

Мурзагильдина Д.И.<sup>1</sup>, Кабакова М.П.<sup>1</sup>, Бердибаева С.К.<sup>1</sup>,

Байздрахманова А.К.<sup>2</sup>, Абдрахманов А.Э.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Казахский национальный университет имени аль-Фараби (г.Алматы, Казахстан)

<sup>2</sup>Казахский национальный женский педагогический университет (г.Алматы, Казахстан)

<sup>3</sup>Национальный университет обороны Республики Казахстан (г.Астана, Казахстан)

## СОЦИАЛЬНАЯ ФОБИЯ И СИТУАТИВНАЯ И ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

### Аннотация

В данной статье представлены результаты исследования психологических особенностей социальной фобии в подростковом возрасте. Целью этого исследования является анализ распространенности и анализ факторов риска социальной фобии у подростков, а также в определении различий между подтипами данного вида расстройства. В исследовании приняли участие 120 подростков, которые обучаются в школе города Алматы. Респонденты проходили ADIS-IV-L - структурированное клиническое интервью с целью диагностики тревожных расстройств. Было выявлено что 47,5% подростков соответствовали критериям FSG и 52,5% критериям FSE. Результаты показали, что у девочек FSG встречается чаще, чем у мальчиков FSE. Средний возраст начала социальной фобии является 9,5 года, чаще всего в возрасте 12-15 лет. Было обнаружено что социальная фобия в возрасте от 12 до 15 лет началась у 31,6% респондентов и в возрасте от 3 до 6 лет у 25,8% респондентов.

**Ключевые слова:** генерализованная социальная фобия, социальная ситуация, психологическое расстройство.

Мурзагильдина Д.И.<sup>1</sup>, Кабакова М.П.<sup>1</sup>, Бердибаева С. К.<sup>1</sup>

Байздрахманова А.К.<sup>2</sup>, Абдрахманов А.Э.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті (Алматы қ., Қазақстан)

<sup>2</sup>Қазақ ұлттық қыздар педагогикалық университеті (Алматы қ., Қазақстан)

<sup>3</sup>Қазақстан Республикасының Ұлттық қорғаныс университеті (Астана қ., Қазақстан)

## ЖАСӨСПІМДЕРДЕГІ ӘЛЕУМЕТТІК ФОБИЯ ЖӘНЕ СИТУАЦИЯЛЫҚ , ЖЕКЕ МАЗАСЫЗДЫҚ

### Аңдатпа

Бұл мақалада жасөспірімдердегі әлеуметтік фобияның психологиялық ерекшеліктерін зерттеу нәтижелері берілген. Бұл зерттеудің мақсаты жасөспірімдерде әлеуметтік фобияның таралуы мен қауіп факторларын талдау, сондай-ақ бұзылыстың осы түрінің қосалқы түрлері арасындағы айырмашылықтарды анықтау болып табылады. Зерттеуге Алматыдағы мектепте оқитын 120 жасөспірім қатысты. Респонденттер мазасыздық бұзылыстарын диагностикалау үшін ADIS-IV-L құрылымдық клиникалық сұхбат жүргізілді. Жасөспірімдердің 47,5% FSG критерийлеріне және 52,5% FSE критерийлеріне сәйкес келетіні анықталды. Нәтижелер FSE ұлдарға қарағанда FSG қыздарда жиі кездесетінін көрсетті. Әлеуметтік фобияның басталуының орташа жасы 9,5 жас, көбінесе 12-15 жас аралығында. Әлеуметтік фобия респонденттердің 31,6% -ында

12-15 жас аралығында және респонденттердің 25,8% -ында 3 пен 6 жас аралығында басталғаны анықталды.

**Кілттік сөздер:** жалпыланған элеуметтік фобия, элеуметтік жағдай, психологиялық бұзылыс.

*Murzagildina D. I<sup>1</sup>, Kabakova M. P.<sup>1</sup>, Berdibayeva S. K.<sup>1</sup>  
Baizdrakhmanova A. K.<sup>2</sup>, Abdrakhmanov A. E.<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Al-Farabi Kazakh National University (Almaty, Kazakhstan)*

*<sup>2</sup>Kazakh national women's pedagogical university (Almaty, Kazakhstan)*

*<sup>3</sup>National Defense University of the Republic of Kazakhstan (Astana, Kazakhstan)*

## **SOCIAL PHOBIA AND SITUATIONAL AND PERSONAL ANXIETY IN ADOLESCENTS**

### *Abstract*

This article presents the results of a study on the psychological characteristics of social phobia in adolescence. The aim of this research is to analyze the prevalence and risk factors of social phobia among adolescents, as well as to identify differences between subtypes of this disorder. The study involved 120 adolescents attending schools in the city of Almaty. Participants underwent the ADIS-IV-L, a structured clinical interview for diagnosing anxiety disorders. It was found that 47,5% of adolescents met the criteria for Generalized Social Phobia (GSP), and 52,5% met the criteria for Specific Social Phobia (SSP). The results showed that GSP was more common among girls, while SSP was more common among boys. The average age of onset of social phobia was 9,5 years, with the most frequent onset occurring between the ages of 12 and 15. It was also discovered that social phobia began between the ages of 12 and 15 for 31,6% of respondents, and between the ages of 3 and 6 for 25,8% of respondents.

**Keywords:** generalized social phobia, social situation, psychological disorder.

### **ВВЕДЕНИЕ**

Социальная фобия характеризуется «постоянным и навязчивым страхом перед социальными ситуациями или публичными выступлениями из-за страха, что они могут оказаться неловкими». Согласно этому же источнику, социальная фобия по-прежнему встречается по показателям распространенности среди людей с тяжелой депрессией и алкогольной зависимостью, что ставит его на третье место среди психологических расстройств с самыми высокими показателями распространенности [1].

Эпидемиологические исследования показывают, что это тревожное расстройство чаще всего начинается в среднем подростковом возрасте и в настоящее время является наиболее часто диагностируемым расстройством в клинических условиях в этот период. Из-за всего этого социальная фобия является проблемой, которая также занимает и беспокоит исследователей.

Расстройство протекает хронически и влияет как на успеваемость в школе, так и на индивидуальное развитие и функционирование. Его последствия для процесса адаптации подростка серьезны; таким образом, мы можем выделить плохую успеваемость и отсев из школы, развитие других тревожных расстройств и расстройств настроения или начало употребления алкоголя или других токсичных веществ. Субъект с социальной фобией может проявлять клинически значимую тревогу по поводу очень разнообразного числа социальных ситуаций [2, с. 11].

Из-за этой изменчивости возникла необходимость различать различные подтипы социальной фобии и как следствие, впервые включить подтип «генерализованная социальная фобия», ограниченный выражением «большинство социальных ситуаций». Столкнувшись с двусмысленностью такого разграничения, некоторые

исследователи предложили другие альтернативы, в основном в исследованиях, проведенных со взрослым населением. Предложения, которые также включают различную практическую реализацию подтипа, взаимозаменяемо называемого «специфическим», «необщим», «ограниченным» различаются в зависимости как от процедуры, использованной для их определения, так и от характера используемых критериев. На сегодняшний день есть два предложения, которые привели к наибольшему количеству исследований, - это предложения группы Штейн М.В. и предложения группы Хеймберг Р.Г. [3, с. 17].

Хеймберг Р.Г. и его коллеги предлагают три подтипа:

1) специфическая социальная фобия, если тревога возникает в ограниченном количестве очень специфических ситуаций (не более двух и связанных с ситуациями действия, такими как публичная речь, прием пищи, письмо и т.д.);

2) не генерализованная социальная фобия, если она возникает в течение длительного времени, они боятся и избегают многих ситуаций и в разных социальных контекстах, но адекватное функционирование в некоторых областях все еще сохраняется;

3) генерализованная социальная фобия, если бояться и избегать всех социальных ситуаций.

Со своей стороны, Штейн М.В. и соавторы используют частоту возникновения социальных ситуаций в качестве критерия при разграничении своего предложения относительно того, что следует понимать под «большинством ситуаций», и предлагают различать два подтипа:

1) генерализованная социальная фобия - частое явление, такое как посещение вечеринок или общественных мероприятий, начало или ведение бесед и т.д.;

2) специфическая социальная фобия, если опасаются ситуаций, которые встречаются реже, таких как выступления с речами, выступления на собраниях, прием пищи или письмо в общественных местах.

В подростковом возрасте изучение проблем, связанных с разграничением подтипов, находится на начальном этапе, о чем свидетельствует небольшое количество опубликованных работ по этому вопросу, ни один из которых не проводился с населением.

В этом контексте две наиболее исследованные группы переменных были связаны с клинической и социально-демографической характеристикой предложенных подтипов. Таким образом, различные авторы обнаружили, что взрослые субъекты с генерализованной социальной фобией, по сравнению с теми, у кого диагностирована специфическая социальная фобия (ESF, на данный момент), демонстрируют более ранний возраст начала, более низкий уровень образования, более высокий уровень безработицы, более высокий процент одиноких, большее число родственников первой степени родства, у которых также диагностирована социальная фобия, и более высокое потребление психотропных препаратов. У подростков также были обнаружены различия в возрасте начала заболевания в зависимости от подтипа социальной фобии и пола [2, с. 17].

Что касается клинической характеристики, в некоторых исследованиях среди взрослого населения также изучалось наличие различий между предложенными подтипами. Таким образом, с помощью самоотчетов было обнаружено, что по сравнению с самоотчетами, представляющими ESF, субъекты с социальной фобии сообщают о большей интенсивности и частоте своих тревожных реакций и большем вмешательстве в их жизнь (более высокая частота и интенсивность их тревожных реакций и большее вмешательство в их жизнь, от страха негативной оценки и повышенных трудностей при решении межличностных проблем). С другой стороны, среди подростков также не проводилось исследований в этом отношении.

Таким образом, к отсутствию консенсуса в отношении определения подтипов, что не только приводит к широкому разнообразию интерпретаций, но и затрудняет сравнение проделанной работы, следует добавить нехватку исследований по этой проблеме среди подростков. Все это побудило нас задуматься об изучении

социально-демографических и клинических характеристик в выборке подростков, уделяя особое внимание их конкретизации в зависимости от подтипов (ESF и FSG). Мы надеялись подтвердить, что различия, проводимые между ESF и GS, оказываются полезными для получения однородных групп у подростков, которые позволяют повысить диагностическую специфичность и, следовательно, способствуют улучшению как прогноза течения расстройства, так и разработки и выбор конкретных методов лечения в этой популяции [3, с. 19].

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Выборка исследования состояла из 120 испытуемых, учащихся 8-х и 9-х классов школ города Алматы. Возраст участников был от 14 до 18 лет, в среднем 15,22 (D. T.= 0,92). 30% составляли мальчики и 70% - девочки, из них 32,5% учились в 8 классе, 36,97% - в 9 классе и 30,52% - в 10 классе средней школы.

Остальным подросткам, которые соответствовали критериям диагностики социальной фобии, была предложена возможность пройти психологическое лечение в рамках программы, разработанной с этой целью [4, с. 11].

Процесс оценки проходил в соответствии с шагами, которые мы описали ниже. Участвующие в исследовании респонденты были отобраны на первом этапе из 735 учащихся с использованием двух адаптированных и проверенных инструментов скрининга для подросткового населения. На втором этапе подростки, которые превысили установленные пороговые значения, были опрошены в соответствии с ADIS-IV-L (интервью по тревожным расстройствам по DSM-IV, пожизненная версия), чтобы проверить, соответствуют ли они критериям, необходимым для исследования.

На третьем этапе им был присвоен подтип в соответствии с критериями DSM-IV-TR (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, четвертое издание, текстовая редакция ) и разделение на: 1) ограниченная социальная фобия (постоянный и интенсивный страх смерти), одна или две социальные ситуации и 2) генерализованная социальная фобия (постоянный и сильный страх перед тремя или более социальными ситуациями). Наконец, к отобраным респондентам был применен набор тестов для самоотчета, который вместе с диагностическим собеседованием описан ниже [5, с. 51].

### **Диагностическое собеседование**

Мы использовали структурированное расписание собеседований для диагностики тревожных расстройств согласно DSM-IV, включая пожизненную версию. Это полуструктурированное интервью, позволяющее провести дифференциальную диагностику социальной фобии с другими тревожными расстройствами, описанными в DSM-IV, а также с другими расстройствами настроения, соматоморфными расстройствами, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и выявить наличие других осложнений (например, психотические расстройства). Он включает раздел, посвященный социальной фобии, в котором оценивается как выраженность страха, так и избегание субъектом 13 социальных ситуаций [6, с. 15].

Для определения возраста зарождения социальной фобии испытуемых во время собеседования просили изначально связать ее с одним из хронологических интервалов, которые мы установили и ограничили, с этой целью, используя в качестве критериев референции жизненно важные/школьные события, которые мы сочли актуальными с точки зрения социальной фобии. Как правило, они требуют значительных адаптационных усилий для детей и подростков: 3-6, 6-9, 9-12, 12-15 и 15-18 лет.

Примеры некоторых событий или ситуаций, использованных в качестве справочных: поступление в детский сад и начало обязательного школьного обучения (3-6 лет); начало и закрепление овладения учебными предметами под руководством одного учителя (6-9 лет: чтение, письмо и арифметика); начало появления вторичных половых признаков, значительное усложнение учебных предметов, ужесточение требований к прохождению оценочных тестов и переход от зависимости от одного преподавателя по всем предметам к более высокому уровню знаний, преподаватель по каждому предмету

(9-12 лет); закрепление вторичных половых признаков, повышение требований ответственности и смена учебного заведения (12-15 лет); получение степени бакалавра и профессионального образования (15-18 лет). Как только интервал был установлен, испытуемому было предложено попытаться установить период появления тревожности и страхов вспоминая прошлые события. В качестве ориентира для определения начала использовался тот момент, когда испытуемые вспоминали, что социальные страхи начали вызывать значительные ухудшения в их жизни [7, с. 16].

Тесты самоотчета, использованные в этом исследовании, описаны ниже. В качестве инструментов использовались: инвентаризация тревожности и социальной фобии, опросник социальных навыков для подростков, опросник доверия к публичным выступлениям и шкалы: шкала социальной тревожности для подростков, самооценки во время публичных выступлений, шкала тревожности социального взаимодействия, шкала дезадаптации, шкала самооценки и шкала уверенности в себе. В таблице 2 представлена классификация этих инструментов и составляющих их подшкал в соответствии с теоретическими требованиями, которые они предназначены для измерения [8, с. 7].

Таблица 1									
Распределение заявленного возраста начала заболевания в зависимости от подтипов социальной фобии и пола участников (DSM-IV-TR)									
Возраст начала заболевания (указанный) с разбивкой по интервалам (%)	Распределение по подтипам и полу Распределение (Ж = Женщины; М = Мужчины)								
	Интервалы (Потенциально стрессовые события, обобщенные по рассматриваемым интервалам)	Специфическая социальная фобия			Генерализованная социальная фобия				
		Ж	М	Общий (%)	М	Ж	Общий (%)		
3-6 лет Зачисление в детские сады и начало обучения	3	0	0	0 (0.00)	0	0	0 (0.00)	0 (0.00)	
6-9 лет	4	8	4	12 (10.00)	16	3	19 (15.83)	31 (25.83)	<b>25.83</b>
Обязательное школьное образование	5	0	0	0 (0.00)	0	0	0 (0.00)	0 (0.00)	
Базовые инструментальные знания	6	1	0	1 (0.83)	0	0	0 (0.00)	1 (0.83)	
10 лет	7	0	0	0 (0.00)	1	0	1 (0.83)	1 (0.83)	<b>5.00</b>
Под руководством одного учителя	8	0	0	0 (0.00)	3	1	4 (3.33)	4 (3.33)	
<b>9-12 лет</b>	9	2	0	2 (1.67)	1	1	2 (1.67)	4 (3.34)	
Значительное повышение требований	10	1	1	2 (1.67)	4	0	4 (3.33)	6 (5.00)	<b>13.34</b>

школа и преподавание под руководством преподавателя	11	2	1	3 (2.50)	2	1	3 (2.50)	6 (5.00)	
<b>12-15 лет</b>	12	1	3	4 (3.33)	9	2	11 (9.17)	15(12.50)	
Смена учебного заведения	13	3	0	3 (2.50)	6	1	7 (5.83)	10 (8.33)	<b>31.66</b>
Сверстники и учителя	14	3	3	6 (5.00)	7	0	7 (5.83)	13(10.83)	
<b>15-18 лет</b>	15	2	0	2 (1.67)	4	1	5 (4.17)	7 (5.84)	
Начало обучения в средней школе	16	1	0	1 (0.83)	0	0	0 (0.00)	1 (0.83)	<b>6.67</b>
Влияние общества	17	0	0	0 (0.00)	0	0	0 (0.00)	0 (0.00)	
Они не помнили возраст начала	–	<b>7</b>	<b>14</b>	21 (17.50)	0	0	0 (0.00)	21 (17.50)	<b>17.50</b>
<b>Итоги</b>		31	26	57 (47,50)	53	10	63 (52.50)	120(100)	<b>100</b>

## РЕЗУЛЬТАТЫ

47,5% (n= 57) подростков соответствовали критериям диагностики FSG (постоянный и сильный страх перед одной или двумя социальными ситуациями), а 52,5% (n= 63) имели постоянный и сильный страх перед тремя или более социальными ситуациями.

3,71% сдали ЕНТ (1,53% - мальчики и 1,82% - девочки) и 3,36% соответствовали критериям ЕНТ (0,59% - мальчики и 3,12% - девочки) [9, с. 19].

Что касается возраста, когда начиналась социальная фобия (см. таблицу 1), мы должны отметить, что в то время как все субъекты с FSG смогли определить его на ранней стадии собеседования, 21 субъект с FSG или 17,5%, не смогли этого сделать ни во время собеседования, ни при повторной попытке через две недели. Испытуемые, которые использовали выражение «всегда», поместили первое конкретное воспоминание о значительном вмешательстве и дискомфорте в детском саду, в результате чего наиболее часто выбирался четырехлетний возраст (n= 31), за которым следовали 12-летние (n= 15). Через определенные промежутки времени наиболее частыми являются дети в возрасте 12-15 лет (n= 38; 31,66%), за которыми следуют дети в возрасте 3-6 лет (n= 31; 25,83%).

Интервалы 6-9 лет и 15-18 лет - это те, которые показывают наименьшую зарегистрированную частоту возникновения, 6 (5%) и 8 (6,67%) респондентов соответственно. С другой стороны, только 22 респондента (18,34%) оценивают начало в возрасте от 6 до 12 лет, в то время как в возрасте от 12 до 18 лет -46 (38,33%).

В целом, средний зарегистрированный возраст начала заболевания составил 9,53 года (D. T. = 4,18); около трети подростков заявили, что страдали этой проблемой «всегда», то есть примерно в возрасте 4 лет, а еще треть указали, что начали осознавать негативные последствия расстройства будучи во возрасте 12-15 лет. В целом, 82% респондентов сообщили о раннем возрасте начала до 16 лет, 65% - до 14 лет и 44,17% - до 12 лет [10, с. 37].

Измеряемые переменные	Меры зависимость переменных		Специфическая социальная фобия (n= 57)	Генерализованная социальная фобия (n= 63)	Результаты
Тревога	SPAI-FS	M	70,29	111,11	

Социальный		DT	22,64	28,66	-8,29***	
Генеральный	SPAI-DIF	M	52,85	78,84		
		DT	17,90	21,91	-6,82***	
	SAS-A Total	M	48,35	63,24		
		DT	10,11	12,97	-6,88***	
Ответ	SAS-A/SAD-N	M	16,85	21,11		
Избегание		DT	3,63	4,87	-5,32***	
Социальный	SAS-A/SAD-G	M	9,25	12,30		
		DT	2,62	3,42	-5,37***	
Компонент	SAS-A/FNE	M	22,24	29,73		
		DT	6,47	6,64	-6,19***	
Когнитивный	SSPS	M	20,02	25,41		
		DT	7,16	9,72	-3,37***	
		M	101,55	83,49		
		DT	17,48	19,02	-5,28***	
Тревога	SIAS	M	32,43	46,70		
Социальный		DT	9,30	12,88	-6,77***	
Социальная тревога перед выступлением	SPS	M	23,00	42,62		
Выступление		DT	11,95	17,02	-	
					7,13***	
Несоответствие	EI	M	11,94	18,19		
Самооценка		DT	5,20	7,45	-5,17***	
		SASI	M	30,48	25,81	
		DT	5,20	5,42	4,73***	
Дефицит социальных навыков	CHSPA	M	55,43	85,21		
		DT	18,47	28,30	-6,57***	
Настойчивость	RAS	M	3,17	-20,56		
		DT	16,66	23,02	6,25***	

Уровень статистической значимости: \* p<.05; \*\* p<.005; \*\*\* p<.001  
Примечание: Степени свободы для SPAI-FS и DIF: 112; для PRCS, CHSPA и RAS: 114; pa-га SSPS, SIAS, EI и SASI: 115; для SASA- ИТОГО, его подшкалы и SPS: 116

При изучении различий между подтипами, во-первых, была проанализирована роль начального возраста и пола с использованием Т-критерия Стьюдента. Что касается первого, то наблюдается высокий параллелизм в отношении частоты встречаемости инициации, наблюдаемой в обоих подтипах, при этом не обнаружено статистически значимых различий ( $t_{97} = -0,06$ ;  $p < .95$ ) ни по интервалам, ни по конкретным периодам.

Данные показывают, что средний возраст начала составляет 9,5 лет для ESF и 9,56 года для GS. Что касается распределения по полу и подтипам, средний возраст составлял 9,58 года (D. T. = 4,29) и 9,20 года (D. T. = 4,08) для мальчиков с ESF и GS,

соответственно; в то время как для девочек он составлял 9,46 года (D. T.= 4,50) в ESF и GS, соответственно 9,62 года (D. T.= 4,15) в ФСГ [14, с. 27].

Что касается второй рассматриваемой характеристики, продолжительности социальной фобии, мы не обнаружили статистически значимых различий ( $t_{97} = -0,16$ ;  $p < .87$ ): средняя продолжительность расстройства, измеренная в годах, составила 5,67 (D. T.= 4,29) для ESF и для GS 5,78 (D. T. = 4,29). Что касается пола, то у пациентов с СРБ и ГСБ средняя продолжительность составила 5,17 (ДТ= 4,04) и 6 (ДТ= 4) лет соответственно, в то время как у пациентов с СРБ средняя продолжительность составила 5,87 (ДТ= 4,52) года для СРБ и ГСБ. 5,74 года (D. T= 4,13) для ФСГ [11, с. 18].

При исследовании различий между подтипами по социально-демографическим характеристикам использовались Т-критерии Стьюдента или Хи-квадрат Пирсона в зависимости от типа измеряемой переменной, была обнаружена статистически значимая связь между переменными пола и подтипа (значение  $\chi^2 = 12,60$ ;  $p < 0,000$ ), которая показала более высокую корреляцию. Частота случаев GSP у девочек ( $n = 53$ ; 63,10%) выше, чем у мальчиков ( $n = 10$ ; 27,78%), при этом в отношении GSAD наблюдается обратное: 72,22% ( $n = 26$ ) приходится на мальчиков по сравнению с 36,90% ( $n = 31$ ) у мужчин. С другой стороны, не было обнаружено статистически значимых различий по двум другим изученным переменным: хронологическому возрасту ( $t_{118} = -0,26$ ;  $p < .79$ ) и уровню образования ( $T_2 = 0,49$ ;  $p < .78$ ). Что касается хронологического возраста, то группа ESF показала средний возраст 15,19 лет и 15,24 года для SPS (Specific Phobia of Social Situations) [12, с. 19].

Чтобы исследовать различия между подтипами, в изученных психологических измерениях они были сгруппированы в ответные меры на: общую социальную тревожность, социальные избегающие реакции, когнитивный компонент социальной фобии, тревогу по поводу отношений с другим, социальную тревожность и т.д. Чтобы исследовать различия между подтипами, они были сгруппированы на: общую социальную тревожность, социальные избегающие реакции, когнитивный компонент социальной фобии, тревогу по поводу отношений с другими, социальную тревожность, перед лицом действий по отношению к другому(им) и других дополнительных факторов (неадекватность, напористость, социальные навыки и самооценка). Для этого анализа мы проводим сравнение средних значений, применяя Т-критерий Стьюдента. Результаты показывают статистически значимые различия в общем количестве рассматриваемых переменных, всегда с наибольшим значением в группе с SPS (Specific Phobia of Social Situations) (см. таблицу 2).

Отрицательный знак на значениях данных, представленных с помощью теста, показывает, что показатели, достигнутые группой ESF, выше, чем у группы GS; то есть у субъектов с ESF наблюдается более высокий уровень общей тревожности, повышенная тревожность в отношениях с другими и более частые реакции социального избегания, большая социальная дезадаптация и больший дефицит социальных навыков.

В сравнениях, относящихся к PRCS, RAS и SASI, интерпретация знаков значений данных, полученных из Т-критерия Стьюдента должна пониматься в противоположном смысле [13, с. 24].

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Во-первых, мы должны отметить, что обнаруженная распространенность в зависимости от подтипов имела распределение, близкое к соотношению 1/1.

Что касается распространенности социальной фобии в зависимости от пола, мы обнаружили, что число девочек, которые соответствовали критериям для диагностики подтипа ФСГ, было значительно выше, чем у мальчиков. При более детальном анализе становится очевидным, что в этих отношениях девочки - подростки с ГСГ в нашем исследовании более чем в два раза чаще, чем мальчики (63% против 28%), и представлены в большем количестве ГСГ, чем ГСЭ (63% против 37%), в то время как у мальчиков (28% FSG против 72% FSE). Этот результат совпадает с результатами большинства исследований, проведенных на взрослом и подростковом населении; как в первом, так и во втором случаях выявлено более высокое преобладание респондентов



женского пола с социальной фобией, чем респондентов мужского пола и более высокие показатели социальной тревожности у девочек. Так, например, Штейн М.В. и соавторы (1999) обнаружили, что у девочек с ГСГ более чем в два раза больше, чем у мальчиков (5,5% против, 2,7%) в выборке подростков в возрасте от 14 до 17 лет.

Наши данные показывают более ранний средний возраст начала заболевания (9,53 года: 9,50 для FSG и 9,56 для GS), чем в других исследованиях, хотя мы не обнаружили существенных различий в распределении по полу и подтипам. Средний возраст начала заболевания составлял 11,5 и 14 лет для мальчиков с FSG и необщительной социальной фобией соответственно, в то время как для девочек он составлял 12,5 и 15 лет в случае FSG и не генерализованной ФС (возрастной диапазон испытуемых: 14-24 года), при этом существуют статистически значимые различия между обоими подтипами. Обнаружено, что в 83% диагностированных случаев социальной фобии возраст начала заболевания был ниже 14 лет; в нашем исследовании 75,83% респондентов страдающих социальной фобией [14, с. 19].

Кроме того, настоящая работа позволила нам выявить два важных момента, которые особенно важны для разработки профилактических вмешательств раннего выявления, учитывая, что в них участвуют 57,49% подростков в возрасте начала заболевания: 25,83% в возрасте от 3 до 6 лет и 31,66% в возрасте от 12 до 15 лет.

Что касается значений, достигнутых в рассмотренных и сгруппированных по подтипу показателях самоотчета, результаты показывают, что субъекты с GS представляют значения, превосходящие значения для конкретного подтипа (ESF) по всем зарегистрированным переменным (см. таблицу 2), достигая во всех случаях различия имеют статистическую значимость. Эти данные согласуются с данными других работ, в которых субъекты с GS также выставляют оценки, которые достигают статистически значимых различий по сравнению с субъектами с ESF как в общей социальной тревожности, так и в степени создаваемого вмешательства в повседневную работу, а также с учетом сообщаемой степени сложности при решении и разрешении межличностных проблем.

То есть, по-видимому, установлено, что как в нашей выборке, респонденты с FSG сообщают о большем вмешательстве, большем общем ухудшении, а также о большей выраженности фобической симптоматики в показателях самоотчета при ФС, чем те, у кого диагностированы FSE. Подводя итог, из результатов настоящей работы можно сделать выводы:

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1) Эквивалентность частоты встречаемости подтипов FSE и FSG в популяции нашей выборки;

2) распределение FS по полу, соотношение которых было выше 2:1 (70% составляли девочки и 30% - мальчики);

3) частота GSA со статистически значимыми различиями между девочками и мальчиками в пользу первых, в противоположность подтипу GSP;

4) выявление двух важных моментов, имеющих актуальность как для профилактики, так и для раннего выявления и вмешательства при рассматриваемом расстройстве: 3-6 лет и 12-15 лет;

5) отсутствие существенных различий как в среднем возрасте начала заболевания, так и в продолжительности жизни между респондентами с FSE и респондентами с FSG;

6) наличие статистически значимых различий в переменных, изученных в пользу девочек - подростков при диагностике FSG, что может выражаться в усилении дискомфорта и помех, а также в более серьезных последствиях для процесса индивидуального и социального развития;

7) констатация желательности сохранения, по крайней мере, различия между FSG и GS, как в отношении прогнозирования течения, так и в отношении определения конкретных видов лечения, поскольку они также, по-видимому, представляют четко различные группы в отношении тяжести расстройства на данном эволюционном этапе [15].

### ***Список использованной литературы:***

1. Социальная фобия / Проблемная группа по социальной фобии Всемирной ассоциации психиатрии / под ред. С.А. Монтгомери. 2018. 52 с.
2. Элкинд Д. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни. М., 2019.- 125 с.
3. S. M. Valente, "Social phobia, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, vol. 8, no. 3, 2022. P.24.
4. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. СПб. ;М., 2019.120 с.
5. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / пер. с англ. М., 2016.-30 с.
6. Greist J. The Clinical Interview // Social Phobia - Diagnosis, Assessment, and Treatment. 2018. P. 185.
7. Нартова-Бочавер С.К. Психологическое пространство личности : монография. М., 2018.-89 с.
8. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике. СПб., 2019.67 с.
9. Менделевич В. Д., Клиническая и медицинская психология Практическое руководство МЕДпресс, 1998 – 592 с.
10. Наследов А.Д., Математические методы психологического исследования / Анализ и интерпретация данных СПб Речь, 2004 – 392 с.
11. Сагалакова О. А. , Труевцев Д. В., «Клиническая психология» Программа курса и учебно-методические рекомендации для студентов Барнаул, 2002 -47 с.
12. Mariana Florisika Kalin, Psychosocial adaptability in the organizational environment, New trends and problems Materials on Humanities and Social Sciences: Volume 3 №. 1 (2017): Selected Reports of the 8th World Conference on the Sciences of Education.- 2016. P. 17.
13. Mariana Florisika Kalin, Marinela Carmen Grigore, The impact of cognitive problems on eating disorders, New trends and problems Materials on the Humanities and Social Sciences: Volume 6 No. 1 (2019): Selected Reports of the 11th World Conference on the Sciences of Education.-2021. P.28.
14. American Psychiatric Association, «Anxiety disorders, in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC, USA, 5th edition, 2022. P.65.
15. D. Villiers, Perfectionism and social anxiety among college students [Counseling psychology Dissertations], Northeastern University, Boston, Mass, USA, 2019.- P.125.

### ***References:***

1. Social'naya fobiya / Problemnaya gruppa po social'noj fobii Vsemirnoj associacii psihiatrii / pod red. S.A. Montgomeri. 2018. 52 s..  
Elkind D. Erik Erikson i vosem' stadij chelovecheskoj zhizni. M., 2019.- 125 s.
2. S. M. Valente, Social phobia, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, vol. 8, no. 3, 2022. P.24.
3. Bol'shoj psihologicheskij slovar' / pod red. B.G. Meshcheryakova, V.P. Zinchenko. SPb. ;M., 2019.120 s.
4. Erikson E. Identichnost': yunost' i krizis / per. s angl. M., 2016.-30 s.
5. Greist J. The Clinical Interview // Social Phobia - Diagnosis, Assessment, and Treatment. 2018. P. 185.
6. Nartova-Bochaver S.K. Psihologicheskoe prostranstvo lichnosti : monografiya. M., 2018.-89 s
7. Vasserman L.I., Gor'kovaya I.A., Romicyna E.E. Roditeli glazami podrostka: psihologicheskaya diagnostika v mediko-pedagogicheskoy praktike. SPb., 2019.67 s.
8. Mendelevich V. D. Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya Prakticheskoe rukovodstvo MEDpress, 1998 – 592 s.

9. Nasledov A.D., Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya / Analiz i interpretaciya dannyh SPb Rech', 2004 – 392 s.
10. Sagalakova O. A. , Truevcev D. V., «Klinicheskaya psihologiya» Programma kursa i uchebno-metodicheskie rekomendacii dlya studentov Barnaul, 2002 -47 s.
11. Mariana Florisika Kalin, Psychosocial adaptability in the organizational environment, New trends and problems Materials on Humanities and Social Sciences: Volume 3 №. 1 (2017): Selected Reports of the 8th World Conference on the Sciences of Education.-2016. P. 17.
12. Mariana Florisika Kalin, Marinela Carmen Grigore, The impact of cognitive problems on eating disorders, New trends and problems Materials on the Humanities and Social Sciences: Volume 6 No. 1 (2019): Selected Reports of the 11th World Conference on the Sciences of Education.-2021. P.28.
13. American Psychiatric Association, «Anxiety disorders, in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC, USA, 5th edition, 2022. P.65.
14. D. Villiers, Perfectionism and social anxiety among college students [Counseling psychology Dissertations], Northeastern University, Boston, Mass, USA, 2019.-P.125.