

УДК 616.891;159.972; 316.47

DOI: 10.18413/2075-4728-2018-41-2-305-316

**ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО СТРЕССА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ
И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 1 КУРСА**

**ACADEMIC STRESS AFFECTS ON THE APPEARANCE OF ANXIETY
AND ANXIETY-FOBIC DISORDERS IN FIRST YEAR MEDICAL STUDENTS**

**В.В. Руженкова, В.А. Руженков, И.Ю. Шкилева, Е.В. Шелякина,
Я.В. Сидякина, Н.М. Наumenко
V.V. Ruzhenkova, V.A. Ruzhenkov, I.Yu. Shkileva, E.V. Shelyakina,
Ya.V. Sidiyakina, N.M. Naumenko**

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85

Belgorod National Research University, 85 Pobeda St, Belgorod, 308015, Russia

E-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Аннотация

С целью верификации распространенности тревожных и тревожно-фобических расстройств у студентов-медиков первого курса для разработки рекомендаций по первичной психопрофилактике на 3-4 месяцах обучения при помощи письменного структурированного интервью, клинико-психопатологического и психометрического методов обследована сплошная выборка – 166 русскоязычных студентов в возрасте 16–22 (18.0 ± 0.9) лет. Симптомы тревожных и тревожно-фобических расстройств субклинического и клинического уровней выявлены в 41.5% случаев, в 1.6 раза чаще у лиц женского пола. Клинический уровень был установлен в 28.8%: агорафобия (6.0%), социальные фобии (12.6%), специфические (изолированные) фобии (7.8%) и генерализованное тревожное расстройство (2.4%).

Учебный стресс проявлялся астеническими и аффективными расстройствами в сочетании с нарушениями сна. Более трети студентов для снижения стрессового напряжения употребляли алкогольные напитки, принимали лекарственные препараты, продолжительное время общались в социальных сетях, что создает риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей. Для совладания с учебным стрессом и снижения риска формирования психосоматических заболеваний в рамках первичной психопрофилактики требуется проведение тренингов по «Тайм-менеджменту» и «Стресс-менеджменту» на 1 курсе (в начале обучения).

Abstract

Applicants who entering medical schools are characterized by a high level of stress and anxiety and in the initial years of study they meet the high level of academic stress, which negatively affects their health.

In this regard, the study aimed to verify the prevalence of anxiety and anxiety-phobic disorders among first-year medical students to develop recommendations for prevention.

A sample of 166 Russian-speaking first-year students aged 17 to 22 (18.0 ± 0.9) years were examined at the 3-4 months of study using the structured interview, clinical psychopathological and psychometric methods.

Symptoms of anxiety-phobic and anxiety disorders were revealed in 41.5% of cases, 1.6 times more often in female students. The clinical level was set at 28.8%: agoraphobia (6.0%), social phobias (12.6%), specific (isolated) phobias (7.8%) and generalized anxiety disorder (2.4%). The academic stress manifested as affective (bad mood with decreased self-esteem, anxiety, fear), asthenic (poor working capacity, fatigue, headaches, attention disorders, helplessness) disorders and sleep disorders. Individual panic attacks corresponding to the clinic of panic disorder, as well as mixed anxiety and depressive disorder, were not

met. More than a third part of the students of both groups used alcohol, took medications, and communicated in a social network for a long time to reduce stress, which creates the risk of addictive behavior. Thus, due to the high level of educational stress accompanied by affective and psychosomatic symptoms, trainings for "Time Management" and "Stress Management" are necessary for first-year medical students (at the beginning of course of study).

Ключевые слова: студенты-медики, учебный стресс, тревожно-фобические расстройства, тревожные расстройства, первичная психопрофилактика.

Keywords: medical students, academic stress, anxiety-phobic disorders, anxiety disorders, prevention.

Введение

Тревожные расстройства – одна из наиболее распространенных (после аффективных расстройств настроения) групп психических нарушений с представленностью среди населения от 6 до 13.6% [Alonso J. et al., 2004]. Клинически выраженные формы существенно снижают качество жизни [Wittchen et al., 2000], увеличивают число внутренних форм суицидального поведения [Boden et al., 2007] и суицидальных попыток, тем самым приводят к существенным экономическим издержкам [Kogan et al., 2016].

В соответствии с МКБ-10, к тревожно-фобическим расстройствам относятся агорафобия (без и в сочетании с паническим расстройством), социальные фобии и специфические (изолированные) фобии. Другие тревожные расстройства представлены паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством и смешанным тревожным и депрессивным расстройством.

Агорафобия (АФ) – (F40.0) – характеризуется восприятием окружающей среды как непредсказуемой или опасной и проявляется беспокойством и страхом. Эти ситуации включают торговые центры, аэропорты и автостоянки. Около 2.2% взрослых в США в возрасте от 18 до 54 лет страдают от агорафобии. Начало заболевания обычно составляет от 20 до 40 лет, чаще болеют женщины, чем мужчины [Aqeel et al., 2016]. В МКБ-10 агорафобия рассматривается в сочетании с паническим расстройством или без него. В последние годы идет дискуссия в аспекте самостоятельности агорафобии как диагностической категории [Wittchen et al., 2010], которую следует концептуализировать как независимое расстройство с более конкретными критериями, а не подчиненную, остаточную форму панического расстройства.

Социальные фобии (СФ) – (F40.1) – проявляются страхом негативной оценки, насмешек и публичного фиаско в ситуации социальных интеракций. Более мягкие (субклинические) варианты социальных страхов – застенчивость, неуверенность в себе, скованность, стеснительность в обществе [Сагалакова, Труевцев, 2007]. Распространенность социальной фобии составляет от 9.6 до 16% (Всемирная ассоциация психиатрии). Около 40% случаев СФ начинается до 10-летнего возраста, а в 95% – до 20 лет. Особенно тяжело, когда первые проявления СФ выпадают на школьный возраст и затрудняют социальную адаптацию в силу отсутствия должного уровня ресурсов. По другим данным (DSM-V) эта цифра составляет 7%.

Специфические (изолированные) фобии (СиФ) – (F40.2) – проявляются выраженным страхом и избеганием специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии или социальной фобии. На протяжении жизни встречаются у 4% мужчин и 9% женщин. При этом имеется понимание чрезмерности или необоснованности страха и избегания. Симптомы тревоги появляются только в ситуациях столкновения с объектом страха или при мыслях о нем [Беялов, 2011]. В эту группу расстройств включают страхи определенных объектов (животных, птиц, насекомых, вида крови) и ситуаций (инъекций, стоматологов, больниц, высоты, грозы, темноты, полетов в самолетах, малых закрытых пространств – лифтов, туннелей и т.п.).

Паническое расстройство (ПР) – (F41.0) – встречается среди населения в 1.9-3.6% случаев, у женщин чаще, чем у мужчин [Perkonigg, Wittshen, 1995], и проявляется приступами быстро нарастающей тревоги, которая переходит в страх, сопровождается вегетативными нарушениями и неприятными телесными сенсациями. Тревога переживается как чувство непосредственной угрозы существованию индивидуума или целостности его «Я». Поведение пациента в момент приступа характеризуется заторможенностью или нескоординированным возбуждением – паникой [Бобров, 2006]. ПР не всегда сохраняет свою самостоятельность – в динамике заболевания оно либо редуцируется, либо трансформируется в синдромально более сложное расстройство [Краснов, 2011].

Генерализованное тревожное расстройство – ГТР (F41.1) – наблюдается среди населения в 2-3% случаев [Kessler et al., 2001; Weisberg, 2009] и проявляется тревогой, которая носит генерализованный и стойкий характер, не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах. В 75% случаев дебютирует до 20-летнего возраста [Angst et al., 2009].

Среди лиц, поступающих в медицинские институты [Yusoff et al., 2013], отмечается высокая распространенность тревоги (54.5%), что в период учебы приводит к тяжелому учебному стрессу [Rosiek et al., 2016], присущему 33.8% студентов-медиков [Abdulghani et al., 2011; Saeed et al., 2016].

Обращение за помощью для решения собственных проблем с психикой является нечастым явлением среди врачей и студентов-медиков. Чаще всего, они обращаются за помощью в ситуациях, являющихся уже критическими для их психического здоровья. Основным фактором, препятствующими своевременному обращению за помощью, является страх быть стигматизированным из-за своего расстройства [Hankir et al., 2014].

В связи с этим **целью исследования** являлась верификация распространенности тревожных и тревожно-фобических расстройств клинического и субклинического уровней у студентов-медиков первого курса для разработки рекомендаций по первичной психопрофилактике.

Материал и методы исследования

На 3-4 месяцах обучения обследована сплошная выборка из 166 русскоязычных студентов-медиков 1 курса в возрасте 16-22 (18.0±0.9) лет: 38 (22.9%) лиц мужского и 128 (77.1%) женского пола.

Основными **методами исследования** были медико-социологический (анонимное анкетирование), клиничко-психопатологический и психометрический:

- тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых (2006);
- госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (Zigmond A., Snaith R., 1983);
- тест самооценки стрессоустойчивости – PSS (Cohen S., Williamson G., 1988);
- опросник «GAD-7» (Spitzer R.L. et al., 2006);
- SPIN-тест на социофобию (Connor K.M., et al., 2000);
- Опросник «Panic Screening Questions» W. Katon (2016).

Анонимное анкетирование проводилось при помощи авторской анкеты, разработанной на основе диагностических критериев МКБ-10 (исследовательские критерии), в форме письменного структурированного интервью. Все студенты давали добровольное информированное согласие на процедуру исследования. Они были заинтересованы узнать результат, в ходе информирования о котором клиническим методом проводилась верификация выявленных расстройств. Статистическая обработка базы данных проводилась методами непараметрической статистики (описательная статистика, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2×2, критерий Манна-Уитни для сравнения двух независимых переменных) при помощи пакета прикладных статистических программ *Statistica 6*.

Сравнительный анализ проводился в двух группах: основную группу составили студенты с тревожными и тревожно-фобическими расстройствами, а группу сравнения – остальные.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический анализ показал, что тревожные и тревожно-фобические расстройства клинического и субклинического уровня были выявлены у 69 (41,5%) студентов: 11 (15,9%) лиц мужского и 58 (84,1%) женского пола. Анализ гендерного распределения показал, что среди лиц мужского пола эта цифра составила 28,9%, а среди женского – 45,3%, то есть в 1,6 раз чаще. Клиническая структура выявленных тревожных и тревожно-фобических расстройств среди всех обследованных представлена в таблице 1.

Таблица 1
Table 1

Клиническая структура тревожных и тревожно-фобических расстройств у студентов-медиков 1 курса (n=166)

The clinical structure of anxious and anxious-phobic disorders in 1 course medical students (n=166)

№ п/п	Клиническая форма	n	%
1	Агорафобия	25	15.1
2	Социальные фобии	47	28.3
3	Специфические (изолированные) фобии	18	10.8
4	Панические приступы	30	18.0
5	Генерализованное тревожное расстройство	25	15.1

Сравнительные характеристики клинико-анамнестических сведений основной группы и группы сравнения представлены в таблице 2.

Таблица 2
Table 2

Характеристики клинико-анамнестических сведений основной и группы сравнения
Characteristics of clinical and anamnestic information of the main and comparison groups

№ п/п	Показатели	Основная группа, n=69		Группа сравнения, n=97		χ^2	p<
		n	%	n	%		
1	Роды посредством кесарева сечения	15	21.7	16	15.0		***
2	Перенесли ЧМТ с потерей сознания	14	20.3	8	7.5	5.18	0.023
3	Обмороки в анамнезе	26	37.7	20	18.7	6.88	0.01
4	Судороги в анамнезе	14	20.3	7	7.2	6.29	0.013
5	Признаки резидуально-орг. поражения ЦНС	59	85.5	67	69.1	9.71	0.003
6	Обращались к народным целителям	23	33.3	16	16.5	7.18	0.008
7	Табакокурение	12	17.4	11	11.3		***
8	Употребление алкоголя	33	47.8	46	47.4		***
9	Наличие диагноза соматических заболеваний	20	29.0	21	21.6		***

Примечание: *** – различия статистически не значимы.

Как видно из таблицы 2, студенты основной группы чаще переносили ЧМТ с потерей сознания (OR=3.2, 95%CI=1.1–8.8). По общему числу родов посредством кесарева сечения и ЧМТ основная группа (42%) в 1.9 превосходила группу сравнения (22.5%). Также у них чаще наблюдались судороги (OR=3.6, 95%CI=1.3–10.7) и обмороки (OR=2.6, 95%CI=1.3–5.5) в анамнезе.

Клинические признаки резидуально-органического поражения ЦНС (плохая переносимость жары, укачивание в транспорте, вздрагивание при засыпании и во сне, метеочувствительность) наблюдались статистически достоверно чаще при тревожных и тревожно-фобических расстройствах ($\chi^2=9.711$, p=0.003, OR=3.5, 95%CI=1.5–8.3). Другими словами, вероятность формирования тревожных и тревожно-фобических расстройств бо-

лее чем в 3 раза выше при наличии резидуально-органического поражения ЦНС. Кроме того, в детском возрасте у студентов из основной группы чаще, чем из группы сравнения, наблюдались отдельные невротические расстройства, по поводу которых они по инициативе родителей обращались к т.н. народным целителям. Вероятность такого обращения почти в три раза выше, чем в группе сравнения (OR=2.8, 95% CI=1.3–6.3).

Характеристики уровней учебного стресса у студентов основной группы и группы сравнения представлены в таблице 3.

Таблица 3
Table 3

Сравнительная характеристика уровней стресса, связанного с организацией учебного процесса (критерий Манна-Уитни)
Comparative characteristics of the level of stress associated with the organization of the educational process (the Mann-Whitney test)

№ п/п	Показатель	Основная группа			Группа сравнения			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Строгие преподаватели	6.0	5.0	7.0	5.0	3.0	7.0	0.014
2	Большая учебная нагрузка	9.0	8.0	10.0	8.0	7.0	10.0	***
3	Отсутствие учебников	6.0	3.0	8.5	5.0	2.0	8.0	***
4	Непонятные, скучные учебники	4.0	2.0	6.0	3.0	1.0	4.5	0.014
5	Жизнь вдали от родителей	4.0	0.0	6.0	5.0	2.0	8.0	0.039
6	Нехватка денег	2.0	0.0	5.0	2.0	0.0	5.0	***
7	Трудности с организацией режима дня	7.0	4.0	8.0	4.0	2.0	8.0	0.0005
8	Нерегулярное питание	7.0	5.0	8.0	5.0	2.0	7.0	0.0005
9	Проблемы в общении	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	***
10	Конфликты в группе	1.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.002
11	Много времени готовится к занятиям	8.0	7.0	9.0	7.0	5.0	9.0	***
12	Нежелание учиться	1.0	0.0	4.0	1.0	0.0	3.0	0.03
13	Разочарование в будущей профессии	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	***
14	Стеснительность, застенчивость	3.0	0.0	6.0	1.0	0.0	3.0	0.007
15	Страх перед будущим	5.0	2.0	8.0	2.0	0.0	5.0	0.0001
16	Проблемы в личной жизни	3.0	0.0	7.0	1.0	0.0	3.0	0.001

Примечание: *** – различия статистически не значимы.

Из таблицы 3 видно, что на студентов обеих групп наибольшее стрессогенное воздействие оказывали большая учебная нагрузка, недостаток учебников, необходимость затраты большого количества времени на подготовку к занятиям на следующий день в связи с большим объемом материала. В то же время у студентов с тревожными и тревожно-фобическими расстройствами чаще, чем у студентов из группы сравнения, стресс вызывали строгость преподавателей, непонятность учебного материала, жизнь вдали от родителей, трудности организации режима дня, стеснительность, страх перед будущим и проблемы в личной жизни.

Проявления стресса, связанного с учебой, представлены в таблице 4. Установлено, что по всем параметрам проявления учебного стресса основная группа статистически значимо превосходила группу сравнения. Наиболее значимыми проявлениями учебного стресса были спешка, ощущение нехватки времени, расстройства сна, плохое настроение, тревога, страх, потеря уверенности, снижение самооценки, низкая работоспособность, повышенная утомляемость, головные боли, расстройства внимания, ощущение беспомощности. Расстройства сна были более выраженными у лиц женского пола (p<0.004).

Таблица 7
Table 7Результаты психометрического обследования
The results of the psychometric examination

Показатели и степень их выраженности	Основная группа		Группа сравнения		χ^2	p=
	n	%	n	%		
Стрессоустойчивость						
Крайне низкий уровень	7	10.1	2	2.0	10.36	0.002
Низкий уровень	50	72.5	54	55.7		
Удовлетворительный уровень	11	16.0	35	36.1	10.36	0.002
Хороший уровень	1	1.4	6	6.2		
Конфликтоустойчивость						
Выраженная конфликтность	13	18.8	14	14.4	***	
Средний уровень конфликтоустойчивости	43	62.4	53	54.6	***	
Высокий уровень конфликтоустойчивости	13	18.8	30	31.0	***	
Фрустрация						
Низкий уровень	25	36.2	74	76.3	25.24	0.0005
Устойчивая тенденция к фрустрации	43	62.3	23	23.7	23.50	0.0005
Высокий уровень	1	1.5	0	0.0	***	
HADS-тревога						
Норма	0	0.0	59	60.8	59.04	0.0005
Субклинический уровень	30	43.5	19	19.6	9.94	0.003
Клинический уровень	39	56.5	19	19.6	9.94	0.003
HADS-депрессия						
Норма	52	75.4	80	82.5	***	
Субклинический уровень	8	11.6	14	14.4	***	
Клинический уровень	9	13.0	3	3.1	***	

Примечание: *** – различия статистически не значимы.

Клинико-психопатологическое обследование выявило симптомы агорафобии у 25 студентов (15.1%). Клинически значимой степень выраженности симптоматики была только в 10 случаях (6.0%), когда агорафобия сопровождалась приступами паники и избеганием фобических ситуаций. Следует отметить, что даже при субклиническом уровне агорафобических симптомов и коморбидности их с другими тревожными расстройствами (табл. 8) они доставляли определенное неудобство при посещении торговых центров, клубов, незнакомых мест.

Симптомы социальных фобий зарегистрированы в 47 случаях (28.3%). При этом клинический анализ результатов SPIN-теста на социофобию показал следующее распределение: 1 балл (субклинический уровень) – 21 человек (12.6%) и 2–4 балла (клинический уровень) – 26 (15.7%). Клинический уровень полностью верифицирован структурированным интервью и клинико-психопатологическим методом. Симптоматика социальных фобий чаще носила подпороговый характер, и эти фобии не оказывали существенного влияния на повседневную деятельность.

Выявлены корреляции социальных фобий со стеснительностью ($r=0.48$, $p=0.00003$), страхом перед будущим ($r=0.42$, $p=0.0004$), проблемами в личной жизни ($r=0.36$, $p=0.002$).

Специфические (изолированные) фобии наблюдались у 13 студентов (7.8%): 2 (5.3%) среди лиц мужского и 11 (8.6%) – женского пола. Характерно, что почти у четверти обследованных – 3 (23.1%) – в анамнезе были ЧМТ, у 7 (53.8%) – обмороки, 7 (53.8%) обращались к «бабкам» и 6 (46.2%) курили табак. Клиническая симптоматика

Таблица 4
Table 4

Проявления стресса, связанного с учебой (критерий Манна-Уитни)
Manifestations of stress associated with learning (the Mann-Whitney test)

№ п/п	Показатели	Основная группа			Группа сравнения			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Ощущение беспомощности	6.0	3.0	7.0	3.0	1.0	5.0	0.000009
2	Наплывы посторонних мыслей	6.0	3.0	7.0	3.0	1.0	5.0	0.000004
3	Отвлекаемость, плохая концентрация внимания	4.0	3.0	7.0	3.0	1.0	5.0	0.0036
4	Раздражительность, обидчивость	4.0	2.0	7.0	2.0	0.0	3.5	0.000008
5	Плохое настроение, депрессия	6.0	3.0	8.0	3.0	1.0	5.0	0.00003
6	Страх, тревога	5.5	3.0	8.0	2.0	0.0	5.0	0.000000
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	6.0	3.0	8.0	1.0	0.0	4.0	0.000000
8	Спешка, постоянная нехватка времени	8.0	7.0	10.0	7.0	4.0	9.0	0.0099
9	Плохой сон	8.0	4.0	10.0	6.0	3.0	9.0	0.026
10	Проблемы в общении с преподавателями	2.0	0.0	3.0	0.0	0.0	2.0	0.026
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	2.0	0.0	6.0	0.0	0.0	2.0	0.0009
12	Затрудненное дыхание	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	1.0	0.0069
13	Проблемы с ЖКТ	1.0	0.0	5.0	0.0	0.0	1.0	0.0026
14	Напряжение или дрожание мышц	2.0	0.0	5.0	0.0	0.0	2.0	0.0009
15	Головные боли	7.0	4.0	8.0	4.0	2.0	7.0	0.0003
16	Низкая работоспособность, утомляемость	5.0	4.0	8.0	4.0	2.0	7.0	0.018

Приемы преодоления стресса, которые практиковали студенты, представлены в таблице 5.

Таблица 5
Table 5

Приемы борьбы со стрессом, которые практикуют студенты (критерий Манна-Уитни)
The stress management techniques that students practice (the Mann-Whitney test)

№ п/п	Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Σ	%	χ ²	p<		
		n	%	n	%						
1	Употребляю алкогольные напитки	25	36.2	32	33.0	57	34.3	***			
2	Курю сигареты	13	18.9	11	11.3	24	14.5				
3	Употребляю больше еды	50	72.5	69	71.1	119	71.7				
4	Смотрю телевизор	31	45.0	44	45.4	75	45.2				
5	Пропускаю занятия	16	23.2	14	14.4	30	18.1				
6	Больше сплю	39	56.5	61	62.9	100	60.2				
7	Больше общаюсь с друзьями	48	69.6	69	71.1	117	70.5				
8	Пользуюсь поддержкой родителей	58	84.1	83	85.6	141	84.9				
9	Посещаю спортзал, бассейн	36	52.2	63	64.9	99	59.6				
10	Играю в компьютерные игры	13	18.8	22	22.7	35	21.1				
11	Общаюсь в социальных сетях	56	81.2	85	87.6	141	84.9				
12	Провожу время в интернете	56	81.2	80	82.5	136	81.9				
13	Читаю художественную литературу	45	65.2	69	71.1	114	68.7				
14	Принимаю транквилизаторы	3	4.3	0	0.0	3	1.8				
15	Принимаю антидепрессанты	3	4.3	2	2.0	5	3.0				
16	Совершаю прогулки на свежем воздухе	52	75.4	86	88.7	138	83.1			4.18	0.05
17	Занимаюсь физкультурой	42	60.9	74	76.3	116	69.9			3.85	0.05
18	Принимаю лекарственные настойки	31	44.9	27	27.9	58	34.9			4.45	0.04
19	Принимаю успокаивающие лекарства	27	39.1	20	20.6	47	28.3			5.92	0.02

Примечание: *** – различия статистически не значимы.

Как видно из таблицы 5, значительная часть студентов обеих групп для снижения уровня стрессового напряжения использовала неконструктивные приемы: употребление алкогольных напитков, табакокурение, переедание, прием лекарственных препаратов, общение в социальных сетях. Закрепление таких форм релаксации может привести к формированию аддиктивного поведения и последующему формированию зависимостей. Конструктивные способы преодоления стресса (прогулки на свежем воздухе и занятия спортом) статистически значимо чаще предпринимали студенты группы сравнения. В то же время студенты основной группы более чем в 2 раза чаще с этой целью принимали лекарственные настойки (OR=2.1, 95%CI=1.1–4.3) и успокаивающие лекарства (OR=2.5, 95%CI=1.2–5.2).

Перечень и степень выраженности симптомов, возникающих перед экзаменами, со стороны психической и соматической сферы представлены в таблице 6.

Таблица 6
Table 6

Симптомы, возникающие перед экзаменами (критерий Манна-Уитни)
Symptoms that occur before the exams (the Mann-Whitney test)

№ п/п	Показатели	Основная группа			Группа сравнения			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Учащенное сердцебиение	8.0	6.0	9.0	7.0	4.0	8.0	0.0003
2	Перебои в работе сердца	2.0	0.0	5.0	0.0	0.0	1.0	0.00001
3	Затрудненное дыхание	1.0	0.0	6.0	0.0	0.0	2.0	0.004
4	Невозможность сделать глубокий вдох	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	1.0	0.009
5	Неудовлетворенность вдохом	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	2.0	0.05
6	Напряжение в мышцах тела, скованность	4.0	1.5	8.0	1.0	0.0	4.0	0.0002
7	Дрожание мышц	4.0	0.0	7.0	3.0	0.0	5.0	***
8	Учащенное мочеиспускание	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	***
9	Головные боли	6.0	2.0	9.0	3.5	0.0	7.0	0.023
10	Тревога, страх	9.0	7.0	10.0	6.0	4.0	8.0	0.000000
11	Подавленное настроение	7.0	4.0	9.0	4.0	1.0	7.0	0.0001
12	Затрудненное засыпание	7.0	2.0	9.0	3.0	0.0	7.0	0.0002
13	Неприятные сновидения	3.0	0.0	9.0	0.0	0.0	1.0	0.00002

Примечание: *** – различия статистически не значимы.

Установлено, что по всему спектру психических и психосоматических симптомов предэкзаменационного стресса основная группа статистически значимо превосходила группу сравнения. Это свидетельствует о том, что студенты с тревожными и тревожно-фобическими расстройствами более чувствительны к учебному стрессу и реагируют на него более выраженными психическими и психосоматическими реакциями.

Результаты психометрического исследования студентов из основной группы и группы сравнения представлены в таблице 7. Установлено, что в основной группе статистически достоверно чаще наблюдались крайне низкий и низкий уровни стрессоустойчивости – 82.6% случаев, а в группе сравнения – 57.7%. Вероятность более низкого уровня стрессоустойчивости при тревожных и тревожно-фобических расстройствах в основной группе более чем в 3 раза выше (OR=3.5, 95%CI=1.6–7.8), чем в группе сравнения. В то же время в группе сравнения статистически значимо чаще (в 42.3% случаев), чем в основной группе (17.4%), стрессоустойчивость была удовлетворительной и хорошей.

По уровню конфликтоустойчивости обе группы не различались. В группе сравнения преобладал низкий уровень фрустрации (76.3%), а основной – устойчивая тенденция к фрустрации – 62.3% (OR=5.6, 95%CI=2.7–11.9). По всем уровням тревоги основная группа закономерно статически значимо превосходила группу сравнения.

была сформирована в детском возрасте и проявлялась в боязни грызунов, закрытых пространств (тесных помещений), молнии, крови, медицинских уколов и высоты. В большинстве случаев симптоматика изолированных фобий сочеталась с субклинически выраженными агорафобией, социальными фобиями и редуцированными приступами паники. В ситуациях фобий отмечались попытки избегания пугающих предметов или ситуаций, в противном случае возникал сильный страх, сопровождавшийся вегетативной симптоматикой.

Симптомы панического расстройства – приступы паники – выявлены у 30 (18.1%) из общего количества обследованных (у 13.2% лиц мужского и 19.5% – женского пола). Среди лиц с тревожными и тревожно-фобическими расстройствами ПП встречались у 43.5% (гендерное распределение: лица женского пола – 83.3% и мужского – 16.7%).

Характерными особенностями было то, что в 26.7% случаев роды были посредством кесарева сечения, в 20% случаев – ЧМТ в анамнезе и в 36.7% – синкопальные состояния. Значительное количество – 43.3% – в детстве обращались к «бабкам» с жалобами на разнообразные страхи, энурез, расстройства сна. Более половины – 53,3% – на период исследования употребляли алкоголь, 26.6% – курили табак. У 36.7% на период исследования было диагностировано соматическое заболевание.

Клиническая симптоматика панического расстройства отличалась от таковой у пациентов отделения пограничных психических расстройств: панические приступы, которые студенты старались преодолевать, не приводили к выраженному избеганию и социальной дезадаптации, хотя и вынуждали обращаться за помощью к неврологу и, реже, к психиатру анонимно.

Клинический анализ приступов паники позволил разделить участников эксперимента их на 2 группы: 1) имеющих развернутые приступы – 11 человек (36.7% от всех ПП и 6.6% – от всех обследованных); 2) с бедными симптомами ПП – 19 человек (63.3% от всех ПП и 11.4% – от всех обследованных).

Развернутые приступы паники начинались беспричинно. Появлялось головокружение, чувство дурноты, ноги становились «ватными», возникал страх, что можно упасть в обморок. Был затруднен вдох. Учащалось сердцебиение. Повышалось артериальное давление. Для пациентов в этом состоянии характерен страх смерти. Приступы продолжались от 10 до 20-30 минут. После приступа наступала астения. Только в 4 случаях в конце приступа наблюдалась полиурия. Такие приступы возникали 2-3 раза в полгода.

Еще до приступов обследуемые обращались за помощью к неврологу. Устанавливался диагноз «Вегето-сосудистая дистония по кардиальному типу». Назначались транквилизаторы, вегетостабилизирующая терапия с кратковременным эффектом.

При бедных симптомами ПП они возникали обычно в результате душевного волнения (перед экзаменами, в сочетании с агорафобией, специфическими фобиями, при необходимости находиться в незнакомой компании) и носили симптоматический характер.

Симптоматика генерализованного тревожного расстройства выявлена у 25 (15.1%) человек (2-4 балла по шкале GAD-7). Клинически выраженная симптоматика на личностном уровне (3-4 балла) была выявлена у 4 (2.4%) человек. Клинический уровень был верифицирован структурированным интервью и клинико-психопатологическим методом. Высокий уровень тревоги объяснялся учебным стрессом, другими словами, носил реактивный, психологически понятный, а не личностный характер. Кроме того, 16 (9.6%) студентов по шкале GAD-7 набрали по 1 баллу (симптоматика не достигала субклинического уровня и объяснялась ситуативной тревогой). В значительном числе случаев (табл. 8) симптомы ГТР сочетались с социальными фобиями и бедными симптомами приступами паники.

Коморбидность тревожных и тревожно-фобических расстройств представлена в таблице 8.

Таблица 8
Table 8Коморбидность тревожных и тревожно-фобических расстройств
Comorbidity of anxiety and anxiety-phobic disorders

	Социальные фобии	Специфические фобии	ПП	ГТР
Агорафобии	18	9	10	7
Социальные фобии		11	16	17
Специфические фобии			12	9
Приступы паники				12

Как видно из таблицы, во всех случаях тревожно-фобических и тревожных расстройств наблюдалось их сочетание. У 2 человек (тревожное расстройство личности) регистрировались 5 расстройств: специфические фобии, агорафобии, социальные фобии, панические приступы и симптомы генерализованного тревожного расстройства.

Для первичной психопрофилактики тревожных и тревожно-фобических расстройств, во многом связанных с учебным стрессом, нами в рамках дисциплин «Введение в специальность» и «Психологическая коррекция кризисных состояний» разработаны и внедрены 2 программы: «Тайм-менеджмент для студентов 1 курса» и «Стресс-менеджмент для студентов-медиков». Первая программа реализована нами среди студентов 2 курса и показала хорошие результаты по снижению уровня учебного стресса, она рекомендована для преподавания на 1 курсе. Вторая программа планируется к реализации.

Заключение

Таким образом, исследование показало, что симптомы тревожно-фобических и тревожных расстройств субклинического и клинического уровней наблюдаются у студентов-медиков 1 курса в конце 1 семестра обучения в 41.5% случаев, причем у лиц женского пола в 1.6 раз чаще. В значительном числе случаев указанные расстройства были обусловлены учебным стрессом. Клинический уровень был выявлен в 28.8%: агорафобия (6.0%), социальные фобии (12.6%), специфические (изолированные) фобии (7.8%) и генерализованное тревожное расстройство (2.4%). В большинстве случаев – 85.5% – имели место клинические признаки резидуально-органического поражения ЦНС с синкопальными (37.7%) и судорожными (20.3%) пароксизмами в анамнезе. По всем параметрам проявления учебного стресса основная группа статистически значимо превосходила группу сравнения, а наиболее значимыми его проявлениями были аффективные (плохое настроение со снижением самооценки, тревога, страх), астенические (низкая работоспособность, повышенная утомляемость, головные боли, расстройства внимания, ощущение беспомощности) и расстройства сна.

Отдельные приступы паники, соответствующие клинике панического расстройства, не встречались, равно как и смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Более трети студентов из обеих групп для снижения уровня стрессового напряжения употребляли алкогольные напитки, принимали лекарственные препараты, переждали и продолжительное время общались в социальных сетях, что при закреплении таких форм релаксации может привести к формированию аддиктивного поведения и зависимостей.

Требуется проведение тренинговых занятий по «Тайм-менеджменту» и «Стресс-менеджменту» для студентов-медиков 1 курса (в начале обучения), что позволит им грамотно планировать время учебы и отдыха, а также справляться как с учебным, так и с социальным стрессом.

Список литературы References

1. Белялов Ф.И. 2011. Психические расстройства в практике терапевта. Иркутск, РИО ИГИУВа, 300.
Beljalov F.I. 2011. Psihicheskie rasstrojstva v praktike terapevta [Mental disorders in the therapist practice]. Irkutsk, RIO IGIUVa, 300. (in Russian)
2. Бобров А.Е. 2006. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия. Русский медицинский журнал, 14 (4): 328–332.
Bobrov A.E. 2006. Trevozhnye rasstrojstva: ih sistematika, diagnostika i farmakoterapija. Russkij medicinskij zhurnal [Anxiety disorders: their taxonomy, diagnosis and pharmacotherapy. Russian medical journal], 14 (4): 328–332. (in Russian)
3. Краснов В.Н. 2011. Расстройства аффективного спектра. М., Практическая медицина, 432.
Krasnov V.N. 2011. Rasstrojstva affektivnogo spectra [Affective spectrum disorders]. M., Prakticheskaja medicina, 432. (in Russian)
4. Миронов С.В. 2014. Состояние здоровья российских и иностранных студентов медицинского вуза и пути улучшения их медицинского обслуживания, Москва, 25 с.
Mironov S.V. 2014. Sostojanie zdorov'ja rossijskih i inostrannyh studentov medicinskogo vuza i puti uluchshenija ih medicinskogo obsluzhivanija [The state of health of Russian and foreign students of a medical school and ways to improve their medical care]. Moskva, 25 s. (in Russian)
5. Михайлов Б.В. 2012. Пароксизмальные состояния в клинике невротических и соматоформных расстройств. Украинский медицинский журнал, 6 (92). URL: <http://www.umj.com.ua/?p=39332>
Mihajlov B.V. 2012. Paroksizmal'nye sostojanija v klinike nevroticheskikh i somatoformnyh rasstrojstv. Ukrainskij medicinskij zhurnal [Paroxysmal states in the clinic of neurotic and somatoform disorders. Ukrainian Medical Journal], 6 (92). Available at: <http://www.umj.com.ua/?p=39332>. (in Russian)
6. Сагалакова О.А. 2005. Социальная фобия: психосемантический анализ алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации, Томск, 22 с.
Sagalakova O.A. 2005. Social'naja fobija: psihosemanticheskij analiz algoritmov jemocional'no-kognitivnogo reagirovanija na social'nye situacii [Social phobia: psychosemantic analysis of algorithms of emotional-cognitive response to social situations]. Tomsk, 22 s. (in Russian)
7. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. 2007. Социальные страхи и социофобии. Томск, Издательство Томского университета, 210 с.
Sagalakova O.A., Truevcev D.V. 2007. Social'nye strahi i sociofobii [Social fears and social phobia]. Tomsk, Izdatel'stvo Tomskogo universiteta, 210 s. (in Russian)
8. Щербатых Ю.В. 2006. Психология стресса. М., Эксмо, 304.
Shherbatyh Ju.V. 2006. Psihologija stressa [Psychology of stress]. Moscow, Eksmo, 304. (in Russian)
9. Angst J., Gamma A., Baldwin D.S., Ajdacic-Gross V., Rössler W. 2009. The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci, 259 (1): 37–45.
10. Boden J.M., Fergusson D.M., Horwood L. 2007. Anxiety disorders and suicidal behaviors in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. Psychol. Med., 62: 1249–1257.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fifth Edition. 2014. American Psychiatric Association.
12. Abdulghani H.M., Al Kanhal A.A., Mahmoud E.S., Ponnampereuma G.G., Alfaris E.A. 2011. Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. J. Health Popul. Nutr., 29 (5): 516–522.
13. Cohen S., Williamson G. 1988. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S., Oskamp S., editors. The social psychology of health: 4th Claremont symposium on applied social psychology: Papers. Newbury Park, CA: Sage: 31–67.
14. Connor K.M., Davidson J.R.T., Churchill L.E., Sherwood A., Foa E., Wesler R.H. 2000. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory. Br. J. Psych., 176: 379–386.
15. Hankir A.K., Northall A., Zaman R. 2014. Stigma and mental health challenges in medical students. BMJ Case Rep Published online: (in print) doi:10.1136/bcr-2014-205226. Available at: <http://www.biomedsearch.com/nih/Stigma-mental-health-challenges-in/25183806.html>.



16. Kessler R.C., Keller M.B., Wittchen H.U. 2001. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 24: 19–39.
17. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. 2005. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in NCSR. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 62: 617–627.
18. Perkonig A., Wittchen H.U. 1995. Epidemiologie von Angststörungen. In: Kaster S., Müller H.J., eds. *Angst und Panikerkrankung*. Jena: Gustav Fischer Verlag: 137–156.
19. Weisberg R.B. 2009. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. *J. Clin. Psychiatry.*, 70 (2): 4–9.
20. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski L., Leksowski K. 2016. Chronic Stress and Suicidal Thinking Among Medical Students. *Int. J. Environ Res Public Health*, 13 (2): 212.
21. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A., Almudhaibery F.S., Alyahya A.Z. 2016. Perceived stress and associated factors among medical students. *Family Community Med.* 23 (3): 166–171.
22. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. 2006. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 166 (10): 1092–1097.
23. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. 1993. World Health Organization. Geneva, 263.
24. Vaez M. 2004. Health and quality of life during years at university, studies on their development and determinants. PhD. Thesis. Stockholm, Karolinska Institutet, 62.
25. Wittchen H.U. 2006. Generalized anxiety disorder – a risk factor for depression? *Int. J. Met. Psych. Res.* 10 (1): 52–7.
26. Wittchen H.U., Carter R.M., Pfister H., Montgomery S.A., Kessler R.C. 2000. Disabilities and quality of life in pure and comorbid GAD and major depression in a national survey. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 15 (6): 319–28.
27. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., Ismail S.B., Mat Pa M.N., Esa, A.R. 2013. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical student. *Asian J. Psychiatr.* 6(2): 128–133. doi: 10.1016/j.ajp.2012.09.012.
28. Zigmond A.C., Snaith R.P. 1983. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 67: 361–370.