

УДК: 159.9.07

DOI: 10.25629/НС.2023.08.31

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Иванцов О.В., Шиндрикова Н.В.

Московский городской педагогический университет

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассматривается одно из самых распространённых тревожных расстройств – генерализованное тревожное расстройство (далее ГТР). Среди подростков с различными видами тревожных расстройств именно ГТР влияет не только на психику, но и на физическое состояние индивида. Для реализации профилактики и коррекции ГТР представляется актуальным изучить личностные особенности подростков с вышеуказанным заболеванием. В эмпирическом исследовании приняли участие 100 подростков от 15 до 18 лет, 60 человек – здоровые подростки, 40 человек – подростки с ГТР. В ходе исследования изучалась личностная тревожность подростков, их уровень субъективного контроля и жизнестойкость, использовались следующие методики: сокращённая версия теста жизнестойкости в модификации Е. Н. Осина и Е. И. Рассказовой, шкала личностной тревожности Спилбергера в адаптации Ю. Л. Ханина, опросник уровня субъективного контроля в модификации Е. Ф. Бажина, Е. А. Гольнкиной, Л. М. Эткинды. На основе полученных результатов был создан список рекомендаций для профилактики и коррекции ГТР. Был проведён сравнительный анализ двух групп подростков, результаты представлены в исследовании.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

генерализованное тревожное расстройство, ГТР, личностные особенности, подростки, тревожные расстройства.

ВВЕДЕНИЕ

Понятие тревожности широко изучено в литературе, однако о влиянии на личностные особенности подростков существует достаточно мало исследований, что может отрицательно сказаться на психопрофилактике и коррекции ГТР.

Диагностика личностных особенностей подростков позволит более эффективно оказывать им психологическую помощь за счёт детального изучения их личностных черт.

КРАТКИЙ ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ (ЛИТЕРАТУРЫ)

ГТР относится к самому распространённому виду тревожных психических расстройств [3]. Лишь с 1994 года данное расстройство стало самостоятельным, ранее ГТР рассматривали как симптом аффективных расстройств. Заболевание может носить как хронический, так и приступообразный характер. Важным условием при постановке данного диагноза является длительность симптоматики – от 6 месяцев.

Диагноз ГТР ставится на основании критериев МКБ-10:

- 1) распространённая и устойчивая тревога, которую не ограничивают и не вызывают какие-либо особые обстоятельства;
- 2) доминирующие симптомы изменчивы, но часто включают жалобы на устойчивую нервозность, ощущение страха, мышечное напряжение, потливость, дрожь, головокружение и чувство дискомфорта в эпигастральной области;
- 3) выражена боязнь несчастного случая или болезни, которые, по мнению больного, ожидают его или его родственников в ближайшее время.

Стоит также различать нормальное беспокойство и ГТР (таблица 1).

Таблица 1 – Различия беспокойства и ГТР

Нормальное беспокойство	Генерализованное тревожное расстройство
Беспокойство не мешает вашей повседневной деятельности и обязанностям	Беспокойство значительно нарушает вашу работу, занятия или общественную жизнь
Вы способны контролировать свое беспокойство	Ваше беспокойство неконтролируемо
Ваши заботы, хотя и неприятны, не причиняют значительного беспокойства	Ваши заботы чрезвычайно расстраивают и вызывают стресс.
Ваши опасения ограничены конкретным, небольшим количеством реалистичных проблем	Вы беспокоитесь о самых разных вещах и склонны ожидать худшего
Ваши приступы беспокойства длятся недолго	Вы беспокоились почти каждый день в течение, по крайней мере, шести месяцев

Тревожность отображается на всех сферах жизни индивида, заметно ухудшая его самочувствие. Все виды тревожного расстройства понижают работоспособность, потому что тревога не поддается контролю. Сосредоточившись на источнике тревоги, больной не может уделить внимание качественному выполнению своих обязанностей как дома, так и на работе, что приводит к проблемам в различных сферах жизни индивида. Тревожность может отрицательно отразиться на формировании дивергентного, т. е. креативного, творческого, мышления, для которого естественны такие личностные черты, как отсутствие страха перед новым, неизвестным. У индивидов с ГТР увеличивается риск развития депрессии, нарушаются взаимоотношения в семье и обществе, нарастает социальная изоляция.

На начальных этапах больные чаще всего обращаются не к психиатру, а к терапевту или неврологу, так как преобладают в большей степени соматические симптомы. По этой причине индивид может долго находиться под наблюдением не того специалиста. Особенностью ГТР считается высокая коморбидность с другими заболеваниями, что также мешает своевременной диагностике заболевания. В некоторых исследованиях ГТР рассматривается как базисное психологическое состояние, которое становится основой уже для других тревожных расстройств.

Наиболее часто встречается коморбидность со следующими психическими расстройствами:

- эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство;
- биполярное аффективное расстройство;
- дистимия;
- алкогольная зависимость;
- простые фобии;
- социофобия;
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- наркотическая зависимость, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ);
- психопатологически недифференцированный синдром хронической усталости;
- астенические нарушения.

Среди соматических симптомов выделяют две группы [4]:

1. Симптомы, связанные с мышечным напряжением: напряжение и боль в мышцах, сведение мышц, тремор, головная боль и т. д.;

2. Симптомы, связанные с дисфункцией вегетативной нервной системы: метеоризм, диарея, тахикардия, боль в области сердца, скачки артериального давления, потливость, ощущение нехватки воздуха, тошнота и т. д.

Помимо соматических симптомов при ГТР отмечается и наличие когнитивных нарушений: ухудшение прогнозирования, искажение внутренней картины болезни, катастрофизация и т. д.

Тревога, беспокойство и другие сопутствующие симптомы затрудняют выполнение повседневных дел и обязанностей. Они могут вызвать проблемы в отношениях, на работе или в других важных сферах жизни. Кроме того, ГТР провоцирует дезадаптацию человека в обществе и увеличивает суицидальный риск [5].

Существуют также факторы, указывающие на благоприятное течение болезни: женский пол (женщины чаще, чем мужчины склонны к ремиссии), не сильно выраженная социальная дезадаптация, позднее начало расстройства [10]. К отрицательным факторам соответственно относят плохие взаимоотношения с близкими, коморбидность с другими психическими расстройствами, мужской пол [11].

Одной из причин ГТР может также быть гиперопекающее поведение родителей. В такой семье ребёнок растёт в постоянном стрессе, так как родители внушают ему, что мир вокруг него полон опасностей, с которыми ребёнок не в состоянии справиться без родителей. Тревожный родитель может также выступать примером поведения для своего ребёнка, формируя у него похожее поведение. Действия и переживания, приводящие к фиксации тревоги в детском возрасте, находя свое отражение в поведенческих и личностных реакциях взрослых, определяют определенный индивидуальный стиль эмоционально-поведенческой реактивности, а тревожные расстройства, запущенные на начальных этапах, осложняются нарушениями психической адаптации в зрелом возрасте. Немаловажным будет учитывать и ранние детские переживания, связанные с насилием, алкогольной или наркотической зависимостью членов семьи, разлукой с матерью и т. д. [1]. Также некоторые исследования показывают, что генетика играет определенную роль в повышении вероятности того, что у человека будет ГТР. Это означает, что склонность к развитию данного заболевания может передаваться по наследству, однако никаких генов тревожности выявлено не было. Кроме того, существует теория, что генерализованное тревожное расстройство может быть связано с проблемами в определенных путях нервных клеток, которые соединяют определенные области мозга, участвующие в мыслительных процессах и эмоциональных реакциях. Эти соединения нервных клеток зависят от химических веществ, называемых нейротрансмиттерами, которые передают информацию от одной нервной клетки к другой. Методом высокоэффективной жидкостной хроматографии [1] обнаружены существенные нарушения функционального состояния норадренергической и дофаминергической систем при различных вариантах тревожных и депрессивных расстройств [2, 6]. Если пути, соединяющие определенные области мозга, работают плохо, то могут возникнуть проблемы, связанные с настроением или тревогой [5].

ГТР возникает у 3-6% всех детей и подростков [5]. Подростки с генерализованным тревожным расстройством испытывают беспокойство почти по любому поводу, склонны выискивать любые пугающие события в книге, фильме или в новостях, фиксировать на них свое внимание и связывать их с собственной жизнью, чрезмерно волнуются даже по поводу повседневных мелочей, например, какую одежду надеть на себя или что посмотреть по телевизору. У подростков могут возникать специфические фантазии, в которых фигурируют болезнь, несчастные случаи, похищение или получение телесных повреждений. Им тяжело оставаться в одиночестве даже дома, они не любят засыпать так, чтобы никого не было рядом, им трудно выполнять поручения родителей, когда для этого нужно выйти на улицу, часто отказываются посещать школу.

Для эффективного лечения необходимо своевременно диагностировать ГТР, так как оно может обострять сопутствующие соматические патологии, например: диабет, болезни сердца, язвы, повышается риск развития первого депрессивного эпизода, увеличивается продолжительность депрессии, а также риск суицидальных попыток. Большинство людей получают значительное облегчение от своих симптомов при надлежащем лечении. Симптомы могут появляться и исчезать, например, в стрессовые моменты. Поэтому важно придерживаться своего плана лечения, который может включать терапию, привычки образа жизни и медикаментозное лечение. Если симптомы тревоги усиливаются, обратитесь в свою службу поддержки, включая

вашего врача или психотерапевта. Специфической профилактики ГТР не существует. Как правило, она заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ. А также информирование населения о признаках ГТР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.

МЕТОДЫ

Эмпирическое исследование личностных особенностей подростков с ГТР проводилось посредством использования следующих диагностических методик:

1. Сокращённая версия теста жизнестойкости в модификации Е. Н. Осина и Е. И. Рассказовой.

Жизнестойкость состоит из трёх компонентов: вовлечённость, контроль и принятие риска. Вовлечённость – это убежденность в том, что вовлечённость в происходящее даёт максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Если ты открыт миру, то и мир открыт тебе. Контроль – это убежденность в том, что активное участие в чём-либо может повлиять на результат происходящего, даже если успех не гарантирован. Принятие риска – это убежденность, что всё происходящее вокруг даёт человеку новый опыт, а, следовательно, и новые знания.

Степень выраженности каждого из вышеуказанных компонентов говорит о способности и готовности человека активно и гибко действовать в ситуации стресса и трудностей. При этом жизнестойкость является фактором профилактики риска нарушения работоспособности и развития соматических и психических заболеваний в условиях стресса, и одновременно способствует оптимальному переживанию ситуаций неопределенности и тревоги. Жизнестойкость, кроме того, влияет на выбор копинг-стратегий.

2. Шкала личностной тревожности Спилбергера в адаптации Ю. Л. Ханина.

При помощи данной методики можно оценить уровень как ситуативной (то есть отражающей уровень тревожности в данный момент), так и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека. В данном исследовании будет рассматриваться только личностный уровень тревожности.

3. Опросник уровня субъективного контроля в модификации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной, Л. М. Эткинда.

Данный опросник создан и разработан в НИИ им. Бехтерева на основе теории Джулиана Роттера. В основу определения уровня субъективного контроля личности положены 2 предположения:

1. Люди различаются между собой по тому, как и где они локализуют контроль над значительными для себя событиями. Возможны два полярных типа такой локализации: экстернальный и интервальный. В первом случае человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил — случая, других людей и т. д. Во втором случае человек интерпретирует значимые события как результат своей собственной деятельности. Любому человеку свойственна определенная позиция на континууме, простирающемся от экстернального к интервальному типу;

2. Локус контроля, характерный для индивида, универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций, с которыми ему приходится сталкиваться. Один и тот же тип контроля характеризует поведение данной личности в случае неудач и в сфере достижений, причем это в равной степени касается различных областей социальной жизни.

Однако в процессе создания данной методики авторы модифицировали её исходя из эмпирического подтверждения того, что локус контроля отнюдь не универсален по отношению к разным жизненным сферам. Поэтому в методике используется 7 шкал для разных сфер жизни человека:

1. Шкала общей интернальности. Интернальность – это склонность человека считать, что его жизнь зависит только от него и что он может менять среду и управлять ею. Экстернальность же, напротив, подразумевает, что всё решает удача, воля случая, счастливое совпадение;

2. Шкала интернальности в области достижений;
3. Шкала интернальности в области неудач;
4. Шкала интернальности в семейных отношениях;
5. Шкала интернальности в области производственных отношении;
6. Шкала интернальности в области межличностных отношений;
7. Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В эмпирическом исследовании приняло участие 100 человек, 60 из них – здоровые подростки, 40 – подростки с ГТР.

Рассмотрим диаграмму, на которой сравниваются обе выборки по всем шкалам методики (рисунок 1).

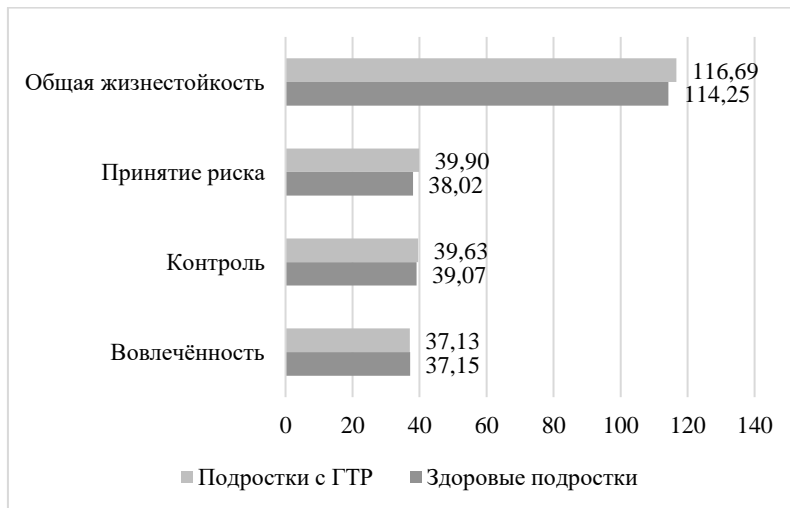


Рисунок 1 – Сравнение показателей жизнестойкости у подростков

Как можно заметить, различия между подростками незначительны, что может говорить о том, что обе группы испытуемых будут одинаково реагировать на стрессовые ситуации и трудности. Также немаловажно учитывать, что уровень жизнестойкости будет влиять на дальнейший выбор копинг-стратегий. Шкала принятия риска отвечает за убежденность человека в том, что любой опыт, получаемый им, способствует его развитию. Обе группы демонстрируют готовность усваивать новые знания и применять их в дальнейшем на практике. Шкала контроля говорит об убежденности в том, что любые действия, предпринимаемые индивидом, могут влиять на происходящее, даже если успех не гарантирован. Подростки из обеих групп готовы действовать и понимают, что только от них самих зависит их дальнейшая жизнь. Шкала вовлеченности показывает, получает ли человек удовольствие от собственной деятельности. Обе группы практически одинаково увлечены своей деятельностью, они уверены, что вовлеченность принесёт им новый и полезный опыт.

Ниже представлена таблица с вычислением значимости различий между двумя группами подростков (таблица 2).

Таблица 2 – Вычисление достоверности различий жизнестойкости подростков

Название шкалы	Среднее значение в группе здоровых подростков	Среднее значение в группе подростков с ГТР	Вывод
Вовлечённость	37.15±4.926	37.275±4.941	T=-0,124, различия не значимы
Контроль	39.083±5.003	39.6±4.528	T=-0,536, различия не значимы
Принятие риска	38.017±5.183	39.85±4.123	T=-1,962, различия не значимы
Жизнестойкость	114.25±9.575	116.725±8.56	T=-1,35, различия не значимы

Ниже представлена диаграмма, в которой сравниваются результаты двух выборок (Рисунок 2).

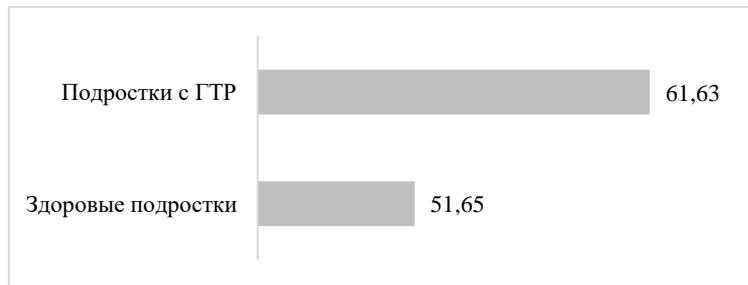


Рисунок 2 – Сравнение личностной тревожности подростков

На диаграмме видно, что у подростков с ГТР среднее значение личностной тревожности выражено значительно сильнее, чем у здоровых сверстников. Это говорит о том, что у первой группы подростков тревожность чаще является характерологической чертой, чем у второй группы, то есть подростки с ГТР чаще здоровых сверстников испытывают выраженную тревогу в абсолютно разных ситуациях.

Затем рассмотрим, насколько значимо различие между двумя выборками (таблица 3).

Таблица 3 – Вычисление достоверности различий личностной тревожности подростков.

Параметр	Среднее значение в группе здоровых подростков	Среднее значение в группе подростков с ГТР	Вывод
Личностная тревожность	51.65±10.358	61.625±7.167	T=-5.691, различия значимы при $p \leq 0,001$

После этого рассмотрим ниже представленные сравнительные результаты опросника уровня субъективного контроля в модификации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной, Л. М. Эт-кинда (Рисунок 3).

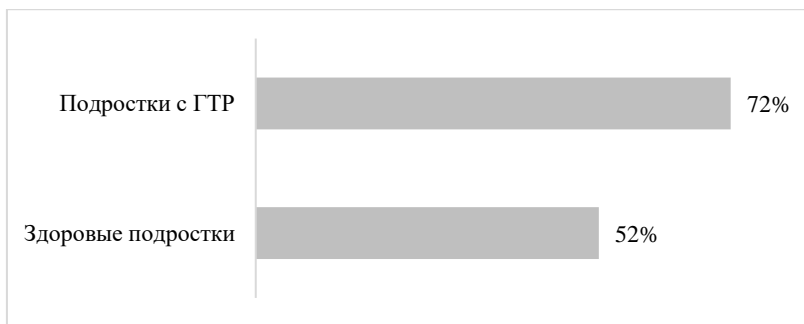


Рисунок 3 – Сравнение выраженности интернальности подростков

Как можно заметить, больше склонны к интернальности подростки с ГТР, что говорит о том, что они больше склонны воспринимать происходящее вокруг них как результат своей деятельности, а не стечение обстоятельств.

Подробнее рассмотрим диаграммы с процентным значением показателей интернальности двух групп по каждой из шкал (Рисунок 4).

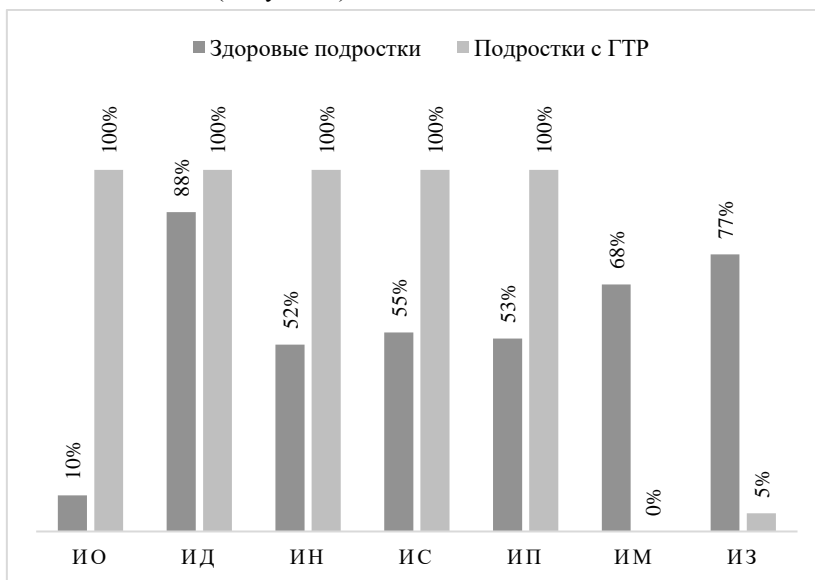


Рисунок 4 – Сравнение уровня субъективного контроля подростков

Показатель ИО (шкала общей интернальности) указывает на уровень субъективного контроля в любых значимых для индивида ситуациях. Как можно заметить, 100% подростков с ГТР считают, что всё происходящее в их жизни – результат их собственной деятельности, они чувствуют ответственность за принятые ими решения и совершённые действия. И лишь 10% здоровых подростков считают, что их жизнь не зависит от удачи, счастливого стечения обстоятельств или помощи других людей. Показатель ИД (шкала интернальности в области достижений) отвечает за значение субъективного контроля индивида над эмоционально положительными ситуациями в его жизни. 100% подростков с ГТР считают, что сами добились всех положительных изменений в своей жизни, 88% здоровых подростков также склонны так считать. Показатель ИН (шкала интернальности в области неудач) указывает на уровень субъективного контроля индивида по отношению к отрицательным ситуациям в его жизни. 100% подростков с ГТР считают, что все негативные ситуации в их жизни произошли из-за них самих, 52% здоровых подростков

также предпочитают брать всю ответственность за негативно окрашенные ситуации на себя. Показатель ИС (шкала интернальности в семейных отношениях) указывает на уровень субъективного контроля индивида в семейных отношениях. 100% подростков с ГТР считают себя ответственными за всё, что происходит в их семье, 55% здоровых подростков также считают, что ответственность несут именно они, а не их партнёр или члены семьи. Показатель ИП (шкала интернальности в производственных отношениях) указывает на субъективное отношение индивида к его рабочим взаимоотношениям с коллегами, своей деятельности и продвижению. 100% подростков с ГТР считают, что важным фактором, влияющим на вышеперечисленные пункты, является их собственная производственная деятельность, 53% здоровых подростков также считают, что успешность на рабочем месте зависит только от них самих, а не от везения, коллег по работе или начальства. Показатель ИМ (шкала интернальности в области межличностных отношений) указывает на уровень субъективного контроля индивида в построении межличностных отношений. Никто из подростков с ГТР не проявил склонности к интернальности в данной шкале, что говорит о том, что подростки с ГТР склонны верить в везение и обстоятельства при общении с другими людьми, в то время как 68% здоровых подростков считают себя ответственными за построение взаимоотношений с окружающими их людьми. Последний показатель ИЗ (шкала интернальности в отношении здоровья и болезни) указывает на отношение индивида к своему здоровью. Лишь 5% подростков с ГТР чувствуют ответственность за своё здоровье и выздоровление, 77% здоровых подростков также считают себя ответственными за собственное состояние и не думают, что заболели по чистой случайности. Далее вычислим значимость различий двух выборок (таблица 4).

Таблица 4 – Вычисление достоверности различий уровня жизнестойкости подростков

Название шкалы	Среднее значение в группе здоровых подростков	Среднее значение в группе подростков с ГТР	Вывод
ИО	7.683±19.715	3.9±27.374	T=0,753, различия не значимы
ИД	36.95±25.2	12.6±11.553	T=6,526, различия значимы при $p \leq 0,001$
ИН	5.767±3.249	6.3±14.059	T=-0,236, различия не значимы
ИС	3.883±14.561	7.7±12.702	T=-1,387, различия не значимы
ИП	13.067±18.701	14.4±14.954	T=-0,395, различия не значимы
ИМ	10.867±16.51	12.4±15.42	T=-0,473, различия не значимы
ИЗ	13.4±15.678	14.2±17.616	T=-0,232, различия не значимы

Теперь рассмотрим, существует ли взаимосвязь между исследуемыми показателями у здоровых подростков (таблица 5).

Были обнаружены достоверные взаимосвязи между контролем и общей жизнестойкостью (0,74), между принятием и общей жизнестойкостью (0,72), шкалой интернальности в области достижений (ИД) и шкалой интернальности в семейных отношениях (ИС) (0,55), между ИС и шкалой интернальности в области неудач (ИН) (0,78), ИН и шкалой интернальности в производственных отношениях (ИП) (0,84), между ИН и шкалой интернальности в области межличностных отношений (ИМ) (0,84), ИН и шкалой интернальности в отношении здоровья и болезни (ИЗ) (0,79), ИС и ИП (0,79), ИС и ИМ (0,83), ИС и ИЗ (0,79), ИП и ИМ (0,88), ИП и ИЗ (0,88), ИМ и ИЗ (0,87).

Таблица 5 – Расчёт корреляции у здоровых подростков

	Личностная тревожность	Вовлечённость	Контроль	Принятие риска	Общая жизнестойкость	ИО	ИД	ИН	ИС	ИП	ИМ
Вовлечённость	-0,08										
Контроль	0,01	-0,05									
Принятие риска	0,31	-0,10	0,45								
Общая жизнестойкость	0,13	0,43	0,74	0,72							
ИО	-0,33	0,38	0,24	0,18	0,42						
ИД	0,06	0,14	0,05	0,12	0,16	0,21					
ИН	-0,01	0,01	0,18	0,24	0,24	0,33	0,34				
ИС	0,20	0,01	0,19	0,26	0,25	0,15	0,55	0,78			
ИП	0,18	0,05	0,19	0,27	0,27	0,24	0,37	0,84	0,79		
ИМ	0,06	0,01	0,28	0,27	0,30	0,21	0,50	0,84	0,83	0,88	
ИЗ	0,27	-0,09	0,15	0,28	0,18	0,02	0,35	0,79	0,79	0,88	0,87

Теперь рассмотрим, существует ли взаимосвязь между показателями у подростков с ГТР (таблица 6).

Таблица 6 – Расчёт корреляции у подростков с ГТР

	Личностная тревожность	Вовлечённость	Контроль	Принятие риска	Общая жизнестойкость	ИО	ИД	ИН	ИС	ИП	ИМ
Вовлечённость	0,04										
Контроль	0,03	-0,21									
Принятие риска	-0,08	0,29	0,24								
Общая жизнестойкость	0,00	0,60	0,52	0,78							
ИО	-0,35	-0,26	0,09	-0,04	-0,10						
ИД	-0,18	0,07	0,15	0,24	0,23	0,18					
ИН	-0,38	0,17	0,10	0,17	0,23	-0,06	0,59				
ИС	-0,38	0,14	0,02	0,15	0,17	0,03	0,82	0,80			
ИП	-0,03	0,14	0,20	0,26	0,31	0,05	0,72	0,71	0,57		
ИМ	-0,04	0,20	0,08	0,17	0,24	-0,42	0,64	0,84	0,71	0,72	
ИЗ	-0,07	0,17	0,15	0,20	0,28	-0,36	0,69	0,76	0,67	0,75	0,91

Полученные результаты свидетельствуют о наличии достоверных связей между вовлечённостью и общей жизнестойкостью (0,60), контролем и общей жизнестойкостью (0,52), принятием риска и общей жизнестойкостью (0,78), шкалой интернальности в области достижений (ИД) и и шкалой интернальности в области неудач (ИН) (0,59), ИД и шкалой интернальности в семейных отношениях (ИС) (0,82), ИД и шкалой интернальности в производственных отношениях (ИП) (0,72), ИД и шкалой интернальности в области межличностных отношений (ИМ) (0,64), ИД и и шкалой интернальности в отношении здоровья и болезни (ИЗ) (0,69), ИН и ИС (0,80), ИН и ИП (0,71), ИН и ИМ (0,84), ИН и ИЗ (0,76), ИС и ИП (0,57), ИС и ИМ (0,71), ИС и ИЗ (0,67), ИП и ИМ (0,72), ИП и ИЗ (0,75), ИМ и ИЗ (0,91).

ВЫВОДЫ

1. Актуальность изучения ГТР представляется важной темой исследования, так как это одно из самых распространённых видов тревожного расстройства. Для лучшего понимания

течения болезни, коррекции и профилактики необходимо понимать, как данное расстройство влияет на личностные особенности подростков.

2. В исследовании были использованы следующие методики:

- 1) Сокращённая версия теста жизнестойкости в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой;
- 2) Шкала личностной тревожности Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина;
- 3) Опросник уровня субъективного контроля в модификации Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткинда.

3. В исследовании личностных особенностей подростков с ГТР приняли участие 100 человек, 60 из них – здоровые подростки, 40 – подростки с ГТР. В ходе исследования сравнивались две вышеуказанные выборки. Удалось установить, что по всем шкалам теста жизнестойкости у обеих групп практически одинаковый высокий результат, различия между выборками статистически не значимы. Личностная тревожность преобладает у подростков с ГТР, в то время как у здоровых подростков высокий уровень личностной тревожности встречается реже. По методике уровня субъективного контроля можно сделать вывод, что больше к интернальности склонны подростки с ГТР (72%), здоровые подростки чаще склонны к экстернальности (52%). Также были выявлены достоверные связи у здоровых подростков между контролем и общей жизнестойкостью (0,74), между принятием и общей жизнестойкостью (0,72), шкалой интернальности в области достижений (ИД) и шкалой интернальности в семейных отношениях (ИС) (0,55), между ИС и шкалой интернальности в области неудач (ИН) (0,78), ИН и шкалой интернальности в производственных отношениях (ИП) (0,84), между ИН и шкалой интернальности в области межличностных отношений (ИМ) (0,84), ИН и шкалой интернальности в отношении здоровья и болезни (ИЗ) (0,79), ИС и ИП (0,79), ИС и ИМ (0,83), ИС и ИЗ (0,79), ИП и ИМ (0,88), ИП и ИЗ (0,88), ИМ и ИЗ (0,87). У подростков с ГТР также присутствуют достоверные связи между вовлечённостью и общей жизнестойкостью (0,60), контролем и общей жизнестойкостью (0,52), принятием риска и общей жизнестойкостью (0,78), шкалой интернальности в области достижений (ИД) и шкалой интернальности в области неудач (ИН) (0,59), ИД и шкалой интернальности в семейных отношениях (ИС) (0,82), ИД и шкалой интернальности в производственных отношениях (ИП) (0,72), ИД и шкалой интернальности в области межличностных отношений (ИМ) (0,64), ИД и шкалой интернальности в отношении здоровья и болезни (ИЗ) (0,69), ИН и ИС (0,80), ИН и ИП (0,71), ИН и ИМ (0,84), ИН и ИЗ (0,76), ИС и ИП (0,57), ИС и ИМ (0,71), ИС и ИЗ (0,67), ИП и ИМ (0,72), ИП и ИЗ (0,75), ИМ и ИЗ (0,91).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аведисова А.С., Березанцев А.Ю., Валинуров Р.Г., Коган Б.М. и др. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. – М., -2004 – 361 с.
2. Ведерко О.В., Данилова Н.Н., Коган Б.М. Эффекты информационного стресса у человека: соотношение биохимических параметров и сердечного ритма // Нейрдохимия, 2003, т.20, №1 – С. 58-74.
3. Вознесенская Т.Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/generalizovannoe-trevozhnoe-rasstroystvo-differentsialnyy-diagnoz-i-lechenie> (дата обращения: 18.04.2022).
4. Караваева Т.А. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полтораки и др. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 3. – С. 124–130.
5. Караваева Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т.А. Караваева, А.П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2017. – 286с.
6. Коган Б.М., Дроздов А.З., Маньковская И.В., Филатова Т.С. Определение свободных и конъюгированных форм катехоламинов, 3,4-диоксифенилаланина, 3,4-диоксифенилуксусной кислоты в моче и плазме крови с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии//Клиническая лабораторная диагностика. - 1995. - № 3. - С. 25-34.

7. Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства у подростков // Медицинский Совет. – 2018. – №18. – С. 34-43.

8. Generalized Anxiety Disorder // WebMD URL: <https://www.webmd.com/anxiety-panic/guide/generalized-anxiety-disorder> (дата обращения: 01.06.2023).

9. Generalized Anxiety Disorder: When worry gets out of control // National Institute of Mental Health URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad> (дата обращения: 01.06.2023).

10. Lijster J.M. The Age of Onset of Anxiety Disorders / J. M. Lijster, B. Dierckx, E. M. Utens et al. // Can. J. Psychiatry. – 2017 Vol.62(4). – P. 237–246. – doi: 10.1177/0706743716640757.

11. Stein D.J. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back / D. J. Stein, K. M. Scott, P. de Jonge, R. C. Kessler // Dialogues Clin. Neurosci. – 2017 –Vol.19(2). –P. 127-136.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF TEENAGERS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Ivantsov O.V., Shindrikova N.V.

Moscow City Pedagogical University

ABSTRACT

This article discusses one of the most common anxiety disorders – generalized anxiety disorder (hereinafter GAD). Among adolescents, one of the most common types of anxiety disorders is GAD, which affects not only the psyche, but also the physical condition of the individual. To implement the prevention and correction of generalized anxiety disorder, it seems relevant to study the personality characteristics of adolescents with the above disease. The empirical study involved 100 adolescents from 15 to 18 years old, 60 people – healthy adolescents, 40 people – adolescents with GAD. During the study, the personal anxiety of adolescents, their level of subjective control and resilience were studied, the following methods were used: an abbreviated version of the resilience test modified by E. N. Osin and E. I. Rasskazova, the Spielberger scale of personal anxiety adapted by Y. L. Khanin, the questionnaire of the level of subjective control modified by E. F. Bazhin,

KEYWORDS

generalized anxiety disorder, GAD, personality characteristics, adolescents, anxiety disorders.