

УДК 616.89–008.19–058(049.3)

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ: СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИЗУЧЕНИЯ. ЧАСТЬ 1

И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Понятие социальной тревожности

В настоящее время феномен социальной тревожности стал предметом интенсивных эмпирических исследований в зарубежной клинической психологии. При том, что тревожность является традиционным предметом исследования отечественной психологии, исследования такой ее распространенной формы как социальная тревожность крайне немногочисленны [2, 3].

Под термином социальной тревожности принято понимать тревожность, триггером которой выступают разного рода ситуации социального взаимодействия. Это понятие довольно широкое и включает в себя целый ряд явлений – от наиболее мягкой формы – застенчивости до такого серьезного расстройства как социальная фобия. Симптомы застенчивости, социальной тревожности и социального избегания были известны еще в Древней Греции и описаны во времена Гиппократов. Застенчивость не имеет четкого определения и описывается разными исследователями по-разному: как тревога и дискомфорт в социальных ситуациях, в особенности в случаях, включающих оценку авторитетными фигурами [9], дискомфорт и торможение в интерперсональных ситуациях [14] и как страх негативной оценки [5]. Застенчивость, в виде некоей скованности, стесненности в определенных социальных ситуациях, характерна (знакома) для большинства людей. Так, по данным D.C.Beidel и S.M.Turner [4] 90% студентов колледжей сообщили о том, что в тот или иной период своей жизни они испытывали застенчивость.

Термин «социальная фобия» (*phobie des situations sociales*) был впервые предложен P.Janet в 1903 году [17]. Как отдельная форма фобий она была впервые идентифицирована в конце 1960-х годов, а как отдельное расстройство появилась в третьем издании DSM. В DSM-I и DSM-II все фобии входили в одну группу, в основе такой классификации лежало психоаналитическое представление о том, что все фобические симптомы являются результатом подавленных инстинктивных влечений. Социальная фобия была выделена в качестве отдельной диагно-

стической категории в МКБ 10-го пересмотра. До подобного выделения это расстройство ошибочно считалось крайне мало распространенным, что позволило некоторым авторам [20] назвать ее «тревожным расстройством, которым до сих пор несправедливо пренебрегали». Социальная фобия имеет вполне четкое определение: так, в DSM-IV под этим термином понимают «выраженный и стойкий страх одной или более социальных ситуаций, в которых человек подвергается-сталкивается с незнакомыми людьми или возможной оценкой (осмотром, испытующий взгляд) другими людьми-окружающими». МКБ-10 понимает под данным расстройством страх испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей, который сопровождается выраженным избеганием данных ситуаций. Пациенты, страдающие социальной фобией, могут испытывать страх перед одной-двумя социальными ситуациями (специфический или ограниченный подтип) или же испытывать страх перед большей частью социальных контактов с окружающими (генерализованный подтип). Можно обнаружить, что описания застенчивости и социальной фобии во многом схожи, вопросу о соотношении этих двух понятий посвящены многие исследования, о которых пойдет речь ниже. Необходимо также отметить, что под термином «социальная тревожность» многие авторы имеют в виду именно социальную фобию: так, рабочая группа DSM-IV по тревожным расстройствам предложила заменить название социальной фобии на социальное тревожное расстройство, чтобы подчеркнуть серьезность этой проблемы, которой старое название «социальная фобия», по мнению рабочей группы, не соответствует. Вместе с тем, ряд исследователей выражают сомнение в необходимости выделения такой диагностической категории (классификационной единицы) как социальная фобия, рассматривая ее как сопутствующий симптом других расстройств. Так, В.Н.Краснов [1], обсуждая вопрос о целесообразности выделения социальной фобии в самостоятельную категорию, высказывает мнение, что «социальная фобия» есть

«не что иное как актуализация психастенических черт в рамках невротических расстройств либо, чаще, на начальных этапах эндогенной депрессии, где тревожные аффективные компоненты остаются доминирующими» [1]. Таким образом, можно выделить две позиции исследователей и, соответственно, два направления изучения социальной тревожности:

1) социальная тревожность как симптом различных расстройств;

2) социальная тревожность (социальная фобия) как отдельная нозологическая единица.

Эпидемиологические данные

Исследования, посвященные эпидемиологии социальной тревожности, проводятся, прежде всего, в США и свидетельствуют о росте социальной тревожности как в общей популяции, так и в клинической выборке. Так, в исследовании, проведенном Р.А.Рилконис и Р.Г.Зимбардо в 1979 году [24] на выборке из 817 студентов высших учебных заведений (колледжей) более 40% респондентов охарактеризовали себя как застенчивых, из них 63% отметили, что эта черта затрудняет их социальное функционирование. Более поздние исследования в этой области показали, что имеется тенденция к росту этого явления, так, по данным того же исследователя, в 1997 году уже 50% опрошенных признали себя застенчивыми.

Стэнфордское эпидемиологическое исследование получило следующие данные: на вопрос, являлись ли респонденты застенчивыми (сейчас или в прошлом) большинство (около 84%) ответили утвердительно. Столь высокие показатели некоторые исследователи объясняют популяризацией этого понятия, большим количеством упоминаний о нем в СМИ.

Такая высокая распространенность позволяет рассматривать социальную тревожность уже не только в качестве психологического конструкта, но и социального феномена. Так, многие исследователи связывают рост этого явления с такими ценностями современной культуры, как культ успеха и личных достижений, возросшей личной ответственностью за неудачу [33].

Социальная фобия является третьим по распространенности психическим расстройством в США, после депрессии и алкоголизма (ее распространенность, по разным данным, составляет от 2,4% [25] до 13,3% [14]).

Коморбидность с расстройствами Оси I DSM-IV

По разным данным, от 50 до 80% пациентов, страдающих социальной фобией, имеют еще одно психическое расстройство [19, 22, 27]. Так, по данным Epidemiologic Catchment Area (ECA) [27], 69% пациентов с социальной фобией страдали на протяжении жизни еще одним психическим расстройством (59% – простой фобией, 45% – агорафобией, 19% – алкогольной зависимостью, 17% – депресси-

ей и 13% – наркотической зависимостью), при том, что в 77% случаев (а по данным М.В.Ван Америген и соавт. [31] – в 81,7% случаев) социальная фобия предшествовала коморбидному расстройству. Чаще всего социальной фобии коморбидны депрессивные расстройства, другие тревожные расстройства и зависимость от ПАВ, а также расстройства пищевого поведения. В случае коморбидности с депрессией, социальная фобия протекает в крайне тяжелой форме и значительно увеличивает риск суицидальных попыток (при изолированной социальной фобии он составляет 6%, тогда как в случае коморбидности с депрессией 45%) [19, 32].

Три исследования, посвященные изучению пищевых расстройств, обнаружили следующие данные: распространенность социальной фобии среди пациентов с расстройствами пищевого поведения (нервная анорексия и булимия) составила от 23,8 до 55% [10, 18, 21].

Отдельного упоминания заслуживает коморбидность социальной фобии с алкоголизмом. Вследствие известного анксиолитического действия алкоголя, пациенты с социальной фобией часто прибегают к нему для уменьшения тревоги. Исследования, проведенные на общей популяции, свидетельствуют о том, что для пациентов с социальной фобией риск выработать зависимость от алкоголя увеличивается в 2–3 раза по сравнению с группой нормы. National Comorbidity Survey обнаружила, что 24% пациентов с социальной фобией страдают также от алкогольной зависимости в течение жизни. В свою очередь, распространенность социальной фобии у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, составила 19% среди мужчин и 30% среди женщин [17]. Все исследования подтверждают, что дебют социальной фобии приходится на детские и подростковые годы и предшествовал алкоголизации, по крайней мере, в двух третях случаев.

Коморбидность с расстройствами Оси II DSM-IV

Наиболее часто социальная фобия коморбидна избегающему расстройству личности (некоторые исследователи полагают, что избегающее личностное расстройство есть лишь самая тяжелая форма социальной фобии) и обсессивно-компульсивному расстройству личности. По данным S.M.Turner и соавт. [29] 22% пациентов с социальной фобией соответствуют критериям для постановки диагноза избегающего личностного расстройства. В этих случаях социальная фобия протекает значительно тяжелее и оказывает значительное негативное влияние на функционирование (и требует большего времени на лечение). Примерно 13% пациентов с социальной фобией соответствуют критериям для постановки диагноза обсессивно-компульсивного личностного расстройства [29]. При этом 48,5% пациентов с социальной фобией обладают обсессивно-компульсивными чертами характера – сверхстарательностью, перфекционизмом, повышенной

ответственностью, дотошностью, ригидностью в отношении правил и норм.

Последствия заболевания

По данным исследователей, пациенты с социальной фобией имеют больше суицидальных мыслей и чаще предпринимают суицидальные попытки, чем здоровые испытуемые. Они чаще принимают алкоголь и анксиолитики с целью снижения тревоги [4]. Данное расстройство значительно ограничивает возможности для профессиональной и учебной деятельности, а зачастую приводит к полной инвалидизации и социальной изоляции. Так, например, по данным S.M.Turner и соавт. [29] 91% пациентов с социальной фобией сообщили о своей академической неуспеваемости, ответственность за которую они возлагали на свои социальные страхи. По данным этих же исследователей, 80% пациентов с социальной фобией признавали, что данное расстройство значительно ухудшает их интерперсональные отношения. По данным S.A.Safren и соавт. [26] пациенты с социальной фобией оценивают качество своей жизни как крайне низкое. Даже наиболее мягкая форма социальной тревожности – застенчивость, имеет негативные последствия для профессиональной жизни и интерперсональных отношений. Так, D.C.Beidel и S.M.Turner [4] в долгосрочном проекте изучали, каким образом складывалась жизнь застенчивых студентов и обнаружили, что застенчивые мужчины становятся отцами в среднем на 3 года позднее, нежели незастенчивые, а также, что застенчивость оказывает негативное влияние на профессиональную карьеру как мужчин, так и женщин.

Соотношение понятий «тревожность – социальная фобия»

Целый ряд исследований в области социальной тревожности посвящен тому, как соотносятся между собой понятия застенчивости и социальной фобии. Многие исследователи отмечают, что различия между ними скорее количественные, нежели качественные. Так, S.M.Turner и соавт. [28], сопоставляя эти понятия, выделяют следующие общие для них характеристики: негативные убеждения относительно социального взаимодействия, повышенная физиологическая возбудимость, стремление избегать социальные ситуации, дефицит социальных навыков. Различия, по их мнению, заключаются в меньшей распространенности социальной фобии, более тяжелых последствиях и более позднем начале. Рассмотрим теперь параметры, по которым застенчивость отличается от социальной фобии. В первую очередь, это касается распространенности этих явлений (застенчивость значительно более распространенное явление, чем социальная фобия).

Различия заключаются также в том, что застенчивость является зачастую преходящим состоянием, тогда как социальная фобия отличается хронич-

еским течением. Несмотря на то, что оба эти состояния связаны с эмоциональными и социальными трудностями, очевидно, что люди, страдающие социальной фобией более дезадаптированы и испытывают значительно больший дистресс.

Несмотря на то, что связь между этими понятиями очевидна, характер этой связи до сих пор не вполне ясен. Существует несколько точек зрения на взаимоотношения понятий «застенчивость», «социальная тревожность» и «социальная фобия», зачастую полярных – от предположения V.J.Carducci [6], что это два совершенно разных понятия (застенчивость является не расстройством, а непатологической чертой характера, в отличие от социальной фобии и избегающего личностного расстройства), до гипотезы R.M.Rapee [25] о тождественности этих понятий. Согласно третьей гипотезе, которую разделяют многие исследователи, социальная фобия – это крайняя степень застенчивости. Так, например, L.Henderson и P.Zimbardo [14] описывают застенчивость как варьирующую от легкой социальной настороженности до полностью парализующей социальной фобии. Существует также точка зрения, что застенчивость – более гетерогенная категория, которая может частично совпадать с легкими случаями социальной фобии, а может выходить за ее рамки. Модель D.W.McNeil [23], которую разделяют многие исследователи, предполагает, что застенчивость и социальная фобия находятся (располагаются) на разных точках континуума интенсивности социальной тревожности, где застенчивость располагается на отрезке от нормальной до патологической тревожности, затем по очереди следуют: негенерализованная социальная тревожность, генерализованная социальная тревожность и, наконец, избегающее личностное расстройство в крайней точке.

В последнее десятилетие было проведено несколько исследований с целью эмпирически определить, как связаны между собой застенчивость и социальная фобия. Остановимся подробнее на трех исследованиях, посвященных этой проблеме. Все они проведены на неклинической выборке (студентах колледжей) и в той или иной степени предпринимались для того, чтобы подтвердить или опровергнуть модель континуума D.W.McNeil. Исследования, о которых пойдет речь ниже, довольно схожи по дизайну – испытуемые распределялись по группам в соответствии с баллами, полученными ими при заполнении Revised Cheek and Buss Shyness Scale (RCBS) [8]. Эта методика является «методикой первого выбора» для измерения застенчивости и измеряет ее аффективные и поведенческие аспекты. Группа высоко-застенчивых и группа нормы сравнивались между собой по разным показателям. D.A.Chavira и соавт. [7] получили следующие данные: в группе, получившей высокие баллы по показателям застенчивости значимо чаще встречалась социальная фобия (49 и 18%), в особенности ее генерализованный подтип (страх трех и более

социальных ситуаций – более тяжелый тип социальной фобии), у этих студентов чаще встречались симптомы депрессии (24% и 13%).

Избегающее расстройство личности значимо чаще встречалось в группе высоко-застенчивых (14% и 4%). Испытуемые с высоким уровнем застенчивости без социальной фобии отличались от испытуемых с социальной фобией по степени дезадаптации в профессиональных (институт, работа) и социальных областях. Полученные данные в целом согласуются с предложенной моделью, в которой высокий уровень застенчивости является индикатором большего психического неблагополучия, однако авторы обращают внимание на то, что половина испытуемых с высокими показателями по застенчивости не страдают социальной фобией. Подобные данные, с точки зрения авторов, можно интерпретировать следующим образом: существует ряд факторов (возможно, когнитивных и поведенческих), предохраняющих застенчивых людей от заболевания социальной фобией. Представляется перспективным в дальнейшем изучение этих факторов, выступающих в роли буферов или протекторов.

В 2003 году N.A.Heiser и соавт. [12] обследовали 200 студентов Мэрилендского университета и получили следующие данные: распространенность социальной фобии среди застенчивых составляет 18%, что существенно отличается от данных описанного выше исследования. Такой большой разброс цифр в разных исследованиях объясняется различиями в критериях для выделения группы с высокими показателями застенчивости, то есть в последнем исследовании для включения в группу требовалось меньше баллов. Тем не менее, и здесь подтвердился факт, что число лиц, страдающих социальной фобией, значительно выше среди застенчивых, чем среди незастенчивых (18% и 3% соответственно). Данное исследование также обнаружило прямую корреляцию между степенью выраженности застенчивости и социальной фобией (чем выше уровень застенчивости, тем выше вероятность диагноза социальной фобии). Однако были получены также довольно неожиданные данные: 15% исследуемых с диагностируемой социальной фобией не получили высоких баллов по показателю застенчивости. На основании полученных данных авторы предполагают, что связь между этими понятиями не такая прямая, чтобы утверждать, что социальная фобия представляет собой лишь крайнюю степень застенчивости. Это исследование также выявило следующее: две трети испытуемых из группы застенчивых отвечали критериям расстройств I и II Оси DSM-IV (таких как тревожные, депрессивные расстройства, личностные расстройства – в особенности, избегающее), тогда как в группе незастенчивых этот показатель был значительно ниже (18,3%). На основании полученных данных авторы заключают, что застенчивость связана с широким кругом разных форм психопатологии, а не только с социальной фобией, как утвер-

ждалось ранее. Тот факт, что среди застенчивых чаще встречаются расстройства I и II Оси, авторы объясняют следующим образом: возможно, застенчивость является одним из проявлений некоего свойства темперамента (например, нейротизма), который связан с различиями в уязвимости к психопатологии. В качестве возможного объяснения, почему застенчивые более уязвимы к разного рода психическим расстройствам, авторы предположили, что застенчивость может быть следствием, а не причиной психопатологии, следствием таких расстройств, как депрессия, тревожные расстройства, избегающее личностное расстройство и др.

Еще одно исследование [13] в этой области было направлено на то, чтобы выявить те параметры (симптоматика, повседневное функционирование, качество жизни, а также социальные навыки, тревога и физиологические симптомы в ходе проведения эксперимента, во время которого участников просили вступать в беседу), по которым генерализованная социальная фобия отличается от застенчивости. Группа с социальной фобией отмечала у себя значимо более широкий спектр социальных страхов, избегания социальных ситуаций, негативных мыслей, а также больше физиологических симптомов, чем группа с высокими показателями застенчивости, которая, в свою очередь, значимо отличалась по тем же показателям от группы нормы. При этом все группы симптомов были сильнее выражены в выборке пациентов с социальной фобией. Группа с высоким уровнем застенчивости отличалась от группы с социальной фобией степенью дезадаптации в повседневной жизни и более высоким качеством жизни, что согласуется со множеством других исследований в этой области. Было также обнаружено, что группа с высоким уровнем застенчивости гораздо более неоднородна, чем группа с социальной фобией. Так, несмотря на то, что испытуемые отмечали у себя высокий уровень застенчивости, в ходе диагностического интервью, одна треть группы с высоким уровнем застенчивости не признала у себя наличия социальных страхов. Подобные результаты авторы объясняют тем, что группа застенчивых включает в себя тех индивидуумов, которые не страшатся социальных ситуаций, однако не стремятся к ним и предпочитают одиночество, что соответствует предложенному P.Zimbardo [34] делению застенчивых на интровертов, предпочитающих одиночество, и на экстравертов, стремящихся к общению с другими, но не обладающих для этого достаточным уровнем социальных навыков, а также страдающих когнитивными искажениями относительно социальных ситуаций. С нашей точки зрения, подобные данные могут скорее объясняться неоднородностью понятия застенчивости, которое нашло отражение и в измерительных инструментах: в одних из них делается акцент на поведении избегания, что затрудняет дифференциацию двух вышеописанных групп, в других – на эмоциональном переживании в виде

страха негативной оценки и отвержения, что позволяет дифференцировать интровертов и застенчивых экстравертов. Еще одно важное различие было получено в ходе проведения поведенческого задания. Несмотря на то, что обе группы отмечали у себя высокую антиципирующую тревогу перед выполнением задания и высокую тревогу при его выполнении, испытуемые из группы с высоким уровнем застенчивости были эффективнее в выполнении заданий и обладали лучшими навыками. Исследователи предположили, что, возможно, этим качеством испытуемых (действовать, несмотря на тревогу) с высоким уровнем застенчивости, но без социальной фобии и объясняется их меньшая дезадаптация и более высокое качество жизни. Что касается физиологических симптомов, то по этим показателям (частота сердечных сокращений, потоотделение) группа пациентов с социальной фобией никак не отличалась от двух других групп, однако субъективно они отмечали большее возбуждение, чем в реальности испытывали. Это подтверждает наш вывод о важности разделения поведенческих симптомов тревоги в виде избегания и эмоциональных симптомов в виде различных социальных страхов. Видимо, наиболее деструктивным для качества жизни и социальной адаптации является именно выраженность избегающего поведения в различных социальных ситуациях.

Подводя итог анализу разных моделей соотношения застенчивости и социальной фобии, можно констатировать, что полученные данные (за некоторым исключением) в целом свидетельствуют в пользу модели континуума, однако тот факт, что в группе с высоким уровнем застенчивости одна треть не испытывает социальных страхов, требует дальнейших интерпретаций и не очень вписывается в данную модель. Видимо, в группу застенчивых могут попадать интроверты, не испытывающих страха в социальных ситуациях, но склонные избегать их. Это говорит о том, что понятие застенчивости шире и неоднороднее понятия социальной фобии. В дальнейшем можно было бы сфокусироваться на факторах, которые не позволяют развиваться

социальной фобии при высоком уровне застенчивости. Можно предположить, что одним из наиболее важных факторов-протекторов является отказ от избегания как способа совладания с социальной тревожностью. При разработке диагностических инструментов важно учитывать как поведенческий, так и эмоциональный аспект социальной тревожности.

Хотя исследования в целом подтверждают модель континуума, выявлены также факты, находящиеся в противоречии с ней. Это относится, в первую очередь, к исследованиям, посвященным изучению страха публичных выступлений, который традиционно относят к негенерализованному типу социальной фобии. Еще в 1993 году R.G.Heimberg и соавт. [11] предложили ввести третью категорию вместо существующих двух. Согласно R.G.Heimberg [11], в категории социальной фобии выделяются следующие группы: 1) генерализованный субтип – тревога очевидна во всех социальных ситуациях; 2) негенерализованный субтип – индивид испытывает тревогу в социальных ситуациях, но имеется, по крайней мере, одна область, в которой он не испытывает клинически значимой тревоги; 3) ограниченный субтип – тревога очевидна лишь в ограниченных социальных ситуациях (например, страх говорить, писать, есть в присутствии других людей). Подобное деление находится в противоречии с моделью континуума, так как предполагает наличие качественных различий между субгруппами. С этой целью проводится факторный и кластерный анализ данных. В пользу модели R.G.Heimberg и соавт. говорят исследования, которые использовали поведенческие задания (публичные выступления) и выявили, что испытуемые со страхом публичных выступлений (ограниченный субтип, согласно R.G.Heimberg) показывали более высокий уровень антиципирующей тревоги и большее количество сердечных сокращений, нежели группа с генерализованной социальной фобией [11]. Таким образом, можно отметить, что вопрос о соотношении понятий застенчивости и социальной фобии еще далек от окончательного разрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 33–38.
2. Сагалакова О.А. Социальные страхи и социофобии: Учебное пособие. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. 102 с.
3. Ястребов Д.Б. Социальная фобия и чувствительные идеи отношения (клиника и терапия): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
4. Beidel D.C., Turner S.M. Shy children, phobic adult: Nature and treatment of social phobia. Washington, DC: American Psychological Association, 1998. 324 p.
5. Buss A.H. Self-consciousness and social anxiety. San Francisco: Freeman, 1980.
6. Carducci B.J. Shyness: a bold new approach. NY: HarperCollins Publisher Inc., 1999.
7. 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.
8. Cheek J.K. The revised Cheek and Buss Shyness Scale (RCBS). Unpublished, Wellesley College, Wellesley, MA, 1983.
9. Crozier R. Shyness as anxious self-preoccupation // Psychol. Reports. 1979. Vol. 44. P. 959–962.
10. Godart N.T., Flament M.F., Lecrubier Y., Jeammet P. Anxiety disorder in anorexia nervosa. Comorbidity and chronology of appearance // Eur. Psychiatry. 2000. Vol. 15. P. 38–45.
11. Heimberg R.G., Holt C.S., Schneier F.R. et al. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia // J. Anxiety Dis. 1993. Vol. 7. P. 249–269.
12. Heiser N.A., Turner S.M., Beidel D.C. Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders // Behav. Res. Therapy. 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. Shyness. Encyclopedia of Mental Health. San Diego, CA: Academic Press, 1998.
15. Janet P. Les obsessions et la psychasthenie. Paris: Alcan, 1903. Vol. I. 782 p. Vol. II. 543 p.
16. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-

month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51. P. 8–19.

17. Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1997. Vol. 54. P. 313–321.

18. Laessle R.G., Wittchen H.U., Fitcher M.M., Pirke K.M. The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: life time frequency of psychiatric disorders // Int. J. Eating Dis. 1989. Vol. 8. P. 569–574.

19. Lecrubier Y., Weiller E. Comorbidities in social phobia // Int. Clin. Psychopharmacol. 1997. Vol. 12. P. 17–21.

20. 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.

21. Lilienfeld L.R., Kaye W.H., Greeno C.G. et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity // Arch. Gen. Psychiatry. 1998. Vol. 55. P. 603–610.

22. Merikangas K.R., Angst J. Comorbidity and social phobia // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1995. Vol. 244. P. 297–303.

23. 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.

24. Pilkonis P.A., Zimbardo P.G. The personal and social dynamic of shyness // Emotions in personality and psychopathology / C.Izard (Ed.).

New York: Plenum Press, 1979. P. 133–160.

25. Rapee R.M. Overcoming shyness and social phobia: A step-by-step guide. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1998.

26. Safren S.A., Heimberg R.G., Brown E.J., Holle C. Quality of life in social phobia // Depression and Anxiety. 1997. Vol. 4. P. 126–133.

27. Schneier F.R., Johnson J., Hornig C.D. et al. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample // Arch. Gen. Psychiatry. 1992. Vol. 49. P. 282–288.

28. Turner S.M., Beidel D.C., Townsley R.M. Social phobia: Relationship to shyness // Behav. Res. Therapy. 1990. Vol. 28. P. 497–505.

29. 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.

30. 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.

31. Van Amerigen M.V., Mancini C., Streiner D.L. Social disability in anxiety disorders // Neuropsychopharmacol. 1994. Vol. 10. P. 615 p.

32. Wunderlich U., Bronish T., Wittchen H.U. Comorbidity pattern in adolescents and young adults with suicide attempts // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1998. Vol. 248. P. 87–95.

33. Zimbardo P.G., Pilkonis P.A., Norwood R. Shackles of shyness // Psychology Today. 1975. Vol. 1, N 6. P. 24–27.

34. Zimbardo P.G. Shyness: What is it and what to do about it. New York: Symphony Press, 1977.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ: СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИЗУЧЕНИЯ. ЧАСТЬ 1

И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова

Рассматриваются понятия социальной тревожности, застенчивости и социальной фобии, разные подходы к взаимоотношению этих понятий. Приводятся результаты исследований, направленных на изучение связи между застенчивостью и социальной фобией. Представлены следующие модели социальной тревожности и социальной фобии: интерперсональная, когнитивная, бихевиоральная, модель

самопрезентации и эволюционный подход к социальной тревожности. Намечаются перспективы дальнейших исследований.

Ключевые слова: социальная тревожность, застенчивость, социальная фобия, интерперсональные аспекты социальной фобии, когнитивные модели социальной фобии.

SOCIAL ANXIOUSNESS: CONTENT OF CONCEPT AND MAIN DIRECTIONS OF INVESTIGATION. PART 1

I. V. Nikitina, A. B. Kholmogorova

The authors consider the concepts of anxiousness, shyness and social phobia, and different approaches to interrelationships between these concepts. They review results of research concerning connections between shyness and social phobia. They describe the following models of social anxiousness and social phobia: interpersonal one, cognitive, behavioural,

self-presentation and evolution approach towards social anxiousness. Further investigations are being outlined.

Key words: social anxiousness, shyness, social phobia, interpersonal aspects of social phobia, cognitive models of social phobia.

Никитина Ирина Валерьевна – младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: irinanikitina97@yandex.ru

Холмогорова Алла Борисовна – доктор психологических наук, профессор, руководитель лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ; e-mail: psytab2006@yandex.ru