (включаючи недовіру до власного досвіду).

Вищезазначені переконання, разом з досвідом надмірно високих вимог до себе, що в основному розвиваються через неявні соціальні вимоги у контексті батьківської опіки й підтримки, закріплюються у стосунках з однолітками чи іншими значущими особами. Тривале перебування у ситуації некомпетентності може обмежувати розвиток самостійності та самоефективності під час соціальної взаємодії. У цих стосунках, такі особи можуть виявляти захисну унікаючу поведінку, обмежуючи прояви емоцій, турботи та піклування про інших, щоб не виглядати нав'язливими чи виявитися некомпетентними. Вони можуть також обмежувати соціальну взаємодію, що змушує проявляти емоції чи ділитися своїми переживаннями. Відчуття «інакшості» й неможливості бути такими, як усі, може привести до гіперкомпенсації шляхом встановлення надмірно високих (невиправданих) очікувань до себе й реакції оточення на них.

Порівняльний аналіз групи осіб із соціальним тривожним розладом та контрольної групи показав, що хоча фактичні показники за схемами «самопожертви» та «покинення» у групі із соціальним тривожним розладом були вищими, розмір ефекту виявився низьким, що може свідчити про випадковий характер відмінностей між групами. Проте вважаємо, що така закономірність може бути відображенням інтерналізації соціально значущих суб'єктів та стосунку з ними. На нашу думку, це може пояснювати внутрішнє прагнення щодо вимогливості відповідати соціальним нормам та очікуванням, які спонукають людину пристосуватися до потреб інших, нехтуючи власними.

**Висновки і перспективи.** Аналіз результатів емпіричного дослідження підтверджує тісний зв'язок між дисфункційними переконаннями та вираженістю ключової психопатології в осіб з соціальним тривожним розладом. На підставі отриманих результатів можемо стверджувати, що депресивний стан віддзеркалює почуття власної меншовартості та некомпетентності в соціальних ситуаціях або взаємодіях. В цих ситуаціях відчувається потреба відповідати очікуванням інших чи встановленим соціальними ролями та атрибутами оточення.

Таким чином, стандартні переконання, які є характерними для соціальної фобії та пов'язані з очікуванням негативної оцінки від інших (внаслідок невдач у демонструванні своєї некомпетентності та надмірної сором'язливості у соціальній взаємодії), підсилюються негативними думками, які є характерними для депресивного настрою. На нашу думку, це приводить до того, що людина, уникаючи прямих соціальних контактів через страх покинення, вибирає непродуктивні стратегії захисної поведінки, такі як емоційна депривація та соціальне відсторонення, а також раціоналізує порушене почуття соціальної приналежності.

Подальші дослідження можуть бути скеровані на розширення ролі ранніх дисфункційних схем у патогенезі коморбідних станів завдяки медіаційному аналізу ролі механізмів уникнення когнітивного, емоційного (негативного) чи поведінкового у здобутті коригуючого досвіду як аспекту психологічної негнучкості та порушень адаптації.

#### **Література**

1. Аврамчук, О. (2022а) Роль інтроверсії, поведінкової інгібіції та сором'язливості у патогенезі соціального тривожного розладу: огляд літератури. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*, 1: 84-93. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-1-11>
2. Аврамчук, О. (2022b) Роль соціального відсторонення та відкинення у патогенезі соціального тривожного розладу: огляд закордонної літератури. *Psychological Prospects Journal*, 40, 10–23 <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-avr>
3. Аврамчук, О., Ніздрань, О. (2022) Батьківські моделі поведінки як фактор вразливості до соціального тривожного розладу: огляд літератури. *Психологічний часопис*, 8(2), 63-73. <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.2>
4. 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>
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. 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>

7. 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), 618–730. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0505>

8. 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>;

9. Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2007). Does comorbid Social Anxiety Disorder impact the clinical presentation of principal Major Depressive Disorder?. *Journal of affective disorders*, 100(1-3), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.014>

10. Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.012>

11. Harb, G. C., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2002). The psychometric properties of the Interpersonal Sensitivity Measure in social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 961–979. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00125-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00125-5)

12. 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.016>

13. 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>

14. Lydiard, R.B. (2001). Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(1), 17–24

15. 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), pp. 171-190.

16. Norton, A.R., Penney, E.S., & Abbott, M.J. (2023). An exploratory investigation of schema modes in social anxiety disorder: Empirical findings and case conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*, 79, 1021–1038. <https://doi.org/10.1002/jclp.23457>

17. Ohayon, M.M., Schatzberg A.F. (2010). Social phobia and depression: *Prevalence and comorbidity*, 68(3), 0–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.018>

18. 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>

19. Väänänen J.-M., 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, <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.966716>

## References

1. Avramchuk, O. (2022a) The role of introversion, behavioral inhibition, and shyness in the pathogenesis of social anxiety disorder: a review of the literature. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series «Psychological Sciences»*, 1: 84-93. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-1-11> [in Ukrainian].
2. Avramchuk, O. (2022b). The role of social withdrawal and rejection in the pathogenesis of social anxiety disorder: a review of the literature. *Psychological Prospects Journal*, (40), 10–23. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-avr> [in Ukrainian].
3. Avramchuk, O., Nizdran, O. (2022) Parental models of behavior as a factor of vulnerability to social anxiety disorder: a literature review. *Psychological journal*, 8(2), 63-73. <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.2> [in Ukrainian].
4. 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>
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. 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>
7. 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), 618–730. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0505>
8. 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>;
9. Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2007). Does comorbid Social Anxiety Disorder impact the clinical presentation of principal Major Depressive Disorder?. *Journal of affective disorders*, 100(1-3), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.014>
10. Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.012>
11. Harb, G. C., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2002). The psychometric properties of the Interpersonal Sensitivity Measure in social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 961–979. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00125-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00125-5)
12. 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.016>
13. 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>
14. Lydiard, R.B. (2001). Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(1), 17–24

15. Mairret 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), pp. 171-190.
16. Norton, A.R., Penney, E.S., & Abbott, M.J. (2023). An exploratory investigation of schema modes in social anxiety disorder: Empirical findings and case conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*, 79, 1021–1038. <https://doi.org/10.1002/jclp.23457>
17. Ohayon, M.M., Schatzberg A.F. (2010). Social phobia and depression: *Prevalence and comorbidity*, 68(3), 0–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.018>
18. 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>
19. Väänänen J.-M., 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, <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.966716>

Received: 13.11.2023

Accepted: 28.11.2023