

Ковалева К.В.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ КАК ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ В РАМКАХ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В СИТУАЦИИ ПАНДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Третье десятилетие XXI века характеризуется рядом событий общемирового значения, которые в связи с глобализацией и беспрецедентным уровнем развития информационных технологий, приобретают качественно новые формы воздействия как на социум в целом, так и на каждого человека индивидуально. Необходимость ответа на актуальные вызовы реальности запускает внутриличностные процессы адаптации в крайне неустойчивых внешних обстоятельствах, предъявляющих повышенные требования к личностным ресурсам человека, в которых привычные стереотипы реагирования могут оказаться несостоятельными и требуют определенной эволюционной перестройки. Новые условия, с которыми в настоящее время пришлось столкнуться человечеству, характеризуются такими особенностями, как: глобальность и неподконтрольность ситуации, наличие непосредственной угрозы жизни и здоровью, неконтролируемый поток устрашающей и непроверенной информации в СМИ, трудности с передвижениями/путешествиями, вынужденная социальная изоляция, экономическая и гуманитарная нестабильность.

Пандемия COVID-19 является широкомасштабным социальным потрясением, которому присущи как все вышеуказанные характеристики, так и некоторые специфические стрессоры: прогрессивно увеличивающийся с каждой новой «волной» заболевания уровень заболеваемости/ смертности; депривационные социальные ограничения и стигматизация отдельных категорий людей (инфицированные/ контактные, вакцинированные/невакцинированные лица и т.п.). Выявленные закономерности реагирования на события подобного масштаба и пандемический опыт может быть экстраполирован на ряд других событий/ социальных явлений, меняющих жизненный

уклад и мировосприятие человека, запуская при этом реакцию стресса.

Согласно устоявшемуся определению, стресс - это неспецифическая психофизиологическая реакция организма на изменение жизненной ситуации/ состояние, при котором события субъективно воспринимаются как угрожающие, нарушающие жизнедеятельность человека [1]. Стресс может выступать как в качестве активизирующего, мобилизующего стимула (эустресс), так и вести к деструктивным психологическим/психическим последствиям (дистресс). Травматический пандемический стресс - реакция человека на широкий спектр событий и факторов, предъявляющих повышенные требования к его адаптационным ресурсам. Пандемический стресс включает психологический компонент (эмоциональный стресс, связанный с фрустрацией потребностей личности и ее способности к самореализации, сопровождающийся отрицательными витальными переживаниями), и физиологический компонент, проявляющийся в реакциях организма, преимущественно вегетативного генеза и биохимических изменениях. Психологический стресс (эмоциональная реакция) в контексте воздействия стрессоров преимущественно информационного характера всегда опережает физиологическую реакцию. Характерной особенностью инфодемической обстановки является то, что основную дезадаптирующую роль играет не объем получаемой информации, а ее угрожающее и катастрофическое содержание. Определяющими в эмоциональном восприятии коронавирусной ситуации являются состояния тревоги, страха и паники, которые прогрессивно сменяют друг друга по аналогии с классическими стадиями развития стрессовой реакции / фазами «адаптационного синдрома» по Г. Селье: стадия тревоги, стадия резистентности и стадия истощения [1].

Тревога представляет собой отрицательно окрашенное эмоциональное состояние, выражающее неопределенный беспредметный страх ожидания негативных событий [2]. Или же является комбинацией нескольких эмоций: страха, печали, стыда и вины [3]. Эволюционно тревога является адаптивным мобилизационным ресурсом, обеспечивавшим преодоление индивидом потенциально опасной ситуации. На современном этапе выделяют три основные концепции тревожности. В рамках биологического подхода страх и тревога понимается как биологически запрограммированный способ реагирования на витальную угрозу, определяющийся функционированием миндалевидного тела. Эмпирический бихевиоральный подход трактует тревожность как следствие особого рода активности нейронных систем. Акцент делается на то, что запускает страх, то, каким образом в тревожности задействованы внимание, восприятие, мотивация, память и т.д. Для когнитивного подхода характерно толкование тревожности как суммы телесных ощущений и их интерпретации в сознании человека в результате функционирования дефектных когнитивных схем [4]. Тревога может являться пусковым фактором для развития состояния депрессии или же сопровождать его в той или иной степени выраженности. Депрессивная реакция также является одной из форм проявления срыва адаптационных механизмов. При этом может наблюдаться как развитие клинически очерченного депрессивного эпизода, так и возникновение отдельных симптомов, таких как ангедония, безынициативность, потеря интереса к жизни, снижение самооценки, пессимизм, чувство несостоятельности, появление суицидальных мыслей и т.п. на фоне когнитивных нарушений и/или соматизации переживаний [5]. Так, в практическом значении у лиц, находящихся в условиях стрессового воздействия, может наблюдаться широкий спектр психопатологических нарушений, структурные особенности которого определяют уровень компенсации/декомпенсации адаптационных ресурсов личности и степень выраженности состояния дезадаптации в случае его формирования как на субклиническом уровне, так и при манифестации симптомов психического расстройства.

Таким образом, целью настоящего исследования являлось изучение выраженности

тревоги и депрессии у лиц молодого возраста с различным уровнем нервно-психической адаптации для структурно-феноменологического отображения состояния психической дезадаптации, как эквивалента пандемического дистресса.

Материал и методы исследования

В психодиагностическом обследовании, проводившемся в апреле-мае 2021 г., принимали участие 108 студентов медицинского вуза в возрасте 20-24 лет (средний возраст - $21,5 \pm 1,5$ года): мужчины - 35 чел. (32,4%), женщины - 73 чел. (67,6%). Сравнительный анализ результатов исследования проводился по гендерному признаку, а также в соответствии со сформированными по уровню нервно-психической адаптации группами сравнения [6]. Согласно результатам методики «Тест нервно-психической адаптации», разработанной в ПНИИ им. В.М. Бехтерева, в группу 1 вошли респонденты в состоянии здоровья/оптимальной адаптации (34 чел.), группу 2 составили лица с признаками непатологической психической дезадаптации (30 чел.), группу 3 - патологической психической дезадаптации и вероятно болезненного состояния (44 чел.) при достоверной значимости различий среди групп на уровне $p \leq 0,01$ (табл. 1). Стандартные z-оценки методики оценивались по многомерной шкале: «здоровье» (1,80 и менее); «оптимальная адаптация» (от -1,79 до -1,04); «непатологическая психическая дезадаптация» (от -1,03 до 0,77); «патологическая психическая дезадаптация» (от 0,78 до 1,80); «вероятно болезненное состояние» (1,81 и выше) [7].

Оценка уровня выраженности тревоги в качестве психопатологического феномена, существующего в настоящий момент (реактивная тревожность) и устойчивой характеристики личности (личностная тревожность) проводилась с помощью «Шкалы тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory)» в русскоязычной адаптации Ю.Л. Ханина [8]. Опросник содержит два блока утверждений по 20 вопросов, степень согласия с которыми оцениваются испытуемым по следующей шкале: «нет, это не так»; «пожалуй, так»; «верно» и «совершенно верно». Подсчет результатов производился в соответствии с ключом и интерпретировался относительно выраженности ситуационной (СТ) и личностной (ЛТ) тревоги следующим образом: до 30 баллов - низкая,

Структурные характеристики групп сравнения по уровню нервно-психической адаптации

	ср.знач. (M±SD)	общие	
		абс.	%
Группа 1	-2,40±0,79*	34	31,5%
Группа 2	-0,29±0,43*	30	27,8%
Группа 3	3,06±1,18*	44	40,7%

Примечание: различия между результатами групп статистически значимы при $p \leq 0,01$.

31 - 44 балла - умеренная, 45 и более - высокая тревожность.

Диагностика степени выраженности депрессивных симптомов осуществлялась с помощью «Шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory)» [9]. Опросник включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим симптомам депрессии, которые оцениваются испытуемым от 0 (симптом отсутствует или выражен минимально) до 3 баллов (максимальная выраженность симптома). Результат интерпретировался с учетом суммарного балла по всем категориям следующим образом: 0-9 - отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 - легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 - умеренная депрессия; 20-29 - выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 - тяжелая депрессия. Также возможна оценка двух субшкал: пункты 1-13 - когнитивно-аффективная субшкала (максимальное значение - 39 баллов); пункты 14-21 - субшкала соматических проявлений депрессии (максимальное значение - 24 балла) и отдельных симптомов депрессии.

Методы математической статистики включали использование t-критерия Стьюдента (результаты достоверны при уровне значимости $p \leq 0,05$) для сравнения двух независимых выборок и H-критерия Краскела-Уоллиса (различия между результатами групп статистически значимы при $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$) при анализе трех групп показателей с использованием лицензионных пакетов MS Excel и MedStat на IBM PC/AT.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов исследования было выявлено, что среди общего числа обследуемых средние показатели ситуационной тревожности находятся на умеренном уровне ($39,9 \pm 10,4$ баллов), а личностной - на высоком ($46,7 \pm 6,9$ баллов) вне зависимости от пола (табл. 2). Относительно симптомов депрессии картина следующая: общий балл составил $8,0 \pm 8,5$ (отсутствие депрессии), когнитивно-аффективная субшкала - $5,3 \pm 6,2$ балла и субшкала соматизации - $2,7 \pm 2,7$ баллов (отсутствие соответствующих симптомов) также без статистически значимых различий

Таблица 2

Общие результаты и сравнение по гендерному признаку показателей тревоги и депрессии у лиц молодого возраста

	Шкалы тревоги Спилберга (STAI)		Шкала депрессии Бека (BDI)		
	СТ (M±SD)	ЛТ (M±SD)	общий балл (M±SD)	когнитивно- аффективная субшкала (M±SD)	субшкала соматизации (M±SD)
общие	$39,9 \pm 10,4$	$46,7 \pm 6,9$	$8,0 \pm 8,5$	$5,3 \pm 6,2$	$2,7 \pm 2,7$
мужчины	$40,5 \pm 5,7$	$45,2 \pm 5,5$	$7,09 \pm 4,07$	$4,94 \pm 2,86$	$2,14 \pm 1,89$
женщины	$39,6 \pm 8,7$	$47,4 \pm 5,3$	$8,42 \pm 7,11$	$5,40 \pm 5,06$	$3,03 \pm 2,28$

Примечание: * - различия между результатами групп статистически значимы при $p \leq 0,01$;

** - различия между результатами групп статистически значимы при $p \leq 0,05$.

по гендерному признаку (табл. 2). Исходя из среднеквадратичного отклонения видно, что в общем числе обследуемых результаты по шкале депрессии Бека широко варьируются. Так, среди общего числа респондентов тяжелая депрессия была выявлена у 4 чел. (3,7%), выраженная (средней тяжести) - у 6 чел. (5,5%), умеренная - у 7 чел. (6,5%), легкая (субдепрессия) - у 13 чел. (12%) и только лишь 13 чел. (12%) набрали 0 баллов. При этом, на вопрос о наличии суицидальных мыслей 9 человек (8,3%) ответили «1 - Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять» и 4 чел. (3,7%) отметили вариант ответа «2 - Я хотел бы покончить с собой». Таким образом, средние результаты не являются показательными в определении степени выраженности отдельных психопатологических феноменов, что демонстрирует необходимость найти более чувствительный подход в их количественной оценке, чтобы среди общей популяции лиц «без депрессии» всё же выявить те 27,7% нуждающихся в помощи специалиста (возможно, и в медикаментозной терапии), в особенности 13 человек, размышлявших о том, чтобы покончить жизнь самоубийством.

Более показательным является анализ вышеуказанных показателей в соответствии со сформированными по уровню нервно-психической адаптации группами сравнения, представленный в таблице 3. Относительно степени выраженности ситуативной тревожности подтверждается умеренный ее уровень для представителей всех групп, что может отражать устойчивую адаптированность к текущим жизненным обстоятельствам (учи-

тывая длительность пандемической ситуации на момент проведения опроса - более 1 года). Однако, демонстрируемый представителями групп 2 и 3 высокий уровень личностной тревожности (45 и более баллов) является отображением наличия в структуре личности обследуемых определенных дезадаптивных способов восприятия и интерпретации жизненных событий как угрожающих, несущих негативные последствия для самооценки / жизнедеятельности в целом. При существовании пандемической трудной жизненной ситуации, среди основных стрессоров которой превалирует угроза жизни и здоровью, а наиболее дестабилизирующим фактором является инфодемия на фоне глобальных изменений привычных жизненных стереотипов, подобные особенности восприятия могут являться одним из ключевых механизмов развития психической дезадаптации и, соответственно, мишенью для психокоррекционного воздействия. Достоверно различный уровень данного показателя среди сравниваемых групп ($p \leq 0,01$) при пограничных значениях ЛТ даже для респондентов группы 1 (состояние здоровья или оптимальной адаптации) свидетельствует в пользу наличия ряда когнитивных и эмоциональных дезадаптивных паттернов у всех лиц молодого возраста, в различной степени дисфункционально реагирующих на стрессовое воздействие.

В отношении симптомов депрессии наблюдаются следующие тенденции: клинически значимый уровень депрессии определяется только у представителей группы 3 (состояние патологической психической дезадаптации и возможно болезненное состояние) при со-

Таблица 3

Показатели тревоги и депрессии у лиц молодого возраста в соответствии с уровнем нервно-психической адаптации

	Шкалы тревоги Спилберга (STAI)		Шкала депрессии Бека (BDI)		
	СТ (M±SD)	ЛТ (M±SD)	общий балл (M±SD)	когнитивно-аффективная субшкала (M±SD)	субшкала соматизации (M±SD)
Группа 1	33,0±8,6*	42,1±4,8*	6,6±8,2**	4,4±5,6**	2,2±2,8
Группа 2	41,9±6,6*	45,5±4,8*	5,9±5,3**	3,4±3,5**	2,5±2,1
Группа 3	43,8±11,3*	51,0±7,0*	10,5±9,9**	7,1±7,5**	3,3±2,8

Примечание: * - различия между результатами групп статистически значимы при $p \leq 0,01$;

** - различия между результатами групп статистически значимы при $p \leq 0,05$.

ответственно более высоких показателях по субшкалам. К данной группе относятся те 4 человека, которые выбрали вариант «2 - Я хотел бы покончить с собой» и 5 чел. (55,6%) из тех, кто отметил утверждение «1 - Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять». Обращает на себя внимание количественное преобладание выраженности депрессивных симптомов у обследуемых группы 1 над результатами группы 2 при отсутствии клинически очерченного состояния депрессии в обеих группах, что может свидетельствовать о том, что среди условно адаптированных лиц также существует достаточно весомая вероятность развития состояния декомпенсации. Это также подтверждается тем, что из 9 чел., у которых возникали мысли о совершении суицида, 2 чел. (22,2%) входят в группу 1 и еще 2 чел. (22,2%) - в группу 2 по уровню нервно-психической адаптации. Согласно данным по субшкалам методики, лица молодого возраста в ситуации пандемического стресса демонстрируют достоверно различную степень выраженности когнитивно-аффективных симптомов ($p \leq 0,05$), но не склонны к соматизации депрессивной симптоматики вне зависимости от уровня нервно-психической адаптации.

Таким образом, на основании анализа вышеописанных данных можно сделать ряд выводов:

- достоверность различий между выделенными группами по двум использованным методикам («Шкала тревоги Спилбергера» и

«Шкала депрессии Бека») свидетельствует о том, что уровень нервно-психической адаптации является достаточно чувствительным критерием разграничения предболезненных/субклинических форм психических нарушений;

- респонденты группы 3 обнаруживают как высокие показатели тревоги, так и клинически очерченные симптомы депрессии, что требует дальнейшей диагностики и дифференциации специалистом с возможным оказанием психиатрической помощи;

- результаты обследуемых группы 2 находятся в зоне значимости по сравнению с другими группами, однако на равном удалении от контингента как условно адаптированных, так и дезадаптированных лиц, что может обуславливать несвоевременное выявление формирующихся в рамках предболезненных психических расстройств психопатологических нарушений при скрининговых обследованиях;

- лица, составляющие группу 1, обнаруживают тенденции к возможной декомпенсации адаптационных ресурсов при усилении стрессового воздействия, что необходимо учитывать при разработке психопрофилактических мероприятий;

- лица молодого возраста в целом демонстрируют высокий уровень тревожности как личностной характеристики, что позволяет определить ее в качестве одной из мишеней психокоррекционного и психотерапевтического воздействия среди механизмов формирования психической дезадаптации.

Ковалева К.В.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ КАК ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ В РАМКАХ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В СИТУАЦИИ ПАНДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Целью настоящего исследования являлось изучение выраженности тревоги и депрессии у лиц молодого возраста с различным уровнем нервно-психической адаптации для структурно-феноменологического отображения состояния психической дезадаптации, как эквивалента пандемического дистресса. Было обследовано 108 студентов медицинского вуза в возрасте 20-24 лет с помощью «Шкалы тревоги Спилбергера (STAI)» в русскоязычной адаптации Ю.Л. Ханина и «Шкалы депрессии Бека (BDI)». Сравнительный анализ результатов проводился по гендерному признаку, а также в соответствии со сформированными в зависимости от уровня нервно-психической адаптации группами сравнения (группа 1 - 34 чел., группа 2 - 30 чел., группа 3 - 44 чел.).

В ходе анализа полученных данных был выявлен ряд закономерностей как для общего числа респондентов, так и для каждой группы отдельно. Коррекция высокого уровня личностной тревожности будет учтена в рамках разработки программы психокоррекционного и психотерапевтического воздействия для лиц в состоянии психической дезадаптации.

Ключевые слова: тревога, депрессия, стресс, пандемия, нервно-психическая адаптация

ANXIETY AND DEPRESSION AS PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENA IN
THE FRAMEWORK OF MENTAL DISADAPTATION IN YOUNG AGE PERSONS IN A
PANDEMIC STRESS SITUATION

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The purpose of this study was to study the severity of anxiety and depression in young people with different levels of neuropsychic adaptation for a structural-phenomenological mapping of the state of mental maladjustment, as an equivalent of pandemic distress. 108 medical university students aged 20-24 years old were examined using the Spielberger Anxiety Scale (STAI) in Russian adaptation by Yu.L. Khanin and the Beck Depression Inventory (BDI). A comparative analysis of the results was carried out by gender, as well as in accordance with the comparison groups formed depending on the level of neuropsychic adaptation (group 1 - 34 people, group 2 - 30 people, group 3 - 44 people).

During the analysis of the obtained data, a number of regularities were revealed both for the total number of respondents and for each group separately. Correction of a high level of personal anxiety will be taken into account as part of the development of a program of psycho-correctional and psychotherapeutic effects for persons in a state of mental maladaptation.

Keywords: anxiety, depression, stress, pandemic, neuropsychic adaptation

Литература

1. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз; 1960. 254.
2. Щербатых Ю.В. Психология страха. М.: Эксмо; 2007. 512.
3. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер; 2007. 464.
4. Gerrit Glas. Anxiety and Phobias: Phenomenologies, Concepts, Explanations. The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. 2013: 551-573.
5. Parker G., Hadzi-Pavlovic D., Eyers K. Melancholia: A disorder of movement and mood: a phenomenological and neurobiological review. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. 173.
6. Ковалева К.В. Особенности нервно-психической адаптации лиц молодого возраста в ситуации хронического стрессового воздействия пандемии COVID-19. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022; 1 (57):
7. Практикум по психологии здоровья. Под. ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер; 2005. 351.
8. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. СПб.: Речь; 2005. 44-49.
9. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4 (6): 561-571.

References

1. Sel'ye G. Ocherki ob adaptatsionnom sindrome [Essays on the adaptation syndrome]. Moscow: Medgiz; 1960. 254 (in Russian).
2. Shcherbatykh Yu.V. Psikhologiya strakha [Psychology of fear]. Moscow: Eksmo; 2007. 512 (in Russian).
3. Izard K.E. Psikhologiya emotsiy [Psychology of emotions]. St. Petersburg: Peter; 2007. 464 (in Russian).
4. Gerrit Glas. Anxiety and Phobias: Phenomenologies, Concepts, Explanations. The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. 2013: 551-573.
5. Parker G., Hadzi-Pavlovic D., Eyers K. Melancholia: A disorder of movement and mood: a phenomenological and neurobiological review. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. 173.
6. Kovaleva K.V. Osobennosti nervno-psikhicheskoy adaptatsii lits molodogo vozrasta v situatsii khronicheskogo stressovogo vozdeystviya pandemii COVID-19 [Features of neuropsychic adaptation of young people in a situation of chronic stressful impact of the COVID-19 pandemic]. Journal of Psychiatry and Medical Psychology. 2022; 1 (57): (in Russian).

7. Praktikum po psikhologii zdorov'ya [Workshop on the psychology of health]. Ed. G.S. Nikiforov. St. Petersburg: Peter; 2005. 351 (in Russian).
8. Batarshev A. V. Bazovyye psikhologicheskiye svoystva i samoopredeleniye lichnosti: Prakticheskoye rukovodstvo po psikhologicheskoy diagnostike [Basic psychological properties and self-determination of personality: A practical guide to psychological diagnostics]. St. Petersburg: Speech; 2005. 44-49 (in Russian).
9. Beck A.T. et al. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4 (6): 561-571.

Поступила в редакцию 17.03.2022