

DOI 10.58351/2949-2041.2024.12.7.002

Улюкин Игорь Михайлович,

кандидат медицинских наук, научный сотрудник,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Ulyukin Igor' Mikhailovich, PhD (Med.), Research Associate,
Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg

Сечин Алексей Александрович,

начальник научно-исследовательской лаборатории,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОБЛЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ И ТЕНДЕНЦИЙ В
ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ
THE RELATIONSHIP BETWEEN PROBLEMS OF SOCIAL ANXIETY AND
TENDENCIES IN DECISION-MAKING AMONG YOUNG PEOPLE
IN THE CURRENT SITUATION**

Аннотация: В статье рассмотрена взаимосвязь проблем социальной тревоги и тенденций в принятии решения у лиц молодого возраста в текущей ситуации на фоне возрастания неопределенности во всех сферах деятельности человека.

Abstract: The article examines the relationship between the problems of social anxiety and trends in decision-making among young people in the current situation against the backdrop of increasing uncertainty in all spheres of human activity.

Ключевые слова: лица молодого возраста; настоящее время; социальная тревога; социофобия; тенденции в принятии решения; социально-психологическое сопровождение; санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Keywords: young people; present time; social anxiety; social phobia; trends in decision making; socio-psychological support; sanitary and epidemiological well-being.

Введение.

Известно, что в последние годы резко возросло количество антропогенных катастроф, «горячих точек» в различных регионах планеты, тяжких преступлений против личности, которые характеризуются прежде всего экстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него различной выраженности психотравматический стресс с возможным развитием последствий. В ходе анализа истоков непереносимости неопределенности (которая воспринимается как всеобъемлющий хаос и вызывает сильную тревогу), была выдвинута гипотеза о травматических событиях, которые ведут к ригидности и неподатливости изменениям в межличностных отношениях, а также личностным и когнитивным нарушениям (черно-белое мышление, генерализация и катастрофизация) [1].

Так, в частности, подавляющее большинство жителей России связывает с наступающим 2023 годом (опрос 12.2022 г.) какие-то страхи, ничего не боятся только 8% жителей страны; при этом особенно сильно россияне боятся заболеть в будущем году какой-нибудь тяжелой болезнью (о наличии такого страха заявили 27% респондентов), а также потерять свои доходы (27%) или увеличить расходы из-за вызванного инфляцией роста цен (29%) [2]; в перечень страхов россиян на 2023 год вошли также боязнь за детей, с которыми может «что-то случиться» (25%, от 11% у мужчин до 36% у женщин); страх перед новой волной пандемии инфекции COVID-19 (20%); возможность терактов (18%); потеря возможности расплатиться по ранее взятым кредитам (11%); боязнь лишиться работы (9%); возникновение дефицита продуктов и лекарств (8%); стихийные бедствия (наводнения, ураганы, землетрясения, природные пожары) и травмы (по 7%); ожидание скорого конца света (3%); страхов, связанных с проведением специальной военной операции на Украине и нарастанием угрозы ядерной войны, исследование у россиян не выявило.



На этом фоне отмечено, что для современного общества в условиях неопределенности ситуации [3, 4] характерна интенсивная динамика изменений, которые сказываются на онтогенетическом развитии человека (удлиняется период детства и юности, увеличивается период допрофессионального и профессионального обучения, сдвигаются границы перехода от юности к ранней взрослости), что, с одной стороны, предоставляет молодым людям широкие границы выбора жизненной стратегии, построения жизненных планов и выдвижения целей, возможности самоопределения в различных жизненных сферах, а с другой стороны вызывает тревогу, беспокойство, страхи по поводу будущего, требует адаптации, поиска способов приспособления к новой социальной ситуации [5]. Отмечено существование принципиально разных способов профессионального развития современного специалиста (ориентация на реализацию традиционного типа вертикальной карьеры, и ориентация на жизнеосуществление и саморазвитие), которое в большей степени определяется индивидуальными ценностями, карьерными ориентациями, отношением к собственному прошлому и будущему, ориентацией на профессиональную мобильность / стабильность [6]. На этом фоне выраженность социальной тревоги (СТ) как состояния эмоционального дискомфорта, страха, опасения и беспокойства в отношении сложившейся социальной ситуации и её оценки другими людьми в юношеском возрасте в оценочных ситуациях обусловлена недостаточностью опыта коммуникации и неуверенностью в себе, собственных способностях и актуальностью потребностей [7], поэтому важно оценивать не только страх социального неодобрительного оценивания в ситуациях коммуникации, самопрезентации, но и страх позитивного оценивания [8]. Переживания СТ юношами и девушками на этапе нормативного кризиса юности в условиях неопределенности ситуации выступают в качестве предиктора становления субъективной картины жизненного пути [9]. Отмечена связь высокого уровня СТ с более молодым возрастом респондентов и с женским полом, при этом установлена прямая корреляция нарастания уровня СТ и трудностей установления межличностных и семейно-брачных отношений [10]; хотя интенсивность СТ не имеет прямой связи с уровнем профессионального образования, отсутствие трудоустройства и финансовая зависимость от окружающих лиц (как показателей снижения социального функционирования и неэффективной коммуникации) были связаны с её высоким уровнем. Вместе с тем, на стрессоустойчивость человека (связанную в том числе и с СТ) влияет множество факторов; в частности, указывают как аспекты, связанные с работой (по разным данным, это недостатки организации управления, объективная необходимость выполнять часть работы за своих подчиненных, проблемы делегирования полномочий, перенапряжение в период трудностей и чрезвычайных ситуаций, а также нехватка времени, обусловленная количеством функций и задач, которые необходимо выполнять в жестких временных рамках решения проблемы – но они могут выступать более сильным фактором напряженности деятельности, чем даже сложность поставленных задач), так и свойства личности самого работника (тщеславие, чрезмерное самолюбие, нетерпимость, максимализм в постановке целей, особенности темперамента и т.п.) [11].

Цель исследования – изучение взаимосвязи социальной тревоги и тенденций в принятии решения у лиц молодого возраста в текущей ситуации (возрастание неопределенности во всех сферах деятельности человека).

Материалы и методы. В экспериментально–психологическом исследовании приняли участие 100 практически здоровых лиц молодого возраста (мужчины / группа «М» – 50 человек / 50,0%; женщины / группа «Ж» – 50 человек / 50,0%; средний возраст «М» = $20,71 \pm 0,99$, «Ж» = $20,6 \pm 0,8$ лет, $r=0,7$), имеющих законченное среднее / средне-профессиональное образование, обучающихся по программе подготовки врачей в высшем учебном заведении.

С целью изучения СТ и социофобии (СФ) нами был использован психодиагностический «Опросник социальной тревоги и социофобии» [12], предназначенный для дифференциальной диагностики, определения доминирующего типа СТ, выраженности отдельных аспектов проявления страха оценивания в разных ситуациях.



К оценке предлагаются следующие параметры:

1. Шкала 1. «Социальная тревога в ситуации “быть в центре внимания, под наблюдением”»;
2. Шкала 2. «Постситуативные руминации и желание преодолеть тревогу в экспертных ситуациях»;
3. Шкала 3. «Сдержанность в выражении эмоций из-за страха отвержения и блокирование признаков тревоги в экспертных ситуациях»;
4. Шкала 4. «Тревога при проявлении инициативы в формальных ситуациях из-за страха критики в свой адрес и потери субъективного контроля»;
5. Шкала 5. «Избегание непосредственного контакта при взаимодействии в субъективно экспертных ситуациях».

Суммарная оценка выраженности СТ и СФ проводится следующим образом – если количество баллов составляет:

1. от 0 до 15 – невыраженная СТ, социальная смелость и инициативность в большинстве социальных ситуаций, социальная адаптированность, отсутствие страха в ситуации самопредъявления;
2. от 16 до 30 – промежуточная зона между социальной смелостью во многих ситуациях оценивания и эпизодическими проявлениями СТ в экспертных ситуациях оценивания (формальных и/или интимно-личностных);
3. от 31 до 39 – умеренно повышенная СТ; в ситуации сильного стресса выраженность СТ может увеличиваться;
4. от 40 баллов и выше – повышенная СТ; могут возникать проблемы в социальной адаптации, трудности установления контактов или отдельные социальные страхи в специфических ситуациях, характерны опасения критики, отвержения, не достигающие, однако, до полного избегания данных ситуаций;
5. от 50 баллов и выше – высокая СТ, тенденции к избеганию социальных ситуаций, сильное напряжение при участии в специфических социальных ситуациях; вероятно декомпенсация в значимых ситуациях критики, потенциально негативного оценивания, вероятны социальные страхи отдельных аспектов социальной ситуации (окружающие увидят признаки волнения, работа под наблюдением, проявление инициативы в каких-то ситуациях); субъективно переживаемая нехватка коммуникативных навыков, недостаток коммуникативной смелости при одновременном выраженном желании самопредъявления и активной социальной самореализации в разных сферах жизни;
6. от 60 баллов и выше – клиническая СФ; множественные страхи оценивания в ситуациях самопредъявления разного типа, сильное эмоциональное и физическое напряжение, тенденция к избеганию, самоизоляция или зависимые состояния, страх проявления инициативы в отдельных или во множестве социальных ситуаций; при этом сохраняется выраженная потребность в успешном участии в социальных ситуациях (мотив достижения);
7. от 70 баллов и выше – клиническая СФ в декомпенсации, повышена вероятность коморбидных расстройств и поведенческих рисков; при таком уровне СФ депрессия (умеренная или глубокая) встречается более чем в 80% случаев; вероятно коморбидность по типу злоупотребления психоактивными веществами, наличие суицидальных мыслей и/или поведения; возможны проявления внешней или внутренней агрессии, в зависимости от преморбидного типа личности и актуального «жизненного пространства» испытуемого, вероятно склонность к декомпенсации по психопатическому типу с использованием ригидных дезадаптивных алгоритмов реагирования в ситуации (изоляция, избегание, обесценивание, самоуничтожение).

Важно подчеркнуть тот факт, что СТ может перерасти в СФ – т.е., в психопатологический синдром, включающий в качестве базового признака страх негативной оценки окружающими и избегание потенциально сложных социальных ситуаций. В клиническом плане СФ сочетается с расстройствами личности аффективными нарушениями и другими тревожными расстройствами, приводящими к утяжелению общей клинической



картины [13], что можно характеризовать как коморбидность, влияющую на общее психическое состояние и социальное функционирование индивида [14]; считается, что в таких ситуациях обращение за психиатрической помощью и диагностика СФ связаны с выраженностью именно коморбидных психопатологических проявлений [15].

По свидетельству авторов, этот Опросник хорошо измеряет выраженность СТ и СФ в молодом возрасте (от 16 до 30-35 лет); полагают, что после 30-35 лет СТ может снижаться за счет усвоенного к этому времени опыта активного взаимодействия в разных социальных ситуациях, нормального процесса взросления и опосредствования поведения во множестве оценочных ситуаций, а также постепенного снижения вероятности участия в новых экспертных ситуациях оценивания с высокой вероятностью критики; считается, что к 30-35 годам человек уже имеет определенный социальный статус и выработал устойчивые стратегии совладания со стрессом оценивания, позволяющие преодолевать тревогу и нерешительность при самопредъявлении (правда, есть и мнение, что в 30-35 лет диагностика первичной СТ затруднительна, это происходит вследствие хронической неудовлетворенности, нарушения адаптации и самореализации) [16, 17].

Исследование тенденций в принятии решений было проведено по опроснику «Тенденции в принятии решений» Р. Мисурака и соавт [18] в русскоязычной адаптации А.Ю. Развальяевой [19]. Согласно методике, в ситуации неопределенности выделяют три способа принятия решений: максимизация (т.е., бескомпромиссный поиск наилучшего варианта решения из всех альтернатив), минимизация (прекращение поиска при первом же возникновении желательной альтернативы), сатисфизация (стремление к удовлетворенности). Есть мнение, что актуализация тенденции к максимизации или сатисфизации отчетливо происходит в ситуациях, когда альтернатив слишком много (с одной стороны, повышается когнитивная нагрузка, с другой – возникает феномен избегания возможного разочарования) [20]. Считается, что максимизация связана с непродуктивными стратегиями принятия решений, зависимостью от мнения других, с избеганием неопределенности при принятии решений [21, 22], но с другой стороны – показана связь максимизации с потребностью в познании, стремлением к упорядоченности, внутренней мотивацией (чертой, связанной с получением удовлетворения от процесса работы, и от усилий, вкладываемых в работу) [22, 23]. Кроме того, полагают, что максимизация связана с нацеленностью на будущее [24], тогда как характеристиками респондентов, использующих сатисфизацию, называют самоэффективность, аналитический стиль, удовлетворенность решениями [25].

В ходе апробации опросника половых различий не обнаружено, однако возраст был значимо связан со шкалами максимизации и сатисфизации [19].

Исследование осуществлялось в соответствии с принципами доказательной медицины [26], было проверяющим гипотезу, рандомизированным, открытым, контролируемым. У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Работа выполнена согласно положениям нормативных документов о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных [27].

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [28]. Полученные количественные признаки представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение признака, m – стандартная ошибка средней величины. При сравнении полученных данных использовался t-критерий Стьюдента, в качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ($p < 0,05$). С помощью коэффициента корреляции Пирсона определяли силу линейной связи между величинами.

Результаты и обсуждение.

Полученные результаты приведены в Таблице 1. Показано, что по всем шкалам в группе «М» СТ имеет низкий уровень, а по всем шкалам в группе «Ж» – промежуточный уровень выраженности: возможна умеренная тревога в отдельных ситуациях, например, попытки скрыть волнение при общении с противоположным полом, беседе с начальником, выступлении перед аудиторией ($p < 0,001$).



Таблица 1

**Показатели социальной тревоги и тенденций
 в принятии решения у лиц молодого возраста (M±m)**

Данные опросников		М	Ж	Данные авторов методик
Опросник СТ и СФ	шкала 1	2,72±2,4	5,36±3,52	6,67±4,21
	шкала 2	3,92±1,89	7,52±4,22	7,19±3,73
	шкала 3	3,86±2,04	6,78±3,77	7,0±3,98
	шкала 4	2,58±2,04	5,16±2,97	3,52±2,72
	шкала 5	2,48±2,37	6,66±3,75	5,51±3,47
Тенденции в принятии решений	Максимизация	26,18±4,12	26,58±2,95	10,74
	Сатисфизация	32,84±3,34	26,58±3,99	40,3
	Минимизация	32,96±7,35	27,38±4,68	34,69

В плане тенденций принятия решений необходимо отметить отсутствие достоверных различий между группами по параметрам «Максимизация» и «Сатисфизация» ($p=0,8$, $p=0,6$, соответственно), а параметр «Минимизация» оказался выше в группе «М» ($p<0,001$); это, возможно, объясняет различный гендерный статус обследованных лиц.

Различия в показателях СТ и тенденций в принятии решения собственных групп и групп сравнения обусловлены, вероятно, различными временем обследования, и социальными характеристиками обследованных лиц.

При анализе корреляции показателей «Опросника СТ и СФ» в обеих группах необходимо отметить тесную и среднюю связь шкал теста при неоднородности показателей достоверности различия цифровых показателей шкал (Таблица 2).

Таблица 2

**Коэффициенты корреляции между показателями шкал
 «Опросника СТ и СФ» в группах мужчин и женщин**

группа «М»	шкала 2	шкала 3	шкала 4	шкала 5
шкала 1	0,63 (0,03)	0,77 (0,04)	0,68 (0,8)	0,84 (0,7)
шкала 2		0,6 (0,9)	0,62 (0,08)	0,61 (0,7)
шкала 3			0,57 (0,01)	0,71 (0,01)
шкала 4				0,53 (0,8)
группа «Ж»	шкала 2	шкала 3	шкала 4	шкала 5
шкала 1	0,68 (0,02)	0,67 (0,1)	0,83 (0,74)	0,76 (0,1)
шкала 2		0,82 (0,4)	0,76 (0,06)	0,9 (0,4)
шкала 3			0,75 (0,03)	0,75 (0,8)
шкала 4				0,74 (0,06)
Примечание: в скобках достоверность различия P				

При изучении корреляции между показателями тенденций в принятии решений «Максимизация» и «Сатисфизация» в группе «М» выявлена умеренная связь ($r=0,42$ при $p=0,01$), а в группе «Ж» – средняя ($r=0,67$ при $p=0,01$). Корреляционные связи между другими показателями в обеих группах расценены как очень слабые ($r<0,19$).

Заключение

Таким образом, приведенные данные, полученные от респондентов в ходе их интеллектуально-личностных усилий в принятии решений, с помощью которых и преодолеваются субъективные ограничения, возможно, отражают результат проведенного перед началом обучения профессионального отбора и процесс последующего социально-психологического сопровождения обследованных лиц.



Собранная информация может быть использована при возможном психологическом консультировании молодых людей, в частности, по поводу их представлений о конструировании своего жизненного пути, проектировании жизненных перспектив, о переживании мыслимых кризисных периодов.

Список литературы:

1. Brothers D. *Toward a Psychology Of Uncertainty: Trauma-Centered Psychoanalysis*. New York: Analytic Press, 2008. 223 p.
2. Калюков Е. Россияне перечислили свои главные страхи в 2023 году. Среди них падение доходов, болезни и инфляция // *РБК Life*. 20.12.2022, 09:35. URL: <https://www.rbc.ru/life/news/63a14acd9a7947711b4eb5f7>.
3. Корнилова Т.В. Психология неопределенности: единство интеллектуально-личностной регуляции решений и выборов. *Психологический журнал*. 2013; 34 (3): 89-100.
4. Корнилова Т.В. Интеллектуально-личностный потенциал человека в условиях неопределенности и риска. СПб.: Нестор-История, 2016. 344 с.
5. Сагалакова О.А., Стоянова И.Я. Когнитивно-перцептивная избирательность и регуляция социальной тревоги в ситуациях оценивания. *Известия АлтГУ*. 2015; 3 (87): 75–80. [https://doi.org/10.14258/izvasu\(2015\)3.1-13](https://doi.org/10.14258/izvasu(2015)3.1-13).
6. Петрова В.Н., Козлова Н.В. Профессиональное развитие в меняющемся мире: стратегия жизнеосуществления. *Сибирский психологический журнал*. 2018; 70: 59–74. doi: 10.17223/17267080/70/5.
7. Сагалакова О.А., Стоянова И.Я., Труевцев Д.В. Социальная тревога – маркер антивиталяного поведения в подростковом и юношеском возрасте. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*. 2014; 4 (6). URL: http://medpsy.ru/climp/2014_4_6/article01.php.
8. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Подолкина Е.А. Страх оценивания как патогенетический механизм социального тревожного расстройства и коморбидных расстройств. *Медицинская психология в России*. 2018; 10 (6/53). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2018_6_53/nomer06.php
9. Ральникова И.А., Шамардина М.В. Социальная тревога как фактор становления субъективной картины жизненного пути в период нормативного кризиса юности. *Психолог*. 2020; 2: 15-27. doi: 10.25136/2409-8701.2020.2.32602.
10. Бохан Н.А., Диденко А.В., Аленина О.К. Коморбидные психические расстройства и качество жизни пациентов с социальной фобией. *Психиатрия*. 2022; 20 (2): 14–23. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23>.
11. Питкевич М.Ю. Способы оценки и повышения уровня стрессоустойчивости // *Вестник РУДН*. Сер. «Экология и безопасность жизнедеятельности». 2013. № 5. С. 47–52.
12. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник социальной тревоги и социофобии. *Медицинская психология в России*. 2012; 15 (4). URL: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer19.php.
13. Koyuncu A., Ince E., Ertekin E., Tukul R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs Context*. 2019; 8: 212573. doi: 10.7573/dic.212573.
14. Аведисова А.С., Жабин М.О., Акжигитов Р.Г., Гудкова А.А. Проблема множественной соматической и/или психической патологии. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018; 118 (5): 5–13. doi: 10.17116/jnevro2018118515.
15. Park S.H., Song Y.J.C., Demetriou E.A., et al. Distress, quality of life and disability in treatment-seeking young adults with social anxiety disorder. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021; 15 (1): 57–67. doi: 10.1111/eip.12910.
16. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. *Социальные страхи и социофобии*. Томск: Изд-во ТГУ, 2007. 210 с.
17. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно-бихевиоральная терапия социофобии и тревожно-депрессивных расстройств. Томск: Изд-во ТГУ, 2009. 206 с.



18. Misuraca R., Faraci P., Gangemi A., et al. The Decision Making Tendency Inventory: A new measure to assess maximizing, satisficing, and minimizing. *Personality and Individual Differences*. 2015; 85: 111-116. doi:10.1016/j.paid.2015.04.043.
19. Разваляева А.Ю. Апробация опросника «Тенденции в принятии решений» на русскоязычной выборке. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018; 26 (3): 146-163. doi: 10.17759/cpp.2018260308.
20. Schwartz B., Ward A., Monterosso J., et al. Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *J. Personality and Social Psychology*. 2002; 83 (5): 1178-1197. doi:10.1037//0022-3514.83.5.1178.
21. Parker A.M., De Bruin W.B., Fischhoff B. Maximizers versus satisficers: Decision-making styles, competence, and outcomes. *Judgment and Decision Making*. 2007; 2 (12): 342-350. doi:10.1017/S1930297500000486
22. Liu Y.L., Keeling K.A., Papamichail K.N. Should retail trade companies avoid recruiting maximisers? *Management Decision*. 2015; 53 (3): 730-750. doi:10.1108/MD-06-2014-0402.
23. Lai L. Maximizing without difficulty: A modified maximizing scale and its correlates. *Judgment and Decision Making*. 2010; 5 (3): 164-175. doi:10.1017/S1930297500001042.
24. Misuraca R., Teuscher U., Carmeci F.A. Who are maximizers? Future oriented and highly numerate individuals. *Internat. J. Psychology*. 2015; 51 (4): 307-311. doi:10.1002/ijop.12169.
25. Turner V.M., Rim H.B., Betz N.E., Nygren T.E. The maximization inventory. *Judgment and Decision Making*. 2012; 7 (1): 48-60. doi:10.1017/S1930297500001820.
26. Гринхальх Т. *Основы доказательной медицины*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 336 с.
27. Оганесян Т.Д. Право на защиту персональных данных: исторический аспект и современная концептуализация в эпоху Big Data. *Журн. зарубеж. законодательства и сравнит. правоведения*. 2020; 2: 48–63. doi: 10.12737/jflcl.2020.010.
28. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. *Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований*. СПб.: ВМА, 2011. 318 с.

