

ДИНАМИКА СВЯЗАННЫХ С ПОЛОМ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Е.Е. Малкова

Исследована динамика проявлений тревожности у 82 девочек и 71 мальчика подросткового возраста с психической симптоматикой психотического уровня при шизофрении, шизотипическом расстройстве и аффективных психических расстройствах. Выявлен более высокий уровень тревожности у подростков-мальчиков, снижение уровня тревожности по мере увеличения возраста пациентов и нивелирование различий в уровне тревожности у обследованных подростков мужского и женского пола, объясняемые наличием когнитивных искажений, нарастанием диффузии идентичности и тенденцией к распаду личности при психических расстройствах психотического уровня.

Ключевые слова: тревога, тревожность, психоз, подростки, гендерные различия, личностная идентичность.

Подростковый возраст относится к кризисным периодам развития, для которого характерна неустойчивость эмоций, суждений и поведения, и поэтому считается наиболее противоречивым и дисгармоничным по сравнению с другими возрастными фазами развития личности. Развитие самосознания и самооценки, завершающееся формированием личностной структуры [9], характеризуется для подростка становлением новой субъективной реальности, а именно – идентификации себя как продукта сексуальных, когнитивных и социальных трансформаций.

В последние годы в Российской Федерации рост заболеваемости психическими расстройствами у детей и подростков стал особенно заметным и в целом опережает аналогичные показатели у взрослых [5]. Исследования последних лет показали, что в структуре всей психической патологии у детей в возрасте до 14 лет психотические расстройства составляют 3,1 % [15]. Исследования эпидемиологического характера показали, что тревога в рамках психотического расстройства встречается у 2,5 % детей и подростков [21], причем начало заболевания приходится, как правило, на пубертатный возраст.

Собственно функциональный аспект исследований детской и подростковой тревожности предполагает рассмотрение её как системного свойства, которое проявляется на всех уровнях активности ребенка. Несмотря на неизменную популярность такого рода исследований (как самого феномена тревож-

ности и тревоги, так и их проявлений в клинике психических расстройств), измерение ее, по нашему мнению, остается совершенно неудовлетворительным с научной точки зрения [1].

Тем не менее, несмотря на имеющиеся разногласия и субъективность оценок, наблюдается согласованность в трактовках роли тревоги в патогенезе психических расстройств: она рассматривается и как пусковой механизм психических нарушений, и как механизм, осложняющий течение уже имеющегося расстройства и накладывающий свой отпечаток на личность в целом. Это мнение находит подтверждение в данных о неблагоприятном клиническом прогнозе при сочетании синдромов тревожного регистра (собственно тревоги, страхов и навязчивостей) с личностными нарушениями, особенно – с шизотипическим, зависимым, истерическим и пограничным вариантами расстройств личности [17, 19]. При этом самым прогностически неблагоприятным считается сочетание всех этих личностных свойств у одного пациента [20].

Как известно, принятая для взрослых классификация психических расстройств оказалась неприменимой в отношении детей и подростков [13]. В частности, течение психотических расстройств у детей отличается от такового у взрослых, прежде всего, тем, что личность ребенка в своем развитии взаимодействует с болезненным процессом. В соответствии с этим возможны два варианта про-

гноза: в первом случае значительных задержек роста и развития ребенка не отмечается, в периоде формирования и оформления дефекта у таких детей преобладают типичная для психозов симптоматика расстройств личности; во втором случае дети в периоде дефекта отличаются слабоумием или же задержкой развития различной степени тяжести. При этом И.И. Сергеевым и Э.Л. Казанцевой [14] в качестве общей тенденции развития тревожных расстройств у детей выявлена следующая динамика: манифестная овладевающая личностью тревога сменяется навязчивым состоянием, а затем трансформируется в сверхценное образование. Кроме того, обращает на себя внимание то, что тревожно-фобические феномены в клинике психотических состояний у детей и подростков довольно часто встречаются в рамках обсессивно-компульсивного расстройства.

К началу подросткового возраста клиническая картина тревожных переживаний заметно усложняется, обогащаясь новыми сюжетами и более сложными формами стратегий преодоления (как более конструктивных, так и малоэффективных) [3, 10, 18, 22]. Некоторые авторы [4, 12] оценивают сам подростковый возраст как фактор, предрасполагающий к развитию тревожности.

В рамках выполненного нами исследования тревога у подростков рассматривается как своеобразная реакция на попытки справиться с нарастанием характерной для данного возрастного периода внутренней дезинтеграции на всех уровнях функционирования. Не секрет, что личность подростка в пубертатном периоде подвержена серьезным структурным изменениям, связанным с формированием идентичности. Согласно Э. Эриксону [16] перспектива «найти себя» и опасность «себя потерять» ни в одной другой стадии жизненного цикла так не связаны друг с другом, как в подростковом возрасте. Исходя из этого, вопрос о том, каким образом закономерно возникающая в этом возрасте тревога трансформирует внутреннее ощущение единства «Я» в случае психотических нарушений, представляется важным с точки зрения изучения механизмов нормального и аномального развития личности и полоролевой идентичности.

На протяжении ряда лет проводилось исследование тревожной симптоматики в структуре психических расстройств психотического уровня у 153 подростков (82 девочек и 71 мальчика) в возрасте от 11 до 17 лет. В про-

грамму обследования включалось объективное клиничко-психопатологическое исследование врачами-специалистами (психиатрами, психотерапевтами, неврологами), проводившееся в клинических отделениях Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, консультативно-диагностического центра Санкт-Петербургской педиатрической академии, а также Санкт-Петербургского городского кризисного центра для детей и подростков.

Критерием включения в выборку являлось наличие тревожных расстройств в качестве доминирующих нарушений в структуре актуального психического состояния пациентов с расстройствами психотического уровня. Другим критерием формирования группы больных с тревожной симптоматикой являлась верификация статуса пациентов по принципу «психотическое-непсихотическое», оценивающему качественную квалификацию нарушений по уровню психических расстройств, их своеобразной глубине и выраженности психопатологической картины заболевания: наличие грубых нарушений в восприятии и осмыслении реальности (бред, галлюцинации, помрачение сознания); отсутствие осознания болезни (нарушение критики); неправильное, чаще нелепое и опасное поведение (психомоторное возбуждение, склонность к агрессии, стремление к суициду, отказ от помощи врача). Достоверность диагноза наличия психического заболевания психотического уровня (наличия психотического эпизода) у этих подростков была подтверждена катamnестическими данными, получаемыми как непосредственно в момент обследования, так и спустя 5–7 лет после первичного обследования.

Наличие столь грубой психопатологической симптоматики в период обострения заболевания, безусловно, являлось серьезным препятствием для психодиагностического исследования. Поэтому такие больные исследовались в периоды редукции активной продуктивной симптоматики на фоне выраженных проявлений тревоги.

Для экспериментально-психологического изучения возрастной динамики структуры тревоги у подростков с тревожными расстройствами психотического уровня была использована оригинальная «Методика многомерной оценки детской тревожности» (МОДТ) [10]. Данная методика представляет

Клиническая (медицинская) психология

собой многошкальный опросник. Разработанные нами принципы многомерной оценки детской тревожности способны отразить не только уровень и характер тревожности у детей и подростков школьного возраста (7–18 лет), но также и максимально возможный спектр ситуаций, в которых эта тревожность может возникать. Опросник отвечает современным психометрическим критериям надежности ($r = 0,51 \dots 0,78$) и валидности ($r = 0,47 \dots 0,56$). Полученные данные экспериментально-психологического исследования были обработаны статистически. Для выявления особенностей проявлений тревоги и тревожности у школьников разных половозрастных групп при патологии психотического уровня, а также оценки динамики их различий производилось сопоставление средних величин шкальных оценок опросника МОДТ в исследуемых группах. Выявлялись те шкалы, для которых различия достигали уровня статистической значимости $p < 0,05$. Такое сопоставление проводилось отдельно для каждой из четырех исследованных подгрупп, сформированной по возрастным диапазонам и полу.

Вся выборка пациентов была разделена также на две подвыборки по характеру клинических проявлений. Первую группу составили 111 пациентов с процессуальными заболеваниями (шизофрения и шизотипические расстройства – 72,5 % всей выборки), вторую группу – 42 подростка с аффективной патологией психотического уровня – 27,5 %. Распределение пациентов по возрасту в этих подгруппах представлено в табл. 1.

Таким образом, менее всего (12,4 %) в выборке представлены младшие подростки (11–12 лет), чуть больше (20,9 %) представлено пациентов среднего подросткового возраста (13–14 лет) и более 2/3 выборки (66,7 %) составили старшие подростки. В целом рас-

пределение испытуемых по возрасту отражает классические представления об особенностях биогенетической этапности индивидуального развития, заключающихся в переходе от аффективного к эмоционально-идеаторному уровню нервно-психического реагирования. Именно этому уровню, согласно биогенетической теории этапности индивидуального развития, соответствует период наиболее вероятного развития расстройств психотического уровня, сопряженных с расстройствами сознания, наличием сверхценных образований и нарушениями мышления. Распределение обследованных пациентов по клиническим нозологическим группам (в соответствии с их квалификацией в МКБ-10) представлено в табл. 2.

Данные табл. 2 свидетельствуют о том, что гендерное распределение пациентов по нозологическим группам относительно равномерно. При этом в первой выборке преобладали больные с шизотипическим расстройством (F21) – 28,8 % всей численности и параноидной формой шизофрении (F20.0) – 23,4%, а во второй – синдромом де ля Туретта (F95.2) – 21,4 %, тревожным расстройством органической природы (F06.4) — 21,4 % и собственно депрессивным эпизодом психотического уровня (F32) – 19,1 %.

По результатам анализа данных анамнеза больных первой группы особо обращает на себя внимание тот факт, что у многих подростков с шизотипическим расстройством и острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении появление психотической тревоги первоначально было вызвано психогенными факторами. Психогении, перенесенные этими детьми, были шокowymi или же (в подавляющем большинстве) имели характер длительной травматизации («провалился в люк, долго там нахо-

Таблица 1
Распределение исследованных школьников, страдающих патологией психотического уровня, по нозологическим и возрастным группам

Возрастная группа	Шизофрения и шизотипические расстройства		Аффективные расстройства настроения, личности и поведения, включая органические		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Младшие подростки (11–12 лет)	19	17,1	–	–	19	12,4
Подростки (13–14 лет)	22	19,8	10	23,8	32	20,9
Старшие подростки (15–17 лет)	70	63,1	32	76,2	102	66,7
Итого	111	72,5	42	27,5	153	100

Таблица 2

Расстройства психотического уровня с преимущественно астеническими, тревожно-фобическими, обсессивно-фобическими, тревожно-депрессивными и поведенческими жалобами

Диагноз	Девочки		Мальчики		Все	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<i>Шизофрения и шизотипические расстройства</i>	60	54,1	51	45,9	111	72,5
Параноидная шизофрения (F20.0)	16	26,7	10	19,6	26	23,4
Постшизофреническая депрессия (F20.4)	2	3,3	3	5,9	5	4,5
Шизотипическое расстройство (F21)	21	35,0	11	21,6	32	28,8
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0)	10	16,7	5	9,8	15	13,5
Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F23.3)	7	11,7	7	13,7	14	12,6
Другие острые и транзиторные психотические расстройства (F23.8)	1	1,6	6	11,8	7	6,3
Шизоаффективное расстройство (F25)	3	5,0	9	17,6	12	10,9
<i>Аффективные расстройства настроения, личности и поведения, включая органические</i>	22	52,4	20	47,6	42	27,5
Депрессивный эпизод (F32)	5	22,8	3	15,0	8	19,1
Синдром Аспергера (F84.5)	3	13,6	1	5,0	4	9,5
Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6)	–	–	6	30,0	6	14,2
Трихотиломания (F63.3)	–	–	2	10,0	2	4,8
Расстройство поведения (F91)	2	9,1	–	–	2	4,8
Тикозное расстройство (F95)	1	4,5	1	5,0	2	4,8
Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта) (F95.2)	2	9,1	7	35,0	9	21,4
Тревожное расстройство органической природы (F06.4)	9	40,9	–	–	9	21,4
Всего	82	53,6	71	46,4	153	100

дился, кричал, пока не был вытаснен строителями»; совершение развратных действия в отношении подростка, участие или присутствие в качестве свидетеля при ДТП со смертельным исходом, при террористических актах, военных действиях на территории Чечни, Дагестана и Ингушетии и т. п.). Характерной особенностью пациентов этой выборки являлось отсутствие в клинико-anamnestических данных соответствия степени тяжести психотравматизации и последовавшей за ней психогенной реакцией: даже самая незначительная причина могла давать тяжелую, совершенно неадекватную тревожную реакцию, с развитием несвойственной психике данного возраста склонности к инертности в переживаниях.

Типичными симптомами, характеризующими уровень тревоги при остром начале параноидной шизофрении и шизоаффективного расстройства, у исследованных подростков являлись страхи, возникающие в связи с искаженным восприятием окружающего. Эти

страхи появлялись эпизодически и часто сопровождалась галлюцинациями. Такие страхи у подростков, в отличие от невротических, характеризовались немотивированностью и психологической непонятностью, остротой переживания, полной убежденностью пациентов в реальности происхождения вызвавшего их события. В то же время при отсутствии у пациентов тревожных опасений подобного рода их реакции на окружающий мир были лишены свойственной этому возрасту аффективной живости. Их также отличала раздражительность, характеризующаяся нелепостью реакции в ответ на вызвавшую их внешнюю причину. Переживаемые на начальных стадиях заболевания галлюцинации, как правило, со временем исчезали, но сопровождающая их субъективно переживаемая интенсивная тревога довольно часто сохранялась и повторялась как стабильный симптом на всех стадиях заболевания.

У пациентов второй группы с тревожным спектром аффективных расстройств настро-

ния личности и поведения была характерна синдромальная нечеткость, легкость перехода симптоматики на другой психопатологический уровень, тяготение к формированию особой подростковой фабулы, отражающей возрастные особенности ключевых переживаний, свойственных этапу подростковой, а также нестабильность вегетативного статуса, придающая этой симптоматике особую окраску. Угнетенное настроение сочеталось с выраженной тревогой, страхом, беспокойством, ожиданием несчастья, неотвратимых бед, «чего-то страшного». Во время такого состояния могли наблюдаться акты аутоагрессии вплоть до суицидальных попыток и самоубийств, формировались бредовые идеи самообвинения и преследования. При этом тревожно-депрессивный аффект сочетался с замедленностью и затруднением всех психических процессов и нарушениями сна. В начале собственно депрессивного эпизода и уклоняющегося расстройства личности наблюдалось изменение всего поведения подростка в целом: исключение привычных для него видов деятельности, дистанционирование при опросах и затруднениях речевого контакта, непонятность и импульсивность поступков. При собственно психотических расстройствах поведения (F91) в начальной стадии заболевания поступки больных отличались неожиданностью и необъяснимостью ни с точки зрения их характерологических особенностей, ни с точки зрения истории их предшествующего развития. Кроме того, на фоне признаков повышенной тревожности описанная симптоматика в дальнейшем имела тенденцию к росту, часто на фоне обострения заболевания без видимых причин. В этих случаях клиническая картина отличалась особой стойкостью, резистентностью к различным видам терапевтических вмешательств в сочетании с психологически очевидно выраженным утрированным отсутствием эгодистонности восприятия нарушений, переходящих с уровня сверхценностных психопатологических образований в регистр субпсихотической симптоматики.

Тревожно-фобические нарушения наблюдались также в рамках тревожного расстройства органической природы (F06.4) и синдрома де ля Туретта (F95.2). В варианте, ассоциированном с расстройствами аффективного и невротоподобного регистров, у подростков с обсессивно-фобической симптоматикой (преимущественно навязчивыми страхами контрастного типа с обыденным содержанием) об-

наружались проявления социальной тревоги, изолированные фобии, сохраняя эгодистонность к имевшимся опасениям. При этом обсессии (преимущественно с тематикой опасения быть зараженным), сосуществовавшие с расстройствами параноидного регистра, сопровождались большим количеством защитных действий (включая ритуалы мытья и очищения) и утратой эгодистонности. По мере увеличения возраста подростков клиническая картина подобного рода расстройств усложняется, становится более полиморфной, симптомы характеризуются незавершенностью, присоединением нарушений поведения, сочетающихся со сложными дисморфофобическими, тревожными и ипохондрическими конструкциями, а также анорексией. Нередко такие подростки обнаруживали поведенческие девиации, в рамках реакций гиперкомпенсации и группирования со сверстниками.

Результаты экспериментально-психологического исследования по «Методике многомерной оценки детской тревожности» (МОДТ) в подгруппах подростков (девочек и мальчиков) представлены на рис. 1 и 2¹.

Представленные на рисунке данные свидетельствуют, что наиболее общие тенденции оценки тревожности оказались в значительной степени связанными с полоспецифическими особенностями тревожных переживаний подростков различных возрастных групп. Так, можно говорить о полоспецифических особенностях динамики тревоги, возникающей при общении с близкими взрослыми (шкала 5): у мальчиков вне зависимости от их возраста этот показатель остается относительно стабильным.

В отличие от этого у девочек в начале подросткового криза (11–12 лет) этот показатель крайне высок, а на переходе негативной фазы криза в позитивную (13–14 лет) резко снижается и к окончанию школьного обучения (15–17 лет) стабилизируется на отметке

¹ На рис. 1 и 2 шкалы МОДТ обозначены их порядковыми номерами: 1 – общая тревожность; 2 – тревога в отношениях со сверстниками; 3 – тревога, связанная с оценкой окружающих; 4 – тревога в отношениях с учителями; 5 – тревога в отношениях с родителями; 6 – тревога, связанная с успешностью в обучении; 7 – тревога, возникающая в ситуациях самовыражения; 8 – тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний; 9 – снижение психической активности, обусловленное тревогой; 10 – повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой.

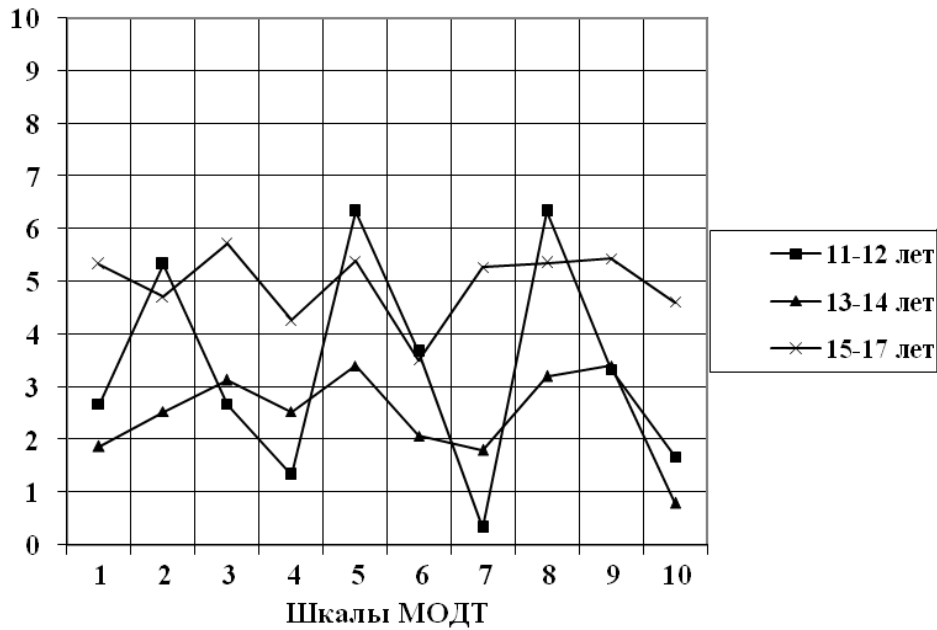


Рис. 1. Динамика проявлений тревожности у девочек-подростков при патологии психотического уровня

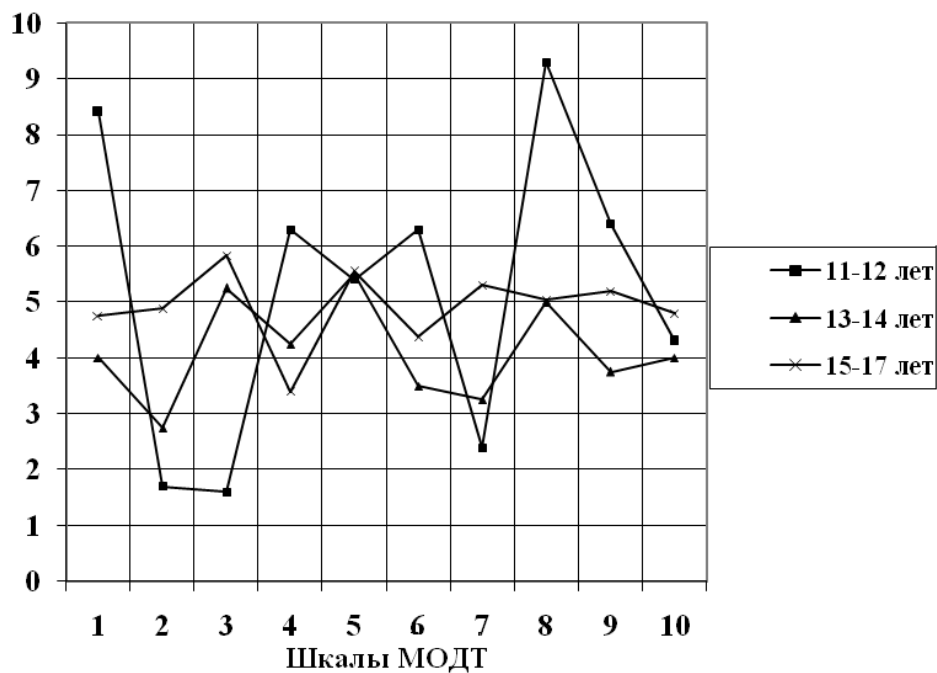


Рис. 2. Динамика проявлений тревожности у мальчиков-подростков при патологии психотического уровня

повышенного его уровня. Аналогичного рода соотношения отмечаются и в отношениях со сверстниками (шкала 2), и в связи с успешностью в обучении (шкала 6), и в ситуациях проверки знаний (шкала 8) на фоне колебаний показателя вегетативной реактивности (шкала 10). Поскольку снижение показателей тревоги в личностно-значимых для подростка сферах наблюдается исключительно у девочки в самый важный момент перехода от нега-

тивной и позитивной фаз возрастного криза, то можно предположить влияние психотической симптоматики на адекватность восприятия действительности. При этом акценты тревожных переживаний у пациенток смещаются с психологически понятных феноменов на вычурные или малозначимые для данного возрастного этапа моменты. Динамика эмоциональных проявлений у мальчиков оказывается более «понятной» с точки зрения клас-

Клиническая (медицинская) психология

сических представлений о психотическом пациенте такого возраста, характеризующегося тенденцией повышения значимости отношения со сверстниками (шкала 2) по мере взросления, и соответственно приводит к росту тревоги, а отношения с учителями (формальными взрослыми) обесцениваются (шкала 4). Именно показатель уровня тревоги в отношениях с учителями оказывается сильно зависящим от пола ребенка, поскольку с возрастом у девочек он заметно растет, а у мальчиков падает.

Поскольку тревожные переживания, связанные с «близкими» отношениями (со значимыми близкими – родителями и сверстниками), постепенно теряют свою напряженность и перестают играть для пациента роль объекта, поддерживающего развитие «Я», то любой Другой, кто может в сознании подростка выполнять эту функцию, обладает, по мнению Х. Кохута, потенциальной способностью функционировать как Эгообъект [8].

Безусловно, фактор пола учителя (в российской действительности – преимущественно женский) оказался связанным с успешностью в обучении, поскольку беспокойство, которое испытывают подростки (в большей степени мальчики), заставляет их регрессировать к пралогическому мышлению, выражаясь в магическом мышлении. Таким образом, снижение с возрастом тревоги в отношениях с учителями у мальчиков может быть объяснено нарастанием напряженности архаических психологических защит, протекторно ограждающих его личность от дезинтеграции. В то

же время увеличение значения этого показателя у девочек отражает, по всей видимости, нарастание восприятия конкурентных отношений с образами женщин-учителей, поскольку именно учитель, задающий вопросы, на которые не всегда известен «правильный ответ», способен поставить под сомнение позитивную оценку возможностей подростка в глазах окружающих.

Динамика проявлений тревожности у мальчиков и девочек различных возрастных групп (табл. 3–5) свидетельствует о наличии значительных различий в переживаниях тревоги у мальчиков и девочек на период от начала подросткового кризиса (11–12 лет) до полного их нивелирования к 15–17 годам.

Так, в возрасте 11–12 лет характер и уровень тревожности у мальчиков и девочек, страдающих тревожными расстройствами психотического уровня, существенно различаются по всем изучаемым показателям, причем мальчики, в целом, оказываются более тревожными, чем девочки (см. табл. 3). В то же время характер тревожных переживаний у них несколько различается. Девочки оказываются в большей степени зависимыми от взаимоотношений со сверстниками (шкала 2) и родителями (шкала 5), в то время как мальчиков в большей степени тревожат отношения с учителями (шкала 4) и успешность обучения (шкала 6). Данный факт представляется весьма логичным с точки зрения сложившихся представлений о гендерных различиях в «опредмечивании» тревоги мальчиков и девочек [6], когда девочки онтогенетически более

Таблица 3

Сопоставление характера и уровня тревожности у мальчиков и девочек 11–12 лет при патологии психотического уровня

Шкала	Девочки, N=9		Мальчики, N=10		p
	M	m	M	m	
1. Общая тревожность	2,67	0,17	8,40	0,16	0,00
2. Тревога в отношениях со сверстниками	5,33	0,14	1,70	0,15	0,00
3. Тревога, связанная с оценкой окружающих	2,67	0,17	1,60	0,16	0,00
4. Тревога в отношениях с учителями	1,33	0,17	6,30	0,15	0,00
5. Тревога в отношениях с родителями	6,33	0,16	5,40	0,16	0,00
6. Тревога, связанная с успешностью в обучении	3,67	0,17	6,30	0,15	0,00
7. Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	0,33	0,17	2,40	0,16	0,00
8. Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	6,33	0,17	9,30	0,15	0,00
9. Снижение психической активности, обусловленное тревогой	3,33	0,15	6,40	0,16	0,00
10. Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой	1,67	0,17	4,30	0,15	0,00

Таблица 4

Сопоставление характера и уровня тревожности у мальчиков и девочек 13–14 лет при патологии психотического уровня

Шкала	Девочки, N=15		Мальчики, N=16		p
	M	m	M	m	
1. Общая тревожность	1,87	0,55	4,00	0,84	0,04
2. Тревога в отношениях со сверстниками	2,53	0,60	2,75	0,21	0,73
3. Тревога, связанная с оценкой окружающих	3,13	0,74	5,25	0,28	0,01
4. Тревога в отношениях с учителями	2,53	0,46	4,25	0,53	0,02
5. Тревога в отношениях с родителями	3,40	0,74	5,50	0,74	0,05
6. Тревога, связанная с успешностью в обучении	2,07	0,27	3,50	0,39	0,01
7. Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	1,80	0,35	3,25	0,46	0,02
8. Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	3,20	0,82	5,00	0,18	0,04
9. Снижение психической активности, обусловленное тревогой	3,40	0,75	3,75	0,38	0,67
10. Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой	0,80	0,22	4,00	0,66	0,00

Таблица 5

Сопоставление характера и уровня тревожности у мальчиков и девочек 15–17 лет при патологии психотического уровня

Шкала	Девочки, N=51		Мальчики, N=45		p
	M	m	M	m	
1. Общая тревожность	5,33	0,37	4,76	0,42	0,30
2. Тревога в отношениях со сверстниками	4,71	0,32	4,89	0,32	0,69
3. Тревога, связанная с оценкой окружающих	5,73	0,30	5,84	0,40	0,81
4. Тревога в отношениях с учителями	4,27	0,23	3,40	0,45	0,08
5. Тревога в отношениях с родителями	5,39	0,40	5,56	0,37	0,77
6. Тревога, связанная с успешностью в обучении	3,51	0,33	4,38	0,39	0,09
7. Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	5,27	0,31	5,31	0,33	0,94
8. Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	5,35	0,39	5,04	0,41	0,59
9. Снижение психической активности, обусловленное тревогой	5,43	0,31	5,20	0,34	0,61
10. Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой	4,61	0,36	4,80	0,32	0,70

целостны и, оставаясь в зоне социальных контактов, могут еще некоторое время сохранять свою самость.

Обращает на себя внимание крайне высокий показатель тревоги, возникающей в ситуациях проверки знаний (шкала 8), который выделяется в профиле как мальчиков, так и девочек. Причем у мальчиков он достигает экстремальных значений ($m=9,30\pm 0,15$) на фоне выраженной тенденции к снижению психической активности (шкала 9) и повышению вегетативной реактивности (шкала 10) в тревожных для подростка ситуациях. Это может быть также объяснено с позиций полового диморфизма [2], когда внутренняя структура личности мальчика в большей степени

биологически обусловлена, а признаки ее дезорганизации проявляются на уровне телесных дисфункций. Таким образом, можно предположить, что собственно тревога у подростков 12–13 лет определяет яркие полоспецифические различия в трансформации психических состояний при патологии психотического уровня, когда у мальчиков в большей степени задействуются так называемые «глубинные» (психофизиологические) механизмы саморегуляции, отвечающие за витальный тонус (психическая активность и вегетативная реактивность), в то время как у девочек в большей степени страдают межличностные отношения с близкими родственниками и друзьями. Вероятно, именно эти тенденции проявлений

тревоги можно считать неблагоприятными прогностическими признаками в плане перехода тревожных переживаний с уровня сверхценных психопатологических образований в регистр субпсихотической симптоматики.

По мере взросления (к возрасту 13–14 лет) тревога в отношениях с близкими сверстниками (шкала 2) и родителями (шкала 5) снижается и у девочек, и у мальчиков. При этом можно наблюдать и нарастание признаков астении в ответ на тревогу (шкала 9). Тем не менее, общий показатель тревожности (шкала 1) у мальчиков, объективно снижаясь, сохраняет свои лидирующие позиции относительно такового у девочек, что свидетельствует о более высокой тревожности мальчиков. В то же время спектр тревожных ситуаций сужается и концентрируется в области так называемых «школьных» проблем (шкала 6) и проблем, связанных с презентацией (шкала 7) и проверкой (шкала 8) собственной компетентности в глазах «независимых» окружающих (шкалы 3, 4).

Уровень тревоги как у мальчиков, так и у девочек с тревожными расстройствами психотического уровня к 15–17 годам относительно стабилизируется на средних значениях и значимых половозрастных отличий не выявляется (табл. 5). Учитывая, что именно подростковый возраст является возрастом формирования зрелой идентичности личности, можно предположить, что в этом случае имеется нивелирование фактора пола, являющегося ключевым звеном (базовой характеристикой) в формировании личностной идентичности. По мнению М. Кле, в этом возрасте подросток еще бисексуален [7]. Тем не менее, именно в этот период половая идентификация достигает нового, более высокого уровня. Именно появление сексуальной идентификации в течение раннего подросткового периода является предпосылкой для продвижения гетеросексуальной позиции в собственно подростковом периоде.

В норме у подростков отчетливо проявляется ориентация на образы мужественности-женственности в поведении и проявлении личностных свойств. Отсутствие же различий и «размывание» самой структуры тревожности в старшем подростковом возрасте при тревожных расстройствах психотического уровня могут свидетельствовать о нарастании диффузии идентичности и тенденции к распаду личности.

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно заключить, что закономерный рост тревоги на фоне выраженных полоспецифических особенностей в начале подросткового кризиса у тревожных подростков при патологии психотического уровня способен дезорганизовать развитие личности. Болезнь в данном случае «разрушает» еще только формирующуюся структуру личности, психопатологически «опредмечивая» тревогу в психологически понятных областях межличностных отношений у девочек и телесном образе у мальчиков. Именно патологический процесс, смещая акценты тревоги в область психотических нарушений тестирования реальности, размывает идентичность и «уводит от реальности», когда в старшем подростковом возрасте мы наблюдаем мало дифференцированную тревогу и отсутствие различий по полу.

Литература

1. Астапов, В.М. Тревожные расстройства в детском и подростковом возрасте. Теория и практика: монография / В.М. Астапов, Е.Е. Малкова. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. – 368 с.
2. Геодакян, В.А. Эволюционные хромосомы и эволюционный половой диморфизм / В.А. Геодакян // Известия Академии наук. Серия биологическая. – 2000. – № 2. – С. 133–148.
3. Гиндикин, В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М.: Триада-Х, 1999. – 266 с.
4. Грошева, Е.В. Особенности течения шизофрении у подростков в зависимости от сопутствующих социально-психологических факторов / Е.В. Грошева, А.Н. Алехин // Вестник Балтийской педагогической академии. – 2005. – № 61. – С. 75–78.
5. Гурович, И.Я. Актуальные проблемы детской психиатрической службы в России / И.Я. Гурович, В.М. Волошин, В.Б. Голанд // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – Вып. 2. – С. 15–18.
6. Ильин, Е.П. Психология индивидуальных различий / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2010. – 701 с.
7. Кле, М. Психология подростка: (психосексуальное развитие): пер. с фр. / М. Кле. – М.: Педагогика, 1991. – 174 с.
8. Кохут, Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических

нарушений личности / Х. Кохут. – М.: Когнито-Центр, 2003. – 368 с.

9. Кржечковский, А.Ю. Формирование самосознания у детей и подростков как метод профилактики пограничных психических расстройств / А.Ю. Кржечковский // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 5. – <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.02.2012).

10. Малкова (Ромицына), Е.Е. Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности. Пособие для врачей и психологов / Е.Е. Малкова (Ромицына). – СПб.: Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2007. – 34 с.

11. Малкова, Е.Е. Особенности психологических зацвит и их связь с тревогой у подростков с шизотипическим расстройством / Е.Е. Малкова // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 2011.

12. Некоторые сравнительно-возрастные особенности формирования небредовых ипохондрических расстройств у детей и подростков / А.А. Кашиникова, Ю.Б. Коваленко, Е.В. Корень и др. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – № 1. – С. 85–90.

13. Попов, Ю.В. Тревожные состояния в Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра / Ю.В. Попов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 2. – С. 44–46.

14. Сергеев, И.И. Фобические расстройства у детей и подростков / И.И. Сергеев,

Э.Л. Казанцева. – М.: Аванти, 2005. – 195 с.

15. Состояние психического здоровья детей: Проблемы, пути решения. Коллегия МЗ РФ от 15.05.2001 г. Решение. Протокол № 9. – М.: МЗ РФ, 2001. – 10 с.

16. Эриксон, Э. Идентичность. Хрестоматия / Э. Эриксон. – М.: МПСИ, 2008. – 272 с.

17. A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder in patients / R. Antikainen, J. Hintikka, J. Lehtonen et al. // Acta Psychiat Scand, 1995. – V. 5. – P. 327–335.

18. Bell-Dolan, D.J. Symptoms of anxiety disorders in normal children / D.J. Bell-Dolan, C.G. Last, C.C. Strauss // J Am Acad Child Adol Psychiat, 1990. – V. 29. – P. 759–765.

19. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence, comorbidity and clinical correlates / S.N. Flick, P.P. Roy-Byrne, D.S. Cowley et al. // J Aff Dis, 1993. – V. 2. – P. 71–79.

20. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder / L. Baer, M. Jenike, D.W. Black et al. // Arch Gen Psychiat., 1992. – V. 49. – P. 862–866.

21. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents / L.A. Valleni-Basile, C.Z. Garrison, K.L. Jakson et al. // J Am Acad Child Adol Psychiat, 1994. – V. 33. – P. 782–791.

22. Nissen, G. Pubertatskrisen und Storungen der psychosexuellen Entwicklung / G. Nissen // Lerbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. H. Harbauer (Hrsg.). – Berlin, 1971. – P. 133–137, 155.

Поступила в редакцию 02.02.2012 г.

Малкова Елена Евгеньевна. Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии, докторант, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург. E-mail: Helen_malkova@herzen.spb.ru

Elena Evg. Malkova. Candidate of psychological sciences, docent of the department clinical psychology, doctorant, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg. E-mail: Helen_malkova@herzen.spb.ru