

---

## ЗНАЧЕНИЯ И СМЫСЛЫ ТРЕВОГИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

М.Ю. Норина, М.С. Павлова

Кафедра психотерапии  
Российский государственный медицинский университет  
ул. Островитянова, 1, Москва, Россия, 117997

В статье представлены результаты исследования, проведенного с целью выявить смыслы тревоги невротического уровня. Определены и описаны смыслы нормальной тревоги: проживание жизни, конфронтация, а также смыслы патологической тревоги: избегание, отрицание трудностей; ощущение бессилия и нереализованности; низкая включенность в процесс жизни.

**Ключевые слова:** тревога, невротические расстройства, жизненные ценности, механизмы защиты, копинг-стратегии.

Проблема тревоги является весьма актуальной для современного человека, поскольку его жизнь сопровождается стрессами, социально-экономическими изменениями и утратой идеологических ориентиров. В связи с этим встает также проблема смысла жизни, включенности в ее процесс на фоне возросшей значимости материального благополучия, социального престижа и достижений.

Выбор тревожных расстройств в качестве материала исследований имеет следующее основание: тревога — наиболее часто встречающийся феномен при невротических расстройствах, а также один из самых распространенных видов психического неблагополучия. По данным широкомасштабного Европейского исследования (ESEMeD), риск развития в течение жизни тревожного расстройства равен 16% [1], в то время как данные, полученные Р. Кесслером на американской популяции, показали результат 24,5% [2].

**Целью** настоящего исследования было выявление основных смысловых значений тревоги при расстройствах невротического уровня.

В качестве основной группы в исследовании приняло участие 30 пациентов 18—60 лет (средний возраст  $42 \pm 13,1$  года), проходивших лечение на базе санаторных отделений психиатрической больницы № 14 г. Москвы. Ухудшение состояния пациентов в 84% случаев развивалось в связи с психогенной. В контрольную группу было включено 30 здоровых испытуемых, не находившихся в условиях психотравмирующей ситуации и не имевших признаков хронической соматической патологии. Представленные группы сопоставимы по возрасту и полу.

В исследовании были использованы следующие методы: клинико-психологический (оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, опросник Плутчика—Келлермана—Конте, тест копинг-стратегий Р. Лазаруса, опросник терминальных ценностей И.Г. Сенина, опросник СМИЛ Л.Н. Собчик, тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева, ценностный опросник С. Шварца), статистическая об-

работка материала (метод корреляционного анализа по Спирмену, факторного анализа, множественной регрессии) с использованием соответствующих программ.

У большинства обследуемых пациентов тревожный синдром был ведущим в клинико-психологической картине (основной критерий отбора): 50% от общего числа пациентов имели тревожно-депрессивное расстройство, 30% — генерализованное тревожное расстройство с паническими атаками. Наибольшее значение в клинической картине болезни пациентов имеет постоянно присутствующая или приступообразная тревога и (или) страх. Тревога представлена в различных формах: беспричинная тревога, состояние напряженного ожидания, чувство неуверенности в себе, страх смерти, страх метро и поездов, страх высоты, страх потери памяти, клаустрофобия, неудовлетворенность жизнью, тревога относительно будущего, ожидание неудачи, приступы паники.

Клиническая картина болезни пациентов характеризуется следующими проявлениями, связанными с физиологическими составляющими тревоги: панические атаки (сердцебиение, дрожь в груди, шум в голове, потливость, рыдания), нарушение сна в виде бессонницы либо сонливости, расстройства аппетита и изменение веса, быстрое утомление от любого занятия, общее недомогание, головные боли, гипертония. Однако эти соматовегетативные нарушения являлись отчетливо вторичными по отношению к тревоге и (или) страху и, даже будучи значительно выраженными, не всегда предъявлялись в качестве основных жалоб.

При анализе данных, полученных с помощью шкалы тревоги Шихана, было выявлено, что среднее значение выраженности тревоги составило: среди пациентов —  $37,5 \pm 22,5$  баллов; среди здоровых испытуемых —  $14,3 \pm 12,6$  баллов. Уровень тревоги выше 30 баллов является клинически значимым и говорит о необходимости консультации обследуемого психиатром или психотерапевтом. У преобладающего числа здоровых испытуемых (90% — 27 человек) клинически выраженная тревога (до 30 баллов) отсутствует, у преобладающего числа пациентов (60% — 18 человек) присутствует, проявляясь в основных симптомах тревоги и в панических атаках с акцентом на вегетативных компонентах.

Согласно результатам проведения опросника Плутчика—Келлермана—Конте наиболее предпочитаемые психические защитные механизмы пациентов — проекция, рационализация, гиперкомпенсация. По группе эти защиты реализуются на 61,8, 53,6 и 45,8% соответственно от максимально возможного значения. Ведущие защитные механизмы в группе нормы — рационализация, проекция и отрицание. Статистически достоверные различия в результатах исследуемых групп выявлены по следующим механизмам защиты: проекция, рационализация, гиперкомпенсация, регрессия. В группе здоровых испытуемых ведущий механизм защиты — зрелый (рационализация), среди пациентов — более ранний (проекция). Таким образом, в отличие от условно здоровой группы сравнения среди пациентов наблюдается тенденция к преобладающему использованию более ранних механизмов психической защиты.

Результаты теста копинг-стратегий Р. Лазаруса свидетельствуют о том, что наиболее предпочитаемые пациентами копинг-стратегии — поиск социальной

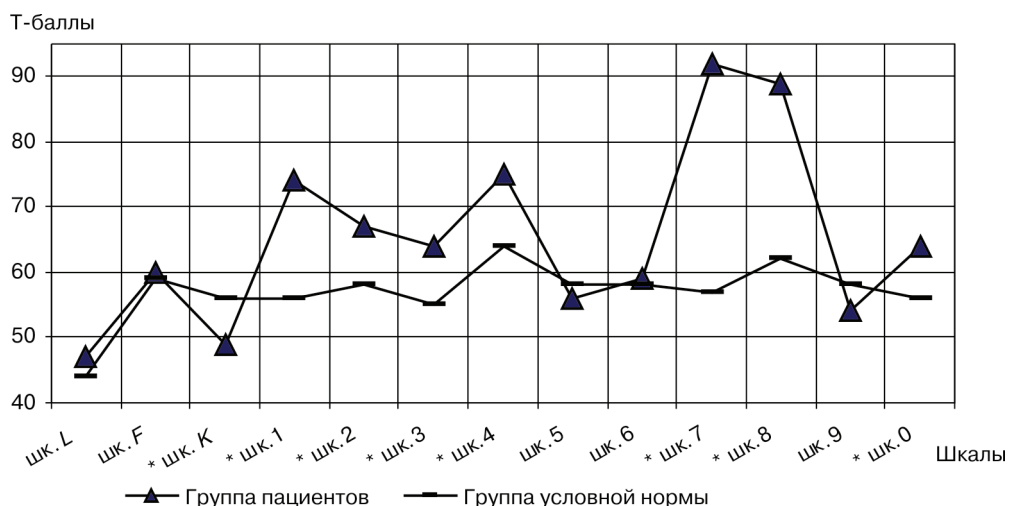
поддержки, планирование решения проблемы, принятие ответственности. В ситуации стресса активность пациентов направляется на поиск информационной, действенной и эмоциональной поддержки со стороны, что сочетается со стремлением аналитически подойти к проблеме и признанием личной роли в ее возникновении. Наиболее предпочитаемые копинг-стратегии в группе нормы: планирование решения проблемы, самоконтроль, положительная переоценка ситуации. В ситуации стресса здоровые обследуемые, в отличие от пациентов, направляют силы на регулирование своих чувств и действий, стремятся создать положительное значение сложившейся ситуации с акцентом на возможности роста своей личности.

Статистически достоверные различия в результатах исследуемых групп выявлены по копингу поиска социальной поддержки, в группе пациентов его реализованность достоверно выше, т.е. в ситуации стресса активность пациентов направлена преимущественно на поиск помощи со стороны других людей, тогда как здоровые испытуемые направляют эту активность на самих себя, в частности на самоконтроль и на создание положительного настроения в ситуации фрустрации.

По опроснику терминальных ценностей И.Г. Сенина статистически значимых различий между исследуемыми группами выявлено не было; наиболее значимые сферы жизни для пациентов и здоровых испытуемых — профессиональная жизнь и образование. Эти сферы дают возможность для самореализации и достижения конкретных результатов. Ведущие жизненные ценности пациентов — духовное удовлетворение, личные достижения, материальное положение. Значимость материального благосостояния связана с ориентацией пациентов на достижение ощутимых результатов, что проявляется как в процессе лечения (желание получить немедленный результат), так и в попытках тщательно планировать свою жизнь (организация и самоконтроль, стремление повысить самооценку). В здоровой группе эти ценности также являются ведущими, но добавляется ценность саморазвития, что подразумевает приложение усилий к работе над собой. Наименее значимые для пациентов ценности: креативность, престиж, сохранение индивидуальности. Им недоступно получение удовольствия в процессе деятельности (несмотря на ценность духовного удовлетворения), у них отсутствует ориентация на получение признания за свой труд (но выражена ориентация на собственно цель), для них невозможна творческая реализация и сбалансирование с ее помощью базовой тревоги.

В ходе анализа результатов, полученных с помощью опросника СМИЛ Л.Н. Собчик, были построены усредненные личностные профили для исследуемых групп (рисунок).

Значения шкал, от 70 *T*-баллов и выше принимаются как нормативные для выявления патологических отклонений. Усредненные показатели профиля здоровой группы входят в промежуток 55—65 *T*-баллов. В профиле группы пациентов показатели шкал тревожности (шкала 7) и индивидуалистичности (шкала 8) значительно превышают допустимые нормой значения. Завышено значение шкал импульсивности (шкала 4) и сверхконтроля (шкала 1). Несколько повышен показатель по шкале пессимистичности (шкала 2). Показатели усредненного личностного профиля пациентов в целом выше, чем в норме.



**Рис.** Усредненные личностные профили исследуемых групп по данным опросника СМИЛ Л.Н. Собчик:

шк. L — шкала лжи; шк. F — шкала достоверности; шк. K — шкала коррекции; шк. 1 — шкала сверхконтроля; шк. 2 — шкала пессимистичности; шк. 3 — шкала эмоциональной лабильности; шк. 4 — шкала импульсивности; шк. 5 — шкала мужественности-женственности; шк. 6 — шкала ригидности; шк. 7 — шкала тревожности; шк. 8 — шкала индивидуалистичности; шк. 9 — шкала оптимистичности; шк. 0 — шкала интроверсии;

\* статистически значимые различия результатов исследуемых групп

Значительная часть пациентов имеет тревожно-мнительный тип характера (гиперответственность, высокая мотивация избегания неудач, склонность к образованию фобий). Высока вероятность актуального стресса. Повышенная чувствительность сочетается с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях, защита происходит за счет увеличения дистанции. Отмечается выраженная потребность в проявлении собственной индивидуальности. Выявляется значительная социальная дезадаптация. Эмоциональная неустойчивость выражается в склонности к проявлению полярных по знаку эмоций. Мышление характеризуется ригидностью, отмечается высокая нормативность поведения, спонтанные проявления подавляются. Кроме этого, для личностного профиля группы пациентов характерны пассивность (зависимое от обстоятельств и врача положение) и выраженная аффилиативная потребность.

Достоверные различия в результатах исследуемых групп выявлены по всем субшкалам теста смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева. Результаты по здоровой выборке находятся в границах нормы с учетом половой принадлежности обследуемых.

В целом, снижение общего индекса осмысленности жизни (ОЖ) в группе пациентов помимо ангедонизма проявляется следующим образом: жизнь представляется малоосмысленной, оценка уже пройденного отрезка жизни недостаточно высока, ее итог непродуктивен, несмотря на все усилия в тщательном планировании процесса (заниженные показатели по шкале 3 «результат»). Заниженные показатели по шкале 2 «процесс» (включенность в жизнь, удовлетворенность ею) проявляются в неудовлетворенности жизнью в настоящем, в восприятии ее как безынтересной, эмоционально пустой. Пациенты не способны получать удовлетворение

от процесса деятельности в настоящем и пытаются придать жизни полноценный смысл нацеленностью на будущее. При этом отсутствует вера в свои силы, в возможность сознательно контролировать события жизни, выражено ощущение фатализма (заниженные показатели по шкалам локус-контроля).

Таким образом, в группе пациентов выявляется противоречивое сочетание ориентации на достижения с выраженным страхом неудачи — активное стремление ставить цель и добиваться цели, заведомо обреченные самими пациентами на провал. Пациенты не включены в процесс жизни, им недоступно получение удовольствия в процессе, но лишь по достижении результата. Если цель кажется недостижимой (чему способствует склонность к ожиданию неудачи), возникает фрустрация. Процесс жизни и деятельности представляется пустым, бессмысленным, а результат — тревожащим. Среди здоровых испытуемых выявляется удовлетворенность самореализацией; бóльшая включенность в процесс жизни; осознание ее как насыщенной, интересной и осмысленной; вера в возможность сознательно контролировать события собственной жизни.

Результаты, полученные с помощью ценностного опросника С. Шварца, показали, что ведущий конфликт ценностей в группе пациентов — конфликт между внутренней стимуляцией себя к действию и подчинением социальным нормам, необходимостью поддержания традиций. Ведущий конфликт в группе условной нормы — конфликт между стремлением к духовности и желанием достижений, наслаждением жизнью. Наименее конфликтные пары ценностей среди пациентов: «зрелость — конформизм», «наслаждение, социальная власть — духовность, социальность», т.е. пациенты ориентированы на достижения, успех, но у них снижена значимость ценностей социальности, стремления к наслаждению, достижению личностно зрелой позиции. Конфликты в группе пациентов связаны с зависимостью от других людей, обстоятельств и с подчинением им — конфликты с внешними ограничениями; конфликты в группе нормы связаны с внутренними ограничениями (нравственные нормы, духовность). Неактуальность конфликтов зрелости и самоопределения для пациентов связана с конформизмом, для здоровых испытуемых — с ориентацией на внутреннее, индивидуальное знание.

Обобщая результаты проведенного исследования, мы можем сделать следующие выводы.

Среди пациентов наблюдается нереализованность зрелых защитных механизмов и тенденция к преобладающему использованию более ранних механизмов психической защиты, что сочетается с высоким показателем инфантильности ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,05$ ).

Смысл патологической тревоги — низкая включенность в процесс жизни ( $r = -0,47$ ;  $p < 0,05$ ) и невозможность получать от нее удовольствие (удовлетворение лишь по достижении цели).

Тревога пациентов связана с внешними ограничениями ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ).

Тревога здоровых испытуемых связана с целями ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,05$ ), процессом ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ), результатом деятельности ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ), что дает возможность планирования и изменения ситуации своими силами, в отличие

от пациентов, тревога которых связана с ощущением бессилия и нереализованности ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ).

Выявлена выраженная ориентация пациентов на достижения, успех, материальные блага и нереализованность этого стремления — один из смыслов их тревоги.

В ситуации стресса активность пациентов направлена на поиск помощи со стороны окружающих (77%). Здоровые испытуемые направляют эту активность на себя: самоконтроль (68%), создание положительного настроения в ситуации фрустрации (66%). Самоконтроль пациентов направлен на подавление спонтанности ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,05$ ), вследствие чего невозможна творческая реализация и сбалансирование с ее помощью базовой тревоги.

Снижение веры пациентов в возможность контролировать внешние жизненные события связано с нарастанием тревоги ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ) и переключением их внимания на контроль своего тела ( $r = -0,6$ ;  $p < 0,05$ ), т.е. при нарастании тревоги и ощущения беспомощности возможно появление ипохондрической симптоматики.

Согласно факторному анализу и множественной регрессии комплекс личностных особенностей пациентов (тревожно-мнительный тип характера) — фактор, способствующий возникновению тревожности; ценностно-смысловая сфера жизни пациентов (инфантильность жизненных установок, ориентация на внешние социальные стандарты в ущерб личностно зрелой позиции) взаимосвязана с выраженностью тревоги; снижение осмысленности жизни и ориентации на будущее, отсутствие веры в себя способствуют социальной изоляции и усиливают проявления тревоги; нормальная тревога имеет своим смыслом проживание жизни и конфронтацию, тогда как смыслом патологической тревоги является избегание и отрицание трудностей.

На основе полученных данных о взаимосвязи уровня выраженности тревоги и ее смыслового содержания мы разработали следующие рекомендации по психологической коррекции тревожных расстройств невротического уровня:

— учет личностных особенностей пациентов с целью профилактики усугубления состояния, особое внимание следует уделять комплексу тревожно-мнительных черт как одному из факторов, способствующих возникновению и усилению проявлений тревоги;

— коррекция проявлений инфантильности и незрелой эмоциональности с целью формирования личностно зрелой позиции, адекватных жизненных установок и ориентаций;

— перемещение фокуса внимания с результата деятельности на ее процесс;

— восстановление старой либо формирование новой сети социальных контактов, способствование повышению социальной активности и включенности пациента в общественную жизнь;

— формирование позитивного настроения и твердой позиции в ситуации жизненных трудностей, развитие способности к конфронтации;

— гармонизация ценностной сферы, в частности полюса материальных благ, достижений с полюсом духовных, нравственных ценностей;

— развитие и поощрение проявлений спонтанности и творческой активности;

— формирование и укрепление веры в себя и в способность контролировать события собственной жизни.

Проведение анализа смыслового содержания тревоги в деятельности и поведении людей позволяет подойти к решению многих теоретических и практических проблем, связанных с познанием закономерностей генезиса и формирования невротических состояний, а также помогает определить возможные пути и способы психологической помощи пациентам с тревожными расстройствами. Приведенные данные свидетельствуют о том, что проблема смысловых значений тревоги при расстройствах невротического уровня достаточно сложна и ее изучение требует дальнейших клинических исследований.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Мосолов С.Н.* Тревога и депрессия: проблемы диагностики и терапии // Психофармакотерапия депрессии. — 2005. — № 4. — С. 1—15.
- [2] *Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al.* Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey (NCS) // *Archives of Gen. Psychiatry*. — 1994. — № 51. — P. 8—19.

## SIGNIFICANCE AND MEANINGS OF NEUROTIC LEVEL ANXIETY

**M.Yu. Norina, M.S. Pavlova**

The Chair of Psychotherapy  
Russian State Medical University  
*Ostrovityanova St., 1, Moscow, Russia, 117997*

The article presents the results of the research carried out with the purpose of revealing the meanings of the neurotic level anxiety. It defines and describes the meanings of normal anxiety: living through life, confrontation; and also the meanings of pathological anxiety: avoiding, denial of difficulties; the feeling of powerlessness and unfulfillment; low involvement in the process of life.

**Key words:** anxiety, neurotic disorders, life values and meanings, protection mechanisms, coping strategies.