

# Оценка распространенности тревожно-депрессивных расстройств на выборке жителей Москвы: сравнение данных самоопросников GAD-7 и HADS с клинической оценкой врача-психиатра

Prevalence of anxiety and depressive disorders in a sample of Moscow residents: comparison of the GAD-7 and HADS results with a clinical assessment

doi: 10.17816/CP15487

Оригинальное исследование

Valeriya Savenkova<sup>1</sup>, Yana Zorkina<sup>1,2</sup>,  
Alexandra Ochneva<sup>1,2</sup>, Angelina Zeltzer<sup>1</sup>,  
Darya Ryabinina<sup>1</sup>, Anna Tsurina<sup>1,3</sup>,  
Elizaveta Golubeva<sup>1,4</sup>, Anna Goncharova<sup>5</sup>,  
Irina Alekseenko<sup>5,6,7</sup>, George Kostyuk<sup>1</sup>,  
Anna Morozova<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Mental-health clinic No. 1 named after N.A. Alexeev,  
Moscow, Russia

<sup>2</sup> V. Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry  
and Narcology of the Ministry of Health of the Russian  
Federation, Moscow, Russia

<sup>3</sup> Pirogov Russian National Research Medical University,  
Moscow, Russia

<sup>4</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University  
(Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>5</sup> Moscow center for healthcare innovations, Moscow,  
Russia

<sup>6</sup> Shemyakin-Ovchinnikov Institute of Bioorganic Chemistry,  
Moscow, Russia

<sup>7</sup> Kurchatov Institute, Moscow, Russia

Валерия Савенкова<sup>1</sup>, Яна Зоркина<sup>1,2</sup>,  
Александра Очнева<sup>1,2</sup>, Ангелина Зельцер<sup>1</sup>,  
Дарья Рябинина<sup>1</sup>, Анна Цурина<sup>1,3</sup>,  
Елизавета Голубева<sup>1,4</sup>, Анна Гончарова<sup>5</sup>,  
Ирина Алексеенко<sup>5,6,7</sup>, Георгий Костюк<sup>1</sup>,  
Анна Морозова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1  
им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения  
города Москвы», Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»  
Минздрава России, Москва, Россия

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский  
медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава  
России, Москва, Россия

<sup>4</sup> ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава  
России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

<sup>5</sup> Московский центр инновационных технологий  
в здравоохранении, Москва, Россия

<sup>6</sup> Институт биоорганической химии им. академиком  
М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова, Москва, Россия

<sup>7</sup> НИЦ «Курчатовский институт», Москва, Россия

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Anxiety and depressive disorders are the most common mental disorders. Detecting a disorder at an early stage can prevent the development of severe disorders and preserve the patient's functioning ability. Simple and reliable screening tools based on self-completion of questionnaires can be used for this purpose. However, it is not always the case that the scores of the self-questionnaire align with those of the clinician.

**AIM:** To estimate the prevalence of anxiety-depressive disorders using the GAD-7 and HADS self-report questionnaires compared to psychiatrist assessment.

**METHODS:** The study included individuals aged 18 to 65 years, living in Moscow, Russia, without psychiatric disorders, who participated in an online study using the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-A and HADS-D) and GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale). Anxiety disorder was diagnosed when the total score was  $\geq 10$  on the GAD-7 and/or  $\geq 10$  on the HADS-A scale, and depression was defined when the total score was  $\geq 9$  on the HADS-D scale. Then, 82 randomly selected participants attended an anonymous consultation with a psychiatrist.

**RESULTS:** The study included 1,097 individuals (72% female), median age 29 (23; 37) years. As a result of testing, anxiety disorder was found in 168 (15%); depressive disorder — in 152 (14%) respondents. At medical verification, anxiety was diagnosed in 18 (22%); depression — in 19 (23%) people. The sensitivity of the HADS-D subscale for physician-diagnosed cases of depression was 61%, and specificity was 73%. The sensitivity of the HADS-A and GTR-7 subscale in identifying cases of anxiety disorder was 58%, specificity 59%. Sixteen percent were first diagnosed with a personality disorder or schizotypal disorder.

**CONCLUSION:** The level of anxiety and depression in our sample of the population of Moscow, Russia, was higher than the global level. Self-assessment based on the questionnaire seems to not fully reflect the real state of a patient, as evidenced by the differences with the psychiatrist's assessment.

## АННОТАЦИЯ

**ВВЕДЕНИЕ:** Тревожные и депрессивные расстройства — наиболее распространенные психиатрические заболевания. Выявление патологии на ранней стадии может предотвратить развитие серьезных нарушений и сохранить работоспособность пациента. В этом могут помочь простые и надежные скрининговые инструменты, основанные на самостоятельном заполнении опросников. Однако не всегда оценки самоопросника совпадают с клинической оценкой специалиста.

**ЦЕЛЬ:** Оценить распространенность тревожно-депрессивных расстройств с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) и самоопросника генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7) и сравнить результат с клиническим заключением психиатра.

**МЕТОДЫ:** В исследование включили лиц без психических расстройств от 18 до 65 лет, проживавших в г. Москве, которые приняли участие в онлайн-опросе с применением шкал HADS (HADS-A и HADS-D) и GAD-7. Тревожное расстройство определяли при суммарной оценке  $\geq 10$  баллов по GAD-7 и/или  $\geq 10$  баллов по шкале HADS-A, депрессию — при  $\geq 9$  баллов по шкале HADS-D. Затем 82 случайно отобранных участника прошли анонимную консультацию психиатра.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** В исследование включили 1097 человек (72% женщины), средний возраст — 29 (23; 37) лет. В результате тестирования тревожное расстройство обнаружено у 168 (15%), депрессивное расстройство — у 152 (14%) опрошенных. По результатам врачебной диагностики тревога диагностирована у 18 (22%), депрессия — у 19 (23%) человек. Чувствительность подшкалы HADS-D в отношении случаев депрессии, диагностированных врачами, составила 61%, специфичность — 73%. Чувствительность подшкалы HADS-A и GAD-7 при выявлении случаев тревожного расстройства составила 58%, специфичность — 59%. У 16% впервые диагностировали расстройства личности или шизотипическое расстройство.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Уровень тревоги и депрессии в данной выборке из популяции г. Москвы оказался повышен. Самооценка по опроснику не в полной мере отражает реальное состояние человека, о чем свидетельствуют несоответствия с оценкой психиатра.

**Keywords:** *depression; anxiety; urban population; GAD-7; HADS*

**Ключевые слова:** *депрессия; тревога; городская популяция; GAD-7; HADS*

## ВВЕДЕНИЕ

В современном обществе проблемы тревожных и депрессивных состояний становятся все более актуальными, особенно в городской среде. Их развитие обусловлено влиянием социальных, экономических и иных факторов [1]. По разным оценкам, более 300 млн человек по всему миру (4,05% всего населения) имеют тревожное расстройство [2], а около 280 млн (3,8% всего населения) — депрессивное расстройство<sup>1</sup>. Согласно статистике Института показателей и оценки здоровья, в России на сегодняшний день от депрессивных расстройств страдает 5 453 800 человек (около 3,8% населения страны), а от тревожных расстройств — 4 999 400 человек (около 3,5% населения страны). Эта группа психических расстройств является одной из самых распространенных среди населения в целом<sup>2</sup>.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения<sup>3</sup>, показатели заболеваемости будут значительно увеличиваться, и к 2030 г. депрессивное расстройство займет лидирующую позицию по распространенности среди других заболеваний. Наибольшая распространенность тревожных и депрессивных расстройств наблюдается среди подростков [3] и молодых людей, а это наиболее активная и трудоспособная группа населения. Рост распространенности тревожных и депрессивных расстройств отмечен также и в российской популяции (данные 2022–2023 гг.)<sup>4</sup>. По данным исследования ЭССЕ-РФ, клиническая депрессия по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)  $\geq 11$  баллов была зарегистрирована у 8,8% исследуемой когорты (мужчины — 6,7%, женщины — 10,0%) и тревога — у 18,1% (мужчины — 10,9%, женщины — 22,7%) [4].

Хронические тревожные и депрессивные расстройства могут являться опосредованными причинами развития целого ряда соматических заболеваний: нарушений работы желудочно-кишечного тракта, аллергических реакций, патологии органов дыхания, сердечно-сосудистых заболеваний, частых головных болей, мигрени и пр. Выявление тревожных и депрессивных расстройств на ранней стадии может предотвратить развитие тяжелых нарушений и сохранить функционирование пациента [5]. Также при жалобах на соматическую патологию необходимо исключить состояния тревоги и депрессии [6].

В связи с этим необходимы простые и надежные инструменты для скрининга на наличие данных патологий. Скрининг может быть выполнен с применением психометрических инструментов (шкал) для самостоятельной оценки самочувствия [7], что является быстрым и легким методом для предварительной диагностики.

Среди шкал для самостоятельной оценки симптомов наиболее используемыми являются HADS [8] и «Шкала генерализованного тревожного расстройства» (General Anxiety Disorder-7, GAD-7) [9]. Эти шкалы валидированы для обнаружения тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими [10], кардиологическими [11, 12], психоневрологическими заболеваниями [13], синдромом раздраженного кишечника [14]. Шкала GAD-7 не была валидирована в России, но была проведена адаптация русскоязычной версии [15]. В 2023 г. были опубликованы результаты валидации русскоязычной версии шкалы HADS [16].

По результатам исследований различных когорт распространенность тревоги по шкале HADS-A составила

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO). Depressive disorder (depression). Доступен по ссылке: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

<sup>2</sup> Около 4 млн россиян страдают психическими заболеваниями / Интерфакс. Доступен по ссылке: <https://www.interfax.ru/russia/945840>

<sup>3</sup> Global status report on physical activity 2022. Доступен по ссылке: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363607/9789240059153-eng.pdf?sequence=1>

<sup>4</sup> Квартальный прогноз ВВП. Выпуск № 55. Доступен по ссылке: <https://ecfor.ru/publication/kvartalnyj-prognoz-ekonomiki-vypusk-55>

26% у онкологических пациентов [17], 12% у пациентов с ишемической болезнью сердца [18], 16% у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями или сахарным диабетом [19], 14% у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, а также 11% у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией по шкале GAD-7 [20]. Распространенность депрессии по шкале HADS-D составила 28% для онкологической когорты [17], 20% для когорты с синдромом раздраженного кишечника [20] и 28% для когорты с сердечно-сосудистыми заболеваниями или сахарным диабетом [19]. Авторы отмечают одинаковые уровни тревоги в российской популяции больных ишемической болезнью сердца и выборке пациентов с ишемической болезнью сердца из европейских стран, которые проходили обследование по идентичному протоколу, и более высокий уровень депрессии в российской популяции по сравнению с европейской [18]. В предыдущем нашем исследовании мы оценивали уровни тревожности и депрессии у медработников и показали увеличение уровня тревожности с 16,09% в 2020 г. до 39,08% в 2022 г. и уровня депрессии с 8,05% в 2020 г. до 13,79% в 2022 г. Увеличение выраженности тревоги противоречило данным предыдущих лонгитюдных исследований [21].

Однако прошлое исследование имело ограничение: оценка тревоги и депрессии проводилась на основе самостоятельно заполняемых шкал (HADS), поэтому в связи с субъективным характером ответов не исключены были предвзятость или неточности. Также результаты опроса могли быть неверными из-за недооценки тревожных состояний, поскольку симптомы тревоги могут имитировать соматические заболевания или пересекаться с симптомами других психических заболеваний [22]. Для исправления возможных неточностей, обусловленных этим ограничением, мы добавили дополнительную шкалу оценки тревоги — GAD-7 — и провели оценку распространенности тревожно-депрессивных расстройств у случайной выборки пациентов, которым была проведена консультация психиатра.

Таким образом, целью данного исследования стала оценка распространенности тревожных и депрессивных состояний по данным самоопросников в выборке людей, проживающих в г. Москве, и ее сравнение с диагнозом врача-психиатра.

## МЕТОДЫ

### Дизайн исследования

Провели одномоментное опросное исследование распространенности тревоги и депрессии с помощью скрининговых шкал и последующей клинической (врачебной) валидацией психического состояния опрошенных.

### Измерения

В исследование, длившееся в период с июня 2022 г. по сентябрь 2023 г., были включены 1097 участников мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет, проживающих в г. Москве.

### Участники

Группа набиралась среди добровольцев, которые ответили на приглашение в социальных сетях пройти обследование на наличие психических расстройств. Критерием исключения являлось наличие ранее диагностированного психического расстройства и тяжелых соматических заболеваний. Объявление содержало сведения о целях и задачах исследования, месте его проведения, критериях включения и невключения. Тестовый материал предоставлялся в электронном виде, с использованием онлайн-инструмента «Google Формы» (Google LLC, США). Участникам исследования предлагалось указать пол, возраст, образование (отсутствует, начальное школьное, неполное среднее, полное среднее, высшее, ученая степень или аспирантура), место проживания и ответить на вопросы шкал HADS и GAD-7. Информацию в электронную форму можно было внести только один раз в рамках одной сессии, после завершения которой вернуться к результатам опроса было невозможно. Однако в процессе заполнения электронной формы допускалось исправление ответов. Нельзя было оставлять вопросы шкал неотвеченными.

Далее случайным образом, с помощью функции Lotto на VBA в Excel из числа заполнивших онлайн-опросник были отобраны для целей настоящего исследования данные 100 человек, с которыми связались по телефону и предложили посетить бесплатную анонимную очную консультацию врача-психиатра. Потенциальных участников информировали, что консультация будет проводиться с исследовательской целью для проверки результатов психометрического тестирования. В случае согласия участникам

предлагали выбрать удобную дату из предложенных и свободный слот для посещения.

Врачи, как и участники исследования, на момент консультации не были осведомлены о результатах психометрического тестирования. По итогам консультации при наличии психических расстройств у испытуемых врачи выставляли диагноз в соответствии с критериями МКБ-10<sup>5</sup>.

### Шкалы оценки тревожности и депрессии

В исследовании по разработке метода оценки риска психических расстройств психометрическое тестирование проведено с использованием адаптированных на русский язык шкал GAD-7 и HADS. Шкала GAD-7 (чувствительность — 89%, специфичность — 82% [23]) включает 7 утверждений, каждое с 4 вариантами ответа, которые ранжируются от 0 до 3 баллов в зависимости от выраженности симптомов тревоги [24]. Шкала HADS состоит из двух подшкал — тревожности (HADS-A, специфичность — 94,0%, чувствительность — 73,8%) и депрессии (HADS-D, чувствительность — 72,9%, специфичность — 92,5%) [25]. Каждая подшкала включает 7 утверждений с 4 вариантами ответа, отражающими степень выраженности признака — от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность) [26]. Наличие тревоги устанавливали при суммарной оценке  $\geq 10$  баллов по GAD-7 [23] и/или  $\geq 10$  баллов по шкале HADS-A, депрессию — при  $\geq 9$  баллов по шкале HADS-D [27].

### Статистический анализ

Анализ данных проведен с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics, версия 26.0 (IBM, США). Описание количественных показателей выполнено с указанием медианы (25-й и 75-й процентиля). Оценки тревожности и депрессии в независимых группах сравнивали с использованием Н-критерия Краскела–Уоллиса ( $\geq 3$  групп) и U-критерия Манна–Уитни (для 2 групп). Сравнение частот в независимых группах проведено с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Для оценки внутренней согласованности шкал HADS и GAD-7 применяли коэффициент альфа Кронбаха (при полностью идентичных результатах значение коэффициента равно 1,  $>0,9$  — очень хорошая согласованность,  $>0,8$  — хорошая,

$>0,7$  — достаточная,  $>0,6$  — сомнительная,  $>0,5$  — плохая,  $<0,5$  — недостаточная). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

### Этическая экспертиза

Каждый потенциальный участник исследования подписывал письменное информированное добровольное согласие на использование в научных целях полученных исследователями данных. После консультации психиатра всем участникам исследования выдавали результаты психометрического исследования. Результаты консультации психиатра оставались конфиденциальными и не сообщались участникам исследования. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (протокол № 1 от 25 января 2022 г.).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Характеристика выборки исследования

База данных пациентов, принявших участие в исследовании по разработке метода оценки риска психических расстройств, включала данные о 1097 участниках, среди которых было 794 (72%) женщины. Медиана возраста опрошенных — 29 (23; 37) лет. Высшее образование на момент опроса было у 841 (76%) человека, из них ученая степень была у 69 человек; полное среднее образование — у 153 (14%) человек, неполное среднее — у 12 (1%) человек; не ответили на вопрос о своем образовании 103 (9%) человека. Медиана оценки тревожности по шкале GAD-7 составила 4 (2; 7) балла, по шкале тревожности HADS-A — 6 (3; 9) баллов, по шкале депрессии HADS-D — 4 (2; 7) балла. Тревожное расстройство по шкале GAD-7 ( $\geq 10$  баллов) обнаружено у 163 (14,86%) участников исследования, по шкале HADS-A ( $\geq 10$  баллов) — у 164 (14,9%), хотя бы по одной из указанных шкал — у 168 (15,3%). Депрессия по шкале HADS-D ( $\geq 9$  баллов) выявлена у 152 (13,86%) опрошенных.

### Клиническая оценка тревожности и депрессии

Случайным образом из опрошенных была отображена группа из 82 человек, которым была проведена

<sup>5</sup> Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19) / МКБ-10. Доступен по ссылке: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>

анонимная консультация психиатра. Группы людей, не попавших в случайную выборку и прошедших консультацию психиатра, были сопоставимы с остальными участниками этого исследования по возрасту, полу и уровню образования (табл. 1).

**Таблица 1. Характеристика лиц, вошедших в случайную выборку**

Параметры	Группа не попавших в случайную выборку (n=1015)	Случайная выборка (n=82)	U-критерий Манна-Уитни	p
Возраст, годы	29 (23; 37)	27 (22; 31)	30 430	0,07
Женский пол, абс. (%)	730 (72)	64 (78)	1,24	0,27
Высшее образование, абс. (%)	778 (77)	63 (77)	3,16	0,08
Ученая степень, абс. (%)	62 (6)	7 (8)	0,64	0,43
Полное среднее образование, абс. (%)	141 (14)	12 (15)	0,03	0,86

По заключению врачей-психиатров, из 82 пришедших на консультацию психически здоровыми признаны 32 (39%) участника, аффективные расстройства с ведущим депрессивным синдромом (депрессивные расстройства) обнаружены у 19 (23%) человек, невротические расстройства с преобладанием тревожной симптоматики (тревожные расстройства) — у 18 (22%) человек, другие психические расстройства — у 13 (16%) человек (рис. 1).

Доли людей с депрессивной симптоматикой по результатам тестирования и по оценке врача совпадали ( $\chi^2=3,02$ ;  $p=0,083$ ). Среди 18 пациентов с диагнозом депрессии по оценке врача у 11 тот же результат был достигнут по данным психометрического теста (чувствительность 61%). Из 64 пациентов без депрессии по оценке врача только у 17 результаты теста были положительными (специфичность 73%). Оценка 24 (29%) человек по результатам теста не совпала с оценкой психиатра (табл. 2). Доля людей с тревожной симптоматикой отличалась от таковой при оценке врачом-психиатром ( $\chi^2=8,8$ ;  $p=0,004$ ), чувствительность составляла 58%, а специфичность — 59%. Оценка 34 (41%) человек по результатам теста не совпала с оценкой психиатра (табл. 3).



**Рисунок 1. Структура психических расстройств, диагностированных в результате консультаций психиатров.**

Источник: Савенкова и др., 2024.

**Таблица 2. Сопоставление результатов психометрического тестирования и клинической (врачебной) оценки наличия депрессивного расстройства**

Психометрическое тестирование	Клиническая (врачебная) оценка		Всего
	Депрессия (-)	Депрессия (+)	
Депрессия (-)	47 (57%)	7 (9%)	54 (66%)
Депрессия (+)	17 (21%)	11 (13%)	28 (34%)
Всего	64 (78%)	18 (22%)	82 (100%)

Примечание: (-) — отсутствие депрессии; (+) — наличие депрессии; (-)/(+) — для результатов тестирования наличие депрессивного расстройства устанавливали при суммарной оценке  $\geq 9$  баллов по шкале HADS-D.

**Таблица 3. Сопоставление результатов психометрического тестирования и клинической (врачебной) оценки наличия тревожного расстройства**

Психометрическое тестирование	Клиническая (врачебная) оценка		Всего
	Тревожность (-)	Тревожность (+)	
Тревожность (-)	37 (45%)	8 (10%)	45 (55%)
Тревожность (+)	26 (32%)	11 (13%)	37 (45%)
Всего	63 (77%)	19 (23%)	82 (100%)

Примечание: (-) — отсутствие тревожного расстройства; (+) — наличие тревожного расстройства; (-)/(+) — для результатов тестирования наличие тревожного расстройства устанавливали при суммарной оценке  $\geq 10$  баллов по шкале GAD-7 и/или  $\geq 10$  баллов по шкале HADS-A.

**Таблица 4. Внутренняя согласованность (альфа Кронбаха) шкал в группах с разными врачебными оценками психического здоровья**

Психическое здоровье*	Шкалы		
	GAD-7	HADS-A	HADS-D
Психически здоровые	0,916	0,850	0,835
Тревожные расстройства	0,882	0,733	0,873
Депрессивные расстройства	0,819	0,911	0,868
Другие психические расстройства	0,676	0,683	0,967

Примечание: \*Согласно результатам врачебной консультации. GAD-7 — «Шкала генерализованного тревожного расстройства»; HADS — «Госпитальная шкала тревоги и депрессии».

Оценка внутренней согласованности показала хорошую согласованность шкал, кроме оценки тревожности в группе лиц с другими психическими расстройствами (табл. 4).

Далее проводили сравнение оценок тревожности и депрессии по шкалам в группах пациентов

с разными клиническими диагнозами. Для шкал GAD-7 и HADS-A таких различий обнаружено не было. Статистически значимые отличия между группами при их сравнении были выявлены по показателю оценки депрессии по шкале HADS-D (табл. 5).

## ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании случайной выборки в количестве 1097 человек, проживающих в г. Москве, откликнувшихся на приглашение в социальных сетях для участия в научном исследовании психического здоровья, доля людей с тревожным расстройством составила 14,9%, причем этот показатель был одинаковый для обеих исследуемых шкал (GAD-7 и HADS-A). Доля пациентов с депрессивным расстройством составила 13,86% по результатам самоопросника HADS-D. Данные значения выше общемирового уровня, что было показано и в предыдущих исследованиях, проведенных в России [7]. В период пандемии COVID-19 доля людей с тревожными и депрессивными расстройствами, по оценкам выборки, схожей с нашей, составила 14 и 8% соответственно [28]. Таким образом, доля тревожных расстройств была одинаковой, а доля депрессивных расстройств возросла. При сравнении полученных в настоящей работе значений с данными наших прошлых исследований в когорте испытуемых, являющихся медицинскими работниками, депрессивные расстройства встречались с той же частотой (13,79 и 13,86% для предыдущего и настоящего исследований соответственно), а уровень тревожных расстройств в общей популяции был ниже, чем у медицинских работников (14,86 и 39,08% соответственно).

Шкалы GAD-7 и HADS, на основании которых была проведена оценка тревожно-депрессивных состояний, являются простыми в заполнении самоопросниками, состоящими из небольшого количества вопросов. Несмотря на то что шкалы GAD-7 и HADS были разработаны для выявления тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с психической или соматической патологией, существует значительное количество публикаций об их применении в общей популяции. В табл. S1 в Приложении приведены некоторые из них.

Различные оценки долей тревожно-депрессивных расстройств могут отличаться в исследованиях из-за различий выбранного порогового значения. В 2023 г.

Таблица 5. Сравнение баллов тревожности и депрессии по самоопросникам в группах с разной клинической оценкой психического здоровья

Шкалы	Оценка психического здоровья врачом				Н	р
	Психически здоровые (n=32)	Тревожные расстройства (n=18)	Депрессивные расстройства (n=19)	Другие психические расстройства (n=13)		
GAD-7 Me (Q1; Q3)	4,5 (3,0; 8,25)	9,0 (4,0; 13,5)	12,5 (6,25; 13,0)	5,0 (2,0; 11,0)	7,60	0,06
HADS-A Me (Q1; Q3)	7,0 (4,75; 9,25)	10,0 (5,0; 12,0)	12,5 (8,5; 15,5)	6,0 (4,0; 12,0)	7,57	0,06
HADS-D Me (Q1; Q3)	4,0 (2,0; 8,0)	6,0 (2,5; 10,5)	11,0 (5,25; 13,0)	6,0 (4,0; 8,0)	8,00	0,05

Примечание: GAD-7 — «Шкала генерализованного тревожного расстройства»; HADS — «Госпитальная шкала тревоги и депрессии».

была проведена валидация русскоязычной шкалы HADS на российской популяции и определены пороговые значения для выявления клинически значимых форм заболевания [16], какими мы и пользовались в нашем исследовании.

Участники нашего исследования были молодыми людьми с медианой возраста 29 лет. Хотя большинство исследований сообщают о том, что риск тревожных и депрессивных расстройств увеличивается с возрастом [29], в последнее время появляются данные, свидетельствующие, что тревожно-депрессивные расстройства затрагивают все более молодые слои общества [30, 31].

Применение скрининговых шкал осложняется тем, что результаты могут быть завышены из-за ипохондрии в рамках личностного склада и субъективного восприятия вопросов опрашиваемыми. Согласно исследованию Sato, Kawahara (2011), память избирательна для негативных состояний настроения, таких как тревога, депрессия и беспомощность. По мнению авторов, люди склонны преувеличивать значимость отрицательных впечатлений в прошлом (показано при сравнении результатов ретроспективной оценки с ежедневными) [32]. Эти данные частично подтверждаются результатами Nowgen и Suls, которые показали, что пребывающие в тревожном настроении сообщали о большем количестве сопутствующих симптомов, в то время как те, у кого было подавленное настроение, сообщали о большем количестве симптомов в прошлом [33]. Tarple и соавт. (2019) в своем исследовании выявили, что вопросы кратких опросников тревоги и депрессии PROMIS могут быть слишком сложными для людей с низким уровнем медицинской грамотности. Люди с ограниченной медицинской грамотностью могут отличаться

в своей реакции на вопросы о депрессии и тревоге по сравнению с людьми, у которых уровень медицинской грамотности выше [34]. В 2023 г. было проведено исследование, в котором 30 подростков в возрасте от 15 до 17 лет отвечали на вопросы шкалы GAD-7 каждые три недели в течение года. Результаты показали, что у людей с одинаковыми оценками по шкале GAD-7 наблюдалась различная динамика симптомов [35]. Это свидетельствует о том, что картина жалоб вариативна и динамична, для полного понимания клинической картины необходимо учитывать не только оценку на определенный момент времени, но и ее динамику во времени, а также нужно обращаться к профильным специалистам для верификации диагноза.

В нашем исследовании 82 человека из общей выборки прошли анонимную консультацию психиатра, в результате чего люди были разделены на 4 группы: с отсутствием психических расстройств (39%), с аффективными расстройствами с ведущим депрессивным синдромом (23%), с невротическими расстройствами с преобладанием тревожной симптоматики (22%), с другими психическими расстройствами (16%). Следует отметить, что доля тревожных расстройств при оценке врачом-психиатром была выше, чем по результатам самоопросника.

Также следует обратить внимание на 13 (16%) человек, впервые получивших психиатрические диагнозы, которые относились к группе расстройств шизофренического спектра и расстройствам личности. В популяции доля лиц с расстройствами личности составляет около 8% [36], с расстройствами шизофренического спектра — 1% [37]. Может быть несколько причин такого большого процента людей с подобными диагнозами, выявленными при обследовании, причем следует учесть тот факт, что

испытуемые отрицали наличие у себя ранее диагностированного психического расстройства. Стигма, связанная с психическим здоровьем, может вызывать у людей чувство стыда или страха при мысли о посещении психиатра [38]. В целом недостаток информации, страх осуждения и ограниченный доступ к помощи могут быть основными причинами, по которым люди не обращаются за психиатрической помощью. Однако дистресс вследствие психических нарушений может проявляться в стремлении исследовать свое психическое состояние, что и могло послужить мотивом у испытуемых нашей выборки пройти онлайн-тестирование, а затем и очную консультацию у врача-психиатра в рамках настоящего исследования.

Оценка внутренней согласованности пунктов опросников GAD-7 и HADS позволила нам показать отсутствие случайной постановки ответов респондентами. Самый низкий уровень, указывающий на достаточную, но не хорошую согласованность, был для шкал, оценивающих тревогу (GAD-7 и HADS-A), в группе испытуемых, которым были поставлены диагнозы расстройства личности и расстройства шизофренического спектра.

Мы не обнаружили отличий внутренней согласованности оценок тревожности и депрессии по шкалам между клиническими группами, выделенными врачами-психиатрами. Это говорит о том, что люди не ставили оценки случайно, а пытались отразить свое состояние. В то же самое время при сравнении показателей по шкалам отмечаются значимые отличия в группе пациентов с клиническим диагнозом депрессивного расстройства, тогда как в отношении тревоги значимых отличий между клиническими группами выявлено не было. Тревожный аффект может быть клиническим симптомом депрессивного расстройства [39]. В случае заполнения самоопросников пациенты субъективно отмечают у себя чувство тревоги, симптомы депрессии могут отходить на второй план и не выявляться при скрининге либо в силу отсутствия субъективных жалоб, либо в силу особенностей клинических проявлений, которые вопросы скрининговых шкал не учитывают. Клиническая дифференциация тревожных и депрессивных расстройств является сложной задачей. Наличие тревожного аффекта может рассматриваться клиницистами как часть депрессивного расстройства, а не как самостоятельное тревожное расстройство. Кроме того,

тревожные и депрессивные расстройства могут быть коморбидными состояниями [40]. Результаты диагностики могут зависеть от опыта и особенностей образования врача-психиатра, который трактует клинические проявления у пациента либо как самостоятельное тревожное расстройство, либо как депрессию с тревожным аффектом [41]. Вместе с тем известно о невысоком уровне надежности диагностики тревожных расстройств при использовании специалистами критериев МКБ-10 [42].

Ограничением настоящего исследования является смещенная выборка. Исследование проведено при участии жителей мегаполиса с высокой долей в выборке женщин, лиц с высшим образованием, лиц с психическими расстройствами (согласно заключениям врачей, консультировавших участников исследования). Люди, интересующиеся своим психическим здоровьем и участвующие в подобных исследованиях, с большей вероятностью могут иметь или подозревать у себя наличие какого-либо психического расстройства. Однако обойти данное ограничение очень сложно, и большинство исследований, проведенных на добровольцах, имеют такую же смещенную выборку. Из-за различных экономических, социодемографических и средовых факторов в разных регионах России на первое место могут выходить другие факторы, влияющие на психическое здоровье [43, 44]. Для крупных городов, таких как Москва, проблема тревожно-депрессивных расстройств является наиболее актуальной. Онлайн-тестирование имеет стандартные ограничения, описанные в других работах [28].

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Уровень тревоги и депрессии в случайной выборке людей, проживающих в Москве, откликнувшихся на приглашение в социальных сетях принять участие в научном исследовании психического здоровья, был выше общемирового уровня и составил около 14%.

Доля людей с депрессивной симптоматикой, оцененная с помощью шкал, была сопоставима с клинической оценкой психиатра, а оценка тревожной симптоматики была завышена по результатам тестирования.

Диагностика тревожно-депрессивных расстройств на раннем этапе является актуальной задачей, и скрининговые шкалы, предназначенные для самостоятельного заполнения пациентом, могут решить эту задачу, однако их уровень достоверности не слишком высок.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на поиск интегрированных подходов, совмещающих в себе простоту и доступность психометрических методик и точность клинического интервью.

### История публикации

**Рукопись поступила:** 08.12.2023

**Рукопись принята:** 27.09.2024

**Опубликована онлайн:** 09.12.2024

**Вклад авторов:** Все авторы внесли значительный вклад в статью, проверили и одобрили ее окончательную версию перед публикацией.

**Финансирование:** Исследование выполнено с использованием финансовых средств гранта № 2707-2/22 Московского центра инновационных технологий в здравоохранении.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Дополнительная информация

Приложение к данной статье доступно по doi:

Таблица S1: <https://doi.org/10.17816/CP15487-145377>

### Цитировать:

Савенкова В.И., Зоркина Я.А., Очнева А.Г., Зельцер А.И., Рябинина Д.А., Цурина А.М., Голубева Е.А., Гончарова А.С., Алексеенко И.В., Костюк Г.П., Морозова А.Ю. Оценка распространенности тревожно-депрессивных расстройств на выборке жителей Москвы: сравнение данных самоопросников GAD-7 и HADS с клинической оценкой врача-психиатра // *Consortium Psychiatricum*. 2024. Т. 5, № 4. CP15487. doi: 10.17816/CP15487

### Сведения об авторах

**\*Валерия Игоревна Савенкова**, младший научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейropsихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; e-Library SPIN-код: 3172-2782, Scopus Author ID: 57224724283, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8381-5445>  
E-mail: [i@savva9806.ru](mailto:i@savva9806.ru)

**Яна Александровна Зоркина**, к.б.н., старший научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейropsихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева

Департамента здравоохранения города Москвы»; старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-Library SPIN-код: 3017-3328, Researcher ID: H-2424-2013, Scopus Author ID: 54584719100, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0247-2717>

**Александра Геннадьевна Очнева**, научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейropsихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; младший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-Library SPIN-код: 3120-8975, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4182-5503>

**Ангелина Ильинична Зельцер**, лаборант-исследователь Научно-клинического исследовательского центра нейropsихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; e-Library SPIN-код: 7430-0893, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2715-1523>

**Дарья Анатольевна Рябинина**, младший научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейropsихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; e-Library SPIN-код: 7000-7963, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3756-5619>

**Анна Михайловна Цурина**, лаборант-исследователь Научно-клинического исследовательского центра нейropsихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; студентка ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0598-2564>

**Елизавета Александровна Голубева**, лаборант-исследователь Научно-клинического исследовательского центра нейropsихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; студентка ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4024-5184>

**Анна Сергеевна Гончарова**, руководитель проектов Московского центра инновационных технологий в здравоохранении; Scopus Author ID: 57194511103

**Ирина Васильевна Алексеенко**, к.б.н., заместитель директора Московского центра инновационных технологий в здравоохранении; руководитель группы генной иммуноонкотерапии Института биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова; заведующая сектором генной онкотерапии НИЦ «Курчатовский институт»; e-Library SPIN-код: 6827-4693, Scopus Author ID: 54408175400

**Георгий Петрович Костюк**, д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; e-Library SPIN-код: 3424-4544, Researcher ID: AAA-1682-2020, Scopus Author ID: 57200081884, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

**Анна Юрьевна Морозова**, к.м.н., руководитель отдела Научно-клинического исследовательского центра нейropsychиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; руководитель лаборатории экспериментальной нейробиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-Library SPIN-код: 3233-7638, Researcher ID: T-1361-2019, Scopus Author ID: 55648593900, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8681-5299>

\*автор, ответственный за переписку

## Список литературы

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
2. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, et al. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*. 2023;30(1):44. doi: 10.1186/s43045-023-00315-3
3. Korabel'nikova EA. [Anxiety disorders in adolescents]. *Medicinskij sovet*. 2018;(18):34–43. In Russian. doi: 10.21518/2079-701X-2018-18-34-43
4. Evstifeeva SE, Shal'nova SA, Kucenko VA, et al. [Anxiety and depression: ten-year changes of prevalence and its association with demographic and socio-economic characteristics according to the ESSE-RF study]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika*. 2023;22(S8):68–79. In Russian. doi: 10.15829/1728-8800-2023-3796
5. Soljanik MA. [Depression in general medical practice: an educational and methodological guide]. Saint-Petersburg: Publishing house of the I.I. Mechnikov NWSMU; 2015. 41 p. In Russian.
6. Nair SS, Kwan SC, Ng CWM, et al. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Singapore Med J*. 2021;62(5):252–258. doi: 10.11622/smedj.2021059
7. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2023;329(23):2057–2067. doi: 10.1001/jama.2023.9297
8. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69–77. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092–1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
10. Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2020;28(8):3921–3926. doi: 10.1007/s00520-019-05244-8
11. Pogosova NV, Oganov RG, Bojcov SA, et al. [Psychosocial factors and life quality in coronary heart disease patients: results of the russian part of international multicenter study EUROASPIRE IV]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika*. 2017;16(5):20–26. In Russian. doi: 10.15829/1728-8800-2017-5-20-26
12. Klinkova AS, Kamenskaja OV, Loginova IJu, et al. [Features of psychoemotional status in patients with chronic thromboembolic pulmonary hypertension after cardiac surgery during the COVID-19 pandemic]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2022;122(8):80–87. In Russian. doi: 10.17116/jnevro202212208180
13. Huang XJ, Ma HY, Wang XM, et al. Equating the PHQ-9 and GAD-7 to the HADS depression and anxiety subscales in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2022;311:327–335. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.079
14. Snijkers JTW, van den Oever W, Weerts ZZRM, et al. Examining the optimal cutoff values of HADS, PHQ-9 and GAD-7 as screening instruments for depression and anxiety in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33(12):e14161. doi: 10.1111/nmo.14161
15. Zolotareva AA. [Adaptation of the Russian version of the Generalized Anxiety Disorder-7]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapija*. 2023;31(4):31–46. In Russian. doi: 10.17759/cpp.2023310402
16. Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, et al. [Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale Russian-language version in the general population]. *Profilakticheskaja medicina*. 2023;26(4):7–14. In Russian. doi: 10.17116/profmed2023260417
17. Muzzatti B, Agostinelli G, Bomben F, et al. Intensity and Prevalence of Psychological Distress in Cancer Inpatients: Cross-Sectional Study Using New Case-Finding Criteria for the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Front Psychol*. 2022;13:875410. doi: 10.3389/fpsyg.2022.875410
18. Soares-Filho GL, Freire RC, Biancha K, et al. Use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a cardiac emergency room: chest pain unit. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(3):209–214. doi: 10.1590/s1807-59322009000300011
19. Karpenko OA, Melihov OG, Tjzhel'nikov AA, et al. [Diagnosing and treating depression and anxiety in patients with cardiovascular disorders and diabetes mellitus in primary healthcare: is training of physicians enough for improvement?]. *Consort Psychiatr*. 2021;2(4):2–12. In Russian. doi: 10.17816/CP112
20. Hu Z, Li M, Yao L, et al. The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC gastroenterol*. 2021;21(1):23. doi: 10.1186/s12876-020-01593-5
21. Syunyakov T, Zorkina Y, Ochneva A, et al. Comparison of Anxiety and Depression Rates in Russian Health Care Professionals in 2020 and 2023. *Psychiatr Danub*. 2023;35(Suppl 2):296–301.
22. Moryś JM, Bellwon J, Adamczyk K, et al. Depression and anxiety in patients with coronary artery disease, measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument. *Kardiol Pol*. 2016;74(1):53–60. doi: 10.5603/KP.a2015.0116
23. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092–1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092

24. [The GTR-7 questionnaire (GAD7) and the WFSBP recommendations for the treatment of generalized anxiety disorder]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Behтереva*. 2013;(2):71. In Russian.
25. Wu Y, Levis B, Sun Y, et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2021;373:n972. doi: 10.1136/bmj.n972
26. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
27. Kukshina AA, Kotel'nikova AV, Rassulova MA, et al. [Investigation of the psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale (HADS) recommended for general medical practitioners, on a sample of patients with impaired motor functions]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija*. 2023;12(2):1–24. In Russian. doi: 10.17759/cpse.2023120201
28. Karpenko OA, Syunyakov TS, Kulygina MA, et al. Impact of COVID-19 pandemic on anxiety, depression and distress — online survey results amid the pandemic in Russia. *Consort Psychiatr*. 2020;1(1):8–20. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20
29. Andreescu C, Varon D. New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(7):53. doi: 10.1007/s11920-015-0595-8
30. Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE, et al. School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1011–1020. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30403-1
31. Lakasing E, Mirza Z. Anxiety and depression in young adults and adolescents. *Br J Gen Pract*. 2020;70(691):56–57. doi: 10.3399/bjgp20X707765
32. Sato H, Kawahara J. Selective bias in retrospective self-reports of negative mood states. *Anxiety Stress Coping*. 2011;24(4):359–367. doi: 10.1080/10615806.2010.543132
33. Howren MB, Suls J. The symptom perception hypothesis revised: depression and anxiety play different roles in concurrent and retrospective physical symptom reporting. *J Pers Soc Psychol*. 2011;100(1):182–195. doi: 10.1037/a0021715
34. Taple BJ, Griffith JW, Wolf MS. Interview Administration of PROMIS Depression and Anxiety Short Forms. *Health Lit Res Pract*. 2019;3(3):e196–e204. doi: 10.3928/24748307-20190626-01
35. Wang B, Nemesure MD, Park C, et al. Leveraging deep learning models to understand the daily experience of anxiety in teenagers over the course of a year. *J Affect Disord*. 2023;329:293–299. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.084
36. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020;216(2):69–78. doi: 10.1192/bjp.2019.166
37. Lindhardt L, Nilsson LS, Munk-Jørgensen P, et al. Unrecognized schizophrenia spectrum and other mental disorders in youth disconnected from education and work-life. *Front Psychiatry*. 2022;13:1015616. doi: 10.3389/fpsy.2022.1015616
38. Ruzhenkova VV, Ruzhenkov VA. [The problem of stigma in psychiatry and suicidology]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Medicina. Farmacija*. 2012;(4):5–13. In Russian.
39. Vertogradova OP, Stepanov IL, Maksimova NM, et al. [Clinical and pathogenetic aspects in typology of depression]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. 2012;22(3):5–10. In Russian.
40. Petrova NN, Palkin JuP, Faddeev DV, et al. [Comorbidity of depression and anxiety in clinical practice]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. C.C Korsakova*. 2021;121(4):31–37. In Russian. doi: 10.17116/jnevro202112104131
41. Ionescu DF, Niciu MJ, Henter ID, et al. Defining anxious depression: a review of the literature. *CNS Spectr*. 2013;18(5):252–260. doi: 10.1017/S1092852913000114
42. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*. 2018;17(2):174–186. doi: 10.1002/wps.20524
43. Fatima SM, Khan S, Sadia R. The Relationship between Perceived Infectability and Psychological Well-being: The Mediating Role of Covid-19 Anxiety. *Psychol Russ*. 2023;16(2):63–71. doi: 10.11621/pir.2023.0205
44. Klimochkina AY, Nekhorosheva EV, Kasatkina DA. Existential Well-being, Mental Health, and COVID-19: Reconsidering the Impact of Lockdown Stressors in Moscow. *Psychol Russ*. 2022;15(2):14–31. doi: 10.11621/pir.2022.0202