

## СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова, В. В. Краснова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

Современные эпидемиологические исследования социальной тревожности проводятся преимущественно в США и свидетельствуют о неуклонном росте этого явления как среди общей популяции, так и в клинических группах [14]. Под данным термином принято понимать тревожность, триггером которой выступают ситуации разного рода социального взаимодействия. При том, что высокий уровень социальной тревожности является основным симптомом такого расстройства, как «социальная фобия», он не ограничивается лишь данной диагностической категорией. Так, исследования показали, что высокий уровень социальной тревожности связан с широким кругом расстройств (депрессией, личностной патологией) [6].

В настоящее время при соотнесении понятия застенчивости (наиболее мягкая форма социальной тревожности) и социальной фобии, одной из наиболее авторитетных является модель континуума [21], согласно которой существует континуум, где застенчивость располагается на отрезке от нормальной до патологичной тревожности, а затем, последовательно: негенерализованная социальная тревожность, генерализованная социальная тревожность и, наконец, в крайней точке – избегающее личностное расстройство.

В отношении социальной фобии как самостоятельной диагностической единицы существуют две диаметрально противоположные позиции исследователей. Согласно первой из них, серьезность данного состояния и его последствия долгие годы недооценивались [20, рабочая группа DSM-4]. Чтобы подчеркнуть серьезность заболевания, представители данной точки зрения предлагают переименовать социальную фобию в «социальное тревожное расстройство» для расширения границ данной диагностической категории. Представители другой позиции рассматривают социальную фобию не как самостоятельную форму психической патологии, а как сопутствующий симптом различных расстройств [2].

Социальную фобию отличает высокий уровень коморбидности с другими расстройствами, прежде

всего с депрессиями, алкогольной зависимостью и различными другими тревожными расстройствами. В целом, исследования говорят о том, что социальная фобия нередко предшествует манифестации других расстройств. Так, социальная фобия предшествовала депрессии в 70,8% случаев [18]. Возможно и обратное – у пациентов с депрессией развивается страх социальных ситуаций, который проходит вместе с депрессивным эпизодом [9].

Высокий уровень социальной тревожности характерен для расстройств аффективного спектра, к которым относятся аффективные расстройства настроения, тревожные, соматоформные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства пищевого поведения. Таким образом, представляется актуальным исследование различий в структуре и уровне социальной тревожности у пациентов с расстройствами аффективного спектра.

### Материалы и методы

Для исследования были отобраны 46 пациентов с расстройствами аффективного спектра. Врач-психиатром проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. В соответствии с критериями МКБ-10, были сформированы 3 группы пациентов: I – с депрессией (14 пациентов с депрессивным эпизодом и 10 пациентов с рекуррентной депрессией); II – с социальной фобией; III – с паническим расстройством (у 2 пациентов паническое расстройство сопровождалось агорафобией). При отнесении к группам учитывался первичный диагноз – то есть при сочетании двух расстройств учитывался тот диагноз, который был поставлен ранее.

Методы исследования: 1. Опросник оценки выраженности клинических симптомов (Symptomatic Checklist-90 – SCL-90, L.R.Derogatis) – адаптирована Н.Н.Тарабриной [3] – используется для выявления и изучения клинической динамики расстройств аффективного спектра у больных в общесоматической и психиатрической практике. 2. Опросник личностных убеждений (Personality Belief Questionnaire – PBQ, A.Beck) – находится в процессе валидиза-

ции Лабораторией клинической психологии и психотерапии [1] – направлен на выявление дисфункциональных убеждений, затрудняющих адаптацию (эмоциональное благополучие, установление конструктивных отношений с другими людьми и т.п.).

3. Шкала социального избегания и дистресса (Social avoidance and distress scale – SADS, D.Watson, R.Friend) – находится в процессе валидизации Лабораторией клинической психологии и психотерапии [26] – измеряет склонность к социальному избеганию и тревожности в межличностных ситуациях.

4. Опросник воспринимаемой социальной поддержки (F-SOZU-22, G.Sommer, F.Fydrick) – валидизирован А.Б.Холмогоровой и Г.А.Петровой [4] – предназначен для оценки уровня эмоциональной поддержки, включает ряд подшкал: инструментальной поддержки, эмоциональной поддержки, социальной интеграции.

### Результаты исследования

Как видно из табл. 1, значимых различий в уровне социальной тревожности между группами с депрессивным расстройством, социальной фобией и па-

ническим расстройством не обнаружено. При этом средний балл по всем показателям социальной тревожности в группе пациентов с социальной фобией выше, чем в группах пациентов с депрессией и паническим расстройством.

Как видно из табл. 2, пациенты с социальной фобией значительно отличаются от двух других групп по показателям межличностная чувствительность, паранойяльные тенденции, психотизм.

У пациентов с социальной фобией отмечаются наиболее высокие средние баллы в сравнении с двумя другими группами по шкалам «зависимый», «антисоциальный», «нарциссический», «избегающий» и «параноидный». На уровне статистических различий при сравнении групп пациентов по показателям опросника выявлено, что пациенты с социальной фобией отличаются от пациентов с паническим расстройством по показателям «избегающий» и «параноидный» типы (табл. 3).

Как видно из табл. 4, у пациентов с социальной фобией показатель удовлетворенности поддержкой значительно выше ( $p < 0,5$ ), чем в группе пациентов с паническим расстройством. Полученные данные на

Таблица 1

Показатели социальной тревожности (SADS)

Параметры социальной тревожности	Группы					
	Пациенты с депрессией (n=24)		Пациенты с социальной фобией (n=12)		Пациенты с паническим расстройством (n=10)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Социальное избегание	5,26	3,72	6,10	4,43	5,55	3,12
Социальный дистресс	6,53	4,64	9,30	6,10	6,66	4,84
Общий бал	11,80	8,17	15,40	8,80	12,22	7,61

Примечания: M (mean) – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Таблица 2

Показатели актуального симптоматического статуса (SCL-90)

Шкалы SCL-90	Группы					
	Пациенты с депрессией (n=24)		Пациенты с социальной фобией (n=12)		Пациенты с паническим расстройством (n=10)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Соматизация	1,05	0,75	0,92	0,44	0,81	0,48
Обсессивность–компульсивность	1,64	0,75	1,59	0,86	1,12	0,66
Межличностная чувствительность	1,61	0,89	<b>2,00A</b>	0,66	0,81	0,59
Депрессия	1,91	0,69	1,39	0,74	1,03	0,42
Тревога	1,44	0,82	1,22	0,81	1,31	0,65
Враждебность	1,11	0,71	1,03	0,78	0,85	0,48
Фобическая тревожность	0,98	0,95	1,35	0,92	1,3	1,01
Паранойяльные тенденции	<b>0,95C</b>	0,64	<b>0,88A</b>	0,24	0,45	0,35
Психотизм	0,95	0,51	<b>0,64A</b>	0,23	<b>0,47AC</b>	0,35
Атипичные проявления депрессии	1,3	0,57	1,15	0,40	0,72	0,40
Общий индекс	1,3	0,51	1,21	0,43	0,90	0,42

Примечания: M (mean) – среднее значение, SD – стандартное отклонение. Значимые различия выделены жирным шрифтом: A – различия между испытуемыми с диагнозом социальная фобия и паническое расстройство (МКБ-10) статистически достоверны (критерий Манна-Уитни), C – различия между испытуемыми с диагнозом депрессия и паническое расстройство (МКБ-10) статистически достоверны (критерий Манна-Уитни).

Показатели выраженности личностных убеждений (PBQ)

Шкалы PBQ	Группы					
	Пациенты с депрессией (n=24)		Пациенты с социальной фобией (n=12)		Пациенты с паническим расстройством (n=10)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Избегающий	21,50	6,94	<b>26,6A</b>	8,73	<b>18,77A</b>	8,98
Зависимый	25,37	9,50	27,00	10,50	20,66	13,15
Пассивно-агрессивный	30,00	9,68	25,40	8,78	25,11	6,93
Обсессивно-компульсивный	28,66	11,11	25,30	10,79	27,66	13,50
Антисоциальный	14,41	8,18	17,50	6,88	16,75	10,82
Нарциссический	12,12	9,24	14,40	6,13	9,62	6,92
Гистрионный	22,41	8,46	20,40	6,93	16,75	13,03
Шизоидный	22,91	9,51	19,80	6,28	24,62	9,92
Параноидный	23,1	13,00	<b>26,00A</b>	10,00	<b>17,12A</b>	11,17
Общий балл	200,54	52,83	202,4	42,37	167,66	78,63

Примечания: M (mean) – среднее значение, SD – стандартное отклонение. Значимые различия выделены жирным шрифтом: A – различия между испытуемыми с диагнозом социальная фобия и паническое расстройство статистически достоверны (критерий Манна-Уитни).

Таблица 4

Показатели социальной поддержки (F-SOZU-22)

Параметры	Группы					
	Пациенты с депрессией (n=24)		Пациенты с социальной фобией (n=12)		Пациенты с паническим расстройством (n=10)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Эмоциональная поддержка	23,80	9,44	21,3	11,00	27,9	7,69
Инструментальная поддержка	10,92	3,36	9,90	4,17	11,5	2,87
Социальная интеграция	19,73	4,36	20,70	3,09	19,6	2,87
Удовлетворенность поддержкой	9,34	2,03	<b>10,30A</b>	1,88	<b>8,40A</b>	1,89
Общее	63,80	15,72	62,20	15,12	67,4	11,77

Примечания: M (mean) – среднее значение, SD – стандартное отклонение. Значимые различия выделены жирным шрифтом: A – различия между испытуемыми с диагнозом социальная фобия и паническое расстройство статистически достоверны (критерий Манна-Уитни).

первый взгляд парадоксальны и требуют отдельного обсуждения. Однако, несмотря на то, что общий балл пациентов с социальной фобией не различается на уровне статистической значимости, среднее значение является самым низким.

### Обсуждение результатов

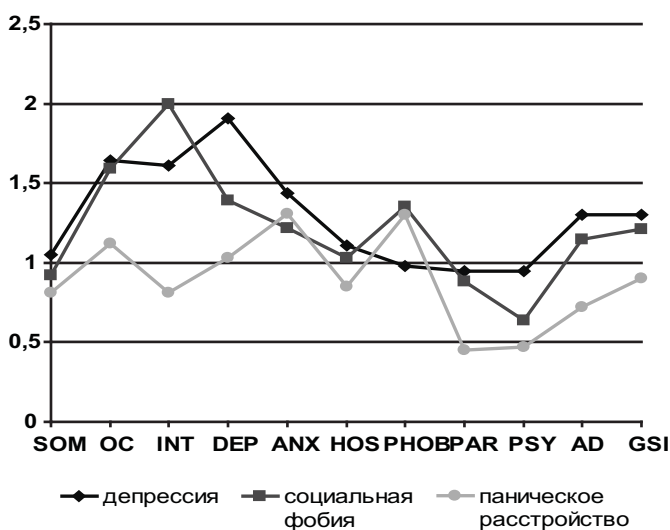
Пациенты с социальной фобией значимо отличаются от двух других групп по показателю «межличностная чувствительность» шкалы оценки выраженности клинических симптомов (SCL-90), который определяется «чувствами личностной неадекватности и неполноценности» [3], негативными ожиданиями относительно социального взаимодействия, тревогой и дискомфортом в процессе социальных интеракций, что и составляет ядро расстройства «социальная фобия».

Шкала «параноидальные тенденции» тестирует представленность следующих признаков: проективные мысли, враждебность, подозрительность, страх

потери независимости и иллюзии. Больные социальной фобией значимо отличаются от больных паническим расстройством по этим показателям, что вполне укладывается в логику данного расстройства и согласуется с исследованиями по теме.

В шкалу «психотизм» опросника входят вопросы, «указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни» [3]. При том, что в данную шкалу включены вопросы, выявляющие такие симптомы, как зрительные и слуховые галлюцинации, шкала «представляет собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма» [3]. Пациенты с социальной фобией получили высокие баллы при ответе на вопросы, тестирующие избегание социальных контактов и межличностную изоляцию, такие, как «чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми», «Вы не чувствуете близости ни к кому».

В целом, необходимо отметить, что пациенты с социальной фобией по большинству показателей выраженности психопатологической симптоматики (соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, враждебность, параноидальные симптомы, психотизм, атипичные проявления депрессии, общий индекс психического неблагополучия) располагаются между пациентами с депрессией и пациентами с паническим расстройством (рисунок).



Усредненные профили пациентов с депрессией, социальной фобией и паническим расстройством (SCL-90)

Примечания: SOM – соматизация, OC – обсессивно-компульсивность, INT – межличностная чувствительность, DEP – депрессия, ANX – тревога, NOS – враждебность, PHOB – фобическая тревожность, PAR – параноидальные тенденции, PSY – психотизм, AD – атипичные проявления депрессии, GSI – общий индекс.

Полученные результаты по опроснику личностных убеждений Бека (PBQ) частично согласуются с современными исследованиями. Известно, что наиболее часто социальная фобия коморбидна избегающему расстройству личности (некоторые исследователи полагают, что избегающее личностное расстройство есть лишь самая тяжелая форма социальной фобии) [10] и обсессивно-компульсивному расстройству личности. По данным S.M.Turner, D.C.Beidel и J.W.Borden [23] 22% пациентов с социальной фобией соответствуют критериям для постановки диагноза избегающего личностного расстройства. Опросник PBQ содержит 9 шкал, в которых сгруппированы вопросы, тестирующие выраженность убеждений, присущих расстройствам личности по DSM-IV (избегающее, зависимое, пассивно-агрессивное, обсессивно-компульсивное, антисоциальное, нарциссическое, гистрионное, шизоидное и параноидное). Шкала данного опросника, тестирующая выраженность избегающих убеждений, содержит вопросы, направленные на диагностику когнитивного, аффективного избегания (например: «Если я чувствую что-либо неприятное или думаю о нем, я должен попытаться изгнать это ощущение или отвлечься – подумать о чем-либо еще, выпить,

принять наркотик или посмотреть телевизор») и поведенческого избегания (например: «Я должен избегать неприятных ситуаций любой ценой»), а также вопросы, направленные на искаженное восприятие других людей (например: «Люди потенциально равнодушны, критичны, склонны унижать или отвергать других») и самого себя (например: «Я социально не компетентен и являюсь нежелательным лицом на работе или в других общественных местах»).

Шкала «параноидные установки» содержит вопросы, направленные на оценку выраженности такой черты, как враждебность, недоверие по отношению к другим людям, и, как следствие, страх перед людьми (например: «Другие люди склонны обесценивать и принижать меня», «В громадном большинстве другие люди недружелюбны», «Доверять другим небезопасно»). Таким образом, обе шкалы отражают присущие, с точки зрения когнитивной модели социальной фобии [7, 22], пациентам дисфункциональные убеждения.

Результаты, полученные по опроснику социальной поддержки F-SOZU-22, на первый взгляд, несколько неожиданны: у пациентов с социальной фобией удовлетворенность социальной поддержкой выше, нежели в группе пациентов с паническим расстройством. Данная шкала опросника тестирует, на наш взгляд, не только удовлетворенность интерперсональными отношениями, но и желание респондента иметь более близкие, доверительные отношения с людьми. Так, данная шкала включает в себя следующие вопросы: «Мне бы хотелось больше безопасности и близости с другими людьми» и «Мне хотелось бы больше внимания и понимания от других людей». Вероятно, пациенты из группы социальной фобии испытывают настолько интенсивный страх перед контактами с окружающими, что отношения с другими людьми являются источником стресса, а не удовольствия, желания более тесного контакта, более близких отношений у больных не возникает. Полученные данные вполне согласуются с интерперсональной моделью социальной фобии. Согласно ей, социальная тревожность отрицательно влияет на интерперсональные отношения. Нет никаких сомнений, что пациенты с социальной фобией имеют менее удовлетворительные интерперсональные отношения, чем остальные. Так, исследование N.Heinrichs [11] показало, что социально тревожные испытуемые отмечали более высокий уровень супружеского стресса по сравнению с группой пациентов с паническим расстройством. A.Wenzel [27], сравнивая социально тревожных пациентов с нетревожной контрольной группой, обнаружил, что социально тревожные пациенты отмечали меньшую близость и доверительность, возлагая при этом ответственность за неудовлетворительные взаимоотношения на партнера.

Хотелось бы также прокомментировать отсутствие статистически значимых различий по мето-

дикое, направленной на выявление уровня социальной тревожности – Шкале социального избегания и дистресса. Безусловно, полученные результаты могут объясняться незначительностью выборки, а при включении в исследование новых испытуемых можно ожидать их появления. Однако, на наш взгляд, причина отсутствия различий между группами кроется в другом: данная шкала не тестирует центральный, с точки зрения когнитивной модели, симптом социальной фобии – страх негативной оценки. В дальнейшем, с целью исследования специфики содержания переживаний группы пациентов с социальной фобией, представляется перспективным использование методики, направленной на выявление данного аспекта тревожности – краткой шкалы страха негативной оценки [16].

Привлекает внимание также тот факт, что средние значения в нашей выборке невысоки по сравнению с нормами опросника. Так, при апробации авторами опросника получены следующие данные: в выборке 265 пациентов, обратившихся за помощью по поводу тревожного расстройства, были установлены следующие показатели: 14,3 балла (SD=8,7) для мужчин и 14,9 (SD=8,9) – для женщин. Пациенты с диагнозом «социальная фобия» имели средний показатель 20,7 балла (SD=5,1). В нашей выборке мы получили следующие результаты: 15,4 средний балл для пациентов с социальной фобией, 11,8 – с депрессией и 12,2 – с паническим расстройством.

В этой связи представляется уместным привести результаты недавних исследований, выполненных в рамках трехфакторной модели депрессии и тревоги. Согласно данной модели, общим фактором для тревоги и депрессии является фактор негативного аффекта, тогда как фактор физиологического возбуждения специфичен для тревожных расстройств, а низкий позитивный аффект – для депрессивных. Между тем, исследования показали, что, вопреки этой модели, низкий позитивный аффект также характерен для социальной фобии, что ставит это заболевание в особое положение среди тревожных расстройств. Ряд авторов [5, 15, 25], в противоположность модели континуума, в которой постулируется, что различия между застенчивостью, социальной фобией, избегающим личностным расстройством скорее количественные, нежели качественные, выделяют два типа социальной тревожности – страх социальных интеракций (генерализованное социальное тревожное расстройство) и страх делать что-либо публично, наиболее распространенная форма – страх публичных выступле-

ний, а также страх писать, есть на публике (специфическое социальное тревожное расстройство). Исследования [5, 15] показали, что в рамках факторов трехсторонней модели страх социальных интеракций более тесно связан с ангедонической депрессией и фактором низкого позитивного аффекта, тогда как страх публичных выступлений – с фактором физиологического возбуждения. Таким образом, авторы делают вывод о том, что генерализованный подтип социальной фобии тесно связан с расстройствами настроения.

## Выводы

Таким образом, в нашем исследовании у пациентов с социальной фобией были выявлены значимо более высокие показатели по сравнению с пациентами с депрессией и паническим расстройством по шкале «межличностная чувствительность» опросника SCL-90, а также более высокие показатели по шкалам «психотизм» и «паранойяльные тенденции» по сравнению с пациентами с паническим расстройством.

По опроснику личностных убеждений пациенты с социальной фобией значимо отличаются от пациентов с паническим расстройством по выраженности убеждений, присущих избегающему и параноидному личностному расстройству.

Результаты, полученные с помощью опросника воспринимаемой социальной поддержки (F-SOZU-22), противоречивы: пациенты с социальной фобией значимо более удовлетворены социальной поддержкой, чем пациенты с паническим расстройством. С нашей точки зрения, это отражает нежелание данных пациентов иметь более близкие отношения, их страх перед социальными контактами.

Полученные нами данные с помощью шкалы социального избегания и дистресса могут свидетельствовать в пользу унитарной концепции тревожных и депрессивных расстройств. Вместе с тем, они могут объясняться ограничениями нашего исследования: незначительностью выборки и несовершенством измерительного инструмента. В рамках дальнейших исследований планируется увеличение выборки и использование большего числа методик, направленных на измерение социальной тревожности, прежде всего ее когнитивного элемента – страха негативной оценки.

*Исследование выполнено при поддержке Российского Фонда фундаментальных исследований (грант 08-06-00331а).*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А.Бека, А.Фримена. СПб: Питер, 2002. 544 с.
2. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 3. С. 33–38.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Москва: Когито-Центр, 2001. 268 с.
4. Холмогорова А.Б., Петрова Г.А. Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра // Медицинская технология. МНИИ психиатрии Росздрава. М.: 2007. 24 с.
5. Carter S.A., Wu K.D. Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic, and depression // Behav. Ther. 2010. Vol. 41. P. 2–13.

6. Chavira D.A., Stein M.B., Malcarne V.L. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia // *J. Anxiety Dis.* 2002. Vol. 16. P. 585–598.
7. Clark D.M., Wells A. A cognitive model of social phobia // *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* / R.G.Heimberg, M.R.Liebowitz, D.A.Hope, F.R.Schneier (Eds.). New York: Guilford Press, 1995. P. 69–93.
8. Clark L.A., Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications // *J. Abnorm. Psychol.* 1991. Vol. 100. P. 316–336.
9. Dilsaver S.C., Qamar A.B., Del Medico V.J. Secondary social phobia in patients with major depression // *Psychiatr. Res.* 1992. Vol. 44. P. 33–40.
10. Heimberg R.A. Social phobia, avoidant personality disorder and the multi-axial conceptualization of social anxiety // *Trends in cognitive and behavioural therapies* / P.M.Salkovskis (Ed.). Chichester: Wiley, 1996. P. 43–61.
11. Heinrichs N. Does a partner matter? Paper presented at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapy, Prague, September 2003.
12. Heiser N.A., Turner S.M., Beidel D.C. Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders // *Behav. Res. Ther.* 2003. Vol. 41. P. 209–221.
13. Heiser N.A., Turner S.M., Beidel D.C., Roberson-Nay R. Differentiating social phobia from shyness // *J. Anxiety Dis.* 2009. Vol. 23. P. 469–476.
14. Henderson L., Zimbardo P.G. Shyness as a clinical condition: The Stanford model // *International handbook of social anxiety* / W.R.Crozier, L.E.Alden (Eds.). Chichester: Wiley, 2001. P. 431–447.
15. Hughes A.A., Heimberg R.G., Coles M.E. et al. Relation of the factors of the tripartite model of anxiety and depression to types of social anxiety // *Behav. Res. Ther.* 2006. Vol. 44. P. 1629–1641.
16. Leary M.R., Kowalski R.M. *Social anxiety*. New York: Guilford Press, 1995. 244 p.
17. Lecrubier Y., Weiller E. Comorbidities in social phobia // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1997. Vol. 12. P. 17–21.
18. Lepine J.P., Wittchen H.-U., Essau C.A. Lifetime and current comorbidity of anxiety and depressive disorders: Result from the international WHO/ADAMHA CIDI Field Trials // *J. Int. Methods Psychiatr. Res.* 1993. Vol. 3. P. 67–77.
19. Liebowitz M.R., Gorman J.M., Fyer A.J., Klein D.F. Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985. Vol. 42. P. 729–736.
20. McNeil D.W. Terminology and evolution of constructs related to social phobia // *From social anxiety to social phobia* / S.G.Hofmann, P.M.DiBartolo (Eds.). Boston, MA: Allyn&Bacon, 2001. P. 8–19.
21. Merikangas K.R., Angst J. Comorbidity and social phobia // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1995. Vol. 244. P. 297–303.
22. Rapee R.M., Heimberg R.G. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia // *Behav. Res. Ther.* 1997. Vol. 35. P. 741–756.
23. Turner S.M., Beidel D.C., Borden J.W. et al. Social phobia: Axis 1 and Axis 2 correlates // *J. Abnorm. Psychol.* 1991. Vol. 100. P. 102–106.
24. Turner S.M., Beidel D.C., Townsley R.M. Social phobia: Relationship to shyness // *Behav. Res. Ther.* 1990. Vol. 28. P. 497–505.
25. Turner S.M., Beidel D.C., Townsley R.M. Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder // *J. Abnorm. Psychol.* 1992. Vol. 101. P. 326–331.
26. Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1969. Vol. 33. P. 448–457.
27. Wenzel A. Characteristics of close relationships in individuals with social phobia, a preliminary comparison with nonanxious individuals // *Maintaining and enhancing close relationships: A clinical guide* / J.H.Harvey, A.Wenzel (Eds.). Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates, 2002. P. 199–213.

## СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова, В. В. Краснова

У пациентов с расстройствами аффективного спектра отмечается высокий уровень социальной тревожности. Представляется актуальным исследовать различия в структуре и уровне социальной тревожности внутри данной диагностической категории. Проведено сравнение между группами пациентов с депрессией, социальной фобией и паническим расстройством по показателям следующих методик: Шкала оценки выраженности клинических симптомов (Symptomatic Checklist-90 – SCL-90, L.R.Derogatis), Опросник личностных убеж-

дений (Personality Belief Questionnaire – PBQ, A.Beck), Шкала социального избегания и дистресса (Social avoidance and distress scale – SADS, D.Watson, R.Friend), Опросник воспринимаемой социальной поддержки (F-SOZU-22, Sommer-Fydrick). Намечаются перспективы дальнейших исследований.

**Ключевые слова:** социальная тревожность, социальная фобия, расстройства аффективного спектра, трехфакторная модель депрессии и тревоги.

## SOCIAL ANXIOUSNESS IN PATIENTS WITH AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS

I. V. Nikitina, A. B. Kholmogorova, V. V. Krasnova

The patients with affective spectrum disorders seem to show a high level of social anxiousness. It might be useful to investigate the differences in the structure and level of social anxiousness within this diagnostic group. The authors compare the groups of patients with depression, social phobia and panic disorder using the following instruments: the Symptomatic Checklist-90 (SCL-90, L.R.Derogatis);

the Personality Belief Questionnaire (PBQ, A.Beck); the Social Avoidance and Distress Scale (SADS, D.Watson, R.Friend) and the F-SOZU-22 (Sommer-Fydrick). They also consider the directions for future research.

**Key words:** social anxiousness, social phobia, affective spectrum disorders, three-factor model of depression and anxiety.

**Никитина Ирина Валерьевна** – научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: irinapanikitina97@yandex.ru

**Холмогорова Алла Борисовна** – доктор психологических наук, профессор, руководитель лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России, зав. кафедрой факультета психологического консультирования МГППУ; e-mail: psytab2006@yandex.ru

**Краснова Виктория Валерьевна** – младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: psytab2006@yandex.ru