Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова.
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Институт психолого-социальной работы
Кафедра педагогики и медицинской психологии

Выпускная квалификационная работа

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Направление подготовки: 37.05.01 «Клиническая психология»

«Допущена к защите»

Протокол №_____ от_____

Заведующий кафедрой
д.п.н. Киселёва М.Г.

_____

«Прошла защиту»

Оценка _____

Выполнил:
студент очной формы подготовки,
Курако Александр Максимович,
группа 07-01

Научный руководитель:
старший преподаватель,
Довбыш Дарья Вадимовна



Москва, 2020

СОДЕРЖАНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ……3

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОСВЯЩЕННЫХ ИЗУЧЕНИЮ ВОЗДЕЙСТВИЮ КАРАНТИНА НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НАСЕЛЕНИЯ ……..**7**

1.1 Теоретический обзор исследований проблемы……...7

1.2 Теоретический обзор связи депрессивных нарушений и тревожности ……..……..... 13

1.3 Изучение психосоциальных последствий инфекционных эпидемий ……... 15

1.4 Психологическое воздействие эпидемии COVID-19……25

1.5 Выводы к теоретической части…….. 31

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВООЖНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 …… 33

2.1 Организация и метод эмпирического исследования ……..33

2.2 Описание выборки ……39

2.3 Анализ и интерпретация результатов……...40

2.4 Исследование связи когнитивно-аффективных и физиологических проявлений депрессии и ситуативной тревожности……..45

2.5 Оценка различий между выраженностью проявлений депрессии и компонентами тревожности в группах ……48

2.6 Обсуждение результатов……...54

ВЫВОДЫ ……56

Список литературы и приложения……..60

ВВЕДЕНИЕ.

В конце 2019 года в Китае появился новый тип коронавируса COVID-19 (от англ. coronavirus disease 2019), вызываемая SARS-CoV-2 [1], который вызвал пандемию в больше части мира после того как распространился в Ухане (столице китайской провинции Хубэй) и затем по всему Китаю. ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) определила глобальную чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения [2] и 11 марта 2020 года ВОЗ признал распространение заболевание как пандемию [3]. По состоянию на 25.06.2020 насчитывается 9,44 млн заболевших из которых 483 тыс. - летальные исходы. ВОЗ же обращают внимание на преимущественно соматические симптомы и последующие осложнения.

С марта 2020 года правительства многих стран ввели карантинные мероприятия, чтобы ограничить скорость распространения вируса и снизить нагрузку на систему здравоохранения. Рекомендации по изоляции описывали необходимость соблюдать карантин до 12 недель в ряде случаев. [5]

Пандемия COVID-19 помимо очевидных угроз для соматического здоровья вызвала также широкий круг психологических последствий [4], а именно: различные проявления и симптомы панических, тревожных и депрессивных расстройств.

Большинство исследований, были посвящены анализу психического здоровья и состояния вскоре после карантина, также в большинстве случаев сообщалось о повышенном уровне психологического дистресса у лиц, находившихся в карантине, включая симптомы тревоги, раздражительности, бессонницы и депрессии. Исследования, кроме популяционных выборок, различались и по продолжительности карантина. [32]

Карантинные мероприятия, как и любые чрезвычайные ситуации вызывают психологическое напряжение среди населения, но эти факторы опасны скорее для уязвимых групп населения и требуют кумулятивного

эффекта [36], здоровое же население, ожидается, будет успешно адаптироваться к пандемии. Повышенное психологическое напряжение может и связано с депрессивными и тревожными состояниями, но это определенно не одни и те же понятия. Точно так же карантин объективно является стрессовым фактором, но все же этот фактор стоит отделять от факторов развития депрессивных состояний.

Имеется очень большая вероятность, что фактор карантина не является настолько стрессовым для населения в целом и сам по себе, чтобы говорить о развитии депрессий, и помимо карантина должны иметься еще иные специфичные факторы. Различные исследования включали разные географические места, исследования имели разный дизайн и были выполнены на разных популяциях.

Редко учитывался такой фактор как социоэкономический статус. Психологические последствия карантина же вызывают все большую заинтересованность, стали распространяться рекомендации, как сохранить психическое здоровье в данный период, при этом научного изучения данных рекомендаций недостаточно. Но есть некоторая вероятность, что последствия для психического благополучия конкретно из-за карантина преувеличены и последствия карантинных мероприятий не будут иметь такие сильные последствия, как ожидается. Тем более, что данные в различных исследованиях отличаются и наблюдается противоречие.

Также имеются противоречивые данные относительно связи различных факторов с психологическим состоянием населения в период эпидемии, имеются разные данные относительно связи образования, пола и возраста с уровнем стресса и развитием психических нарушений в период пандемии, у разных исследователей встречаются почти противоположные данные на этот счет. Длительность карантина в свою очередь по-разному сказывается на испытуемых и далеко не всегда приводит к осложнениям, хотя имеются и

данные, когда карантинные мероприятия дольше 10 дней уже приводили к развитию ПТСР. Из всех факторов только фактор наличия психических нарушений в анамнезе (особенно аффективных нарушений) не вызывает споров и противоречий, и только данный фактор одинаково себя проявляет во всех исследованиях. Данные положения и противоречия определили **актуальность исследования**.

В данной работе поставлены задачи:

- Проанализировать и изучить на основе анализа литературы возможные психологические последствия пандемии и карантина для населения.
- Изучить психологические переживания и физиологические проявления характерные для депрессии у людей в период эпидемии COVID 19.
- Составить план исследования и подобрать диагностический инструментарий в соответствии с целью, задачами и гипотезами исследования.
- Сформировать выборку и провести эмпирическое исследование связи проявлений депрессии и тревожности.
- Проанализировать факторы компонентов депрессии и тревожности на возможные взаимосвязи с учетом дополнительных факторов.
- Провести анализ, обработку и систематизацию полученных данных.

Объект исследования – нарушения эмоциональной сферы людей в возрасте 21-35 лет в период пандемии COVID-19.

Предмет исследования – связи между проявлениями депрессии и компонентами тревожности у людей в период пандемии COVID-19.

В качестве основной гипотезы исследования выступает предположение о том, что психологические переживания и физиологические проявления характерные для депрессии будут находиться в положительной взаимосвязи с компонентами тревожности, в первую очередь это будут положительные связи между когнитивно-аффективными проявлениями

депрессии и такими компонентами тревожности как эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты.

Также предполагается, что факторы соблюдения изоляции и перехода на дистанционную форму работы не будут достоверно связаны с уровнем проявления депрессии и ситуативной тревожности, а также, что средние значения по уровню депрессии и ситуативной тревожности по всей выборки будут соответствовать нормативным показателям.

Методы и методики исследования: критический анализ литературы, методы математической статистики (Корреляционный анализ (Спирмена), U-критерий Манна-Уитни, Критерий Краскела — Уоллиса), тестовый метод: Шкала Депрессии Бека, Интегративный тест тревожности (ИТТ) - клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева, Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, авторы: К.К.Яхин, Д.М.Менделевич.

Для анализа данных использовались пакеты программ IBM SPSS Statistics 22.0.

Выборку (N = 96) составили испытуемые набранные посредством онлайн (Google Forms) и стандартного тестирования в возрасте от 21 до 35 лет. Исследование проводилось в период с апреля по август 2020 года.

ГЛАВА 1.

АНАЛИЗ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОСВЯЩЕННЫХ ИЗУЧЕНИЮ ВОЗДЕЙСТВИЮ КАРАНТИНА НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НАСЕЛЕНИЯ.

1.1 Теоретический обзор исследований проблемы.

Карантин - комплекс ограничительных и режимных противоэпидемических мероприятий, направленных на ограничение контактов инфицированного или подозреваемого в инфицированности лица, животного, груза, товара, транспортного средства, населённого пункта, территории, районов, областей и так далее [6]. Это определение отличается от понятия изоляция, которая, в свою очередь, является дистанционным разделением людей, болеющих какой-либо заразной болезнью и людей, которые не болеют; Хотя термины «изоляция» и «карантин» часто используются взаимозаменяемо, на самом деле они представляют разные понятия.

Стратегии отличаются тем, что изоляция применяется к лицам, о которых известно, что у них есть заболевание, а карантин применяется к тем, кто предположительно подвергся воздействию трансмиссивного патогена.

Совсем недавно карантин был использован во время вспышки коронавирусной болезни (COVID-19). С марта 2020 года правительства многих стран ввели карантинные мероприятия, чтобы ограничить скорость распространения вируса и снизить нагрузку на систему здравоохранения.

Ключевые положения карантинных мероприятий. [5]

- Информация является ключевой, люди на карантине должны понять и осознать ситуацию относительно опасности пандемии.
- Необходима эффективная и быстрая коммуникация

- Поставки (как общие, так и медицинские) должны быть предоставлены и доступны
- Период карантина должен быть коротким, а продолжительность не следует менять, как исключение только в экстремальных обстоятельствах
- Большинство побочных эффектов связано с наложением ограничения свободы; добровольный же карантин связан с меньшим стрессом и меньшим количеством долгосрочных осложнений.
- Должностные лица общественного здравоохранения должны подчеркнуть альтруистический компонент самоизоляции.

Карантин сам по себе очень часто является неприятным опытом для тех, кто вынужден его соблюдать, но стрессогенный потенциал является лишь потенциалом, а не самим депрессивным или тревожным нарушением. В некоторых случаях стрессогенный потенциал карантина - это разлука с близкими, ограничения свободы как основной фактор, а также неопределенность в отношении состояния болезни. Также актуальны и обострения экономических кризисов в данный период, что особенно сильно бьет именно по населению с низким уровнем дохода. В некоторых случаях психологические осложнения особенно актуальны и для работников здравоохранения. Пандемии, как и любые чрезвычайные ситуации рождают психологическое напряжение среди населения, но их необходимо отличать от проявлений патологических состояний психики.

В период эпидемии особенно актуально влияние кумулятивного стрессового эффекта [36]. По мнению некоторых исследователей, психологические реакции на ту или иную опасность (включая пандемию) универсальны. И психологические реакции населения в условиях прошлых пандемий и в условиях данной пандемии аналогичны психологическим реакциям, которые наблюдают в других травматических ситуациях. [36, 37]

В условиях социальной изоляции, когда имеются ограничения на общение и общение возможно лишь с ограниченным кругом людей, на человека особенно сильно влияют такие психогенные факторы, как: [36]

- Резкое изменение привычного стереотипа
- Монотонность существования
- Рассогласование ритма сна и бодрствования
- Ограничение и качественное изменение сенсорной информации
- Угроза для жизни.

Данные факторы особенно актуальны для развития невротических реакций и состояний [38].

Исходя из обзора данных можно выделить следующие пункты, которые выявляются относительно состояния психического здоровья и благополучия в данный период: [1-35]

- Повышенный уровень психологического дистресса у лиц, находившихся в карантине.
- Симптомы тревоги и тревожных расстройств.
- Симптомы астении и повышенной раздражительности.
- Симптомы депрессии.
- Нарушения сна.
- Повышенный уровень выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства.
- Долгосрочные поведенческие изменения (избегание толпы, акцент на гигиену рук и тд).
- Страх инфицирования.
- Недостаточное снабжение предметами первой необходимости и последующие тревожные переживания.
- Стигматизации лиц, находившихся на карантине.

Факторами, которые могут увеличивать вероятность развития более тяжелых психологических состояний являлись: [1-35]

- Низкий уровень образования.
- Наличие психического расстройства в анамнезе.
- Более длительная продолжительность карантина.

Стратегии, которые снижают влияние негативных факторов: [5]

- Сокращение продолжительности карантина, если это представляется возможным.
- Необходимо особенно уделять внимание состоянию работников здравоохранения.
- Информирование населения.
- Снабжение населения предметами первой необходимости.
- Предпочтительнее поощрять альтруизм, а не применять принудительные меры.

Меры для поддержания адаптационных механизмов людей: [5, 30, 33]

- Предоставление через СМИ информации о необходимости соблюдения противоэпидемических мер населением
- Мобилизация ресурсов, основной задачей которой является реагирование на потребность населения поддерживать психическое здоровье через создание общей доступности специалистов и общественных организаций, участвующих в борьбе с пандемией.
- Диагностика и мониторинг уровня стресса, необходимый в первую очередь для понятия мишений и фокуса рыботы, а также для профилактики и психокоррекционной работы.

Основные стрессоры в период карантина:

- Долгая продолжительность карантина. Ряд исследователей отмечали, что более длительный период нахождения на карантине был ассоциирован с ухудшением психологического состояния и проявлениями нарушений, в частности с симптомами посттравматического стрессового расстройства [7,8] и избегающее поведения [9].
- Вынужденная изоляция. Карантинные меры во всех крупных городах, ограничивающие жителей пребыванием в своих домах;
- Специфичность заболевания. Сама болезнь является потенциально угрожающей жизни ситуацией с неопределенной продолжительностью и исходом.
- Специфичность передачи и развития заболевания. Неопределенный инкубационный период вирусной инфекции и ее возможная бессимптомная передача.
- Опасения заражения. Этот фактор является одним из самых распространённых, участники многих исследований сообщали о страхе за свое здоровье и об опасении заразить других. [7, 8, 11, 12, 13, 14, 15]. Люди не находившийся на карантине были более склонны к опасениям заразить членов семьи и других близких.
- Разочарование и скука. Социальная изоляция и непривычный распорядок дня, сокращение всяких контактов с другими часто были ассоциированы со скукой, чувством разочарования и чувством изоляции от остального мира, что вызывало негативные эмоции у населения. [7, 8, 11, 12, 15, 16]
- Отсутствие поставок, предметов первой необходимости. Отсутствие необходимых предметов первой необходимости (например, еды, воды, одежды или жилья) во время карантина было источником разочарования и ассоциировалось с тревогой и

гневом даже спустя длительное время после окончания карантинных мероприятий. [13, 16, 18]

- Плохое информирование. Неустойчивый информационный фон с переизбытком противоречивой информации. Многие участники исследований сообщали о плохой информацию от органов общественного здравоохранения, что являлось стрессовым фактором. Сообщали в основном о недостаточно четких инструкциях о действиях, которые следует предпринять. [11, 15, 17, 19, 20, 21]
- Экономический кризис. Сама ситуация является одновременно негативной и неопределенной для экономической ситуации в государствах. [36]

Группы риска: [1-35]

- Люди с нервно-психическими расстройствами в анамнезе, особенно люди с аффективными нарушениями.
- Работники здравоохранения, особенно медсестры, контактирующие с носителями того заболевания, которое считается собственно пандемией.
- Люди с низким уровнем формального образования.
- Безработные.
- В ряде случаев женщины.
- Пострадавшие в социально-экономическом компоненте группы населения в связи с эпидемией.

Н.Ю. Хрящева выделяет понятие социальной депривации в условиях изоляции. Одним из факторов которой является затрудненность или невозможность социального взаимодействия и коммуникации людей друг с другом. Также отсутсвуют или получают ограничения чувственно-

эмоциональные контакты, которые возникают при расширенном свободном общении с другими людьми. [39]

1.2 Теоретический обзор связи депрессивных нарушений и тревожности.

О связи же депрессивных и тревожных состояний известно уже давно, но эти понятия все равно принято разделять, несмотря на то, что многие считают это ошибкой, когда дело доходит до клинической реальности.

Часто критикуются изменения диагностических подходов в области аффективных нарушений, а именно расширительная диагностика депрессий с включением в эту категорию ряда атипичных форм, но с искусственным отделением от них тревожных расстройств, большая часть которых по своим клиническим характеристикам и закономерностям течения вполне может быть отнесена к тревожно-депрессивным состояниям. [42]

Также клинико-генетические данные часто свидетельствуют не только о высокой коморбидности, но и о вообще отсутствии жестких различий и разграничений в вопросе однородности аффективных нарушений, тревожных расстройств и иных неврозоподобных расстройств. [41]

Например, так пишет В. Н. Краснов автор монографии расстройства аффективного спектра - радикальное разделение аффективных и тревожных расстройств в современных классификациях DSM-IV и МКБ-10 представляется искусственным, мало опирающимся на доказательные данные, а с прагматической точки зрения далеко не всегда приемлемым для лечения и реабилитации больных. Более того, в современных терапевтических подходах и «консенсусных», т.е. согласованных с широким кругом экспертов, рекомендациях это разделение чаще всего игнорируется. В частности, при депрессивных и тревожных расстройствах предлагаются одни и те же антидепрессанты. [42]

В пример обычно приводят такие расстройства как дистимия и ГТР, которые по своим клиническим характеристикам не имеют принципиальных отличий от затяжных невротических депрессий или невротического развития.

Применять принцип коморбидности в данном вопросе считается неуместным, так как не опирается на доказательства, ведь относительно операциональных и динамических критериев депрессии находится принципиальное сходство между этими критериями депрессии и клиническими формами тревожных расстройств. Как эмпирические данные, так и терапевтическая практика с достаточной надежностью указывают на депрессивное (тревожнодепрессивное) ядро этих состояний. [42]

Стоит упомянуть о факте снижения выраженности тревожных нарушений при рекуррентных депрессиях при параллельном углублении депрессивной симптоматики. Также есть мнение о том, что депрессия на психологическом уровне может рассматриваться, в частности, как устранение вызвавшей тревогу фрустрации путем снижения уровня побуждений за счет обесценивания исходной потребности. В этом случае смена тревоги депрессией, не содержащий тревожного компонента, может рассматриваться как включенный в динамику тревоги и депрессии механизм интрапсихической адаптации. [43]

При этом имеется ряд общих проявлений как для тревоги, так и для депрессии, которые являются перекрывающими. В первую очередь это хроническая физическая слабость, трудности концентрации внимания и ангедония. Некоторыми авторами принято включать сюда также инсомнию и ипохондрические идеи. Также свойственная для обоих явлений постоянное обращение к неприятным мыслям и образам считается одинаково свойственной как для депрессивных, так и для тревожных расстройств. [44]

1.3 Изучение психосоциальных последствий инфекционных эпидемий.

Отдельным пунктом следует выделить именно психосоциальные последствия, так как именно экономические кризисы у населения и финансовые потери из-за карантина являются порой куда более тяжелыми факторами, чем распространение какого-либо заболевания.

Одно из крупнейших исследований на тему психосоциальных последствий от инфекционных эпидемий было проведено в Австралии в 2007 году, Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. исследовали факторы, влияющие на психологический стресс во время вспышки инфекционного гриппа лошадей.

В 2007 году в Австралии произошла первая вспышка инфекционного гриппа лошадей, правительственные меры борьбы с болезнью включали ограничения на передвижение и карантинные мероприятия для субъектов.

Всего в исследовании приняли участие 2760 человек. Респонденты в этом исследовании сообщили о чрезвычайно высоком уровне неспецифического психологического стресса, при этом 34% сообщили о высоком психологическом стрессе согласно шкале психологических расстройств Кесслера. Анализ показал, что люди, живущие в зонах повышенного риска и буферных зонах заболевания, подвергались гораздо большему риску высокого психологического стресса, чем люди, живущие в незараженных.

Статистический анализ показал, что определенные группы были более уязвимы для сильных психологических расстройств; особенно молодые люди и люди с более низким уровнем формальной образовательной квалификации. Респонденты, чей основной источник дохода был связан с отраслью, связанной с лошадьми, имели более чем в два раза больше шансов получить

высокий психологический стресс, чем респонденты, чей основной источник дохода не был связан с этой отраслью.

Несмотря на некоторые методологические ограничения, это исследование позволило определить психологическое воздействие первой вспышки гриппа в лошадях в Австралии на значительную выборку владельцев лошадей и тех, кто занимается производством лошадей. Статистический анализ показал, что определенные группы были более уязвимы для сильных психологических расстройств; особенно молодые люди, и те, у кого нет формальной образовательной квалификации, а также, чей основной доход был связан с индустрией, связанной с лошадьми.

Опять же авторы сами задаются вопросом были ли факторы повышенного психологического стресса следствием страха перед болезнью или беспокойства о лошадях, или же это было связано с воздействием мер и ограничений по борьбе с болезнью (социальная изоляция, карантин). Но самый важный вопрос, который задали сами авторы, заключался в том, насколько устойчивы эти психологические расстройства и каковы долгосрочные последствия для психического или физического здоровья пострадавших. [25]

Одним из негативных психологических последствий карантина и эпидемии является фактор стигматизации. Одним из таких примеров является тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), который обладает характеристиками, которые делают его особенно подверженным стигматизации. Lee S, Chan LY, Chau AM, Kwok KP, Kleinman A. исследовали эту проблему в Amoy Gardens (AG), первый официально признанный очаг вспышки атипичной пневмонии в Гонконге. В общей сложности 903 жителя AG заполнили анкету для самоотчетов, полученную от двух фокус-групп, проведенных к концу 3-месячной вспышки. Результаты показывают, что стигма затронула большинство жителей и принимала различные формы

избегания, оскорбления, маргинализации, и стигматизированные отвергались в сферах труда, межличностных отношений, использования услуг и обучения. Стигма также была связана с психосоматическим расстройством. Стратегии жителей по снижению стигмы варьировались в зависимости от пола, возраста, образования, профессии и близости к предполагаемым факторам риска развития атипичной пневмонии. [26]

В феврале 2013 года Sprang G, Silman M. изучали психосоциальные реакции детей и их родителей на пандемические бедствия, в частности измерение травматических стрессовых реакций у детей и родителей с различным опытом сдерживания заболеваний. Смешанный метод с использованием опроса, фокус-групп и интервью позволил получить данные 398 родителей. Исследователи пришли к выводу, что меры по сдерживанию болезней, такие как карантин и изоляция, могут травмировать значительную часть детей и родителей. Критерии для посттравматического стрессового расстройства были отмечены у 30% изолированных или находящихся на карантине детей на основании отчетов родителей и у 25% изолированных или изолированных родителей (на основе самоотчетов). Эти данные указывают объективно на то, что пандемические бедствия и последующие меры по сдерживанию заболевания могут создавать условия, которые семьи и дети считают травматичными. [27]

Однако Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. не выявили каких-либо различий в психологических последствиях от помещения на карантин (в связи гриппом H1N1). Непосредственные психологические последствия были оценены с помощью вопросника для самоотчетов из 20 пунктов (SRQ-20) и пересмотренной шкалы воздействия (IES-R) среди 419 студентов (176 из которых находятся на карантине, а 243 - без карантина). Существенных различий между группой, находящейся на карантине, и группой, не находящейся на карантине, по показателю IES-R для положительного скрининга или SRQ-20 для положительного результата скрининга - не было

обнаружено. Результаты данного исследования согласуются с выводом о том, что карантин не имеет негативных психологических последствий при этих обстоятельствах. [28]

В одном исследовании (Hyunsuk Jeong, Hyeon Woo Yim et all.) сравнили психологические результаты во время карантина с более поздними результатами и обнаружили, что во время карантина у 7% (126 из 1656) наблюдались симптомы тревоги и у 17% (275) наблюдались чувства гнева, тогда как через 4–6 месяцев после карантина эти симптомы уменьшились до 3% (тревога) и 6% (гнев). [13]

Отдельно стоит упомянуть о воздействии пандемии на работников здравоохранения, так как именно относительно этого явления у исследователей наименьшее количество противоречий, в отличие от исследований воздействия пандемии на все остальное население.

Психологические последствия пандемии и карантина для населения в целом можно расценивать по-разному, негативное же влияние данных мероприятий на работников здравоохранения является объективно подтвержденным феноменом, особенно это актуально для медсестер, а в наименее меньшей степени - это актуально для прочих работников, которые так или иначе связаны со здравоохранением, но не являются клиницистами как таковыми.

Одним из ярких примеров подтверждения данного момента, что психологические осложнения актуальны в первую очередь для работников здравоохранения, было исследование Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P, 2004. В сентябре 2004 года в Тайване была вспышка тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) и она была по своему уникальной, поскольку она была сильно сконцентрирована в медицинских учреждениях, и большое количество работников здравоохранения были инфицированы. Ряд исследователей изучали стрессовые реакции среди 338 сотрудников в

больнице на востоке Тайваня, которая прекратила оказание неотложной и амбулаторной помощи, чтобы предотвратить возможную внутрибольничную вспышку. Семнадцать сотрудников (5%) страдали от острого стрессового расстройства; Пошаговый множественный логистический регрессионный анализ определил, что карантин был наиболее связанным фактором. Шестьдесят шесть сотрудников (20%) чувствовали себя стигматизированными и отвергнутыми из-за их работы в больнице, а 20 из 218 работников здравоохранения (9%) сообщили о нежелании работать или подали в отставку. [10]

В 2006 году случайно выбранные сотрудники (N = 549) больницы в Пекине были опрошены относительно воздействия на них вспышки атипичной пневмонии (SARS) в 2003 году и на то, как вспышка повлияла на их психическое здоровье. Субъекты оценивались по социально-демографическим факторам, типам воздействия вспышки и симптомам посттравматического стрессового расстройства и депрессии. Исследователи (Liu X, Kakade M, Fuller CJ, et al., 2012) изучали уровни депрессивных симптомов после вспышки и взаимосвязь между этими уровнями и типами подверженности вспышкам событий. Результаты полиномиального регрессионного анализа показали, что с другими соответствующими факторами, будучи одинокими, испытуемые помещенные в карантин во время вспышки, подвергались другим травматическим событиям и у них были обнаружены более высокие уровни симптомов депрессии через 3 года. Было также обнаружено, что альтруистическое принятие риска во время вспышки снижает вероятность высокого уровня депрессивных симптомов после вспышки. Исследователи пришли к выводу, что опыт карантина в некоторых случаях может привести к долгосрочным неблагоприятным последствиям для психического здоровья. [22]

В 2003 году Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. рассмотрели группу лиц, помещенных на карантин во время вспышки

атипичной пневмонии в Канаде в 2003 году, описывали их понимание, трудности и соблюдение, а также психологическое воздействие опыта карантина (N=1912). В результате медицинские работники испытали больший психологический стресс, включая симптомы ПТСР (P <0,001) по шкале влияния событий (IES-R) для оценки симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Более длительный карантин и соблюдение карантинных требований внесли существенный вклад в более высокие оценки IES-R. [8]

Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. в 2003 описывали психологическое и профессиональное воздействие вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) в Торонто, которая началась 7 марта 2003 года. Два основных автора встретились с основными членами команды в учебной больнице и субъектами, оказывавшими психиатрические услуги в этой больнице (Маунт-Синай в Торонто), чтобы собрать ретроспективные описания опыта персонала и пациентов на основе неформального наблюдения. За 4 недели у 19 человек развился ТОРС, включая 11 работников здравоохранения. Их поместили в изолятор ТОРС и проводили мероприятия по поддержки психического здоровья пациентов и персонала. Исходя из ретроспективных описаний пациенты с ОРВИ сообщали о страхе, одиночестве, скуке и гневе, они беспокоились о влиянии карантина и касаемо заражения членов семьи и друзей. Они испытывали беспокойство по поводу лихорадки и последствий бессонницы. Также на сотрудников оказывало негативное влияние по факторам страха заражения семьи, друзей и коллег. Сообщалось о том, что забота о медицинских работниках как о пациентах и коллегах была особенно эмоционально трудной. [14]

Взаимосвязь между психосоциальными переменными и условиями труда в период вспышки инфекционного заболевания изучали Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. в 2007, также изучались методы преодоления стресса медсестрами в ответ на тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) в

Канаде. Выборка состояла из 333 медсестер (315 женщин, 18 мужчин), которые заполнили интернет-опросник, который был размещен на веб-сайте Ассоциации зарегистрированных медсестер Онтарио (RNAO) в период с марта по май 2004 года. Корреляционный анализ позволил выявить несколько существенных взаимосвязей между психосоциальными переменными и условиями труда, а также традиционными коррелятами выгорания и стресса. Регрессионный анализ показал, что организация поддержки и доверие к инициативе по контролю оборудования, более низкий уровень контакта с пациентами с атипичной пневмонией, а также время, проведенное в карантине - объективно понижал уровень избегающего поведения, эмоционального истощения и агрессии. [9]

Tai W Wong et all. указывают на значительный уровень стресса среди сотрудников отделения неотложной помощи, уровень тяжести был самым высоким для медсестер, затем следовали врачи. Тремя наиболее важными переменными, которые могли объяснить уровень бедствия, были потеря контроля / уязвимости, страх за свое здоровье и распространение вируса. В целом, наиболее часто принимаемыми копинг-стратегиями были принятие, активное копирование и позитивное обрамление. В их исследовании средние общие уровни дистресса для врачей, медсестер и прочих медицинских работников составили 5,91, 6,52 и 5,44 (10 максимальный балл) соответственно ($F(2420) = 6,47$, $P < 0,005$). Общий уровень дистресса у медсестер был значительно выше, чем у НСА (прочие медицинские работники) ($P < 0,005$). 005). Общий уровень дистресса у медсестер был значительно выше, чем у НСА ($P < 0,005$), но не у врачей. Общий уровень дистресса коррелировал с шестью источниками дистресса: уязвимость / потеря контроля ($r = 0,68$); боязнь за свое здоровье ($r = 0,62$); распространение вируса ($r = 0,60$); здоровье семьи и других ($r = 0,59$); изменения в работе ($r = 0,46$); нахождение в изоляции ($r = 0,45$). С точки зрения стратегий выживания, врачи

значительно чаще, чем медсестры, использовали планирование (P <0,05 и <0,01 соответственно). [23]

Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. в 2004 году изучили психологическое воздействие карантина на людей в Торонто, Канада. Тот карантин был введен в качестве борьбы с острым респираторным синдромом (TOPC). Хотя эти меры были успешными в прекращении вспышки во всех районах мира, неблагоприятные последствия карантина ранее не определялись систематическим образом. Симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и депрессии наблюдались у 28,9% и 31,2% респондентов соответственно (N=129). Более длительные сроки карантина были связаны с повышенной распространенностью симптомов ПТСР. Знакомство или прямое воздействие на человека с диагнозом ОРВИ также было связано с ПТСР и депрессивными симптомами. Авторы заключили, что психологические симптомы являются результатом карантина. Но в адрес данного исследования была направлена критика, и она предположила, что Hawryluck et al. оформили преждевременное заключение.

Первым аргументом выступил факт того, что в исследовании 129 добровольцев из более чем 15 000 человек, подвергнутых карантину. Как признавали сами Hawryluck et al. люди с наиболее тяжелыми симптомами могут с большей вероятностью добровольно участвовать в исследовании, что приводит к переоценке частоты и серьезности симптомов.

Второй аргумент заключался в том, что более двух третей участников были работниками здравоохранения. Медицинские работники в Торонто, которые ухаживали за пациентами с атипичной пневмонией, но не подвергались карантину, испытывали сильный стресс, потому что работали с плохо изученным инфекционным заболеванием, носили защитное снаряжение в течение длительных периодов времени и наблюдали, как коллеги заболевали и умирали. Большинство работников здравоохранения, подлежащих

карантину в Торонто (включая 34% лиц, находящихся на карантине работы), вероятно, заботились о пациентах с ОРВИ и испытывали бы стрессы, подобные тем, которые не были помещены в карантин.

Третьим моментом было то, что 85% участников исследования носили маски дома, что указывает на то, что они, вероятно, были симптоматическими и подвергались изоляции, а не карантину (подразумевается, что они были именно заболевшими). Люди с симптомами болезни (в данном случае ТОРС) будут испытывать стресс из-за их опасений по поводу развития атипичной пневмонии, а не из-за самого факта эпидемии или карантинным мероприятий.

Увеличение уровня стресса с увеличением продолжительности изоляции, обнаруженной в исследовании, может быть связано с более серьезными или продолжительными симптомами, а не с изоляцией или карантином как таковым. указывая на то, что они, вероятно, были симптоматическими и подлежали изоляции, а не карантину.

То есть критики заключили, что в конечном счете, хотя изоляция и карантин являются стрессовыми факторами, они являются недостаточной причиной, чтобы ограничивать карантинные мероприятия и независимо от того, вызывают ли изоляция и карантин посттравматическое стрессовое расстройство или нет, должностные лица общественного здравоохранения должны быть готовы к сценарию, когда психологические последствия карантина и изоляции действительно будут существенными. [7]

Wu P Liu X Fang Y et al. изучали симптомы злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости среди сотрудников больниц, подвергшихся вспышке тяжелого острого респираторного синдрома (SARS), а также взаимосвязь между типами воздействия вспышки SARS и последующими симптомами злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости. Субъектов оценивали по социально-демографическим факторам и типам воздействия вспышки, а также по симптомам посттравматического

стрессового расстройства (ПТСР), злоупотребления алкоголем, алкогольной зависимости и депрессии. Авторы выявили, что через 3 года после вспышки атипичной пневмонии симптомы злоупотребления алкоголем или зависимости у медицинских работников были положительно связаны с помещением в карантин или работой в местах повышенного риска, таких как отделения SARS, во время вспышки. Симптомы посттравматического стрессового расстройства и депрессии, а также употребление алкоголя в качестве метода преодоления также были значительно связаны с усилением симптомов злоупотребления алкоголем или развития зависимости.

На основании данного исследования можно также сделать вывод о том, что связь со вспышкой тяжелого инфекционного заболевания может, как и другие подверженности стихийным бедствиям, привести не только к посттравматическому стрессовому расстройству, но и к другим психическим состояниям, таким как злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость. [24]

Можно сделать вывод, что ключевые негативные факторы, влияющие на психологическое состояние работников здравоохранения в период эпидемии, являются:

1. Общий дистресс (от небольших значений до острого стрессового расстройства и посттравматического стрессового расстройства).
2. Стигматизация (в связи постоянных контактов клиницистов с зараженными).
3. Страх собственного заражения.
4. Страх заражения семьи, друзей и коллег.
5. Эмоции страха, одиночества, скуки и агрессии в период изоляции.
6. Ощущение потери контроля и уязвимости.
7. Симптомы злоупотребления алкоголем или зависимости.

Также следует упомянуть о симптомах депрессии спустя длительное время после эпидемии у клиницистов, которые считаются ассоциированными с эпидемией. [24]

1.4 Психологическое воздействие эпидемии COVID-19.

Пандемия коронавирусной инфекции COVID–19 спровоцировала также так называемую "Вторую эпидемию" идущую параллельно. Наиболее уязвимыми для психологического стресса, ассоциированного с коронавирусной инфекции COVID–19 являются в первую очередь лица с аффективными расстройствами, они наиболее уязвимы в области эмоциональных реакций, которые проявляются порой как рецидивы уже имеющихся нервно-психических нарушений, или же как ухудшение актуального состояния, так какк особо чувствительны и лабильны к стрессовым факторам в отличие от здоровой части населения. [33]

Первое общенациональное крупномасштабное исследование психологического стресса среди населения во время эпидемии COVID-19 было проведено в Китае рядом авторов (Qiu J, Shen B, Zhao M, et al). [4]

Сбор данных начинался с 31 января 2020 года, после того как вспышка COVID-19 была признана чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Данные собирались по онлайн опроснику для самостоятельного заполнения, специально разработанного под скрининг психического состояния населения в период пандемии - “COVID-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI)”.

Опросник составляли через рекомендации и экспертные мнения психиатров, опросник собирал данные относительно диагностики фобий и стрессовых расстройств, собиралась информация о тревожности, депрессии, фобиях, избегающем и компульсивном поведении, когнитивных изменениях, соматической симптоматике, ухудшении социального функционирования, а

также демографические данные (место проживания, пол, возраст, образование, место работы).

Использовалось шкала от от 0 до 100 баллов, где показатели между 28 и 51 интерпретировались как легкий-средний дистресс, показатели выше 52 – как тяжелый дистресс.

С 31 января по 10 февраля собрали данные относительно 52370 человек из 36 китайских провинций, автономных регионов, муниципалитетов, а также из Гонконга, Макао и Тайваня. 35% испытуемых составили мужчины, 64% женщины.

Психологический дистресс выявлен у 35 % опрошенных, у 29% - легкий-средний дистресс, у 5% - тяжелый дистресс. Полиномиальный логистический регрессионный анализ показал, что показатель CPDI был связан с их полом, возрастом, образованием, профессией и регионом. Респонденты-женщины показали значительно более высокий психологический стресс, чем их коллеги-мужчины (среднее значение (SD) = 24,87 (15,03) против 21,41 (15,97), p <0,001).). Люди младше 18 лет имели самые низкие показатели CPDI (среднее (SD) = 14,83 (13,41)). Лица в возрасте от 18 до 30 лет и старше 60 показали самые высокие баллы по CPDI (среднее (SD) = 27,76 (15,69) и 27,49 (24,22), соответственно). Авторы объясняли низкий уровень стресса у подростков двумя факторами: относительно низкий уровень заболеваемости среди этой возрастной группы и ограниченная подверженность эпидемии из-за домашнего карантина. Более высокие баллы среди молодежи (18–30 лет) подтверждают вывод, что молодые люди, как правило, получают большой объем информации из социальных сетей, что может легко вызвать стресс.

Относительно высокий уровень дистресса в возрастной группе 60+ связывали с высокой смертностью от заболевания, а также с фактором большей уязвимости пожилых людей к психологическим факторам.

У более образованных испытуемых повышенный уровень дистресса связывали с более внимательным отношением к собственному здоровью, что отчасти противоречит другим исследованиям, которые утверждали о том, что более высокий уровень формального образования наоборот понижает негативное психологическое влияния карантина.

Авторы также отметили факт более высокого уровня дистресса среди мигрантов, исследователи связывали это с беспокойством этих людей относительно безопасности общественного транспорта. Также выделяли фактор неуверенности сохранения доходов.

Также доступность медицины и эффективные профилактические меры, предпринимаемых чиновниками, связывали с развитием высокого уровня дистресса.

События, которые авторы признали наиболее влиятельными на тревожность населения являлись:

- Подтверждение передачи вируса от человека к человеку,
- Официальное введение карантина в очаге эпидемии (город Ухань),
- Решение всемирной ассоциации здравоохранения признать эпидемию COVID-19 как чрезвычайную ситуацию в сфере общественного здравоохранения, которая в свою очередь, имеет международное значение.

Стратегии, которые снижают влияние негативных факторов по мнению авторов:

- Сконцентрировать усилия общественного здравоохранения на группах риска (молодежь, пожилые люди, женщины, мигранты и работники из других регионов),
- Повышать доступность медицинской помощи;
- Использовать телемедицину для психологической помощи;

- Учитывать угрозу психологического дистресса при планировании борьбы с эпидемиями.

Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang et all. исследовали факторы, ассоциированные с влиянием COVID-19 на психическое здоровье у работников здравоохранения в Китае в 34 больницах с 29 января 2020 года по 3 февраля 2020 года. Медсестры и врачи составляли 60% и 40% соответственно, значительная часть испытуемых сообщала о симптомах депрессии (634 [50,4%]), тревоги (560 [44,6%]), бессоннице (427 [34,0%]) и дистрессе (899 [71,5%]).

Также, как и в других аналогичных исследованиях, посвященных влиянию эпидемий на психическое здоровье работников здравоохранения, в данном исследовании авторы выявляли, что медсестры, женщины, передовые медицинские работники и те, кто работает в Ухане, сообщили о более тяжелых степенях всех измерений симптомов психического здоровья, чем другие медицинские работники.

Женщины имели более высокие показатели, чем мужчины по показателям генерализованного тревожного расстройства и тяжести бессонницы. Медицинские работники, занимающиеся непосредственной диагностикой, лечением и уходом за пациентами с COVID-19, были связаны с более высоким риском симптомов депрессии, тревожности, бессонницы и дистресса. [31]

Некоторые авторы (Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д. и др.) выделяют также фактор “Второй пандемии”, вкладывая в это понятие негативные последствия пандемии конкретно на психологическом уровне. [30] И в условиях пандемии тревога, как и в других случаях при этом может выполнять как роль стрессового, так и дистрессового фактора. В первом случае тревожные опасения формируют скорее адаптивное поведение в целом, которое

ассоциируется с различными соблюдениями мер предотвращения заражения. [29]

Тревогу как психологическую реакцию населения в форме адаптации к пандемии конкретно в России рассмотрели коллектив авторов из НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; данные авторы выявили специфические связи и ассоциации социально-психологических факторов с адаптивными паттернами поведения населения в период пандемии COVID-19.

Определяя социально-психологические факторы, ассоциированные с адаптивным поведением населения, были выявлены:

- Общее повышение уровня психологического стресса, который с свою очередь был достоверно связан и ассоциирован с соблюдением изоляции, социального дистанцирования и применением антисептиков.
- Общее повышение уровня психологического стресса, достоверно связанного с фактором обращения новостями о коронавирусе чаще одного или двух раз в день.
- Поиск информации о коронавирусе, частота обращения за этой информацией была вязана с наличием опасений за собственную жизнь, но нелинейно.
- Тревожные психологические переживания относительно доступности средств защиты в легком доступе и свободной продажи были связаны с соблюдением изоляции.
- Формирование защитного поведения относительно гигиены рук были связаны с отсутствием специфического лечения COVID-19, а также связаны с общей заразностью вируса и дефицитом средств защиты.

- В отношении ношения маски существенным было наличие тех же сюжетов волнения, что и для поведения, связанного с гигиеной рук, однако их взаимосвязь была обратной.

Эти же авторы [33] в другой работе исследовали структуру тревожных переживаний, которая ассоциировалась с распространением COVID-19. Данные о 1957 испытуемых были собраны в период с 30 марта по 5 апреля 2020 г. У 99,8% респондентов авторы выявили комбинацию разных типов тревожных переживаний, связанных с эпидемией COVID-19.

До уровня средней интенсивности был повышен показатель стресса, а также показатель стигматизации превосходил медианное значение по выборке.

- До 35% респондентов имели опасения, ассоциированные с тревожным дистрессом: «риск изоляции» и «возможное отсутствие лекарств для ежедневного приема».
- Одним из самых влиятельных факторов оказался фактор наличия аффективных расстройств в анамнезе (о наличии тех или иных аффективных расстройств сообщили 29,5% выборки, наиболее часто респонденты указывали депрессивное и биполярное аффективное расстройства (19,8%), реже — тревожные расстройства (6,0%) и циклотимию или дистимию (3,7%).);
- Также лица моложе 20 лет, имеющие низкий уровень формального образования и безработные имели более высокий уровень тревожных переживаний.
- Также отмечалось, что женщины в целом испытывали более сильный психологический стресс и тревогу.
- Наличие сопутствующей соматической патологии было указано в 54,8% случаев.

Таким образом можно выделить следующие основные факторы психологического воздействия эпидемии COVID-19: [4, 31, 33, 34, 35, 36]

1. Повышенный уровень психологического дистресса
2. Симптомы тревоги и тревожных расстройств.
3. Симптомы астении и повышенной раздражительности.
4. Симптомы депрессии.
5. Нарушения сна.
6. Повышенный уровень выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства.
7. Долгосрочные поведенческие изменения (избегание толпы, акцент на гигиену рук и тд).
8. Страх инфицирования.
9. Стигматизация лиц, находившихся на карантине.

1.5 Выводы к теоретической части.

Как сама пандемия, так и карантинные мероприятия являются объективно стрессогенными факторами, которые различные группы населения и различные лица переносят по-разному, круг возможных реакций и степень углубления симптомов невротических реакций и состояний очень широкий. Но все же стрессовый фактор необходимо отделять от фактора развития депрессии, тревожного расстройства и других невротических расстройств, так как даже большинство лиц среди уязвимых групп в конечном итоге не испытывают патологических состояний. Стрессогенный и патогенный потенциал карантина действительно высокий, но все же необходим кумулятивный эффект от сложения множества факторов. Так в эпидемиях действительно необходим контроль состояния людей с психическими расстройствами, людей, которые длительно пребывают на карантине, малообразованных, а также работников здравоохранения.

Одной из основных задач исследований, посвященных изучению воздействия пандемии и карантина является оценка тяжести негативных факторов и выявление наиболее уязвимых групп населения. И здесь важно отметить, что именно работники здравоохранения получают основной ущерб психическому здоровью в период пандемии, особенно младший медицинский персонал и в целом все клиницисты с малым опытом работы.

Говоря о психологических последствиях наиболее значимыми являются психологический дистресс, тревожные переживания, стигматизация и нарушения сна. Основными социальными последствиями являются снижение доходов населения вследствие экономических последствий в период пандемий, снижение дохода из-за нанесения ущерба пандемии самим отраслям, которые к ней уязвимы, а также формирование неадаптивного защитного поведения и чрезмерного социального дистанцирования после карантинного периода.

Взаимосвязь депрессивных и тревожных нарушений также подтверждается исследованиями, но редко рассматривается как единый феномен.

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВООЖНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.

2.1 Организация и метод эмпирического исследования.

Объект исследования - нарушения эмоциональной сферы людей в возрасте 21-35 лет в период пандемии COVID-19.

Предмет исследования - связи между проявлениями депрессии и компонентами тревожности у людей в период пандемии COVID-19.

Цель – исследование связи когнитивно-аффективных и физиологических проявлений депрессии и ситуативной тревожности.

В соответствии с целью поставлены следующие **задачи** эмпирического исследования:

1. Сформировать выборку.
2. Подобрать диагностический инструментарий в соответствии с целью, задачами и гипотезами исследования.
3. Изучить психологические переживания и физиологические проявления характерные для депрессии у людей в период карантина COVID 19 и после.
4. Провести эмпирическое исследование связи проявлений депрессии и тревожности.
5. Провести анализ, обработку и систематизацию полученных данных.

Гипотезы эмпирического исследования:

В качестве основной гипотезы исследования выступает предположение о том, что психологические переживания и физиологические проявления характерные для депрессии будут находиться в положительной взаимосвязи с компонентами тревожности, в первую очередь это будут положительные связи между когнитивно-аффективными проявлениями

депрессии и такими компонентами тревожности как эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты.

Также предполагается, что факторы соблюдения изоляции и перехода на дистанционную форму работы не будут достоверно связаны с уровнем проявления депрессии и ситуативной тревожности, а также, что средние значения по уровню депрессии и ситуативной тревожности по всей выборки будут соответствовать нормативным показателям.

Гипотезы были выдвинуты на основании анализа данных научной литературы, анализа и оценки противоречий в других исследованиях по данному вопросу.

Диагностический инструментарий.

В соответствии с задачами эмпирического исследования были подобраны следующие методики, позволяющие оценить уровень проявления депрессивных симптомов, уровень тревожных переживаний (ситуативной тревожности) и особенности/степень невротизации у испытуемых.

1. **Шкала депрессии Бека** (Beck Depression Inventory) создана А.Т. Беком (1961 г.).

Была разработана на базе клинических наблюдений, основная задача которых заключалась в отборе наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии, которые также часто предъявляеются и пациентами в форме жалоб. Данный набор параметров соотнесен с клиническими описаниями депрессии.

Конечный опросник состоит из 21 категории симптомов и жалоб. В категории 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Утверждения ранжированы по

степени тяжести и по уровню увеличения удельного вклада проявления депрессии и/или симптома в общую тяжесть депрессии.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оцени-вается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тя-жести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Данные об интерпретации результатов.

- Общий балл (Интегральная шкала депрессии):

0-9 – отсутствие депрессивных симптомов

10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 – умеренная депрессия

20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 – тяжелая депрессия

- Субшкалы:

Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (C-A)

Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Отдельные симптомы. Также возможно оценить отдельно выраженность 21 симптома депрессии

- Настроение
- Пессимизм
- Чувство несостоятельности
- Неудовлетворенность
- Чувство вины

- Ощущение, что буду наказан
- Отвращение к самому себе
- Идеи самообвинения
- Суицидальные мысли
- Слезливость
- Раздражительность
- Нарушение социальных связей
- Нерешительность
- Образ тела
- Утрата работоспособности
- Нарушение сна
- Утомляемость
- Утрата аппетита
- Потеря веса
- Охваченность телесными ощущениями
- Утрата либидо

Полный текст методики представлен в ПРИЛОЖЕНИИ А.

2. **Интегративный тест тревожности**

Клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева к.пс.н. А.П. Бизюком, д.м.н. профессором Л.И. Вассерманом и к.м.н. Б.В. Иовлевым для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности, в том числе в клинике психосоматических заболеваний.

Оценка выраженности симптомов тревожности переводится в числовые корреляты:

0 - отсутствие выраженности признака

1 - слабо выражен

2 - умеренно выражен

3 - чрезвычайно выражен.

По каждому субтесту испытуемый набирает не более 45 баллов.

Нормативные показатели. Средний балл для испытуемых в возрасте от 22 до 55 лет равен 11,91 (стандартное отклонение – 4,58).

Сатистически достоверных различий у авторов по измерениям через эту методику личностной и ситуативной тревожности не обнаружено. Также не обнаружено различий по половым признакам, несмотря на тенденцию к более высокой тревожности женщин.

Авторы облегчили процедуру оценки результатов путем математического перевода сырых баллов в нормативные.

1-2 стена – нет повышенной тревожности.

3-4 – незначительное повышение тревожности.

5-6 – умеренное повышение тревожность

7+ - выраженное повышение тревожности.

С помощью факторного анализа в структуре 15 признаков тревожности выделели 5 факторов, которые интерпретирутся как субшкалы, а именно:

- “эмоциональный дискомфорт” (ЭД),
- “астенический компонент тревожности" (АСТ),
- “фобический компонент” (ФОБ),

- “тревожная оценка перспективы” (ОП)
- “социальная защита" (СЗ).

Полный текст методики представлен в ПРИЛОЖЕНИИ Б.

3. **Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний**.

Данный тест-опросник применяется для оценки невротических состояний. Тест был разработан в 1978 году (авторы - К.К. Яхин, Д.М. Менделевич). Опросник невротизации дает возможность качественного анализа невротических проявлений, позволяет выявить основные синдромы невротических состояний. Опросник состоит из 68 вопросов и включает в себя шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения.

- Диагностические шкалы:
- Шкала тревоги.
- Шкала невротической депрессии.
- Шкала астении.
- Шкала истерического типа реагирования.
- Шкала обсессивно-фобических нарушений.
- Шкала вегетативных нарушений.

Показатели:

- больше +1,28 - указывает на уровень здоровья,
- меньше –1,28 - болезненный характер выявляемых расстройств.

Полный текст методики представлен в ПРИЛОЖЕНИИ В.

Контроль отдельных специфических факторов.

Производится обязательный контроль факторов, которые по данным аналогичных исследований [1-35] особенно специфично ассоциированы с влиянием на состояние людей в период карантина:

- Уровень формального образования
- Информация о работе на данный момент (изменилось ли форма работы, потерял ли в процессе эпидемии, безработный ли)
- Длительность нахождения на изоляции
- Психические нарушения исходя из 3 методик в исследовании

2.2 Описание выборки

Выборку (N = 96) составили испытуемые набранные посредством онлайн (Google Forms) и стандартного тестирования в возрасте от 21 до 35 лет. Исследование проводилось в период с апреля по август 2020 года.

Критерии включения:

1. Испытуемые 21-35 лет, наличие как минимум среднего профессионального образования или незаконченного высшего (3курс и старше).
2. Полное прохождение методик, и заполнение всех пунктов в анкете в исследовании.
3. Владение русским языком.

2.3 Анализ и интерпретация результатов исследования.

Описательные статистики.

Выявим средние значения параметров у испытуемых.

Соотношение полов равно 60,4% (N=58) – женщины, и 39,6% (N=38) – мужчины.

Таблица 1 – Средние значения параметров испытуемых. (N=96)

	Среднее значение	Стандарт. отклонения
Возраст	25,90	3,194
Интегральная Шкала депрессии	7,89	5,485
Когнитивно-аффективная субшкала	5,05	4,423
Субшкала соматических проявлений	2,81	2,556
Снижение общего настроения	0,97	0,888
Пессимизм	0,95	0,899
Чувство несостоятельности	0,54	0,780
Неудовлетворенность	0,89	0,950
Чувство вины	0,33	0,660
Ожидание наказания	0,19	0,443
Отвращение к самому себе	0,36	1,198
Идеи самообвинения	0,24	0,557
Суицидальные мысли	0,07	0,261
Слезливость	0,05	0,336
Раздражительность	0,5	0,740
Нарушение социальных связей	0,69	0,837
Нерешительность	0,07	0,299
Восприятие образа тела	0,09	0,293
Утрата работоспособности	0,39	0,701
Нарушение сна	0,69	0,837
Утрата аппетита	0,39	0,622
Потеря веса	0,14	0,344
Охваченность телесными ощущен.	0,23	0,492
Утрата либидо	0,1	0,307
Интегративный показатель тревожности	1,76	1,312
Эмоциональный дискомфорт	2,19	1,669

Астенический компонент тревожности	2,22	1,882
Фобический компонент тревожности	1,92	1,659
Тревожная оценка перспективы	1,78	1,544
Социальная защита	1,24	0,891
Шкала астении	7,3	2,524
Шкала истерического реагирования	4,6	2,628
Шкала обсессивно-фоб. нарушений	4,2	1,565
Шкала вегетативных нарушений	11,8	2,830
Длительность нахождения на карантине (N=47)	21,38	8,075

Из анализа средних значений уже видно, что показатели интегральных значений депрессии находятся в среднем на нормативном уровне – 7,89 (σ=5,485), что соответствует отсутствию депрессии как таковой (0-9).

А также интегральный показатель тревожности составил в среднем 1,76 (σ=1,312), что также соответствует норме (0-2).

Таблица 2 – Статистика частот по уровню образования.

	Частота	Проценты
Среднее профессиональное образование	11	11,5%
Незаконченное высшее (1-2 курс)	1	1%
Незаконченное высшее (3 курс и выше)	20	20,8%
Высшее профессиональное образование	64	66,7%
Среднее образование	0	0

Таблица 3 – Статистика частот по форме работы.

	Частота	Проценты
Безработный на данный момент и до карантина	22	22,9%
Безработный на данный момент, но работал до карантина	16	16,7%
Работает в стандартном (очном) варианте	35	36,5%
Работает в дистанционном варианте	23	24%

Как видно, 16,7% испытуемых выборки были из той самой группы населения, которые в связи с карантинными мероприятиями потеряли работу, пусть как правило и временно.

Исходя из частотного анализа данных можно выделить, что самыми распространёнными симптомами депрессии были:

1. Пессимизм – у 34,4% (N=33) симптом имел легкую степень выраженности, у 25% (N=24) имел умеренную степень выраженности, у 2,1% (N=2) - тяжелую. В дальнейшем этот фактор будет провялятся чаще остальных при корреляционном анализе и анализе на различия. Он также оказался наиболее распестрённым фактором в группе когнитивно-аффективных проявлений депрессии.
2. Снижение общего настроения - у 31,3% (N=30) симптом имел легкую степень выраженности, у 28,1% (N=27) имел умеренную степень выраженности, у 3,1% (N=3) - тяжелую. Фактор, который является самым важным отдельным симптомом депрессии, оказался одним из 3 наиболее часто встречающихся.

3. Неудовлетворенность - у 27,1% (N=26) симптом имел легкую степень выраженности, у 24% (N=23) имел умеренную степень выраженности, у 3,1 % (N=3) - тяжелую.
4. Нарушение сна - у 24% (N=23) симптом имел легкую степень выраженности, у 20,8% (20) имел умеренную степень выраженности, у 1% (N=1) - тяжелую.
5. Утомляемость - у 32,3% (N=31) симптом имел легкую степень выраженности, у 19,8% (N=19) имел умеренную степень выраженности, у 2,1% (N=2) - тяжелую. Наиболее распространённый фактор из группы физиологических проявлений депрессии.

Наименее распространёнными были симптомы:

1. Ожидание наказания – в каком-либо виде отметили за собой 16,7% (N=16)
2. Слезливость - в каком-либо виде отметили за собой 3,1% (N=3)
3. Суицидальные мысли - в каком-либо виде отметили за собой 7,3% (N=7)
4. Нарушение социальных связей - в каком-либо виде отметили за собой 5,2% (N=5)
5. Нерешительность - в каком-либо виде отметили за собой 6,2% (N=6)
6. Восприятие образа тела - в каком-либо виде отметили за собой 9,4% (N=9)
7. Утрата либидо - в каком-либо виде отметили за собой 10,4% (N=10)
8. Потеря веса - в каком-либо виде отметили за собой 13,5% (N=13)

Таблица 4 – Статистика частот по уровню интегральной шкалы депрессии.

	Частота	Проценты
Отсутствие депрессивных симптомов	66	68,9%
Легкая депрессия (субдепрессия)	22	22,9%
Умеренная депрессия	7	7,2%

Выраженная депрессия (средней тяжести)	0	0%
Тяжелая депрессия	1	1%

Как видно из этих данных 31% испытуемых вышли за рамки нормативных показателей по уровню депрессии, несмотря на общий средний балл в 7,89 (по всей выборке), что в свою очередь является нормативным показателем.



У 57 испытуемых показатели когнитивно-аффективной шкалы депрессии превосходили показатели шкалы соматических проявлений депрессии. (59%)

У 8 испытуемых показатели когнитивно-аффективной шкалы депрессии были равны показателям шкалы соматических проявлений депрессии. (8,3%)

У 28 испытуемых показатели когнитивно-аффективной шкалы депрессии были ниже показателей шкалы соматических проявлений депрессии. (29,1%)



2.4 Исследование связи когнитивно-аффективных и физиологических проявлений депрессии и ситуативной тревожности.

Было предположено, что проявления депрессии находятся в положительной связи с ситуативной тревожностью. В первую очередь важны связи между интегральным показателем депрессии и когнитивно-аффективной субшкалой с интегральным показателем тревожности и отдельными компонентами: эмоциональный дискомфорт, астенический и фобические компоненты тревожности.

С целью проверки данной гипотезы было осуществлен: корреляционный анализ (критерий Спирмена) связей проявлений депрессии с компонентами тревожности.

Таблица 5 - Коэффициенты корреляций между интегративными шкалами и субшкалами депрессии и компонентами тревожности. (пропущенные значения означают отсутствие значимой связи) (p= ,000)

	Интегральная шкала депрессии	Когнитивно-аффективная субшкала	Субшкала сомат.проявлений
Интегр. показатель тревожности	,607	,494	,409
Эмоциональный дискомфорт	,613	,596	-
Астен. компонент тревожности	,495	,383	,401
Фобический компонент тревожности	,601	,475	,415
Тревожная оценка перспективы	,536	,506	,299
Социальная защита	,362	,261	-

Из этих данных мы видим подтверждение данной гипотезы, интегральная шкала депрессии и когнитивно-аффективная субшкала имеют связи с интегральным показателем тревожности, а также с основными ее компонентами. Наибольшая связь прослеживалась между интегральной шкалой депрессии и эмоциональным дискомфортом (0,613).

Таблица 6 – Коэффициенты корреляции между компонентами тревожности и симптомами депрессии. (пропущенные значения означают отсутствие значимой связи) (p= ,000)

	Интегральный показатель тр.	Эмоциональный дискомфорт	Астенический компонент
Снижение общего настроения	,283	,345	-
Пессимизм	,407	,531	-
Чувство несостоятельности	,385	,499	,276
Чувство вины	,386	,399	,351
Ожидание наказания	,401	,359	-
Отвращение к самому себе	,384	,452	-
Наличие идей самообвинения	,506	,407	-
Суицидальные мысли	,264	-	-
Слезливость	,343	,305	,302
Утрата работоспособности	,270	-	,335
Нарушение сна	,482	,366	,336

	Фобический компонент	Тр. оценка перспективы	Социальная защита
Снижение общего настроения	,439	,277	-
Пессимизм	,455	,327	-
Чувство несостоятельности	,353	,379	-
Чувство вины	,320	,320	,302
Ожидание наказания	-	,309	-
Отвращение к самому себе	,328	,420	,318
Наличие идей самообвинения	,397	,480	-
Утрата работоспособности	-	,275	-
Нарушение сна	,463	,339	,321

Как видно астенический компонент, а также социальная защита оказались наименее связанными с симптомами проявлений депрессии.

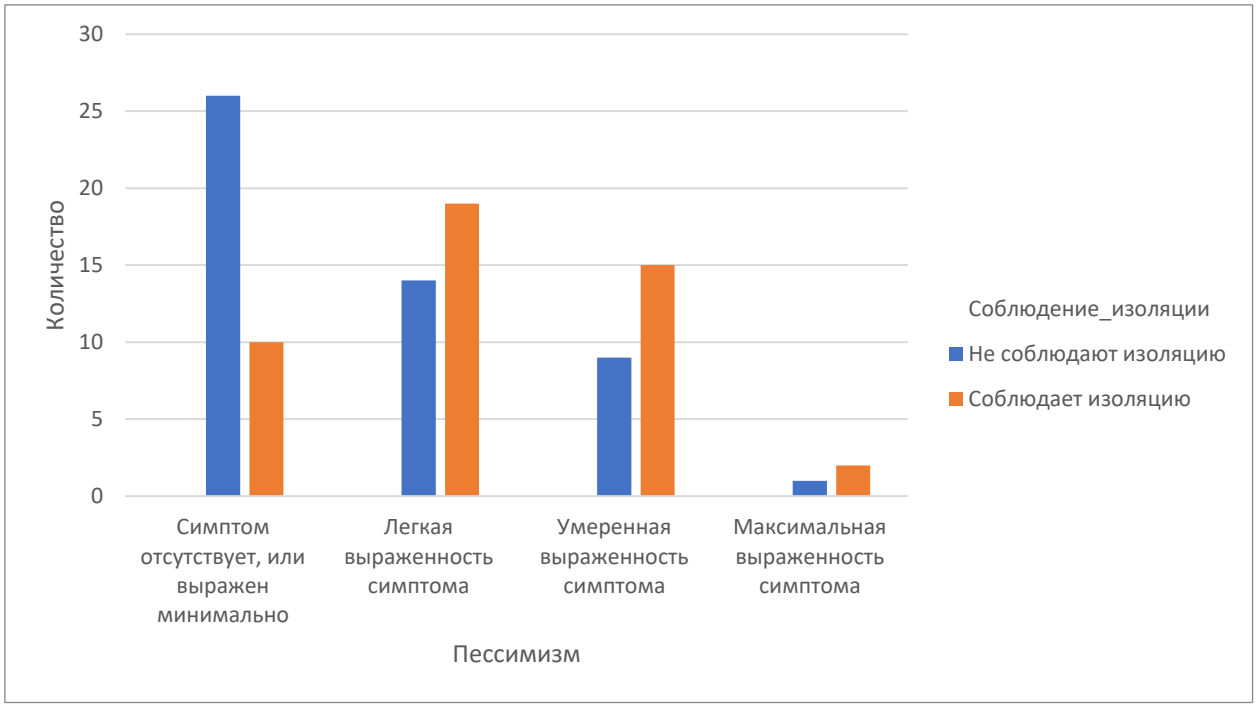
2.5 Оценка различий между выраженностью проявлений депрессии и компонентами тревожности в группах, находившихся на карантине и не находившихся на карантине.

Предполагается, что фактор соблюдения изоляции и перехода на дистанционную форму работы не окажет влияния на уровень проявления депрессии.

Для этого было проведено непараметрическое сравнение уровня депрессии и компонентов тревожности, а также оценка средних значений (Критерий Манна-Уитни).

Достоверные различия были выявлены по следующим факторам:

- Негативное и безразличное отношение к своему будущему (пессимизм) (p= ,004);
- Интегративный показатель тревожности (p= ,008);
- Фобический компонент тревожности (p= ,005).





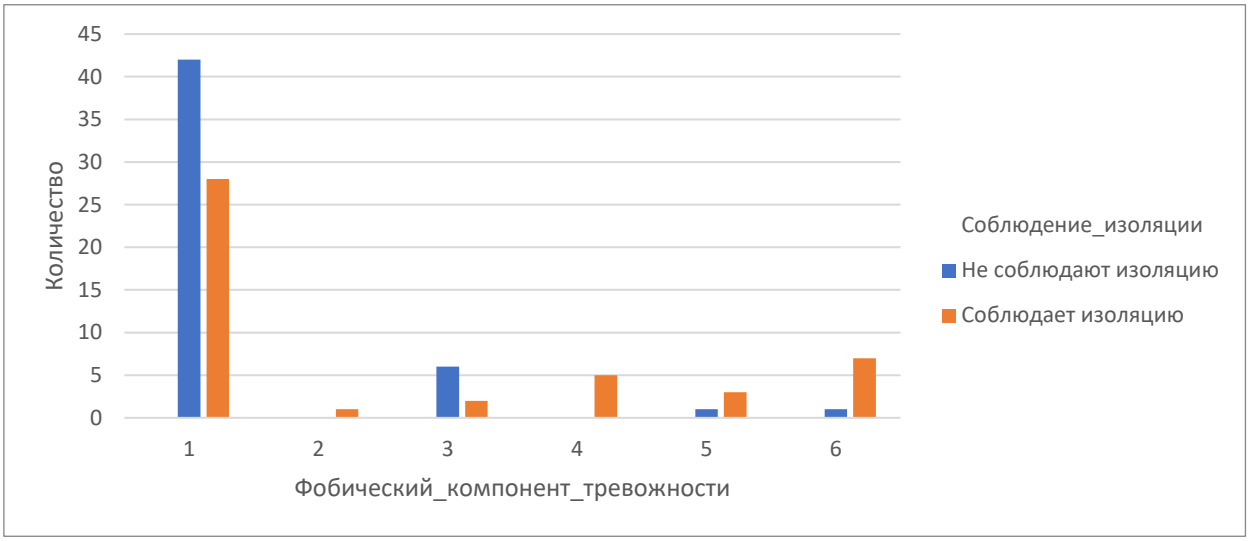


Таблица 7 – Коэффициенты корреляции между фактором соблюдения изоляции и остальными факторами. (p= ,000)

	Соблюдение изоляции	Длительность нахожд. на изоляции
Пессимизм	,298	-
Интегр. показатель тревожности	,270	,224
Фобический компонент тревожности	,291	,277

Таблица 8 – Сравнение средних значений по основным шкалам в группах, находившихся на изоляции и нет.

	Соблюдавшие изоляцию (N=47)	Несоблюдавшие изоляцию (49)
Интегральная шкала депрессии	8,09 (σ=6,189)	7,7 (σ=4,803)
Когнитивно-аффективная субшкала	5,37 (σ=4,767)	4,76 (σ=4,109)
Субшкала сомат.проявлений	2,67 (σ=2,642)	2,94 (σ=2,494)
Интегр. показатель тревожности	2,07 (σ=1,357)	1,42 (σ=,928)
Фобический компонент тревожности	2,46 (σ=1,997)	1,42 (σ=1,071)

Как видно, достоверных различий в группах по интегральной шкалой депрессии не обнаружено, что подтверждает гипотезу, средние значения также не имели сильных различий (8,09 и 7,7).

В свою очередь интегральный показатель тревожности (,270), а также фобический компонент (,291) имели как корреляционные связи с выходом на изоляцию, так и непараметрический критерий Манна-Уитни доказал достоверные различия в данном параметре.

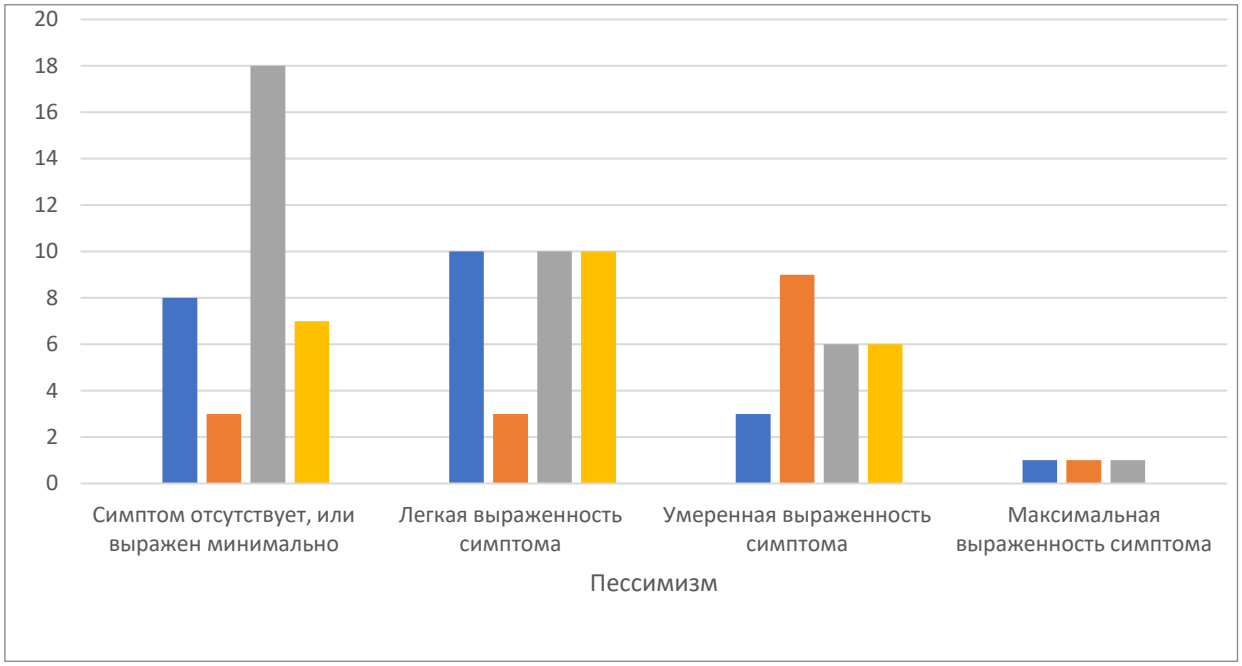
Оценка различий между проявлениями депрессии и ситуативной тревожности и формой работы.

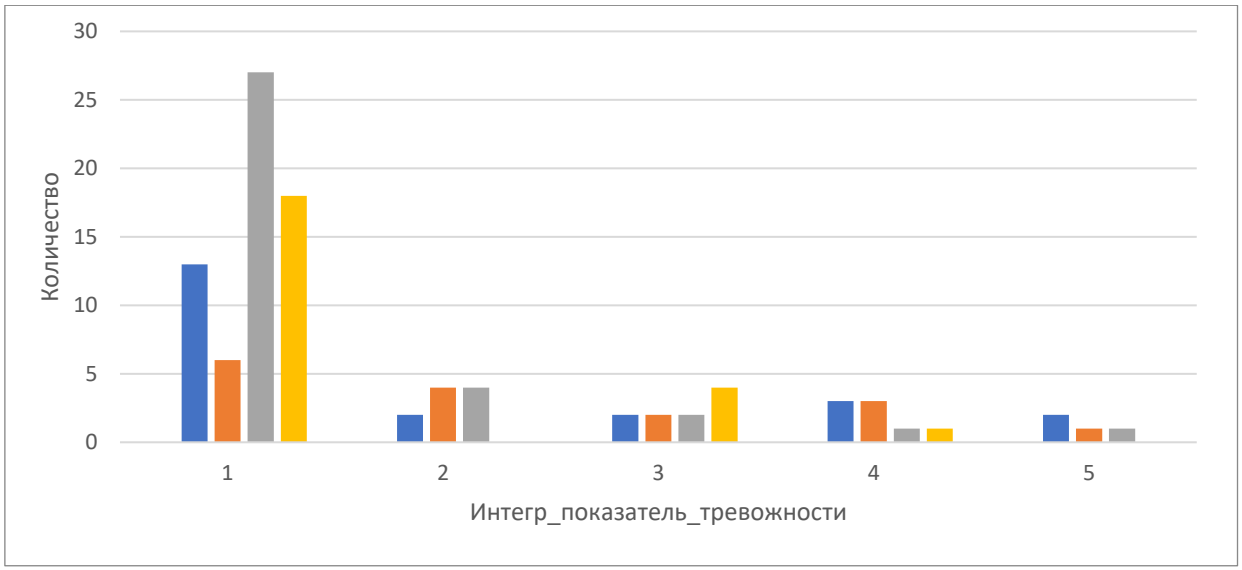
Для этого было проведено непараметрическое сравнение по критерию Краскала-Уоллиса, так как условных групп было 4:

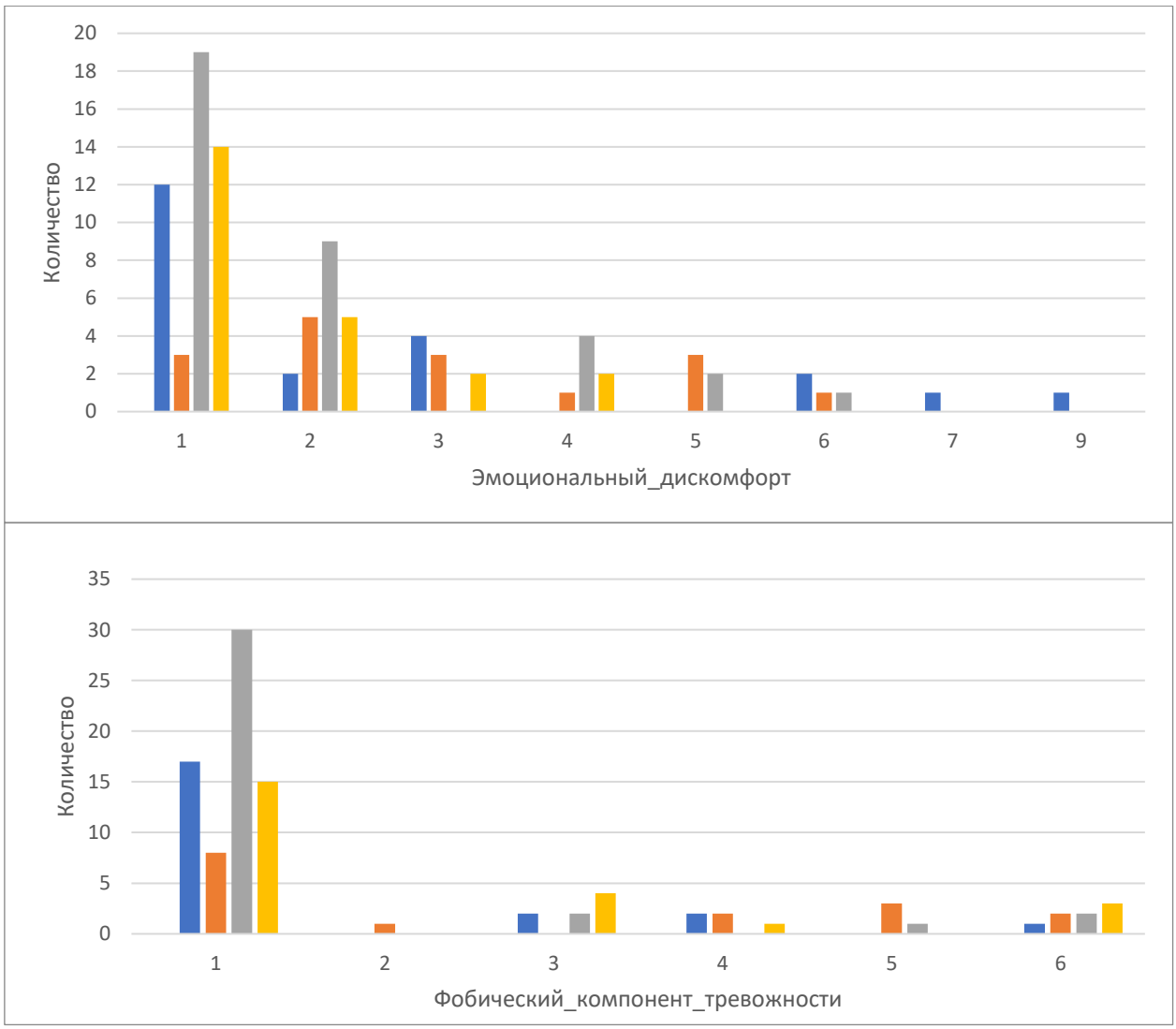
1. Безработные на данный момент, но работавший до карантина
2. Безработные на данный момент, а также до карантина
3. Перешедшие на дистанционную форму работы
4. Работающие в стандартном варианте (очно).

Достоверные различия были выявлены по следующим факторам:

- Пессимизм - уровень значимости (p = 0,026)
- Интегративный показатель тревожности (p = 0,022)
- Эмоциональный дискомфорт (p = 0,041)
- Фобический компонент тревожности (p = 0,043)







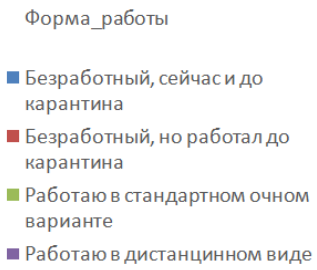


Таблица 9 – Сравнение средних значений по значимым факторам и по форме работы

	Дистанционная форма (N=23)	Не дистанционная форма (N=35)	Безработный, но на время карантина (N=16)	Безработный, как и до карантина (N=22)

Пессимизм	,71 (σ=,860)	,96 (σ=,767)	1,5 (σ=,894)	,91 (σ=,971)
Интегративный показатель тревожности	1,48 (σ=,947)	1,43 (σ=,948)	2,31 (σ=1,352)	2,05 (σ=1,463)
Эмоциональный дискомфорт	1,56 (σ=1,424)	1,97 (σ=,982)	2,94 (σ=1,611)	2,55 (σ=2,345)
Фобический компонент тревожности	2,13 (σ=1,792)	1,51 (σ=1,380)	2,81 (σ=2,073)	1,68 (σ=1,393)

Фактор потери работы и перехода на дистанционную форму, как видно, не оказал значимого влияния на уровень депрессии. Это проявлялось в отсутствии связей интегральной шкалы депрессии с формой работы, и в отсутствии различий по данному фактору.

В свою очередь интегральный показатель тревожности достоверно отличался в группах, особенно сильно было различие в этом показателе в группах испытуемых, которые работали очно и потеряли работу в связи с карантином 1,48 и 2,31 соответственно (в методике максимальное значение 9, поэтому различие в 0,83 является значимым значением). В целом безработные испытуемые показали более высокие достоверные значения в интегративном показателе тревожности и в компоненте эмоционального дискомфорта.

Фобический же компонент был выше у испытуемых, которые перешли на дистанционную форму работы и потеряли ее (2,13 и 2,81 соответственно). Испытуемые, которые остались работать очно и те безработные, которые и до карантина не работали показали более низкие значения в фобическом компоненте (1,51 и 1,68 соответственно).

Но при этом группа с дистанционной формой показала наименьший балл в компоненте эмоционального дискомфорта.

Наименее благополучной в целом группой оказалась группа людей, потерявших работу, их параметры пессимизма (как симптома депрессии), интегративный показатель тревожности, а также компоненты фобического и эмоционального дискомфорта были наибольшими среди всех групп.

2.6 Обсуждение результатов.

Первая гипотеза (психологические переживания и физиологические проявления характерные для депрессии будут находиться в положительной взаимосвязи с компонентами тревожности, в первую очередь это будут положительные связи между когнитивно-аффективными проявлениями депрессии и такими компонентами тревожности как эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты) подтвердилась.

Интегральный показатель тревожности во всех случаях имел значимые связи, как с интегральной шкалой депрессии, так и с ее отдельными субшкалами (p= ,000).

Когнитивно-аффективные проявления депрессии действительно имели значимые связи с фобическим и астеническим компонентами тревожности, а также с эмоциональным дискомфортом. Субшкала физиологических проявлений депрессии же имела значительно меньшее количество достоверных связей. Особенно следует отметить связь эмоционального дискомфорта и интегральной шкалы депрессии.

Следует выделить, что симптом депрессии “наличие идей самообвинения” особенно сильно коррелировал с интегральным показателем тревожности и компонентом эмоционального дискомфорта, а также “пессимизм” и “нарушения сна” были связаны особо сильно с этими параметрами тревожности.

Симптом “пессимизма” (означал свойственное для депрессий негативное или безразличное отношение к своему будущему) встречался наиболее часто и был связан с основными компонентами тревожности, и вообще был основным проявлением среди всех проявлений депрессий, и был особенно распространён у людей, потерявших работу из-за карантина. Он также был связан тревожностью у испытуемых в целом и эмоциональным дискомфортом в частности.

Вторая гипотеза (фактор соблюдения изоляции и перехода на дистанционную форму работы не окажет достоверного влияния на уровень проявления депрессии и ситуативной тревожности) подтвердилась лишь по отношению к уровню депрессии. Ни переход на дистанционную форму работы, ни потеря работы не были как-либо связаны с интегральным показателем депрессии, лишь по симптому “пессимизма” были выявлены

достоверные различия. В свою очередь по параметру интегральной тревожности были выявлены достоверные различия. Также были выявлены и корреляционные связи между соблюдением или несоблюдением изоляции и ситуативной тревожностью. Также фактор изоляции был достоверно связан с фобическим компонентом тревожности.

Потеря работы наиболее сильно подняла уровень негативного отношения к своему будущему и уровень тревожности (в частности фобический компонент и эмоциональный дискомфорт). Тревожность как таковая была выше в группе безработных (независимо от фактора карантина). Фобический компонент был выше в группах испытуемых, потерявших работу и перешедших на дистанционную форму. Следует также отметить, что переход на дистанционную форму работы не был значимым в факте различия параметров тревожности испытуемых (то есть не оказал негативного влияния).

Несмотря на достоверные различия в параметре ситуативной тревожности, среднее значение в выборке оказалось нормативным, тоже касалось и интегрального показателя депрессии, что соответствует подтверждению 3ей гипотезы.

Исходя из анализа данных исследования можно сделать вывод, что в эпидемию депрессия и ее проявления особенно сильно связаны с тревожностью, но все же динамика данных параметров больше связана с потерей работы, а не самим фактором карантина или длительностью нахождения на нем. Именно безработица оказалась наиболее значимым фактором в уровне интегрального показателя тревожности, эмоционального дискомфорта и фобического компонента тревожности.

Параметры астении не были достоверно различны в разных группах, это касается как параметра “Астеническая шкала”, так и отдельных физиологических симптомов депрессии.

ВЫВОДЫ.

В данном исследовании были поставлены следующие задачи:

1. Изучить психологические переживания и физиологические проявления характерные для депрессии у людей в период эпидемии COVID 19.
2. Сформировать выборку и подобрать диагностический инструментарий в соответствии с целью, задачами и гипотезами исследования.
3. Проанализировать факторы компонентов депрессии и тревожности на возможные взаимосвязи.
4. Проанализировать факторы соблюдения изоляции и формы работы на связи проявлениями депрессии и тревожности.
5. Провести анализ, обработку и систематизацию полученных данных.

Все поставленные задачи выполнены. В результате анализа литературы, было сформировано представление о влиянии тревожности и проявлений депрессии при эпидемии как об едином феномене. Была рассмотрена проблематика феномена, изучена история исследований недавних схожих по своим особенностям эпидемий.

Было спланировано и проведено эмпирическое исследование, в ходе которого был проведен сбор данных, их статистическая обработка и анализ.

По итогам исследования, были выявлены связи и различия между группами, была исследована связь психологических переживаний и физиологических проявлений депрессии и тревожности в данный период.

По итогам исследования получилось выявить некоторые связи и различия между группами испытуемых.

1. Были выявлены ожидаемые связи между проявлениями психологических переживаний и физиологических проявлений депрессии и тревожности в данный период.

Как и ожидалось, когнитивно-аффективные проявления депрессии особенно связаны с фобическим и астеническими компонентами тревожности, а также с эмоциональным дискомфортом. Из всех компонентов именно эмоциональный дискомфорт был наиболее связан с уровнем депрессии.

Интегральный показатель тревожности особенно сильно коррелировал с негативным и безразличным отношением к своему будущему. Также свойственные для депрессий ожидания наказания и негативное и безразличное отношение к своему будущему были наиболее из всех симптомов связаны с эмоциональным дискомфортом. Из компонентов физиологических проявлений депрессии - нарушения сна были одновременно и наиболее распространёнными, и наиболее связанными с эмоциональным дискомфортом и тревожностью.

Негативное и безразличное отношение к своему будущему было наиболее распространено среди всех проявлений депрессии и психологических переживаний, в частности. Также этот параметр был единственным, который был связан и с уровнем тревожности, и с фактором изоляции, и с фактором потери работы из-за карантина одновременно. Также был одним из наиболее связанных проявлений по отношению к эмоциональному дискомфорту.

Наибольший эмоциональный дискомфорт доставили такие проявления как негативное и безразличное отношение к своему будущему, чувство несостоятельности и идеи самообвинения.

Наиболее часто встречающимися в период эпидемии оказались симптомы негативного и безразличного отношения к своему будущему, снижения общего настроения, общей неудовлетворенности и нарушения сна.

2. Фактор изоляции и перехода на дистанционную форму работы, а также фактор потери работы не были связан с уровнем депрессии, но эти факторы были связаны с интегральным показателем тревожности.

Из все факторов проявлении депрессии - только симптом негативного и безразличного отношения к своему будущему был связан с фактором перехода на изоляцию и формой работы.

Из факторов тревожности – как интегральный показатель, так и ее фобический компонент были достоверно связаны с соблюдением изоляции. Оба этих параметра были выше в группе, которая соблюдала карантин.

Потеря работы была особенно связана с повышением тревожности (в частности с фобическим компонентом и эмоциональным дискомфортом). Фобический же компонент был в целом выше в группах, у которых изменилась

форма работы (переход на дистанционную форму и потеря работы), чем у тех, у кого ничего не изменилось (даже у тех, кто был безработным до этого.)

Также потеря работы оказалось особенно связана с проявлением симптома депрессии - негативного отношения к своему будущему.

Переход на дистанционную форму работы не был значимым в факте различия параметров тревожности испытуемых и вызывал даже меньший эмоциональный дискомфорт, чем очная форма работы, хотя и их различия были незначительными.

В период эпидемии проявления депрессии особенно сильно связаны с тревожностью, но наиболее негативным на проявления отдельных симптомов депрессии и проявления тревожности оказала именно потеря работы, также по многим показателям те безработные, которые и до эпидемии не работали, имели также более высокие показатели тревожности и связи чем, те кто остался на очной форме или перешел на дистанционную форму работы.

Как и в аналогичных исследованиях идея о том, что наиболее уязвимыми являются безработные, оказалось подтвержденной и в данной работе. В свою очередь значимых различий проявлений депрессии не было обнаружено, но стоит учитывать, что в данной выборке собирались данные по наименее уязвимой группе – молодые люди (21-35 лет), имеющие хотя бы незаконченное высшее образование.

В данной работе не нашлось подтверждения мнения о том, что длительность изоляции связана с уровнем депрессии, длительность нахождения на изоляции была связана лишь с общим проявлением тревожности, в частности ее фобическим компонентом.

Также не нашлось подтверждения мнения о высокой распространённости астенических нарушений в период пандемии, но это, возможно, связано с тем, что выборка в целом “молодая” и в ней много безработных и студентов, учащихся в дистанционной форме.

Можно заключить, что в эпидемию уровень проявления депрессии действительно находятся во взаимосвязи с ситуативной тревожностью, особенно это касается связи психологических переживаний и эмоционального дискомфорта с фобическим компонентом тревожности.

В дальнейшем исследовании следует более подробно исследовать различные дополнительные факторы, в данном случае особо полезной была бы информация об основной деятельности. Дальнейшее исследование

изучения связи депрессивных нарушений и тревожности во время пандемии и в другие острые периоды может расширить объяснения относительно единства депрессивных и тревожных расстройств. Важно, чтобы дальнейшие исследования могли изучить связь разных уровней тревожности и динамики депрессии, так как именно в подобные острые периоды эта связь наиболее прозрачна, по данному вопросу необходимы именно исследования в реалистичных условиях. Также во возможности необходимо оценивать состояние испытуемых многократно в разные периоды времени.

Наибольшим ограничением выступила невозможность объективно и полноценно оценить уровень уже имеющихся психических нарушений и актуальных психиатрических диагнозов, а также необходимость собирать информацию лишь по скрининговым методикам.

Основная гипотеза подтвердилась, но частные гипотезы нашли подтверждения лишь частично, тревожность все же была достоверно связана с карантинными мероприятиями и имениями в форме работы испытуемых.

Список литературы.

1. Chan JF-W, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. The Lancet. 2020; 395 (10223): 514–23. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9.

2. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). World Health Organization (WHO), 2020. Available from (assessed Feb 15, 2020): https:// www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations- (2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov).

3. "WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19". World Health Organization (WHO) (Press release), 11 March 2020. Archived from the original on 11 March 2020. Available from: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-202.

4. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. General Psychiatry 2020;33:e100213

5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The Psychological Impact of Quarantine and How To Reduce It: Rapid Review of the Evidence. The Lancet. 2020; 395 (10227): 912–20. Available from: https://doi. org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

6. Карантин // Италия — Кваркуш. — М.: Советская энциклопедия, 1973. — С. 392—393. — (Большая советская энциклопедия: [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров; 1969—1978, т. 11).

7. Hawryluck L., Gold WL., Robinson S., Pogorski S., Galea S., Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerg Infect Dis. 2004; 10: 1206-1212

8. Reynolds DL., Garay JR., Deamond SL., Moran MK., Gold W., Styra R., Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. Epidemiol Infect. 2008; 136: 997-1007

9. Marjanovic Z., Greenglass ER., Coffey S., The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2007; 44: 991-998

10. Bai Y., Lin C-C., Lin C-Y., Chen J-Y., Chue C-M., Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. Psychiatr Serv. 2004; 55: 1055-1057

11. Cava MA., Fay KE., Beanlands HJ., McCay EA., Wignall R., The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. Public Health Nurs. 2005; 22: 398-406

12. Desclaux A., Badji D., Ndione AG., Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. oc Sci Med. 2017; 178: 38-45

13. Jeong H., Yim HW., Song Y-J et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. Epidemiol Health. 2016; 38: e2016048

14. Maunder R., Hunter J., Vincent L., et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ. 2003; 168: 1245-1251

15. Robertson E., Hershenfield K., Grace SL., Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. Can J Psychiatry. 2004; 49: 403-407

16. Blendon RJ., Benson JM., DesRoches CM., Raleigh E., Taylor-Clark K. The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States. Clin Infect Dis. 2004; 38: 925-931

17. DiGiovanni C., Conley J., Chiu D., Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. Biosecur Bioterror. 2004; 2: 265-272

18. Wilken JA., Pordell P., Goode B. et al. Knowledge, attitudes, and practices among members of households actively monitored or quarantined to prevent transmission of Ebola virus disease–Margibi County, Liberia: February–March 2015. Prehosp Disaster Med. 2017; 32: 673-678

19. Caleo G., Duncombe J., Jephcott F. et al. The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone. BMC Public Health. 2018; 18: 248

20. Braunack-Mayer A., Tooher R., Collins JE., Street JM., Marshall H., Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. BMC Public Health. 2013; 13: 344

21. Pellecchia U Crestani R Decroo T Van den Bergh R Al-Kourdi Y Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. PLoS One. 2015; 10: e0143036

22. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. Compr Psychiatry 2012; 53: 15–23.

23. Tai W Wong 1, Josephine K Y Yau, Cecilia L W Chan, Rosalie S Y Kwong, Samuel M Y Ho, Chor C Lau, Fei L Lau, Chau H Lit, The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope, Eur J Emerg Med. 2005 Feb;12(1):13-8

24. Wu P., Liu X., Fang Y et al Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. Alcohol Alcohol. 2008; 43: 706-712

25. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. BMC Public Health 2008; 8: 347.)

26. Lee S, Chan LY, Chau AM, Kwok KP, Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. Soc Sci Med 2005; 61: 2038–46.

27. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. Disaster Med Public Health Prep 2013; 7: 105–10.

28. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? Gen Hosp Psychiatry 2011; 33: 75–77.

29. Asmundson GJ, Taylor S, Carleton RN, Weeks JW, Hadjstavropoulos HD. Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. Journalof Anxiety Disorders. 2012;26(1):246-251. doi:10.1016/j.janxdis. 2011.11.009.

30. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2020;(2):87-94. DOI : 10.31363/2313-7053-2020-2-87-94

31. Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, Zhongxiang Cai, Jianbo Hu, Ning Wei, Jiang Wu, Hui Du, Tingting Chen, Ruiting Li, Huawei Tan, Lijun Kang, Lihua Yao, Manli Huang, Huafen Wang, Gaohua Wang, Zhongchun Liu, Shaohua Hu. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to

Coronavirus Disease 2019. In: JAMA Netw Open, 2020, no. 3(3): e203976. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

32. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J., 2020)

33. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б. и др. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением COVID-19: данные онлайн-опроса . Вестник РГМУ. 2020; (3): –. DOI: 10.24075/vrgmu.2020.030

34. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry. 2020; 7 (4): e21. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0/.

35. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020; 3 (3): e203976. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

36. Крахмалева О.Е., Кузьмина К.Н., Ермолова И.М. Дистантная медико-психологическая помощь в условиях вынужденной изоляции. Омский психиатрический журнал. 2020; 2-1S (24): 11-15. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10202

37. Ениколопов, С.Н. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 / С.Н. Ениколопов, О.Ю. Казьмина, О.Ю. Воронцова, Т.И. Медведева, О.М. Бойко // Психологическая газета: электронный научный журнал.–2020.

38. Лебедев, В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции / В.И. Лебедев. - М., 2002.–С. 7.

39. Хрящева, Н.Ю. Особенности психических состояний в условиях изоляции // Психические состояния /под ред. Л.В. Куликова.−СПб., 2001.−С. 410.

40. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression //Archives of general psychiatry. – 1961. – Т. 4. – №. 6. – С. 561-571.

41. K.S. Kendler et al., 1996;P. Gorwood, 2004; J.W. Smoller et al., 2008; J. Angst et al.,2010.

42. В. Н. Краснов РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА Москва 2011.

43. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). Третье издание (исправленное и дополненное) — М.: «Консультант плюс — новые технологии», 2011. — 320 с.

44. Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки и коллектив. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015 — 1072 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А.

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе»

1.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будушим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4.

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5.

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8.

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14.

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17.

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19.

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА_____ НЕТ_____

20.

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б.

Инструкция: Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния.

В отношении каждого из них нужно решить – насколько данное состояние выражено именно СЕЙЧАС, В ДАННЫЙ МОМЕНТ, СЕГОДНЯ. В зависимости от этого поставьте “+” в одну из четырех граф.

Утверждение	**Совсем нет**	**Слабо выражено**	**Выражено**	**Очень выражено**
1. Я нахожусь в напряжении				

2. Я расстроен				
3. Я тревожусь о будущем				
4. Я нервничаю				
5. Я озабочен				
6. Я возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				
8. Я быстро устаю				
9. Я не уверен в себе				
10. Я избегаю любых конфликтов				
11. Я легко прихожу в замешательство				
12. Я ощущаю свою бесполезность				
13. Я плохо сплю				

14. Я ощущаю себя утомленным				
15. Я эмоционально чувствителен				

ПРИЛОЖЕНИЕ В.

1. Ваш сон поверхностный и неспокойный?
2. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
4. У Вас плохой аппетит?
5. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным забываете куда положили какую-нибудь вещь или не можете вспомнить, что только собирались делать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
13. У Вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?
15. Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?
16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?
17. Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?
18. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
19. Проверяете ли Вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.?
20. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
21. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?
22. Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?
23. Бывают ли у Вас приступы учащенного серцебиения?
24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?
25. Испытываете ли Вы в пальцах рук и ног, или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
26. У Вас бывают периоды такого беспокойства. Что Вы даже не можете усидеть на месте?
27. Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?

28. Ожидание Вас тревожит и нервирует?
29. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?
30. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?
31. Вы замечали, как у Вас непроизвольно подергиваются голова и плечи, или веки, скулы, особенно, когда Вы волнуетесь?
32. У Вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать, и Вы ощущаете себя одиноким?
36. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно Вы волнуетесь?
37. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у Вас находятся в беспокойном движении?
38. Беспокоит ли Вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнениях?
40. Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
41. Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли Вы обижаетесь?
46. У Вас бывают навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений?
47. Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побыть одному?
49. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
51. Бывают ли у Вас головные боли?
52. Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?
53. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)?
54. Вы легко краснеете или бледнеете?
55. Покрывается ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?
56. Приходят ли Вам на работе мысли, что с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?
57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?
58. Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?
59. Бывают ли у Вас запоры или поносы?
60. Когда Вы расстраиваетесь у Вас бывает отрыжка или тошнота?
61. Прежде чем принять решение Вы долго колеблетесь?
62. Легко ли меняется Ваше настроение?
63. При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?
64. После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?
65. У Вас повышенное слюноотделение?
66. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?
67. бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?
68. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?