

Научная статья / Research Article

<https://doi.org/10.11621/TEP-26-28>

УДК 159.944.4:159.942

Профиль эмоционального дистресса у артистов и научных работников: соотношение тревоги и депрессивно-ангедонических проявлений

В.Л. Машков^{1, 2}, К.В. Котенко³, И.В. Решетова³, А.А. Кобеляцкая³,
А.В. Бадимова³, А.А. Москалев³ ✉

¹ Московский театр Олега Табакова, Москва, Российская Федерация

² Московский театр «Современник», Москва, Российская Федерация

³ Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Российская Федерация

✉ amoskalev@med.ru

Резюме

Актуальность. Суммарные показатели эмоционального дистресса могут не отражать различия в соотношении тревожных и депрессивно-ангедонических проявлений. Для профессий, связанных с публичной оценкой и необходимостью быстрой мобилизации ресурсов, анализ структуры дистресса может быть информативнее общего показателя.

Цель. Сравнить общий уровень и профиль эмоционального дистресса у артистов, научных работников и лиц группы сравнения с учетом пола и возраста.

Выборка. В анализ вошли 299 взрослых разных профессий: 87 артистов, 89 научных работников и 123 участника группы сравнения; 190 женщин и 109 мужчин. Средний возраст артистов составлял 35,92 года ($SD = 15,73$), научных работников — 34,97 года ($SD = 15,31$), группы сравнения — 28,78 года ($SD = 11,85$).

Методы. Уровень эмоционального дистресса оценивался с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS; A.S. Zigmond, R.P. Snaith). Анализировались две подшкалы — тревоги (HADS-A), депрессии (HADS-D), их сумма (общий показатель HADS-T) и профильный контраст, рассчитанный как разность HADS-A минус HADS-D, отражающий перевес тревожных проявлений над депрессивными. Применялся коэффициент α Кронбаха, критерий Краскела — Уоллиса, многомерный ковариационный анализ, линейная регрессия с робастными стандартными ошибками и сравнение скрининговых долей.

Результаты. Общий HADS-T практически не различался между группами: 10,09 балла у артистов, 10,39 у научных работников и 10,08 в группе сравнения; $p = 0,900$. Вместе с тем профиль был неодинаков. После учета пола и возраста у артистов показатель по подшкале тревоги (HADS-A) был выше группы сравнения на 2,03 балла ($p = 0,001$), а показатель по шкале депрессии (HADS-D) ниже на 1,11 балла ($p = 0,018$). Профильный контраст у артистов превышал



показатель группы сравнения на 3,14 балла и научных работников на 2,32 балла (оба $p < 0,001$). Доля повышенных тревожных баллов не различалась, тогда как повышенные депрессивно-ангедонические баллы встречались у артистов реже. **Выводы.** Сопоставимый общий эмоциональный дистресс может иметь различную внутреннюю структуру. Для артистов характерно относительное преобладание тревожно-мобилизационного компонента при меньшей выраженности депрессивно-ангедонических проявлений. Таким образом, HADS-T не следует использовать без отдельного анализа подшкал.

Ключевые слова: эмоциональный дистресс, тревога, депрессивно-ангедонические проявления, HADS, артисты, научные работники, психология профессий, профильный анализ

Для цитирования: Машков, В.Л., Котенко, К.В., Решетова, И.В., Кобеляцкая, А.А., Бадимова, А.В., Москалев, А.А. (2026). Профиль эмоционального дистресса у артистов и научных работников: соотношение тревоги и депрессивно-ангедонических проявлений. *Теоретическая и экспериментальная психология*, 19(3), 154–171. <https://doi.org/10.11621/TEP-26-28>

Emotional Distress Profile in Performing Artists and Researchers: The Balance of Anxiety and Depressive–Anhedonic Symptoms

Vladimir L. Mashkov^{1,2}, Konstantin V. Kotenko³, Inna V. Reshetova³,
Anastasiya A. Kobelyatskaya³, Anna V. Badimova³,
Alexey A. Moskalev³ ✉

¹ Oleg Tabakov Moscow Theatre, Moscow, Russian Federation

² Moscow Sovremennik Theater, Moscow, Russian Federation

³ Petrovsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation

✉ amoskalev@med.ru

Abstract

Background. Total emotional distress scores may fail to capture differences in the balance between anxiety and depressive-anhedonic symptoms. For professions involving public evaluation and the need to mobilize resources quickly, analyzing the structure of distress may be more informative than relying on an overall score.

Objective. The goal is to compare the overall level and profile of emotional distress in performing artists, researchers, and a comparison group while accounting for sex and age.

Sample. The analysis included 299 adults from different professions: 87 performing artists, 89 researchers, and 123 participants in the comparison group; 190 women and 109 men. The mean age of the performing artists was 35.92 years ($SD = 15.73$), that of the researchers was 34.97 years ($SD = 15.31$), and that of the comparison group was 28.78 years ($SD = 11.85$).

Methods. Emotional distress was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; A.S. Zigmond, R.P. Snaith). Two subscales — anxiety (HADS-A) and depression (HADS-D) — along with their sum (the total HADS-T score) and a profile contrast calculated as the difference HADS-A minus HADS-D, reflecting the predominance of anxiety over depressive symptoms, were analyzed. Cronbach's α , the Kruskal — Wallis test, multivariate analysis of covariance, linear regression with robust standard errors, and comparison of screening proportions were used.

Results. Total HADS-T scores showed virtually no difference between groups: 10.09 in artists, 10.39 in researchers, and 10.08 in the comparison group; $p = 0.900$. The profile, however, was not uniform. After adjusting for sex and age, artists scored 2.03 points higher than the comparison group on the anxiety subscale (HADS-A) ($p = 0.001$) and 1.11 points lower on the depression subscale (HADS-D) ($p = 0.018$). The profile contrast in artists exceeded that of the comparison group by 3.14 points and that of researchers by 2.32 points (both $p < 0.001$). The proportion of elevated anxiety scores did not differ, whereas elevated depressive-anhedonic scores were less common among artists.

Conclusion. Comparable overall emotional distress may have a different internal structure. Artists are characterized by a relative predominance of the anxiety-mobilization component alongside less pronounced depressive-anhedonic symptoms. Thus, HADS-T should not be used without separately analyzing its subscales.

Keywords: emotional distress, anxiety, depressive-anhedonic symptoms, HADS, performing artists, researchers, occupational psychology, profile analysis

For citation: Mashkov, V.L., Kotenko, K.V., Reshetova, I.V., Kobelyatskaya, A.A., Badimova, A.V., Moskalev, A.A. (2026). Emotional distress profile in performing artists and researchers: the balance of anxiety and depressive-anhedonic symptoms. *Theoretical and Experimental Psychology*, 19(3), 154–171. <https://doi.org/10.11621/TEP-26-28>

Введение

Тревожные и депрессивные проявления относятся к наиболее распространенным формам эмоционального неблагополучия, но их соотношение может существенно различаться даже при одинаковой общей выраженности симптомов. Тревожный компонент включает напряжение, ожидание угрозы, беспокойство, внутреннюю дрожь и эпизоды паники. Депрессивная подшкала HADS преимущественно отражает утрату удовольствия и интереса, снижение бодрости, замедление и ослабление положительного ожидания; поэтому применительно к ней точнее говорить о депрессивно-ангедонических проявлениях, а не о полном клиническом синдроме депрессии (Zigmond & Snaith, 1983; Snaith, 2003).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии была разработана как краткий скрининговый инструмент, исключаяющий большинство соматических симптомов, которые могут исказить оценку при физических заболеваниях (Zigmond & Snaith, 1983). Обзор 747 исследований подтвердил ее пригодность для оценки выраженности тревоги и депрессии в клинических и неклинических выборках (Bjelland et al., 2002). В российской общей популяции подтверждена двухфакторная структура HADS и получены высокие коэффициенты внутренней согласованности:

$\alpha = 0,86$ для тревоги и $\alpha = 0,84$ для депрессии (Морозова и др., 2023). Последняя работа на русскоязычных студентах также поддерживает применение двух подшкал, хотя психометрическая дискуссия о соотношении специфических и общего факторов дистресса сохраняется (Маракшина и др., 2025).

Спор о структуре HADS имеет прямое содержательное значение. С одной стороны, тревога и депрессивно-ангедонические проявления коррелируют и могут отражать общий фактор эмоционального дистресса. С другой стороны, однофакторный общий балл способен скрывать противоположно направленные различия подшкал. Современный методологический анализ показывает, что для HADS описаны одно-, двух-, трехфакторные и бифакторные модели, а выбор способа интерпретации должен зависеть от исследовательской задачи и характеристик выборки (Lloyd et al., 2023). В сравнении профессиональных групп особенно важно одновременно представлять HADS-A, HADS-D и суммарный показатель.

В исполнительских профессиях человек постоянно находится в специфической эмоциональной ситуации. Публичное выступление предполагает наблюдение и оценку, ограниченную возможность исправить ошибку, высокую ответственность за результат и необходимость поддерживать необходимый уровень активации в точно заданный момент. Систематический обзор исследований артистов выделил организационные, межличностные и внутриличностные требования, включая нестабильность занятости, конкуренцию, отрицательную оценку и давление совершенства (Willis et al., 2019). В исследовании 782 австралийских актеров и исполнителей обнаружены более высокие показатели тревоги, депрессии и стресса по сравнению с нормативными данными, однако благополучие существенно различалось в зависимости от отношений и профессиональных обстоятельств (Szabó et al., 2022).

Данные о музыкантах также неоднородны. В датском исследовании почти тысячи музыкантов пол, профессиональный статус и особенности карьеры по-разному были связаны с HADS-A, HADS-D и субъективным благополучием; авторы подчеркивали, что объединение тревоги и депрессии в один показатель обедняет интерпретацию (Musgrave et al., 2025). В исследовании проявлений сострадания к себе (самосострадания) у артистов более выраженное самосострадание было связано с меньшими симптомами тревоги и депрессии после учета ряда демографических и профессиональных факторов (Walton et al., 2025). Эти работы показывают высокий интерес к психическому здоровью артистов, но не подтверждают представление о едином неблагоприятном профиле для всех представителей искусства.

Научная деятельность имеет иной набор требований: интеллектуальная неопределенность, длительные проекты с отсроченным результатом, конкуренция за финансирование и публикации, ограниченные сроки и необходимость сочетать исследовательские, административные и иногда преподавательские обязанности. В исследовании университетских сотрудников воспринимаемые профессиональные стрессоры были связаны с тревогой и депрессивными проявлениями, причем

наиболее значимыми были дефицит времени и недостаток признания (Hammoudi Halat et al., 2024).

Оценка психологических функций работников в условиях стресса проводится в различных исследованиях (Котенко, 2025; Лопаткина, 2014). Однако научные работники редко непосредственно сопоставляются с артистами. При этом сравнение только общих баллов эмоционального неблагополучия может привести к ошибочному выводу об отсутствии профессиональных различий. Равный HADS-T возможен при более высокой тревоге и более низкой депрессивно-ангедонической симптоматике в одной группе и обратном соотношении в другой. Поэтому центральной задачей настоящей работы стал анализ не только уровня, но и внутренней конфигурации эмоционального дистресса.

Теоретическое обоснование

В рамках дименсионального подхода тревога и депрессивно-ангедонические проявления рассматриваются как взаимосвязанные, но не тождественные изменения. Их общая часть может отражать негативную аффективность и субъективное неблагополучие, тогда как специфическая часть тревоги связана с напряжением и ожиданием угрозы, а специфическая часть депрессии — с ослаблением положительного аффекта и способности получать удовольствие. HADS-D была специально сконструирована вокруг ангедонии, что делает ее относительно менее зависимой от соматических жалоб (Zigmond & Snaith, 1983; Snaith, 2003).

Для исполнительской деятельности тревожная активация не обязательно равнозначна дезадаптации. Умеренное напряжение может сопровождать мобилизацию внимания и готовность к публичному действию. Однако HADS-A измеряет не ситуативное сценическое волнение, а более общий комплекс тревожных проявлений. Поэтому более высокий HADS-A у артистов нельзя автоматически трактовать как полезный ресурс; корректнее проверять, сочетается ли он с общим ростом дистресса или с иной конфигурацией подшкал.

Были сформулированы следующие гипотезы. Первая: общий показатель HADS-T может не различаться между профессиональными группами. Вторая: у артистов профиль будет смещен в сторону тревожных проявлений относительно депрессивно-ангедонических. Третья: различия профиля сохранятся после учета пола и возраста. Дополнительно исследовались доли участников с повышенными скрининговыми значениями по каждой подшкале.

Выборка

Исходный массив содержал данные 311 взрослых. Полные ответы на все 14 пунктов HADS имелись у 299 человек: 87 артистов, 89 научных работников и 123 участника группы сравнения. В аналитическую выборку вошло 190 женщин и 109 мужчин. Информация о возрасте имела у 281 участника: у всех артистов и научных работников, а также у 105 из 123 представителей группы сравнения.

Средний возраст артистов составлял 35,92 года ($SD = 15,73$), научных работников — 34,97 года ($SD = 15,31$), группы сравнения — 28,78 года ($SD = 11,85$). Среди артистов было 36 женщин и 51 мужчина, среди научных работников — 57 женщин и 32 мужчины, в группе сравнения — 97 женщин и 26 мужчин. В связи с различиями возрастной и половой структуры эти переменные включались в многофакторные модели.

Критерии включения: здоровые мужчины и женщины в возрасте от 18 лет; для группы артистов — активная профессиональная деятельность в сфере культуры и искусства не менее 5 лет; для группы ученых-медиков — активная научная деятельность в области медицины не менее 5 лет; письменное информированное согласие.

Критерии исключения: диагностированные нейродегенеративные заболевания; психические заболевания в анамнезе; черепно-мозговые травмы с потерей сознания; острые инфекционные заболевания менее 4 недель; регулярный прием препаратов, влияющих на когнитивные функции; алкогольная или наркотическая зависимость; противопоказания к МРТ (наличие металлических имплантов, кардиостимуляторов, клаустрофобия); беременность и лактация.

Методы

Методика

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) включает 14 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале от 0 до 3 баллов. Семь пунктов образуют подшкалу тревоги HADS-A, семь — подшкалу депрессии HADS-D; диапазон каждой подшкалы составляет 0–21 балл. Более высокое значение означает большую выраженность соответствующих проявлений. В настоящем массиве пунктовые значения уже были приведены к направлению ключа и суммировались по двум подшкалам.

Помимо HADS-A и HADS-D рассчитывался HADS-T как сумма 14 пунктов. Общий показатель использовался только как дополнительная мера дистресса, поскольку факторная структура HADS остается дискуссионной (Lloyd et al., 2023). Для прямой оценки соотношения подшкал рассчитывался профильный контраст $C = HADS-A - HADS-D$. Он не рассматривался как самостоятельная диагностическая шкала: положительное значение означало относительное преобладание тревожных проявлений, отрицательное — депрессивно-ангедонических.

Внутренняя согласованность составила $\alpha = 0,833$ для HADS-A, $\alpha = 0,736$ для HADS-D и $\alpha = 0,841$ для всех 14 пунктов. Корреляция HADS-A и HADS-D в общей выборке была умеренной: $\rho = 0,462$; $p < 0,001$, что подтверждало наличие общей вариативности при сохранении различий между подшкалами.

Для описательного скринингового анализа использовались классические границы 0–7, 8–10 и 11–21 балл (Zigmond & Snaith, 1983; Bjelland et al., 2002). Дополнительно проверялась устойчивость результата при порогах, предложенных

в российской популяционной валидации: 10 баллов для HADS-A и 9 баллов для HADS-D (Морозова и др., 2023). Эти категории не являются диагнозами и обозначают только повышенную вероятность эмоциональных нарушений.

Процедура и этические основания

Анкетирование проводилось очно в соответствии с единым протоколом. Участники заполняли опросники добровольно. Все участники предоставили информированное согласие на участие и обработку обезличенных данных.

Статистический анализ

Количественные данные описывали средним, стандартным отклонением, медианой и межквартильным размахом. Внутреннюю согласованность оценивали коэффициентом α Кронбаха. Из-за дискретности и асимметрии HADS межгрупповые сравнения без ковариат выполняли критерием Краскела — Уоллиса; величину эффекта описывали ϵ^2 . Попарные описательные эффекты оценивали Hedges g .

Совместное различие двух подшкал проверяли многомерным ковариационным анализом с HADS-A и HADS-D как зависимыми переменными, профессиональной группой как фактором, полом и возрастом как ковариатами. Основным многомерным критерием служил след Пиллая. Последующие линейные модели для HADS-A, HADS-D, HADS-T и профильного контраста включали индикаторы групп, женский пол и центрированный возраст. В связи с гетероскедастичностью использовали робастные стандартные ошибки HC3.

Доли повышенных значений сравнивали критерием χ^2 ; при попарном анализе редких событий применяли точный критерий Фишера. Все тесты были двусторонними, уровень значимости — 0,05. Анализ выполнялся в Python с использованием NumPy, SciPy и statsmodels.

Результаты исследования

Описательные статистики по выборке представлены в Таблице 1.

Таблица 1
Характеристики выборки и показатели HADS

Группа	n	Женщины / мужчины	Возраст, М (SD)	HADS-A, М (SD)	HADS-D, М (SD)	HADS-T, М (SD)	A-D, М (SD)
Артисты	87	36 / 51	35,92 (15,73)	7,29 (3,97)	2,80 (2,53)	10,09 (5,50)	4,48 (3,75)
Научные работники	89	57 / 32	34,97 (15,31)	6,45 (4,31)	3,94 (3,47)	10,39 (6,81)	2,51 (3,86)
Группа сравнения	123	97 / 26	28,78 (11,85)*	6,03 (4,42)	4,05 (3,37)	10,08 (6,78)	1,98 (3,98)
Всего	299	190 / 109	—	6,52 (4,28)	3,66 (3,22)	10,18 (6,42)	2,87 (4,01)

Примечание. М — среднее; SD — стандартное отклонение; A-D — профильный контраст HADS-A минус HADS-D. * Возраст известен у 105 участников группы сравнения.

Table 1
Sample characteristics and HADS scores

Group	n	Women / Men	Age, M (SD)	HADS-A, M (SD)	HADS-D, M (SD)	HADS-T, M (SD)	A-D, M (SD)
Artists	87	36 / 51	35.92 (15.73)	7.29 (3.97)	2.80 (2.53)	10.09 (5.50)	4.48 (3.75)
Researchers	89	57 / 32	34.97 (15.31)	6.45 (4.31)	3.94 (3.47)	10.39 (6.81)	2.51 (3.86)
Comparison group	123	97 / 26	28.78 (11.85)*	6.03 (4.42)	4.05 (3.37)	10.08 (6.78)	1.98 (3.98)
Total	299	190 / 109	—	6.52 (4.28)	3.66 (3.22)	10.18 (6.42)	2.87 (4.01)

Note. M — mean; SD — standard deviation; A-D — profile contrast HADS-A minus HADS-D. *Age was known for 105 participants in the comparison group.

Надежность и взаимосвязь подшкал

Обе подшкалы имели приемлемую или высокую внутреннюю согласованность. Надежность HADS-A была выше, чем HADS-D. Внутри отдельных групп α HADS-A изменялась от 0,788 до 0,857, α HADS-D — от 0,619 у артистов до 0,808 у научных работников. Более низкая надежность HADS-D у артистов учитывалась при интерпретации небольших различий.

HADS-A и HADS-D были положительно связаны во всех группах: у артистов $\rho = 0,367$, у научных работников $\rho = 0,557$, в группе сравнения $\rho = 0,520$; во всех случаях $p < 0,001$. Следовательно, подшкалы отражали общую область эмоционального неблагополучия, но степень их сопряженности не исключала профильных различий.

Суммарный уровень и профиль эмоционального дистресса

Суммарный HADS-T был практически одинаков во всех профессиональных группах (Таблица 1). Критерий Краскела — Уоллиса не выявил различий: $H(2) = 0,21$; $p = 0,900$; $\epsilon^2 = 0$. В модели с учетом пола и возраста профессиональная группа также не была связана с HADS-T: для артистов $B = 0,92$; 95% ДИ $[-0,93; 2,78]$; $p = 0,329$, для научных работников $B = 0,48$; 95% ДИ $[-1,43; 2,38]$; $p = 0,626$.

Для HADS-A межгрупповое различие без ковариат находилось на уровне статистической тенденции: $H(2) = 5,30$; $p = 0,071$; $\epsilon^2 = 0,011$. После учета пола и возраста артисты имели более высокий HADS-A, чем группа сравнения, $B = 2,03$; 95% ДИ $[0,80; 3,26]$; $p = 0,001$, и чем научные работники, разность $B = 1,38$; 95% ДИ $[0,13; 2,64]$; $p = 0,031$. Научные работники от группы сравнения не отличались.

По HADS-D обнаружено небольшое, но статистически значимое общее различие: $H(2) = 7,17$; $p = 0,028$; $\epsilon^2 = 0,017$. В скорректированной модели показатель у артистов был ниже группы сравнения на 1,11 балла: 95% ДИ $[-2,03; -0,19]$; $p = 0,018$, и ниже научных работников на 0,93 балла: 95% ДИ $[-1,85; -0,02]$; $p = 0,045$. Научные работники и группа сравнения не различались.

Наиболее отчетливые различия выявлены по профильному контрасту HADS-A–HADS-D: $H(2) = 20,61$; $p < 0,001$; $\epsilon^2 = 0,063$. После учета пола и возраста показатель артистов превышал группу сравнения на 3,14 балла: 95% ДИ [2,01; 4,26]; $p < 0,001$, и научных работников на 2,32 балла: 95% ДИ [1,19; 3,45]; $p < 0,001$. Научные работники и группа сравнения значимо не различались.

Многомерный анализ двух подшкал подтвердил общий эффект профессиональной группы после контроля пола и возраста: след Пиллая $V = 0,098$; $F(4,552) = 7,10$; $p < 0,001$. Таким образом, отсутствие различий по HADS-T сочеталось со значимым различием конфигурации тревожных и депрессивно-ангедонических проявлений (Таблица 2).

Таблица 2
Многофакторные модели HADS с учетом пола и возраста

Исход	Предиктор	B	SE HC3	95% ДИ	p
HADS-A	Артисты	2,031	0,626	[0,805; 3,258]	0,001
	Научные работники	0,649	0,620	[−0,568; 1,865]	0,296
	Женский пол	2,179	0,545	[1,112; 3,247]	<0,001
	Возраст, 1 год	−0,054	0,016	[−0,084; −0,023]	<0,001
HADS-D	Артисты	−1,107	0,470	[−2,028; −0,186]	0,018
	Научные работники	−0,173	0,508	[−1,169; 0,823]	0,733
	Женский пол	0,889	0,412	[0,082; 1,697]	0,031
	Возраст, 1 год	−0,004	0,013	[−0,029; 0,021]	0,755
HADS-T	Артисты	0,924	0,947	[−0,931; 2,780]	0,329
	Научные работники	0,475	0,974	[−1,434; 2,385]	0,626
	Женский пол	3,069	0,829	[1,445; 4,693]	<0,001
	Возраст, 1 год	−0,057	0,024	[−0,105; −0,010]	0,017
HADS-A–HADS-D	Артисты	3,139	0,574	[2,014; 4,263]	<0,001
	Научные работники	0,822	0,581	[−0,316; 1,960]	0,157
	Женский пол	1,290	0,497	[0,317; 2,263]	0,009
	Возраст, 1 год	−0,050	0,015	[−0,080; −0,019]	0,001

Примечание. $n = 281$. Референтные категории — группа сравнения и мужской пол. Возраст центрирован относительно среднего. B — нестандартизованный коэффициент; SE HC3 — робастная стандартная ошибка.

Table 2
Multivariable HADS models adjusted for sex and age

Outcome	Predictor	B	SE HC3	95% CI	p
HADS-A	Artists	2.031	0.626	[0.805; 3.258]	0.001

Outcome	Predictor	B	SE HC3	95% CI	p
HADS-D	Researchers	0.649	0.620	[-0.568; 1.865]	0.296
	Women	2.179	0.545	[1.112; 3.247]	<0.001
	Age, 1 year	-0.054	0.016	[-0.084; -0.023]	<0.001
	Artists	-1.107	0.470	[-2.028; -0.186]	0.018
HADS-T	Researchers	-0.173	0.508	[-1.169; 0.823]	0.733
	Women	0.889	0.412	[0.082; 1.697]	0.031
	Age, 1 year	-0.004	0.013	[-0.029; 0.021]	0.755
	Artists	0.924	0.947	[-0.931; 2.780]	0.329
HADS-A-HADS-D	Researchers	0.475	0.974	[-1.434; 2.385]	0.626
	Women	3.069	0.829	[1.445; 4.693]	<0.001
	Age, 1 year	-0.057	0.024	[-0.105; -0.010]	0.017
	Artists	3.139	0.574	[2.014; 4.263]	<0.001
	Researchers	0.822	0.581	[-0.316; 1.960]	0.157
	Women	1.290	0.497	[0.317; 2.263]	0.009
	Age, 1 year	-0.050	0.015	[-0.080; -0.019]	0.001

Note. n = 281. Reference categories — comparison group and male sex. Age was centered around the mean. B — unstandardized coefficient; SE HC3 — robust standard error.

Скрининговые уровни

При классическом пороге ≥ 8 баллов повышенные значения HADS-A имелись у 36,8% артистов, 30,3% научных работников и 32,5% участников группы сравнения; $\chi^2(2) = 0,86$; $p = 0,651$; V Крамера = 0,054. Следовательно, группы не различались по общей доле участников с повышенными тревожными баллами (Таблица 3).

Повышенные значения HADS-D встречались у 4,6% артистов, 16,9% научных работников и 17,9% группы сравнения; $\chi^2(2) = 8,66$; $p = 0,013$; V = 0,170. В попарном точном анализе вероятность повышенного HADS-D была ниже у артистов, чем у научных работников ($p = 0,013$) и группы сравнения ($p = 0,005$).

При использовании порогов российской популяционной валидации результат сохранялся: HADS-A ≥ 10 имели 27,6% артистов, 22,5% научных работников и 22,8% группы сравнения ($p = 0,661$), HADS-D ≥ 9 — соответственно 2,3%, 11,2% и 13,8% ($p = 0,018$). Таким образом, вывод не зависел от выбранной системы скрининговых границ.

Таблица 3
Доля участников с повышенными значениями HADS

Критерий	Артисты, n (%)	Научные работники, n (%)	Группа сравнения, n (%)	$\chi^2(2)$	p
HADS-A ≥ 8	32 (36,8)	27 (30,3)	40 (32,5)	0,86	0,651
HADS-D ≥ 8	4 (4,6)	15 (16,9)	22 (17,9)	8,66	0,013
HADS-A ≥ 10	24 (27,6)	20 (22,5)	28 (22,8)	0,83	0,661

Критерий	Артисты, n (%)	Научные работники, n (%)	Группа сравнения, n (%)	$\chi^2(2)$	p
HADS-D ≥ 9	2 (2,3)	10 (11,2)	17 (13,8)	8,07	0,018

Примечание. Пороги ≥ 8 соответствуют классической скрининговой интерпретации; пороги HADS-A ≥ 10 и HADS-D ≥ 9 предложены при валидации русскоязычной версии в общей популяции. Категории не являются клиническими диагнозами.

Table 3
Participants with elevated HADS scores

Criterion	Artists, n (%)	Researchers, n (%)	Comparison group, n (%)	$\chi^2(2)$	p
HADS-A ≥ 8	32 (36.8)	27 (30.3)	40 (32.5)	0.86	0.651
HADS-D ≥ 8	4 (4.6)	15 (16.9)	22 (17.9)	8.66	0.013
HADS-A ≥ 10	24 (27.6)	20 (22.5)	28 (22.8)	0.83	0.661
HADS-D ≥ 9	2 (2.3)	10 (11.2)	17 (13.8)	8.07	0.018

Note. Cut-offs ≥ 8 correspond to the classic screening interpretation; cut-offs of HADS-A ≥ 10 and HADS-D ≥ 9 were proposed during validation of the Russian-language version in the general population. The categories are not clinical diagnoses.

Пол и возраст

Женский пол был связан с более высокими значениями обеих подшкал, причем различие сильнее выражалось для HADS-A. После учета профессиональной группы и возраста женщины имели HADS-A выше на 2,18 балла и HADS-D выше на 0,89 балла. В результате HADS-T у женщин был выше на 3,07 балла, а профильный контраст смещался в сторону тревоги на 1,29 балла.

С возрастом HADS-A снижался в среднем на 0,054 балла на год, тогда как HADS-D не демонстрировал независимой возрастной связи. Поэтому часть различий нескорректированных средних могла быть обусловлена более молодым составом группы сравнения; включение возраста и пола не устранило, а усилило специфический профиль артистов.

Обсуждение результатов

Основной результат исследования состоит в расхождении между суммарной выраженностью и структурой эмоционального дистресса. HADS-T оказался практически идентичным у артистов, научных работников и участников группы сравнения. Если бы анализ ограничивался общим баллом, выводом стало бы отсутствие профессиональных различий. Раздельное рассмотрение подшкал показало иную картину: у артистов тревожный компонент был выше, а депрессивно-ангедонический — ниже. Этот эффект сохранялся после учета пола и возраста и подтверждался как непрерывными показателями, так и скрининговыми долями.

Полученные данные поддерживают методологическую позицию, согласно которой HADS-A и HADS-D нельзя безусловно заменять общим HADS-T.

Современные обзоры факторной структуры HADS отмечают выраженный общий фактор дистресса, но одновременно указывают на значимые специфические компоненты тревоги и депрессии и зависимость модели от популяции и метода анализа (Lloyd et al., 2023). В российской популяционной валидации подтверждена двухфакторная структура, а оптимальные диагностические пороги для двух подшкал оказались различными (Морозова и др., 2023). Наши результаты показывают практическое следствие этой дискуссии: общий балл способен полностью замаскировать профессионально специфическую конфигурацию симптомов.

Более высокий тревожный показатель у артистов согласуется с данными об эмоциональных требованиях к исполнительской деятельности. Систематический обзор Willis и соавторов (2019) описывает влияние публичной оценки, конкуренции, нестабильности и внутреннего давления совершенства. В исследовании австралийских актеров и исполнителей тревога, депрессия и стресс превышали популяционные ориентиры, но их выраженность зависела от профессиональных и межличностных обстоятельств (Szabó et al., 2022). Musgrave и соавторы (2025), применявшие HADS у датских музыкантов, также обнаружили неодинаковую роль профессиональных и демографических факторов для тревоги и депрессии.

Однако HADS-A не является мерой сценической тревоги. Его пункты оценивают общее напряжение, беспокойные мысли, страх, внутреннюю дрожь, неуверенность и панику. Поэтому результаты не позволяют утверждать, что повышенный HADS-A является исключительно функциональной мобилизацией перед выступлением. Термин «тревожно-мобилизационный профиль» в данной работе обозначает относительное преобладание тревожного измерения при отсутствии повышения общего HADS-T и при меньшем HADS-D, а не адаптивность тревоги как таковой.

Низкая выраженность депрессивно-ангедонических проявлений у артистов является не менее важным результатом. Подшкала HADS-D фокусируется на способности получать удовольствие, смеяться, чувствовать бодрость, ожидать удовлетворения и сохранять интерес. Творческая деятельность потенциально предоставляет сильные источники положительного подкрепления, вовлеченности, смысла и эмоционального выражения. Исследования благополучия музыкантов показывают, что профессиональная музыкальная деятельность может сочетать высокие требования с высокими показателями смысла и вовлеченности (Ascenso et al., 2018). При этом настоящее поперечное исследование не позволяет установить, является ли меньшая ангедония следствием творческой деятельности, условием профессионального отбора или особенностью состава выборки.

Полученный результат отличается от исследования Szabó и соавторов (2022), где у австралийских актеров были повышены и тревога, и депрессия по сравнению с нормативными данными. Противоречие может быть связано с различиями стран, профессиональной структуры, периода обследования, инструментов и групп сравнения. Австралийская работа использовала DASS и сопоставление с внешними нормативами, тогда как в настоящем исследовании три группы

обследовались единым протоколом. Кроме того, HADS-D намеренно исключает соматические и многие когнитивные симптомы депрессии, концентрируясь на ангедонии.

Научные работники по общему уровню и профилю HADS не отличались от группы сравнения. Это не означает отсутствия профессиональных рисков в научной среде. Международные исследования университетских сотрудников связывают ограничения времени, конкуренцию, недостаток признания и дисбаланс ролей с тревогой и депрессивными проявлениями (Hammoudi Halat et al., 2024). Вероятно, профессиональная неоднородность научной группы, различия должностей и этапов карьеры могли сгладить эффекты. Для последующего анализа необходимы сведения о стаже, научной позиции, временной занятости, грантовой и публикационной нагрузке.

Женщины демонстрировали более высокие значения HADS-A и HADS-D, причем эффект пола для тревоги был сильнее. Подобные различия обнаруживались в российской популяционной валидации HADS и в исследованиях музыкантов (Морозова и др., 2023; Musgrave et al., 2025). Вместе с тем пол не является объяснением профессионального профиля артистов: после статистической корректировки относительное преобладание HADS-A у них сохранялось.

Возраст был обратно связан с тревожным, но не депрессивно-ангедоническим компонентом. Из-за поперечного дизайна нельзя разделить возрастной эффект, когортные различия и профессиональный отбор. Более молодой состав группы сравнения делал обязательной корректировку возраста; после нее различия артистов не исчезли.

Важно отметить, что скрининговый анализ требует осторожности. HADS не устанавливает диагноз тревожного или депрессивного расстройства. Классические границы 8 и 11 баллов создавались для выявления возможных случаев, а российская валидация предложила иные оптимальные пороги (Морозова и др., 2023). Тем не менее обе системы дали одинаковый содержательный результат: доля повышенной тревоги была сопоставима, тогда как повышенные депрессивно-ангедонические показатели у артистов встречались реже.

В целом результаты не поддерживают стигматизирующее представление о творческой профессии как о состоянии общего психологического неблагополучия. Они указывают на более сложный профиль, где тревожное напряжение сочетается с сохранностью положительного аффекта и способности получать удовольствие. При этом индивидуальные артисты с высокими HADS-A или HADS-D нуждаются в таком же внимании, как участники других групп, а среднегрупповой профиль не должен использоваться для оценки конкретного человека.

Практическое применение

В программах психологического сопровождения артистов целесообразно не ограничиваться суммарной оценкой эмоционального дистресса. Раздельные HADS-A и HADS-D позволяют отличить профиль преимущественного

напряжения и беспокойства от профиля с утратой удовольствия, снижением бодрости и интереса. Это различие важно для выбора направления последующей беседы и углубленной диагностики.

Повышенный HADS-A у артиста требует уточнения контекста: связан ли он с конкретными выступлениями, распространяется ли на повседневную жизнь, сопровождается ли избеганием, нарушением сна, паническими проявлениями или снижением профессионального функционирования. Низкий HADS-D не отменяет необходимости помощи при выраженной тревоге.

Выводы

1. Суммарный уровень эмоционального дистресса HADS-T не различался у артистов, научных работников и участников группы сравнения.
2. При одинаковом HADS-T у артистов обнаружена иная конфигурация проявлений: более высокий, чем у группы сравнения, тревожный и более низкий депрессивно-ангедонический компонент.
3. Профильное преобладание HADS-A над HADS-D у артистов сохранялось после учета пола и возраста и было значимо выраженнее, чем у научных работников и группы сравнения.
4. Доля участников с повышенной тревогой была сопоставима во всех группах, тогда как повышенные депрессивно-ангедонические показатели у артистов встречались реже.
5. При сравнении профессиональных групп необходимо представлять HADS-A и HADS-D раздельно: общий HADS-T может скрывать противоположно направленные различия.

Список литературы

Котенко, К.В., Михайлова, А.А., Нагорнев, С.Н., Васильева, Е.С., Фролков, В.К., Олифер, Я.С., Бадимова, А.В., Решетова, И.В., Корчажкина, Н.Б. (2025). Биохимические маркеры стресса у медицинских работников с синдромом профессионального выгорания и их динамика при применении физиотерапевтических факторов. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*, 102(5–2), 17–27. <https://doi.org/10.17116/kurort202510205217>

Лопаткина, Л.В., Котенко, К.В., Корчажкина, Н.Б. (2014). Комплексные немедикаментозные программы в коррекции вегетативных и психоэмоциональных нарушений при метаболическом синдроме. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*, 13(4), 4–6. <https://doi.org/10.17816/41443>

Маракшина, Ю.А., Павлова, А.А., Исмагуллина, В.И., Лобаскова, М.М. (2025). Анализ психометрических свойств Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) на выборке русскоязычных студентов. *Acta Biomedica Scientifica*, 10(5), 182–193. <https://doi.org/10.29413/ABS.2025-10.5.20>

Морозова, М.А., Потанин, С.С., Бениашвили, А.Г., Бурминский, Д.С., Лепилкина, Т.А., Рупчев, Г.Е., Кибитов, А.А. (2023). Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. *Профилактическая медицина*, 26(4), 7–14. <https://doi.org/10.17116/profmed2023260417>

Ascenso, S., Williamon, A., Perkins, R. (2018). Resounding meaning: A PERMA wellbeing profile of classical musicians. *Frontiers in Psychology*, (9), 1895–1909. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01895>

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)

Hammoudi Halat, D., Abdel-Rahman, M.E., Al-Jayyousi, G.F., Malki, A. (2024). Associations between perceived occupational stressors and symptoms severity of depression, anxiety and stress among academic faculty: First cross-sectional study from Qatar. *BMC Psychology*, (12), 393–410. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01801-x>

Li, S.A., Sakata, N., Donn, G. (2025). A scoping review of mental health literacy in performing and creative artists. *Frontiers in Psychology*, (16), 1329029–1329045. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1329029>

Lloyd, M., Sugden, N., Thomas, M., McGrath, A., Skilbeck, C. (2023). The structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: Theoretical and methodological considerations. *British Journal of Psychology*, 114(3), 642–664. <https://doi.org/10.1111/bjop.12637>

Musgrave, G., Gross, S.A., Carney, D. (2025). Determinants of anxiety, depression and subjective wellbeing among musicians in Denmark: Findings from the “When Music Speaks” project. *Scandinavian Journal of Psychology*, 66(3), 429–445. <https://doi.org/10.1111/sjop.13095>

Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, (1), 29–35. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

Szabó, M., Seton, M., Maxwell, I., Cunningham, M.L. (2022). Psychological well-being of Australian actors and performing artists: Life satisfaction and negative affect. *Medical Problems of Performing Artists*, 37(2), 106–117. <https://doi.org/10.21091/mppa.2022.2016>

Walton, C.C., Kirby, J.N., McKenzie, S., Gao, C.X., Purcell, R., Rice, S.M., Osborne, M.S. (2025). A preliminary investigation into self-compassion and performing artists’ mental health and wellbeing. *Frontiers in Psychology*, (16), 1512114–1512130. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1512114>

Willis, S., Neil, R., Mellick, M.C., Wasley, D. (2019). The relationship between occupational demands and well-being of performing artists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, (10), 393–413. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00393>

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

References

Ascenso, S., Williamon, A., Perkins, R. (2018). Resounding meaning: A PERMA wellbeing profile of classical musicians. *Frontiers in Psychology*, (9), 1895–1909. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01895>

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)

Hammoudi Halat, D., Abdel-Rahman, M.E., Al-Jayyousi, G.F., Malki, A. (2024). Associations between perceived occupational stressors and symptoms severity of depression, anxiety and stress among academic faculty: First cross-sectional study from Qatar. *BMC Psychology*, (12), 393–410. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01801-x>

Kotenko, K.V., Mikhailova, A.A., Nagornev, S.N., Vasilyeva, E.S., Frolkov, V.K., Olifer, Ya.S., Badimova, A.V., Reshetova, I.V., Korchazhkina, N.B. (2025). Biochemical markers of stress in medical workers with occupational burnout syndrome and their dynamics under the influence of physiotherapeutic factors. *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii i Lechebnoi Fizicheskoi Kultury = Problems of Balneology, Physiotherapy and Exercise Therapy*, 102(5–2), 17–27. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/kurort202510205217>

Li, S.A., Sakata, N., Donn, G. (2025). A scoping review of mental health literacy in performing and creative artists. *Frontiers in Psychology*, (16), 1329029–1329045. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1329029>

Lloyd, M., Sugden, N., Thomas, M., McGrath, A., Skilbeck, C. (2023). The structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: Theoretical and methodological considerations. *British Journal of Psychology*, 114(3), 642–664. <https://doi.org/10.1111/bjop.12637>

Lopatkina, L.V., Kotenko, K.V., Korchazhkina, N.B. (2014). Comprehensive non-pharmacological programs in the correction of autonomic and psychoemotional disorders in metabolic syndrome. *Fizioterapiya, Balneologiya i Reabilitatsiya = Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation*, 13(4), 4–6. (In Russ.)

Marakshina, Yu.A., Pavlova, A.A., Ismatullina, V.I., Lobaskova, M.M. (2025). Analysis of psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a sample of Russian-speaking students. *Acta Biomedica Scientifica*, 10(5), 182–193. (In Russ.). <https://doi.org/10.29413/ABS.2025-10.5.20>

Morozova, M.A., Potanin, S.S., Beniashvili, A.G., Burminsky, D.S., Lepilkina, T.A., Rupchev, G.E., Kibitov, A.A. (2023). Validation of the Russian-language version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the general population. *Profilakticheskaya Meditsina = The Russian Journal of Preventive Medicine*, 26(4), 7–14. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed2023260417>

Musgrave, G., Gross, S.A., Carney, D. (2025). Determinants of anxiety, depression and subjective wellbeing among musicians in Denmark: Findings from the “When Music Speaks” project. *Scandinavian Journal of Psychology*, 66(3), 429–445. <https://doi.org/10.1111/sjop.13095>

Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, (1), 29–35. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

Szabó, M., Seton, M., Maxwell, I., Cunningham, M.L. (2022). Psychological well-being of Australian actors and performing artists: Life satisfaction and negative affect. *Medical Problems of Performing Artists*, 37(2), 106–117. <https://doi.org/10.21091/mppa.2022.2016>

Walton, C.C., Kirby, J.N., McKenzie, S., Gao, C.X., Purcell, R., Rice, S.M., Osborne, M.S. (2025). A preliminary investigation into self-compassion and performing artists’ mental

health and wellbeing. *Frontiers in Psychology*, (16), 1512114–1512130. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1512114>

Willis, S., Neil, R., Mellick, M.C., Wasley, D. (2019). The relationship between occupational demands and well-being of performing artists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, (10), 393–413. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00393>

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Владимир Львович Машков, художественный руководитель Московской театральной школы Олега Табакова; художественный руководитель Московского театра «Современник», Москва, Российская Федерация, collegetabakova@culture.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0003-2063-8482>

Константин Валентинович Котенко, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Российская Федерация, nos@med.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0224-7299>

Инна Викторовна Решетова, главный врач клиники превентивной медицины института биологии старения и медицины здорового долголетия Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Российская Федерация, reshetovainna@med.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9555-9760>

Анастасия Александровна Кобеляцкая, кандидат биологических наук, научный сотрудник Института биологии старения и медицины здорового долголетия с клиникой превентивной медицины Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Российская Федерация, kaa.chel@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7174-204X>

Анна Вячеславовна Бадимова, кандидат медицинских наук, научный сотрудник Института биологии старения и медицины здорового долголетия с клиникой превентивной медицины Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Российская Федерация, a.badimova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0553-4891>

Алексей Александрович Москалев, член-корреспондент РАН, доктор биологических наук, директор Института биологии старения и медицины здорового долголетия с клиникой превентивной медицины Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Российская Федерация, amoskaev@med.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3248-1633>

ABOUT THE AUTHORS

Vladimir L. Mashkov, Artistic Director of the Oleg Tabakov Moscow Theatre; Artistic Director of the Moscow Sovremennik Theater, Moscow, Russian Federation, collegetabakova@culture.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0003-2063-8482>

Konstantin V. Kotenko, Academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Director of the Petrovsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation, noc@med.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0224-7299>

Inna V. Reshetova, Chief Physician, Preventive Medicine Clinic, Institute of the Biology of Aging and Healthy Longevity Medicine, Petrovsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation, reshetovainna@med.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9555-9760>

Anastasiya A. Kobelyatskaya, Cand. Sci. (Biology), Researcher at the Institute of Biology of Aging and Healthy Longevity Medicine with Preventive Medicine Clinic, Petrovsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation, kaa.chel@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7174-204X>

Anna V. Badimova, Cand. Sci. (Medicine), Researcher at the Institute of Biology of Aging and Healthy Longevity Medicine with Preventive Medicine Clinic, Petrovsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation, a.badimova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0553-4891>

Alexey A. Moskalev, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Dr. Sci. (Biology), Director of the Institute of Biology of Aging and Healthy Longevity Medicine with Preventive Medicine Clinic, Petrovsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation, amoskalev@med.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3248-1633>

Поступила 05.02.2026. Получена после доработки 24.03.2026. Принята в печать 04.05.2026.
Received 05.02.2026. Revised 24.03.2026. Accepted 04.05.2026.