

Психологические науки

УДК 159.9.072

DOI:10.24412/2303-9744-2021-2-85-104

МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОГИ И ТРЕВОЖНОСТИ – СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Ю.В. Щербатых

Воронежский филиал Московского гуманитарно-экономического университета
(ВФ МГЭУ). Воронеж, Россия; ORCID: 0000-0002-2883-0896

Аннотация. В статье анализируются методы оценки тревожности человека. Разбираются психологические тесты, оценивающие уровень личностной и ситуативной тревожности, клинические опросники, специальные методики оценки тревоги, профайлинг и полиграф. В числе методик, которые разбирались в статье, были: опросник тревоги Дж. Тейлор (MAS), опросник личностной и ситуативной тревожности Ч.Спилбергера (STAI), шкалы оценки тревоги Гамильтона (HARS), Цунга (ZARS), Бека (BAI), Шихана (ShARS) и Кови (CAS), шкала тревожности при социальном взаимодействии (SIAS), шкала социальной тревожности Либовица (LSAS) и больничная шкала тревожности и депрессии (HADS). Также в статье дан критический обзор шкалы уровня школьной тревожности Б.Н. Филлипса (SAS). Помимо бланковых методов оценки тревожности в статье анализируется профайлинг как оценка внешнего проявления тревожности, методика калибровки нейролингвистического программирования (НЛП) и применение полиграфа.

Ключевые слова: тревога, тревожность, тревожность тест, оценка тревожности, тревожность диагностика, тревожность спилбергер, тревожность филлипс, шкала бека, шкала гамильтона, шкала цунга, тревожность тейлор, профайлинг, калибровка НЛП, полиграф

UDC 159.9.072

DOI:10.24412/2303-9744-2021-2-85-104

COMPARATIVE ASSESSMENT OF METHODS FOR DIAGNOSING ANXIETY

Yu.V. Shcherbatykh

Voronezh branch of Moscow state University of Humanities and Economics (VF
MGIU). Voronezh, Russia; ORCID: 0000-0002-2883-0896

Abstract. The article analyzes the various methods of assessing anxiety such as psychological tests on personal and situational anxiety, clinical questionnaires, and some special methods including profiling and polygraph. Among the methods and tool that were analyzed in the article were the anxiety questionnaire of J. Taylor (MAS), State-Trait Anxiety inventory by Ch.Spielberger (STAI), the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Zung Anxiety Rating Scale (ZARS), the Beck Anxiety Inventory (BAI), Sheehan Clinical Anxiety Rating Scale (ShARS), and Covi anxiety Scale (CAS). A critical review of the B. N. Phillips School Anxiety Scale (SAS), the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were also given. In addition to the questionnaires and scales for assessing anxiety, the article analyzes profiling, use of neuro-linguistic programming (NLP) and use of a polygraph for assessment of external manifestation of anxiety.

Keywords: anxiety, anxiety test, anxiety assessment, anxiety diagnosis, spielberger anxiety, phillips anxiety, beck scale, hamilton scale, zung scale, taylor anxiety, profiling, polygraph

Страх и тревога являются весьма распространенными эмоциями, сопровождающими жизнь человека в различных жизненных и рабочих ситуациях. Будучи негативными переживаниями, они могут существенно снижать качество жизни человека и негативно влиять на эффективность его деятельности. Поэтому важно правильно оценивать качественные и количественные характеристики тревоги, что и побудило нас написать данную

статью. Дело в том, что на рынке психологической литературы имеются много «сборников психологических тестов», предлагающих психологам и клиницистам разнообразными способами оценить уровень тревоги человека и степень его тревожности – в том числе методиками, валидность которых вызывает существенные сомнения. К их числу можно отнести «Рисунок несуществующего животного», тест «Дом. Дерево. Человек» или Тест школьной тревожности Филлипса [4]. В предыдущих статьях мы уже писали, что интерпретация проективного теста «Рисунок несуществующего животного» достаточно произвольна и не соответствует показателям агрессивности и тревожности испытуемых, измеренными проверенными и валидными методиками [18]. В этой статье мы хотим дать обзор методик, имеющих прямое отношение к измерению тревоги и тревожности, чтобы помочь исследователям этих явлений собрать батарею методик, максимально адекватным целям и задачам их исследования.

Сначала разберемся с определениями. *Тревога* представляет собой достаточно длительный и нечетко сформулированный страх по поводу будущих событий. Она возникает в ситуациях, когда еще нет реальной опасности для человека, но он ждет ее, причем пока не представляет, как с ней справится. В этом ее отличие от «чувства страха», которое чаще всего имеет предметный характер, в то время как тревога более расплывчата и в ней присутствует больше когнитивных составляющих по сравнению со страхом [12; 16]. Кроме того, тревога больше обращена в будущее, в то время, как страх в большей мере локализуется в настоящем времени. В обзорах, посвященных данному явлению, под термином «тревога» подразумевается неприятное эмоциональное состояние, которое характеризуется, с одной стороны, субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, а с другой — физиологическими изменениями в организме [7]. Н.Б. Левитов полагал, что тревога неразрывно связана с беспокойством (*anxiousness*), поэтому предлагал обозначать данное состояние как «беспокойство-тревога», хотя он при этом и не давал четкого определения самому понятию «беспокойства» [5]. Еще одна важная особенность тревоги – это фактор антиципации возможных негативных явлений, которые человек ожидает, но при этом наверняка не знает, сможет ли он с ними справиться. *Тревожность*, в свою очередь, трактуется как устойчивая черта личности,

предполагающая повышенную склонность человека испытывать состояние тревоги [2; 7].

Прежде чем разбирать методы оценки тревожности и тревоги имеет смысл понять, какой тип психических явлений мы собираемся оценивать и изучать. Предметом психологии как науки являются три основных класса психических явлений: *психические процессы, психические состояния и психические свойства личности*. Соответственно, мы можем рассматривать тревогу как проявление одного из двух первых двух классов психических явлений: как психическое состояние человека или как разновидность эмоционального процесса, а именно *чувство*. Разница состоит в том, что если мы изучаем тревогу как чувство, то фиксируемся в основном на эмоциональными составляющими данного процесса, к которому, в отличие от страха обязательно добавляются когнитивные компоненты (память, мышление и воображение). Если же мы рассматриваем тревогу как психическое состояние, то должны учитывать биохимические и физиологические подсистемы, которые активируются симпатическим отделом вегетативной нервной системы. Это первый важный аспект оценки тревоги, который определяет выбор того или иного метода ее изучения.

Второй аспект возникает, когда мы рассматриваем близкое по сути, но не тождественное понятие тревожности, которое может обозначать или свойство личности, или реакцию человека на угрожающую ситуацию [5]. Именно поэтому Чарльз Спилбергер создал два варианта теста на тревожность, которые мы разберем позже. При этом «тревожность как свойство» является устойчивым феноменом и может быть достаточно полно изучено с помощью бланковых тестов, в то время как «тревожность как реакцию» более объективно можно оценить аппаратными методами, например, при помощи полиграфа, или же использовать опросники, описывающие физиологические реакции испытуемого.

Диагностику тревожности можно осуществлять тремя способами: тестами, оценивающими психологическое состояние человека, опросниками, оценивающими физиологические и поведенческие реакции, а также за счет прямого измерения физиологических реакций человека при помощи специальной аппаратуры. Разберем каждое из этих направлений, хотя разделение первой и второй группы методик достаточно условно.

1. Оценка субъективной тревожности с помощью психологических тестов.

Одним из первых опросников для оценки индивидуальных различий в тревожности человека был **тест по оценке тревожности Дж. Тейлор (MAS)**, разработанный ей в 1953 на основе Миннесотского многофакторного личностного опросника MMPI. Оригинальный тест MAS состоит из 50 утверждений, на которые испытуемый должен ответить «да» или «нет». Время тестирования обычно составляет 20-25 минут. Утверждения теста могут предъявляться испытуемому на специальном бланке, на отдельных карточках, или на экране компьютера. Существуют русскоязычные адаптации данного теста, разработанные Т.А. Немчиновым и В.Г. Норакидзе. Последний вариант опросника снабжен дополнительной «шкалой лжи» и состоит из 60 вопросов [6].

Так как понятие «тревожность» может обозначать как свойство личности, так и реакцию человека на угрожающую ситуацию, то выделяют «личностную тревожность» и «реактивную тревожность». Самым известным тестом для оценки тревожности является **опросник Ч. Спилбергера (STAI, State-Trait Anxiety Inventory)** – поэтому мы остановимся на этом диагностическом инструменте поподробней. Данный тест, который в русскоязычной литературе обозначается как «опросник Спилбергера-Ханина», состоит из двух частей. Одна часть оценивает «Т-свойство» человека (личностную тревожность), а второй - «Т-состояние» (ситуативную или реактивную тревожность) [8]. Каждая часть опросника состоит из 20 утверждений. В опроснике личностной тревожности испытуемому нужно оценить, как часто он(а) испытывает данные чувства или находится в определенном состоянии («Я вполне счастлив», «Я быстро устаю» и т.д.), выбрав один вариант из четырех («Почти никогда»; «Иногда»; «Часто»; «Почти всегда»). В опроснике ситуативной тревожности испытуемый определяет степень выраженности своей тревоги в настоящее время, рассматривая ряд утверждений («Я спокоен», «Я нахожусь в напряжении», «Я расстроен» и т.д.), оценивая их по принципу «Нет, это совсем не так»; «Пожалуй, так»; «Верно» или «Совершенно верно». Принцип работы обоих

частей опросника состоит в предоставлении испытуемому как «прямых» («Я встревожен»), так и «обратных» («Я доволен») утверждений, поэтому при подсчете результатов из суммы баллов первой части теста вычитается сумма баллов за вторую часть, после чего к результату прибавляется определенное число, чтобы итог оставался в пределах положительных значений.

Показатели личностной тревожности даже у здоровых людей варьируют в широких пределах – от 25 до 60 баллов. Чаще всего выделяют три диапазона личностной тревожности: низкий (менее 30 баллов), средний (от 31 до 45 баллов) и высокий - более 45 баллов [4, 8, 9]. Хотя данная классификация нередко встречается в сборниках психологических тестов, результаты моих исследований указывают на необходимость расширения диапазона «нормальной» тревожности до 50 баллов, о чем свидетельствует Рис. 1.

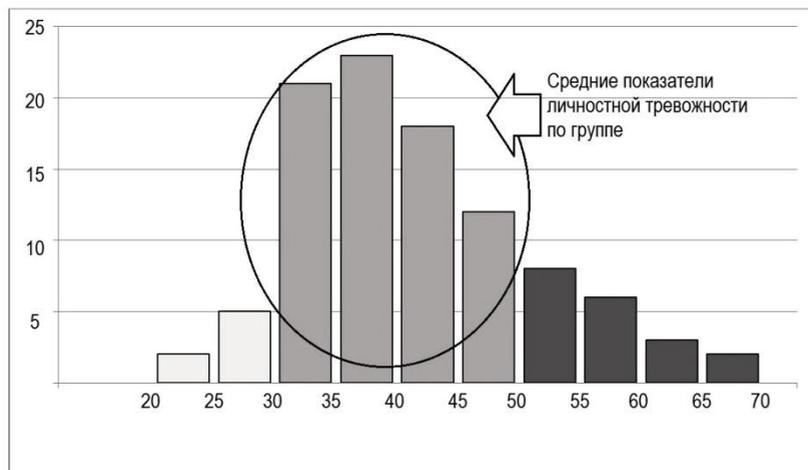


Рис. 1. Частотная диаграмма распределений показателей личностной тревожности у студентов. По оси абсцисс - тревожность по Спилбергеру (в баллах); По оси ординат - количество студентов (в % от общего числа)

Средний показатель личностной тревожности у лиц в возрасте от 18 до 23 лет составлял 40-42 балла по Спилбергеру, при этом данный показатель был выше у женщин по сравнению с мужчинами: 43.1 ± 1.2 против 37.7 ± 1.3 ($p < 0.01$). Согласно нашим исследованиям, уровень личностной тревожности студентов коррелировал с показателем негативной самооценки ($r = 0.25$; $p < 0.05$) и показателем силы нервной системы по возбуждению, определяемой по тесту ЧХТ ($r = -0.24$; $p < 0.05$). Таким образом, тенденцией к повышенной тревожности обладали студенты, склонные недооценивать свои возможности и способности, а также обладающие слабым типом высшей нервной деятельности [15].

Хотя тест Спилбергера–Ханина пользуется популярностью в среде психологов, он не лишен определенных недостатков, в частности, есть вопросы к его валидности. Например, не все пункты опросника, оценивающего личностную тревожность отражают именно ее. Так в тесте имеются утверждения «Я быстро устаю», «Я чувствую себя бодрым» и т.д., которые отражают скорее степень физической активности организма, а не его эмоциональное состояние. Также следует также отметить, что методика Спилбергера не очень адекватно отражает «глубинную» тревогу, так как испытуемые далеко не всегда желают демонстрировать свои проблемы и тревожность экспериментатору и, соответственно, могут сознательно модифицировать свои ответы. Соответственно, иногда низкая тревожность, показанная с помощью теста Спилбергера, является результатом вытеснения личностью своего беспокойства и страха перед будущим с целью показать себя уверенной и эмоционально стабильной личностью. Поэтому данный инструмент желательно сочетать с диагностической беседой или дополнять проективными тестами, оценивающими эмоциональное состояние человека, на которые испытуемым сложнее повлиять. Тем не менее опросник Спилбергера является достаточно востребованным тестом и применяется во многих исследованиях при оценке не только тревожности, но и стресса, депрессии, фрустрации и т.д.

Что касается ситуативной тревожности, измеренной с помощью опросника Спилбергера–Ханина, то, согласно рекомендациям сборников тестов, уровень тревожности 30 баллов и менее указывает на низкую

тревожность, показатель от 31 до 45 баллов - на среднюю, а уровень ситуативной тревожности 46 баллов и выше считается высоким [8; 9]. С нашей точки зрения можно выделить и четвертую категорию лиц, обладающих «сверхвысоким» уровнем ситуативной тревожности с показателями выше 70 баллов, у которых отмечаются выраженные невротические реакции на обычные жизненные ситуации [15; 17].

Средний уровень реактивной (ситуативной) тревожности, определенной по опроснику Спилбергера, в спокойном состоянии во время обычного учебного процесса у студентов равнялся 39.8 ± 0.7 баллов. Перед экзаменом этот показатель значительно возрастал, достигая в среднем 56.5 ± 0.8 балла, что свидетельствует о достаточно высоком уровне реактивной тревожности у студентов перед экзаменом ($p < 0.001$).

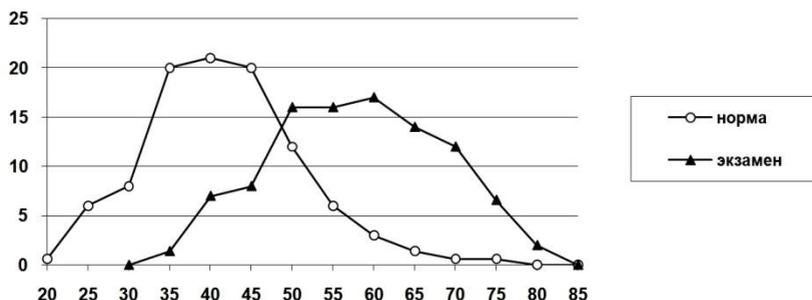


Рис.2. Частотная диаграмма распределений показателей ситуативной тревожности у студентов в норме и в состоянии экзаменационного стресса. По оси абсцисс - тревожность по Спилбергеру (в баллах); По оси ординат - количество студентов (в % от общего числа).

Также интересно отметить, что показатели личностной и ситуативной тревожности по Спилбергеру коррелируют между собой, и такая взаимосвязь особенно выражена в критических ситуациях [17]. Между уровнем личностной тревожности и уровнем ситуативной тревожности, измеренной перед

обычным учебным занятием, отмечалась определенная корреляция ($r=0.27$; $p<0.05$). Между показателями личностной тревожности и уровнем ситуативной тревожности, измеренной в условиях экзаменационного стресса, корреляция была значительно выше ($r=0.39$; $p<0.001$). Это означает, что личностно-тревожные студенты в условиях эмоционального стресса чаще проявляли повышенную ситуативную тревогу по сравнению с «низкотревожными» студентами [15].

В наших исследованиях была отмечена связь тревожности с активностью отделов вегетативной нервной системы (ВНС), которую мы оценивали с помощью метода математического анализа вариабельности сердечного ритма. Было установлено, что уровень личностной тревожности уменьшался в ряду: ваготоники, нормотоники и симпатикотоники, которые имели показатели личностной тревожности соответственно 45.9 ± 2.8 , 41.3 ± 1.0 и 39.3 ± 3.2 балла. В то же время показатели ситуативной тревожности во время обычных занятий почти не отличались у студентов трех выделенных групп [15].

Интересно, что личностная тревожность студентов по Спилбергеру положительно коррелировала активностью парасимпатического отдела ВНС, в то время как достоверных корреляций личностной тревожности с активностью симпатического отдела не было обнаружено. В то же время показатели ситуативной тревоги в состоянии стресса положительно коррелировали с показателем активности симпатического отдела ВНС. Соответственно, можно сделать вывод, что личностная тревожность по Спилбергеру преимущественно отражает активность парасимпатического отдела ВНС, а ситуативная – симпатического отдела. Этот вывод подтверждается и лингвистическим анализом текста опросника. Так, в опроснике личностной тревожности положительные баллы получают утверждения типа «Я быстро устаю», «Ожидание трудностей очень тревожит меня», «У меня бывает хандра», «Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть», «Мне не хватает уверенности в себе» и т.д., которые больше характерны для людей с преобладанием парасимпатической активации. В то же время в опроснике ситуативной тревожности Спилбергера положительные баллы присваиваются за утверждения типа «Я нахожусь в напряжении», «Я встревожен», Я

нервничаю», «Я взвинчен», «Я озабочен», «Я слишком возбужден и мне не по себе» и т.д. - то есть состояния, которые характерны для активации симпатического отдела ВНС. В наших работах было показано, что лица, отличающиеся повышенной тревожностью, во время стресса демонстрируют и более высокие показатели артериального давления [14; 15]. Тесную связь тревожности с активацией симпатического отдела ВНС подтверждают и другие авторы, которые отмечали учащение пульса и повышение артериального давления при возрастании тревоги [10].

2. Оценка физиологических и поведенческих реакций человека при наличии тревоги (клинические тесты на тревожность).

Одной из наиболее популярных у клиницистов методик, направленных на оценку состояния тревожности человека является **шкала Гамильтона (HARS)** [21]. Данная методика не предназначена для самообследования, адекватно ее использовать может только квалифицированный психиатр или клинический психолог, который проводит опрос пациента по определенному алгоритму, определяемому шкалой HARS. Время оценки состояния пациента определяется «в настоящее время» или «в течение последней недели». Заполнение анкеты занимает от 20 до 30 минут.

По каждому пункту выраженность симптома ранжируется от 0 до 4 (от «отсутствие» до «очень тяжелой степени»). Для получения общего показателя тревожного расстройства, необходимо сложить баллы по всем пунктам шкалы. Суммарный балл может варьировать от 0 до 56. Значения до 7 баллов тракуются как отсутствие тревожного состояния, от 8 до 17 баллов – легкая тревожность; 18-24 балла - о средней выраженности тревожного расстройства, 25 баллов и выше - о тяжелой тревоге. Кроме того, первые шесть пунктов могут быть оценены отдельно как проявления тревоги в сфере психики, а остальные восемь - как проявления тревоги в соматической сфере.

Второй по распространенности клинической методикой оценки тревожности является **шкала оценки тревоги, разработанная Цунгом в 1971 году (ZARS)** [25]. В отличие от шкалы Гамильтона, эти инструментом может пользоваться сам пациент, так как он является инструментом для измерения тревоги методом самооценки. Данный опросник содержит 20

вопросов, часть из которых оценивают аффективные симптомы (5 пунктов), а часть - соматические (15 пунктов). Во время прохождения тестирования пациента просят проставить отметки в соответствующих ячейках бланка. Выбор происходит из четырех вариантов по частоте: «очень редко», «редко», «часто» и «постоянно», которые переводятся в баллы от 1 до 4. При этом ответы на часть вопросов кодируются «зеркально». Максимальный суммарный балл - 80. «Индекс тревоги» рассчитывается делением полученного при обследовании пациента суммарного балла на максимально возможный суммарный балл (80). Уровни тревожности по данной клинической шкале подразделяются следующим образом: 20-40 баллов - низкий, 41-60 баллов - средний, 61-80 баллов - высокий уровень тревожности. В одном из наших исследований были получены следующие значения теста Цунга по тревожности: в группе здоровых испытуемых средний балл составил 31.1 ± 1.3 , у больных с невротическими расстройствами - 51.5 ± 1.7 ; у больных с соматической патологией - 41.5 ± 1.0 [17, С. 213]. Следует отметить, что существует похожий инструмент, разработанный Цунгом для самооценки депрессии (ZRDS), который иногда путают со шкалой тревоги, описанной выше. В то же время, тест самооценки депрессии иногда применяют для оценки смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2 по МКБ-10), так как в тесте ZRDS есть ряд пунктов, несомненно относящиеся к тревоге, например: «Сердце бьется быстрее, чем обычно», «Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте» и т.д. Поэтому выбор соответствующей шкалы остается за врачом или клиническим психологом.

Помимо описанных выше шкал оценки тревожности существуют и другие инструменты, которые применяются реже и не лишены определенных недостатков. Примером может явиться **шкала тревоги Бека (BAI)** [19], предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности. Опросник состоит из 21 пункта, каждый из которых должен быть оценен испытуемым от 0 (симптом не беспокоит) до 3 (симптом беспокоит очень сильно). Так как время заполнения этого опросника составляет 10-12 минут, то его используют при массовых скрининговых исследованиях, когда нужно выявить нужную популяцию больных людей из большого количества испытуемых. Всего можно набрать 63 балла, а градацию тревоги определяют следующим образом: до 21 - низкий уровень

тревоги; от 22 до 35 баллов - средняя выраженность тревоги; выше 36 баллов - высокая тревога. В плане обоснованной критики можно отметить ряд пунктов шкалы Бека, которые весьма трудно идентифицировать как признаки тревоги: «Головокружение или ощущение легкости в голове», «Неустойчивость», «Испуг», «Обмороки», «Шаткость походки», «Желудочно-кишечные расстройства» и др.

Шкала тревоги Шихана (ShARS) - скрининговый тестовый инструмент для диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра. Используется для оценки выраженности тревоги, фобии, депрессии и панических атак. Шкала была создана в 1983 году, и в большей степени предназначена для определения тяжести уже выявленной тревоги, чем для ее первичной диагностики. Может применяться и как основа для структурированного интервью психиатра, так и для самостоятельного заполнения пациентом. Варианты ответа по каждому пункту шкалы – от «Нет» (0 баллов) до «Крайне сильно» (4 балла). Максимальный общий балл может варьировать от 0 до 140. Показатели от 0 до 30 интерпретируются как отсутствие клинически выраженной тревоги, показатели от 31 до 80 – как клинически выраженная тревога, а показатели 81 и выше — как тяжелое тревожное расстройство.

Шкала тревоги Кови (CAS) – представляет собой основу для структурированного интервью, которое проводит врач или клинический психолог для предварительной оценки тревожных расстройств. То есть это не тест в классическом его понимании, а скорее краткий алгоритм диагностической беседы. Шкала определяет интенсивность тревоги по трем параметрам: жалобам пациента, его поведению и соматическим проявлениям. Каждый параметр оценивается по степени выраженности симптомов в градациях от 0 (отсутствует) до 4 (тяжелая степень). Суммарный балл является общим показателем выраженности тревожного расстройства, показатель, равный 6 и выше, означает наличие тревожного состояния. Затраты времени на исследование по методике CAS составляют от 15 до 20 минут.

3. Специальные тесты на тревожность

Шкала уровня школьной тревожности Б.Н. Филлипса (School Anxiety Scale, SAS). Считается, что данный опросник разработан Б.Н. Филлипсом (Beeman N. Phillips) и он претендует на оценку общего уровня школьной тревожности, а также оценивает причины тревожности, связанные с различными областями школьной жизни. Согласно описаниям в сборниках тестов, методика предназначена для работы с детьми младшего и среднего школьного возраста (3-7 классов). Тест содержит 58 вопросов и занимает примерно 10-12 минут [4; 8; 9]. При интерпретации в тесте выделяют восемь субшкал: Общая тревожность в школе; Переживание социального стресса; Фрустрация потребности в достижении успеха; Страх самовыражения; Страх ситуации проверки знаний; Страх не соответствовать ожиданиям окружающих; Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу; Проблемы и страхи в отношениях с учителями. Иногда в русскоязычной литературе этот опросник неверно называют как **SAQ (School Anxiety Questionnaire)**, приписывая его **Б. Филлипсу**, в то время как последний **диагностический инструмент разработан Джеймсом Данном** (James A. Dunn) и содержит 105 вопросов, а не 58 как в шкале Филлипса. Кроме того, в данном опроснике оценивается пять, а не восемь параметров тревоги, связанной с обучением в школе: тревога при устном ответе; тревога при тестировании; тревога табеля успеваемости; тревога достижения и тревога неудачи [20].

По мнению некоторых психологов, пытавшихся использовать тест Филлипса в работе, его валидность вызывает большие сомнения. Н.А. Борисова со своими соавторами выявила «диагностическую несостоятельность методики, не позволяющая рекомендовать её к применению специалистам психологического профиля» [1], и я полностью присоединяюсь к этому заключению. В качестве иллюстрации приведу несколько вопросов из теста Филлипса, которые подтверждают данное мнение. Например, весьма сомнительно отнесение к шкале «Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу» вопроса № 23 («Снится ли тебе иногда, что ты в школе и не можешь ответить на вопрос учителя?»). Вопрос № 6 («Часто ли тебе хочется, чтобы учитель не торопился при объяснении нового материала, пока ты не поймёшь, что он говорит?») касается когнитивных особенностях ученика, а не его тревожности. Некоторые вопросы настолько отдаленно касаются проблемы школьной тревожности, что

вызывают сомнения в причине, побудившей автора их туда помещать. Например, это касается вопроса № 20 («Похож ли ты на своих одноклассников?») или вопроса № 36 («Помогает ли твоя мама в организации вечеров, как другие мамы твоих одноклассников?»).

Шкала тревожности при социальном взаимодействии (SIAS) - шкала самооценки, которая измеряет уровень тревоги и стресса при встрече и разговоре с другими людьми. Данная методика оценивает социальное тревожное расстройство - страх или тревогу по поводу социальных ситуаций, в которых человек может быть объектом пристального внимания. Шкала содержит 20 пунктов. Испытуемый оценивает, насколько каждый предмет относится к ним по 5-балльной шкале, оценивая каждый пункт от «Совсем не характерно для меня» (0 баллов) до «Чрезвычайно характерно для меня» (4 балла). Затем суммируются балльные значения выбранных вариантов ответа для получения общей оценки. Примеры вопросов: «Я беспокоюсь о том, что не знаю, что сказать в социальных ситуациях» или «Я напряженно общаюсь в группе» [23].

Шкала социальной тревожности Либовица (LSAS) - это краткая анкета, разработанная в 1987 г. Майклом Либовицем, психиатром и исследователем из Психиатрического института штата Нью-Йорк. Ее цель - оценить диапазон социального взаимодействия и рабочих ситуаций, которых боится человек, чтобы помочь в диагностике социального тревожного расстройства. Опросник обычно используется для изучения результатов клинических испытаний, а в последнее время - для оценки эффективности когнитивно-поведенческих методов лечения. Следует отметить, что феномен социальной фобии является достаточно распространенным и доставляет людям много неудобств, иногда достигая выраженности клинических нарушений [12; 13]. Этот вид фобии в МКБ-10 описывается как боязнь пристального внимания со стороны других людей, ведущая к избеганию социальных ситуаций и отличается страхом негативной оценки во время социального взаимодействия или публичного выступления. Помимо МКБ-10 социальная фобия включена в руководство по психическим расстройствам DSM-IV. Шкала социальной тревожности Либовица была первой шкалой, разработанной клиницистами для оценки страха и избегания, связанных с социальной фобией. В шкале 24 пункта, которые разделены на две

подшкалы. 13 вопросов касаются беспокойства по поводу производительности и 11 вопросов социальных ситуаций. Первоначально LSAS была задумана как шкала оценки, используемая исключительно клиницистами, но сейчас утверждена как шкала самооценки [22].

Больничная шкала тревожности и депрессии - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Больничная шкала тревожности и депрессии была первоначально разработана А. Зигмондом и Р. Снайтом в 1983 году для определения уровней тревожности и депрессии, которые испытывает пациент во время лечения. HADS представляет собой шкалу из четырнадцати пунктов, которая состоит из семи пунктов, относящихся к тревоге, и семи - к депрессии. Пункты анкеты, относящиеся к тревоге: «Я чувствую напряжение или нервничаю»; «Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное вот-вот может случиться»; «Тревожные мысли приходят мне в голову»; «У меня бывает внезапное чувство паники». Каждый пункт в анкете оценивается по шкале от 0 до 3, и это означает, что человек может получить от 0 до 21 баллов по тревоге или депрессии. Пороговой точкой для признания наличия признака выраженной тревоги или депрессии считается 8/21, то есть если пациент набирает более восьми баллов, у него имеется соответствующее состояние.

4. Объективные признаки тревоги: профайлинг и полиграф.

Профайлинг есть способ оценки внешнего проявления тревожности путем целенаправленного наблюдения психологом за невербальными реакциями человека. В частности в нейролингвистическом программировании (НЛП) разработана технология «калибровки», с помощью которой психолог оценивает психическое состояние человека во время проведения отдельных техник. Во время калибровки психолог «сканирует» тело пациента, определяя признаки тревоги по определенной бинарной схеме. Например: «кожа лица бледная» – 1 балл, «лицо розовое» – 0 баллов; «губы сжаты» – 1 балл, «губы раскрыты» – 0 баллов; «плечи подняты или сведены» - 1 балл, «плечи расправлены и опущены» – 0 баллов; «кисти рук сжаты» - 1 балл, «кисти рук расслаблены» – 0 баллов; «дыхание неровное и поверхностное – 1 балл, «дыхание ровное и глубокое» - 0 баллов; «голос дрожит» - 1 балл,

«речь ровная и спокойная» – 0 баллов и т.д. Максимальное количество баллов по этой схеме – 12. От 0 до 3 баллов – отсутствие тревоги; от 4 до 7 баллов – средний уровень тревоги; от 8 до 12 баллов – выраженная тревога.

Использование полиграфа. Оценивать состояние тревоги можно и более объективными методами, регистрируя реакции, которые запускает симпатическая нервная система. Для этой цели используется полиграф, который регистрирует ряд физиологических показателей организма: частоту сердечных сокращений, потоотделение (в форме КГР), артериальное давление, показатели дыхания, температуру кожи и т.д. [11]. Проблема состоит в том, что сходные изменения в физиологии человека могут наблюдаться при различных психических состояниях человека: тревоге, страхе, гневе, стрессе и т.д., поэтому задачей полиграфолога будет уточнение текущего состояния испытуемого в ходе диагностической беседы. В работах последних лет показана принципиальная возможность дифференцирования реакций испытуемых, вызванных тревогой либо значимостью стимула, что позволяет избежать ошибки ложного обвинения. Такая дифференцировка реализуется за счет анализа влияния комплекса «тревожность - эмотивность» на амплитуду позитивной и негативной полуволн в канале электрической активности кожи [3]. К преимуществу аппаратного метода оценки тревожности следует отнести объективный подход и возможность количественной оценки тревоги, а к недостаткам – более высокую стоимость и наличие, как соответствующей аппаратуры, так и квалифицированного специалиста-полиграфолога.

Литература:

1. Борисова Н. А., Белобрыкина О. А., Гейдебрехт Н. А., Штайц Т. К. Школьная тревожность: противоречия диагностики (на примере анализа методики Б. Филлипса) // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. 2016. № 2;
2. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. М.: АСТ; АСТ-Москва; Прайм-Еврознак, 2009.
3. Ермаков П.Н., Воробьева Е.В., Яцьк Г.Г. Индивидуальные особенности стрессорного реагирования во время психофизиологического

исследования с применением полиграфа // Российский психологический журнал / Russian Psychological Journal . 2016 . №2 . С. 156-168.

4. *Костина Л.М.* Методы диагностики тревожности. Л.М. Костина - СПб.: Речь, 2006.

5. *Левитов Н.Д.* Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. № 1. С. 131-137.

6. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж.Тейлор, адаптация Т.А.Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б. Дерманова. - СПб., 2002. С.126-128.

7. *Нехорошкова А.Н., Грибанов А.В., Джос Ю.С.* Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления // Экология человека. 2014. № 6. С. 47-54.

8. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. О.А. Прохорова. – СПб: Речь, 2004.

9. Практическая психодиагностика: тесты и методики /сост. Д.Я.Райгородский. Самара: «Бахрах-М». 2015.

10. *Сидоров К.Р.* Тревожность как психологический феномен // Вестник удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика. 2013. Вып.2. С. 42-52.

11. *Целиковский С.Б. Иванов Р.С.* Тревожность как предиктор психофизиологического реагирования субъекта при исследовании на полиграфе // Современные тенденции развития науки и технологий. 2015. №4-6. С. 127-139.

12. *Щербатых Ю.В., Ивлева Е.И.* Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий / Ю.В. Щербатых, Е.И. Ивлева. Воронеж: Истоки. 1998.

13. *Щербатых Ю.В. Ивлева Е.И.* Клинико-психопатологические аспекты и нарушения вегетативного гомеостаза при социальных фобиях// Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3. С.35-38.

14. *Щербатых Ю.В.* Влияние личностных особенностей на величину артериального давления у студентов в норме и в условиях эмоционального стресса // Артериальная гипертензия, 2000, № 2, С.74-76.

15. *Щербатых Ю.В.* Вегетативные проявления экзаменационного

стресса. Автореф. дис. ... д-ра биол. наук. СПб. 2001.

16. Щербатых Ю.В. Избавься от страха // Ю.В. Щербатых. М.: Эксмо. 2011. С.35.

17. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. СПб.: Питер, 2012.

18. Щербатых Ю.В., Ермоленко П. И. Проблема оценки валидности проективного теста «рисунок несуществующего животного» // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2016. № 4. С.118-125.

19. Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.- 1988, V.56, №6: 893–897.

20. James A. Dunn. The School Anxiety Questionnaire: Theory, Instrument, and Summary of Results // American Institute for Research. Pittsburg. 1970.

21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32: 50-55.

22. Liebowitz M.R. *Social Phobia // Anxiety. Modern Problems of Pharmacopsychiatry. Modern Trends in Pharmacopsychiatry*. 1987. 22 :141–73.

23. Mattick, R.P.; Clarke, J.C. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety // *Behaviour Research and Therapy*. 1998. 36 (4): 455–470.

24. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. 67 (6): 361–370.

25. Zung W.W.K. How normal is anxiety? // Current concepts. Upjohn Company, 1980.

References:

1. Borisova N. A., Belobrykina O. A., Gejdebekht N. A., Shtajc T. K. Shkolnaya trevozhnost: protivorechiya diagnostiki (na primere analiza metodiki B. Fillipsa) // PEM: Psychology. Educology. Medicine. 2016. № 2.

2. Bolshoj psihologicheskij slovar / Pod red. B.G.Meshcheryakova, V.P. Zinchenko. M.: AST; AST-Moskva; Prajm-Evroznak, 2009.

3. *Ermakov P.N., Vorobeva E.V., Yacyk G.G.* Individualnye osobennosti stressornogo reagirovaniya vo vremya psihofiziologicheskogo issledovaniya s primeneniem poligrafa // Russian Psychological Journal . 2016 . № 2. Pp.156-168.
4. *Kostina L.M.* Metody diagnostiki trevozhnosti. L.M. Kostina -SPb.: Rech. 2006.
5. *Levitov N.D.* Psihicheskoe sostoyanie bespokojstva, trevogi // Voprosy psihologii. 1969. № 1. Pp.131-137.
6. Lichnostnaya shkala proyavlenij trevogi (Dzh.Tejlor, adaptaciya T.A.Nemchina) / Diagnostika emocionalno-nravstvennogo razvitiya. Red. i sost. I.B. Dermanova. - SPb., 2002. Pp. 126-128.
7. *Nekhoroshkova A. N., Gribanov A. V., Dzhos Yu. S.* Problema trevozhnosti kak slozhnogo psihofiziologicheskogo yavleniya //Ekologiya cheloveka. 2014. № 6. Pp. 47-54.
8. Praktikum po psihologii sostoyanij: Uchebnoe posobie / Pod red. prof. O.A. Prohorova. – SPb: Rech. 2004.
9. Prakticheskaya psihodiagnostika: testy i metodiki /sost. D.YA.Rajgorodskij. Samara: «Bahrah-M». 2015.
10. *Sidorov K.R.* Trevozhnost' kak psihologicheskij fenomen // Vestnik udmurtskogo universiteta. Seriya «Filosofiya. Psihologiya. Pedagogika. 2013. Vyp.2. Pp. 42-52.
11. *Celikovskij S.B. Ivanov R.S.* Trevozhnost' kak prediktor psihofiziologicheskogo reagirovaniya sub"ekta pri issledovanii na poligrafe // Sovremennye tendencii razvitiya nauki i tekhnologij. 2015. № 4-6. Pp. 127-139.
12. *Shcherbatyh Yu.V., Ivleva E.I.* Psihofiziologicheskie i klinicheskie aspekty straha, trevogi i fobij. Voronezh: Istoki. 1998.
13. *Shcherbatyh Yu.V., Ivleva E.I.* Kliniko-psihopatologicheskie aspekty i narusheniya vegetativnogo gomeostaza pri social'nyh fobiyah// Social'naya i klinicheskaya psixiatriya. 2000. № 3. Pp. 35-38.
14. *Shcherbatyh Yu.V.* Vliyanie lichnostnyh osobennostej na velichinu arterial'nogo davleniya u studentov v norme i v usloviyah emocional'nogo stressa // Arterial'naya gipertenziya, 2000, № 2. Pp. 74-76.
15. *Shcherbatyh Yu.V.* Vegetativnye proyavleniya ekzamenacionnogo stressa. Avtoref. dis. ... d-ra biol. nauk. SPb., 2001.
16. *Shcherbatyh Yu.V.* Izbavsya ot straha. M.: Eksmo. 2011.

17. *Shcherbatyh Yu.V.* Psihologiya stressa i metody korrektsii. SPb.: Piter, 2012.
18. *Shcherbatyh Yu.V., Ermolenko P.I.* Problema ocenki validnosti proektivnogo testa «risunok nesushchestvuyushchego zhivotnogo» // Vestnik po pedagogike i psihologii Yuzhnoj Sibiri. 2016. № 4. Pp.118-125.
19. *Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A.* An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. - 1988, V.56, № 6. Pp. 893–897.
20. *James A. Dunn.* The School Anxiety Questionnaire: Theory, Instrument, and Summary of Results // American Institute for Research. Pittsburg. 1970.
21. *Hamilton M.* The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959; 32: 50-55.
22. *Liebowitz M.R.* Social Phobia // *Anxiety. Modern Problems of Pharmacopsychiatry. Modern Trends in Pharmacopsychiatry.* 1987. 22 :141–73.
23. *Mattick, R.P.; Clarke, J.C.* Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety // *Behaviour Research and Therapy.* 1998. 36 (4): 455–470.
24. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983. 67 (6): 361–370.
25. *Zung W.W.K.* How normal is anxiety? // Current concepts. Upjohn Company.1980. 341 p.



Сведения об авторе

Юрий Викторович **Щербатых**, доктор биологических наук, профессор кафедры психологии, Воронежский филиал Московского гуманитарно-экономического университета. Воронеж, Россия; e-mail: rzbo@yandex.ru

