

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(И И У « Б е л Г У »)

На правах рукописи

РУЖЕНКОВА Виктория Викторовна

**НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И УЧЕБНЫЙ СТРЕСС
У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
(результаты транскультурального исследования)**

14.01.06 – психиатрия

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор
Николай Григорьевич Незнанов

Белгород – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. УЧЕБНЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ.....	12
1.1 Учебные и социально-стрессовые факторы и их влияние на психическое здоровье студентов-медиков.....	12
1.2 Распространенность психических расстройств у студентов-медиков.....	19
1.3 Распространенность и типология аутоагрессивного поведения у лиц юношеского возраста и студентов-медиков – взаимосвязь с социальным стрессом и психическими расстройствами.....	25
1.4 Межличностное насилие (<i>негативные воздействия в детском и подростковом возрасте</i>) и его медико-психологические последствия.....	29
1.5 Современные подходы к ранней диагностике и профилактике психических расстройств и аутоагрессивного поведения у лиц юношеского возраста.....	34
Глава 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ, МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
Глава 3 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАС- СТРОЙСТВ У РУССКОЯЗЫЧНЫХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	49
3.1 Распространенность и клинические особенности непсихотических психических расстройств у студентов-медиков.....	49
3.2 Особенности реагирования на учебный стресс русскоязычных студентов- медиков с различным психическим статусом.....	59
3.3 Сравнительные результаты психометрического исследования психических расстройств у русскоязычных и иностранных студентов-медиков.....	81
Глава 4 РОЛЬ УЧЕБНОГО СТРЕССА И ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РУССКОЯЗЫЧНЫХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	103
4.1 Сравнительные характеристики мотивов поступления в медицинский институт и привлекательности врачебной профессии – как стрессовых факторов у русскоязычных и иностранных студентов-медиков.....	103
4.2 Сравнительные характеристики общего дистресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков.....	108
4.3 Сравнительные характеристики степени сложности адаптации к учебному про- цессу и последующей учебы русскоязычных и иностранных студентов-медиков.....	110

4.4 Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных и иностранных студентов-медиков.....	115
4.5 Сравнительные характеристики субъективной оценки степени выраженности симптомов учебного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков...	124
4.6 Сравнительные характеристики приемов преодоления учебного стресса русскоязычными и иностранными студентами-медиками.....	133
4.7 Сравнительные характеристики предэкзаменационного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков.....	139
4.8 Сравнительные характеристики типов реагирования на стресс русскоязычных и иностранных студентов-медиков как факторов риска формирования непсихотических психических расстройств.....	149
4.9 Сравнительные характеристики значимости учебных стрессовых факторов и особенностей реагирования на учебный стресс русскоязычных и иностранных студентов-медиков с симптомами психических расстройств по результатам психометрического исследования.....	154
Глава 5 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНЫХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	161
5.1 Клиническая характеристика суицидального поведения русскоязычных студентов-медиков и особенности реагирования на учебный стресс.....	161
5.2 Клиническая характеристика суицидального поведения иностранных студентов-медиков и особенности реагирования на учебный стресс.....	171
5.3 Сравнительные характеристики суицидального поведения и особенностей реагирования на учебный стресс русскоязычных и иностранных студентов-медиков.....	182
5.4 Влияние домашнего насилия, перенесенного в дошкольном возрасте, на социальную адаптацию и суицидальное поведение студентов-медиков.....	189
Глава 6 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОГО СТРЕССА НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 1 И 5 КУРСА, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВУЗах (результаты межрегионального исследования).....	195
Глава 7 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ СТРЕССУ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТОВ.....	211
7.1 Сравнительная оценка состояния психического здоровья и распространенности непсихотических психических расстройств у студентов, поступивших на 1 курс в медицинский и педагогический институты.....	211
7.2 Сравнительные характеристики отношения к профессии и реагирования на учебный стресс поступивших на первый курс студентов медицинского и педагогического институтов.....	218

7.3 Влияние учебного стресса на отношение к профессии и непсихотические психические расстройства студентов педагогического института (сравнение 1 и 5 курса).....	225
7.4 Сравнительные характеристики влияния учебного стресса на динамику отношения к профессии и непсихотические психические расстройства у студентов 5 курса медицинского и педагогического института.....	233
Глава 8 ПРОГРАММА ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	244
8.1 «Тайм менеджмент» для студентов-медиков.....	244
8.2 Программа «Стресс-менеджмент» и ее эффективность.....	250
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	266
ВЫВОДЫ.....	280
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	283
Список сокращений.....	284
Список литературы.....	285
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Реализация программы «Тайм-менеджмент».....	327
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 Программа тренинга «Стресс-менеджмент».....	345

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие все более актуальной становится проблема изучения психического здоровья студентов высших учебных заведений (Saeed A.A. et al., 2016; Conley C.S. et al., 2017; Tung Y.J. et al., 2018). Результаты исследований, проведенных в разных странах, свидетельствуют, что у студентов чаще, чем в популяции, встречаются симптомы депрессии, тревоги и дистресса (Rotenstein et al., 2016; Winzer et al., 2018).

В качестве причины возникновения такого рода расстройств рассматривается академический стресс, который негативно влияет на учащихся, снижает удовлетворенность жизнью, отрицательно сказывается на работоспособности и общем состоянии здоровья (Henderson, M. et al., 2012; Reisbig A.M. et al., 2012), вызывая тревогу и депрессию, которые, в свою очередь, коррелируют с риском развития широкого круга соматической патологии (Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О., 2018) и психосоматических расстройств (Пономарев В.И., 2014), усиливают суицидальную идеацию у этих лиц (Незнанов Н.Г., Костюк Г.П., 2018).

Наиболее уязвимыми в этом отношении оказываются студенты-медики, учебная нагрузка которых в среднем в 2 раза выше, чем у учащихся других ВУЗов (Миронов С.В., 2014). Так, распространенность хронического стресса, основным источником которого являются учебные факторы (Глазачев О.С., 2011; Yusoff M.S. et al., 2013), у студентов-медиков составляет от 38% до 62% (Qamar K. et al., 2015; Saeed A.A. et al., 2016). При этом для совладания со стрессом они начинают употреблять алкоголь, курить табак (Melaku L. et al., 2015), что оказывается малоэффективным и не снижает высокую распространенность у этих лиц жалоб психосоматического характера и суицидальных переживаний, которые имеют место более чем у половины студентов-медиков (Rosiek A. et al., 2016).

Другой группой, особо «уязвимой» по стрессу, связанному с обучением в ВУЗе, являются студенты, выезжающие на обучение в другие страны. Стресс у них, помимо академической нагрузки, связан с языковым барьером, трудностями адаптации к нормам и ценностям принимающей культуры (Ременцов А.Н., Казанцева А.А., 2011), а также к иному климату, в котором протекает их учеба.

Учитывая это обстоятельство, особое значение приобретает проведение транскультуральных исследований (Пезешкиан Х., 1999), направленных на выявление особенностей протекания психических расстройств в разных странах (Biswas J. et al., 2016). На необходимость учитывать межкультурные проблемы в системе организации учебы иностранных студентов указывает Совет по аккредитации в области высшего медицинского образования – АСГМЕ (2013), считающий необходимым закладывать в стандарты программ медицинского образования положения, направленные на понимание проблемы обучения и профилактику развития у студентов-

медиков психических расстройств (Bell I.C., 2016). Студенты-медики часто отрицают необходимость использования для себя внешних систем поддержки или испытывают затруднения в доступе к ним (Mayer V. et al., 2016), обращаясь за помощью лишь в ситуациях, являющихся критическими для их психического здоровья (Hankir A.K. et al., 2014). С учетом этого, целесообразно, для минимизации дезадаптивных мотивационных эффектов, реализовывать корректирующие программы в качестве факультативных курсов при обучении в ВУЗе или официально включать их в учебный план (Erogul M. et al. 2014).

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о росте проблем психического здоровья у студентов медицинских ВУЗов в процессе учебы и о необходимости разработки и реализации программ психопрофилактики, которые могли бы быть ассоциированы с учебным процессом.

Степень разработанности проблемы. Тема здоровья студентов рассматривалась в нескольких исследованиях по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» (Куприянова Э.В., 2008; Попов А.В., 2008; Миронов С.В., 2014), «социология медицины» (Шагина И.Р., 2010). Встречаются единичные работы, рассматривающие тему психического здоровья студентов (Кельмишкейт Э.Г., 1974; Хритинин Д.Ф. с соавт., 2016; Бухановская О.А., Демчева Н.К., 2019). Системное начало изучения проблемы адаптации к учебному стрессу студентов-медиков и формирования непсихотических психических расстройств, принадлежит Б.С. Положему (1978, 1981, 1982), однако, несмотря на проведенные в этой области исследования, до настоящего времени остается много спорных вопросов относительно условий формирования и особенностей проявлений у студентов непсихотических психических расстройств, не существует эффективной программы, направленной на раннее выявление и профилактику этих расстройств у студентов-медиков. Сказанное с очевидностью свидетельствует о недостаточной разработанности этой проблемы в нашей стране.

Цель исследования – определить условия формирования и динамику непсихотических психических расстройств и суицидального поведения у студентов-медиков (с учетом транскультуральных различий и доминирующих стратегий реагирования учащихся на стресс) и разработать (на материале студентов-медиков) дифференцированные программы первичной и вторичной психопрофилактики непсихотических психических расстройств.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность и клиническую структуру непсихотических психических расстройств у русскоязычных и иностранных студентов-медиков.
2. Верифицировать сравнительные характеристики суицидального поведения в анамнезе русскоязычных и иностранных студентов-медиков.

3. Определить влияние учебного стресса на формирование и динамику непсихотических психических расстройств и суицидального поведения у русскоязычных и иностранных студентов-медиков и выделить факторы риска его возникновения в процессе их обучения в ВУЗе.
4. Провести сравнительное исследование связи психического здоровья учащихся с особенностями получаемой ими специализации и учебной нагрузки (русскоязычные студенты медицинского и педагогического институтов, поступивших на 1 курс и спустя 5 лет от начала учебы).
5. Сравнить состояние психического здоровья и особенности реагирования на учебный стресс студентов-медиков, обучающихся в медицинских ВУЗах в различных регионах РФ (г. Белгород и г. Барнаул).
6. Разработать и апробировать программы «Тайм менеджмент» и «Стресс-менеджмент» для первичной и вторичной психопрофилактики непсихотических психических расстройств и суицидального поведения студентов-медиков.

Научная новизна и теоретическая значимость. Впервые, на репрезентативном материале, в сравнительном транскультуральном и межрегиональном исследовании изучена распространенность и клиническая структура непсихотических психических расстройств (НПР) и субклинических донозологических реакций у студентов-медиков.

Обнаружено, что воспитание будущих студентов-медиков в условиях жестокого семейного обращения с ними более чем в 3 раза повышает вероятность формирования личности с низким самоуважением, фрустрацией во всех социальных сферах и в 4 раза повышает вероятность суицидального поведения.

Установлено, что абитуриенты медицинского института чаще, чем абитуриенты педагогического, обнаруживают высокий уровень тревоги и депрессии.

Выявлены и описаны факторы риска формирования НПР у студентов-медиков в процессе их обучения в ВУЗе. Впервые установлено, что поступившие в ВУЗ без достаточной мотивации (не по собственной инициативе) более остро реагируют на учебный стресс и, в итоге, чаще формируют НПР. Выявлены межрегиональные и транскультуральные различия в динамике значимости для студентов-медиков учебных стрессовых факторов, выраженности симптомов учебного стресса, тревоги, депрессии и дистресса, а также частоты формирования НПР в течение 6-летнего периода обучения. Обнаружено, что хронический стресс провоцирует расстройства психической сферы (тревогу и депрессию), а острый (предэкзаменационный) – психосоматические расстройства.

При этом впервые изучены особенности реагирования студентов-медиков на учебный стресс. Показано, что студенты-медики с НПР, субклиническими донозологическими реакциями

ми, а также суицидальным поведением в анамнезе, более остро и независимо от культуральных и региональных особенностей реагируют на учебные стрессовые факторы; у них более выражены симптомы учебного и предэкзаменационного стресса; они чаще используют алкоголь, табакокурение и прием седативных лекарств для его преодоления, что создает риск формирования аддиктивного поведения. При этом установлено, что у русскоязычных студентов-медиков суицидальное поведение в анамнезе встречалось чаще, чем у иностранных, проявлялось до поступления в медицинский ВУЗ и мотивировалось конфликтами в семейной, личной и интимной сферах, на фоне чего учебный стресс играл роль провоцирующего фактора.

Впервые проведено сравнение состояния психического здоровья, особенностей реагирования на учебный стресс, а также отношения к профессии и его влияния на психический статус русскоязычных и иностранных студентов медицинского и русскоязычных студентов педагогического институтов. Показано, что независимо от культуральных особенностей и климато-географических условий проживания, русскоязычные и иностранные студенты-медики и студенты педагогического института выявляют однотипные реакции на стресс, различающиеся только по степени выраженности, что позволяет экстраполировать результаты настоящего исследования и на другие контингенты учащихся.

Практическая значимость. Полученные новые данные о влиянии учебного стресса на формирование НПР и суицидальное поведение могут служить основой для разработки мер первичной и вторичной психопрофилактики. Выделено 7 типов реагирования на учебный стресс, которые являются симптомами-мишенями для последующей психологической коррекции и психотерапии.

Создана и апробирована новая для РФ модель первичной и вторичной психопрофилактики НПР и суицидального поведения, в рамках которой разработаны программы «Тайм-менеджмент» и «Стресс-менеджмент», показавшие свою эффективность и рекомендуемые для более широкого внедрения.

Показано, что студенты-медики, обнаруживающие симптомы НПР, из-за страха стигматизации и последующих социальных ограничений не обращаются за помощью в официальную психиатрическую сеть до момента выраженной социальной дезадаптации. При этом значительная часть студентов-медиков (более 13%) при доступности и конфиденциальности квалифицированной психиатрической помощи охотно за ней обращаются. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости создания доступной и дестигматизированной психиатрической помощи.

Проведенное исследование может служить теоретической основой для исследования других контингентов лиц юношеского возраста, направленных на раннее выявление непсихотических психических расстройств и реализацию мер первичной и вторичной психопрофилактики.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось в категориальном поле клинической и социальной психиатрии в рамках интегративного подхода. В области клинической и социальной психиатрии работа основывалась на фундаментальных положениях в работах отечественных ученых – П.Б. Ганнушкина, О.В. Кербикова, Н.Д. Лакошиной, Ю.А. Александровского, А.Б. Смулевича, Т.Б. Дмитриевой; в области суицидологии - А.Г. Амбрумовой, Б.С. Положего; в области социологии медицины – А.В. Решетникова.

Основные методы исследования: медико-социологический, психометрический, клинко-психопатологический, суицидологический, статистический анализ.

Положения, выносимые на защиту

1. В целом непсихотические психические расстройства клинического уровня выявляются у 20% обследованных студентов – лиц юношеского возраста, а донозологические субклинические реакции регистрируется в 19-20% и характеризуются динамичностью, тесно связанной с влиянием учебного стресса.

2. Частота и динамика НПР зависит от: а) региона проживания (у студентов БелГУ распространенность НПР возрастала с первого по пятый курс, а у учащихся АГМУ – сохранялась на одном уровне во все годы обучения); б) транскультуральных особенностей (у иностранных студентов максимум распространенности НПР отмечался на первом курсе с последующим снижением до минимума к пятому курсу обучения); в) направления подготовки (у студентов-медиков чаще обнаруживались симптомы НПР, чем у студентов педагогического института) и г) мотивов поступления в ВУЗ (у студентов, поступивших не по собственной инициативе, чаще, чем у выбравших специальность самостоятельно, отмечалось разочарование в профессии, и регистрировались симптомы НПР).

3. Перенесенное в дошкольном возрасте домашнее физическое и психологическое насилие ассоциируется с формированием в молодом возрасте тревожных личностных особенностей с низкой самооценкой и склонностью к суицидальному поведению.

4. Способы реагирования студентов на учебный стресс в содержательном аспекте мало зависят от культуральных различий и климато-географических условий проживания, но разнятся по адаптивной устойчивости учащихся (менее адаптивными являются лица с эпизодическими проявлениями психического диатеза в анамнезе, перенесшие в детстве физическое и психическое насилие, поступившие не по собственной инициативе, разочаровавшиеся в профессии) и интенсивности учебного стресса. При этом хронический дистресс, связанный с чрезмерной учебной нагрузкой, провоцирует преимущественно аффективные нарушения, а острый предэкзаменационный стресс – психосоматические расстройства.

5. Использование третьей частью лиц молодого возраста аддиктивного варианта преодоления учебного стресса (алкоголь, табакокурение), которому более подвержены лица с НПР, создает риск формирования у них химических зависимостей.

6. Суицидальное поведение, впервые проявляющееся в большинстве случаев в виде «зарниц» ещё в подростковом возрасте, при обучении в ВУЗе чаще выявлялось у русскоязычных студентов-медиков и возникало на фоне невротических, а также связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Учебный стресс играет при этом роль провоцирующего фактора, нередко «заслоняя» лежащие в основе психической дезадаптации индивидуума неразрешенные конфликты в семейной, интимной и личной сферах.

7. Медико-психологический аспект первичной и вторичной психопрофилактики НПР делает необходимым тесное сотрудничество психиатрической службы и медицинских психологов со школьными психологами, позволяющее оказать психокоррекционную и психотерапевтическую помощь при доклинических и легких клинических формах НПР уже на ранних этапах их проявления. В условиях общеобразовательной школы и ВУЗов необходима реализация программ «Тайм-менеджмент» и «Стресс-менеджмент», показавших высокую терапевтическую эффективность.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы диспансерного отделения ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», ОГКУЗ «Грайворонская психиатрическая больница», студенческой поликлиники НИУ БелГУ, используются в учебном процессе Медицинского и Педагогического институтов НИУ БелГУ, кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Степень достоверности результатов исследования подтверждается репрезентативностью выборки и применением современных методов исследования и статистической обработки базы данных.

Апробация и публикация результатов исследования. Материалы исследования докладывались на IV научно-практической конференции «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии» г. Санкт-Петербург (16-17 июня 2017 г.); Белгородской областной научно-практической конференции «Семейная медицина. Здоровьесбережение» (10 ноября 2017 г.); семинаре Европейского колледжа нейрпсихофармакологии (ECNP seminar) г. Волгоград (23-25 марта 2018 г.); VII Национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии «Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья» г. Тюмень (23-25 мая 2018 г.); форсайт-сессии Медицинского института «НИУ БелГУ» 18 декабря 2018 г.; XIV Всероссийской Школе молодых психиатров «Суздаль-2019», 17-22 апреля 2019 г., XVI Европейском психологическом конгрессе, г. Москва (2-5 июля 2019 г.), VI медицинском форуме

«Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования» 10-11 марта 2021г., г. Белгород.

По результатам исследования опубликовано 36 печатных работ, в том числе 22 в журналах списка ВАК и 9 – индексируемых Scopus и Web of Science.

Личный вклад автора. Автор лично сформулировал цель, задачи исследования, подготовил его программу, проанализировал отечественные и зарубежные публикации, разработал и апробировал программы «Стресс-менеджмент» и «Тайм-менеджмент». Соискатель самостоятельно провел исследование, составил и обработал базу данных, обобщил результаты, подготовил публикации, а также рукописи диссертации и автореферата.

Объем и структура работы. Текст диссертации изложен на 362 страницах. Диссертация состоит из введения, 8 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (содержащего 457 источников, из них 144 отечественных и 313 зарубежных) и двух приложений. Работа иллюстрирована 192 таблицами и 24 рисунками.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**УЧЕБНЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ****1.1 Учебные и социально-стрессовые факторы и их влияние
на психическое здоровье студентов-медиков**

Все большую актуальность в последние годы приобретает проблема благополучия психического здоровья обучающихся в высших учебных заведениях (Christensson A. et al., 2010; Hunt J., Eisenberg D., 2010; Erogul M. et al., 2014; Saeed A.A. et al., 2016; Conley C.S. et al., 2017; Tung Y.J. et al., 2018), что связано, прежде всего, с высокой распространенностью у студентов непсихотических психических расстройств (НПР) и состояний социально-психологической дезадаптации, аддиктивного (Melaku L. et al., 2015; Руженков В.А., Лукьянцева И.С., 2016) и суицидального (Rosiek A. et al., 2016) поведения. Установлено, что депрессивные и тревожные симптомы, а также проявления дистресса среди студентов встречаются значительно чаще, чем у населения в целом (Cvetkovski et al., 2012, Winzer R. et al., 2014, 2018; Ibrahim A.K., et al., 2013; Rotenstein L.S. et al., 2016). В свою очередь, большая частота психической патологии у студентов может быть обусловлена как следствием патологического воздействия учебного стресса (Dahlin M. et al., 2005) - сфера образования сама по себе является очень стрессовой для студентов и нуждается во многих корректировках (Habeeb K.A., 2010; Chawla K., Sachdeva V., 2018), так и общим возрастанием распространенности психических расстройств среди лиц молодого возраста (Hunt J., Eisenberg D., 2010).

Способность молодых людей адаптироваться в высших учебных заведениях напрямую влияет на их академическую успеваемость, а также в значительной степени формирует их моральные и личные характеристики (Shchelina T. et al., 2017). Адаптационные трудности (связанные с изменениями, выходящими за рамки обычного опыта, изменением системы культурных, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, изменением социальных связей и жизненных планов) способствуют нестабильности и неопределенности жизненного положения и способствуют развитию социально-стрессовых расстройств (Александровский Ю.А., 2017).

Постоянно увеличивающийся объем информации, высокое нервно-эмоциональное напряжение в период экзаменационных сессий, некоторые деструктивные особенности образа жизни (употребление алкоголя, наркотиков, табакокурение) не только выделяют студенческое

сообщество среди других социальных групп, но и создают благоприятную почву для формирования хронических заболеваний (Кобыляцкая И.А. с соавт., 2015). Студенты чувствуют себя виноватыми, если не тратят свое ограниченное свободное время на обучение и испытывают его дефицит для отдыха, досуга и физической активности (Bergmann C. et al., 2019).

Высокий уровень учебного стресса испытывают студенты-медики (Heinen I. et al., 2017; Shawi A.F.A. et al., 2018), так как процесс обучения в медицинском ВУЗе является одним из самых эмоционально-напряженных, а объем учебной нагрузки почти в два раза больше, чем для студентов других специальностей (Пономарева Л.А., 2002; Leodoro G., Lynn M., 2007; Миронов С.В., 2014), что не может не влиять на состояние их психического и соматического здоровья (Агаджанян Н.А. с соавт., 1995; Radcliffe C., Lester H., 2003; Vaez M., 2004; Sandra K., et al., 2013). При этом, студенты младших курсов хуже, чем старшекурсники, справляются с проявлениями учебного стресса (Rosiek A. et al., 2016).

В то же время, медицинская подготовка направлена на то, чтобы укрепить идею о том, что врачи должны быть непобедимы и невосприимчивы к психическим расстройствам (Henderson M. et al., 2012), что вынуждает студентов скрывать свои психологические проблемы.

По некоторым данным хронический стресс среди студентов-медиков встречается в 38-62% случаев, что значительно чаще, чем у населения в целом (El-Gilany A.H. et al., 2008; Al-Faris E.A. et al., 2012; Rahman A.G. et al., 2013; Alsalhi A.H. et al., 2018). Было установлено, что пол является независимым значимым фактором риска, так как у женщин был значительно более высокий уровень стресса (в 1,6 раза), чем у мужчин. Студентки более уязвимы и менее устойчивы к стрессу (Votmer E., et al., 2019).

Самая высокая распространенность стресса наблюдается у студентов первого курса, что связано, прежде всего, с процессом адаптации к новой и незнакомой среде при проживании отдельно от родных (Abdulghani H.M., 2011; Yusoff M.S. et al., 2013; Abdallah A.R. et al., 2014; Melaku L. et al., 2015; Wahjudi J.W. et al., 2019). В первый год обучения медицине академическая нагрузка, наличие физических проблем и наличие брака являются независимыми факторами риска высокого уровня стресса (Rafique N. et al., 2019). Другие авторы указывают на высокую распространенность (58,3%) стресса среди студентов первых трех курсов, с дальнейшей тенденцией к снижению: 56,6% – на четвертом и 25% – на шестом курсах соответственно (Melaku L. et al., 2015). Постоянный стресс является причиной высокой тревожности и нейротизма у студентов (Туровая А.Ю. с соавт., 2014; Горбылева К.В. с соавт., 2014), в результате чего под воздействием стресса снижается работоспособность и формируется патология пищеварительного тракта.

По другим данным (Sani M. et al., 2012) – распространенность стресса среди студентов-медиков составила 71,9%, причем чаще он выявлялся среди женщин (77%), чем мужчин (64%).

Уровень образования или профессии родителей, количество братьев и сестер, проживание с родителями, место проживания, способ передвижения в колледж, время, необходимое для достижения колледжа, семейное положение и эпидемиологические факторы. В то же время проблемы со сном, ранние пробуждения показали статистически значимую связь со стрессом. Основным фактором, связанным с воспринимаемым стрессом, были долгие часы обучения, экзамены и очень сжатые временные графики. Психологические и семейные проблемы, отсутствие развлечений в кампусе и сама система образования были другими факторами стресса для студентов-медиков. Не случайно имеются указания на то, что изменения в учебных планах, направленные на их большее удобство для учащихся, должны стать приоритетными в решении проблемы высокой распространенности стресса среди студентов-медиков (Sani M. et al., 2012).

Сессия и сдача экзаменов являются наиболее стрессогенными периодами для студентов-медиков (Vaez M., 2004; Hashmat S. et al., 2008; Yasin A.S., Dzulkifli M.A., 2010; Sharma B., et al., 2011). В свою очередь, основными источниками стресса выступают учебные факторы (Yusoff M.S. et al., 2010, 2013; Mehfooz Q., Haider S., 2017): давление со стороны родственников и преподавателей. Значимыми являются также страх за свое будущее, отсутствие желания учиться, необходимость соответствовать ожиданиям родственников (Судаков К.В., 2001; Коршунова А.Н., Мухина Т. К., 2014; Kumar V. et al., 2019).

Среди других причин, способствующих развитию учебного стресса у студентов-медиков, выделяют следующие: большое количество пропусков и связанные с этим учебные задолженности, плохая успеваемость, большая учебная нагрузка, конфликты с преподавателями, нехватка учебного материала, отсутствие интереса к учебе, неудовлетворенность полученной оценкой и разочарование в выбранной профессии (Brazeau C.M., 2010; Торшина Т.И. с соавт., 2016).

Чувство собственной профессиональной некомпетентности при колоссальном объеме усилий, направленных на подготовку домашнего задания, вызывают и усиливают учебный стресс (Firth-Cozens J., 1989; Iosif A. et al., 2011).

Постоянное воздействие учебных стрессовых факторов служит причиной высокой распространенности суицидальных мыслей среди студентов-медиков (Rosiek A. et al., 2016; Jeong Y., 2010). Так, 83% студентов отмечали наличие мыслей о самоубийстве (у 66% из них такие мысли возникают часто, у 17% – редко). Высокие показатели стресса (3,6%), тревоги (54,5%) и депрессии (1,9%) также регистрируются среди лиц, желающих поступать в медицинский вуз (Yusoff M.S. et al., 2013).

Кроме того, постоянный учебный стресс способствует возникновению у студентов-медиков синдрома эмоционального выгорания (Fares J. et al., 2016; Popa-Velea O. et al., 2017), снижает показатели успеваемости, а также отрицательно влияет на состояние здоровья (Al

Kadri M.F. et al., 2011; Reisbig A.M. et al., 2016; Crego A. et al., 2016), способствуя развитию тревоги и депрессии. Согласно исследованию Оку А. et al. (2015), 39% студентов медицинских институтов имеют «плохой статус психического здоровья». Выгорание и депрессивные симптомы являются предикторами серьезных размышлений о прекращении учебы в течение следующего года. Каждое увеличение оценки эмоционального истощения и деперсонализации на один пункт и снижение оценки личных достижений на один пункт связано с увеличением вероятности серьезных отказов (на 7%) от учебы в течение следующего года. Низкие оценки личных достижений, низкое умственное и физическое качество жизни и наличие детей были независимыми предикторами того, что у студентов возникли серьезные мысли о том, чтобы бросить учебу в течение следующего года (Dyrbye L.N. et al., 2010).

Важное значение в толерантности к учебному стрессу играет мотивация выбора медицинской специальности. Студенты, пришедшие в медицину из-за болезни, смерти члена семьи, более подвержены эмоциональному истощению и выгоранию (Pagnin D. et al., 2013). При этом риск возникновения эмоционального выгорания (Galán F. et al., 2011), а также его тяжесть (Fitzpatrick O. et al., 2019) значительно увеличивается с третьего по шестой год обучения (то есть в годы изучения студентами клинических дисциплин, а не доклинической общеобразовательной подготовки на первых двух курсах) и не связан с полом. Предполагают, что это связано с разочарованием от несовпадения желаемого (ожидаемого) и действительного при переходе на клинические кафедры и начале работы с пациентами. Еще одним фактором риска для возникновения цинизма, выгорания и снижения академической успеваемости, является отсутствие альтруизма (Györffy Z. F. et al., 2016).

Распространенность выгорания среди студентов-медиков и врачей достигает 75%, что значительно выше, чем среди населения в целом (Dyrbye L.N. et al., 2008; Shanafelt T.D. et al., 2012; Fares J. et al., 2016). Трехмерные аспекты синдрома выгорания (сильное эмоциональное истощение, высокий цинизм, низкая профессиональная эффективность) были статистически значимыми предикторами наличия депрессивных симптомов (Al-Alawi M. et al., 2019).

В развитии синдрома эмоционального выгорания важную роль играют хронические стрессовые факторы (Вельтищев Д.Ю. с соавт., 2017), приводящие к истощению, а способствуют его возникновению такие особенности личности, как тревожность, чувствительность, интровертированность. Одними из важнейших причин при этом является работа с «немотивированными и маломотивированными пациентами», а также запреты на самовыражение при общении с пациентами (Макаров В.В., 2001, 2016).

Среди стрессовых факторов значимо коррелируют с выгоранием: отсутствие хобби, плохие условия работы, плохие условия на рабочем месте, проблемы в отношениях с коллегами, конфликты на работе и в семье (Zid B.A. et al., 2018). Проявлением синдрома выгорания, как

правило, является также деперсонализация, которая значительно сказывается на отношениях с окружающими: усиливается зависимость от других, или же, наоборот, преобладающими становятся негативизм, антипатия и циничность (Чернышкова Н.В. с соавт., 2018).

Одной из актуальных проблем социальной адаптации личности является изучение лиц, пребывающих в неродной стране, в том числе и студентов, обучающихся за рубежом. Установлено, что данная категория лиц сталкивается с наибольшими проблемами в плане социально-психологической адаптации, связанными с тем, что для полного приобщения к культуре принимающей страны требуется гораздо больше времени, чем занимает процесс обучения. Процесс ассимиляции тем сложнее, чем больше имеется расовых, религиозных, индивидуальных и климато-географических различий (Ишака К., 2014).

Булгакова Я.В. (2010) отмечает, что стрессогенностью обладает большой объем учебной нагрузка в медицинском ВУЗе в сочетании с изменением привычных условий жизни и необходимостью адаптироваться к обучению и быту в другой стране (изменения привычных условий жизни и необходимость адаптироваться к обучению и быту в другой стране).

Адаптация проходит тем тяжелее, чем более отличными от привычных являются климатические и географические условия (Рахимов Т.Р., 2011, 2011; Ременцов А.Н., Казанцева А.А., 2011), а также культурные особенности, религиозные верования и даже отличия питания (Ременцов А.Н., Казанцева А.А., 2011).

Смена бытовых условий и новые учебные требования (Rice G.H., Dellwo J.P., 2002), в том числе необходимость освоения русского языка за короткий срок, усиливают стресс. Также важную роль играют нехватка общения с родными и незнакомая окружающая среда (Sarason V.R. et al., 1990).

Наиболее стрессогенными для студентов-иностранцев являются сроки подготовки проектов и заданий (29,6%), большой объем учебного материала (28,2%) и климатические условия (24,4%). В то же время факторы удаленность от семьи (16%), культурные различия (8,5%) и недостаток друзей (7,0%) оказались наименее значимыми. Наиболее значимыми факторами, вызывающими стресс, оказались климат и новый (русский) язык обучения (Кошелева Е.Ю., Амартей Дж. А., 2015).

По некоторым данным, учебному стрессу больше подвержены те иностранные студенты, которые хуже говорят на местном языке и проживают в общежитиях (Gupta S. et al., 2015), так как им сложнее приобщиться к новой этнокультурной среде (Mogi S., 2000). Установлено, что достаточный словарный запас, позволяющий успешно общаться, формируется у студентов не раньше, чем к концу третьего года обучения. Недостаточное знание русского языка способствует усилению стресса и значительно препятствует успешной социальной адаптации.

Pyrkova K.V. (2016), в отличие от этого, были выделены следующие особенности адаптации иностранных студентов первого курса: низкая степень стрессового напряжения (с тенденцией к пороговому сопротивлению); более высокие значения показателей качества жизни и показатели адаптации по сравнению с русскоязычными группами. Анализ психологического симптоматического статуса иностранных студентов показал тенденцию к «соматизации».

В целом факторы, вызывающие у всех студентов-медиков учебный стресс (Khan J.M. et al., 2013) многочисленны. Наиболее значимые среди них следующие:

1. Высокая учебная нагрузка (Yusoff M.S. et al., 2010, 2013) – считается основным источником стресса для студентов-медиков. В свою очередь, высокий уровень стресса значительно снижает удовлетворенность жизнью, негативно влияет на состояние здоровья и академическую успеваемость (Crego A. et al., 2016; Reisbig A.M. et al., 2012; Al Kadri M.F. et al., 2011).

2. Давление со стороны преподавателей (Nilsson M.S., et al., 2010, Al Kadri M.F. et al., 2011) и родственников, жесткая конкуренция среди сокурсников, большие объемы учебного материала, возрастание нагрузки во время сессии, нехватка времени для повторения пройденного материала, задолженности по дисциплинам, получение более низких оценок, длительный срок обучения, работа с трупным материалом, жесткий распорядок дня, а также неумение планировать свое время и отсутствие самодисциплины, неправильная расстановка приоритетов (Qamar K. et al., 2015; Adams D.F., 2017) и разочарование в будущей профессии (Brazeau C.M., 2010; Qamar K. et al., 2015).

3. Академические достижения. Установлено, что чем выше успеваемость, тем выше уровень стресса (Rafidah K. et al., 2009; Sanders A.E., Lushington K., 2002; Siraj H.H. et al., 2014), а удовлетворенность результатами обучения влияет на состояние психического здоровья студентов (Бухановская О.А., Демчева Н.К., 2020). Для студентов с высокой успеваемостью характерен более низкий уровень психологического здоровья и качества жизни, по сравнению со студентами с низкой успеваемостью (Malibary H. et al., 2019). В целом, состояние здоровья студентов-медиков более низкое, чем у сверстников, обучающихся по гуманитарным и техническим специальностям (Cohen M., 1999).

4. Экзаменационная сессия. Является пиком умственной перегрузки и сильной стрессовой ситуацией (Красик Е.Д. с соавт., 1982). Экзамены оценивались как высокий стресс у 63,1% всех учащихся. Проблемы с психическим здоровьем у студентов были в наибольшей степени связаны со стрессовым опытом во время экзаменов и контактов с преподавательским составом (Basković D.V. et al., 2013). Негативное влияние экзаменационного стресса отражалось в первую очередь на таких параметрах, как общее самочувствие и настроение (Сергеева О.М., 2008).

5. Социальные и финансовые проблемы, проблемы со здоровьем или академическими трудностями – являются важными стрессогенными факторами (Sha T, et. al., 2000).

6. Нерегулярное посещение занятий. Установлено, что студенты, совершающие пропуски занятий, более стрессированы, что влияет не только на их академические успехи, но и на все аспекты здоровья (Essa A., 2013).

7. Контакты с неизлечимо больными на клинических кафедрах. Установлено, что уровень стресса во время клинической практики в значительной степени коррелировал с уходом за неизлечимо больными (Sheu S. et al., 2002; Timmins F., Kaliszer M., 2002; Tully A., 2004). И в целом, взаимодействие с пациентами без должной предварительной подготовки также является стрессовым фактором (Alzahem A.M. et al., 2011).

8. Нехватка времени для завершения всех заданий, тревожное ожидание оценки эффективности выполненной работы и частые изменения требований (Sheu S. et al., 2002; Timmins F., Kaliszer M., 2002; Tully A., 2004).

9. Ощущение беспомощности перед лицом болезни и смерти (DeMaria S, et al. 2016).

Высокая посещаемость и высокая успеваемость у студенток-медиков женского пола были связаны с большей выраженностью стресса по сравнению со студентами мужского пола (Mukesh K. et al., 2014). Постоянный стресс отрицательно сказывается на работоспособности и эмоциональном состоянии студентов - возникают раздражительность, подавленность, расстройства внимания, отчего страдает посещаемость занятий и академическая успеваемость (Ефимова Л.А., 2017).

Более 50% студентов часто испытывает психическое напряжение, а одна треть имеет проблемы с бессонницей. Низкое качество сна у студентов-медиков влияет как на способность к обучению, так и на успеваемость (Curcio G. et. al., 2006, Boehm M.A. et. al., 2016; Lyndon M.P. et al., 2016). Учащиеся, испытывающие стресс, хуже выполняют тесты и экзамены (Cohen M. et al., 2014; Ng V. et al., 2011).

Сказанное обуславливает возрастание актуальности проведения эмпирических исследований, направленных на выявление основных источников негативных состояний и последствий стресса у студентов разных специальностей. Исследования такого рода могут быть использованы для повышения эффективности процесса обучения и оптимизации трудностей адаптации к профессии, для минимизации напряженности в учебной и практической деятельности студентов (Величковская С. Б., 2014).

Таким образом, анализ литературных данных показал, что проблема психического здоровья студентов и влияния на него учебного стресса становится все более актуальной. При этом многие исследователи сходятся во мнениях о большей распространенности психических расстройств и дистресса среди студентов медицинских ВУЗов по сравнению со сверстниками, обу-

чающимися по другим профессиональным направлениям, и большей подверженности стрессу лиц женского пола. Наиболее стрессогенными для студентов являются сессионные периоды, а текущие учебные стрессовые факторы – высокая учебная нагрузка, нехватка времени для изучения материала, задолженности, недостаток самодисциплины, неспособность устанавливать приоритеты и разочарование в профессии – создают «базовый» стрессовый фон.

Все это подтверждает необходимость изменения самой системы обучения.

1.2 Распространенность психических расстройств у студентов-медиков

В последние годы наблюдается рост заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами (Мариллов В.В. с соавт., 2000; Михайлов Б.В. с соавт., 2001) и увеличение распространенности психосоматической патологии (Холмогорова А.Б. с соавт., 2000). Так, до трети населения Европы (т.е. около 160 млн. чел.) страдают клиническими и субклиническими формами психических расстройств (СОМ, 2007). Анализ динамики заболеваемости в РФ в 2000-2018 гг. показал, что на фоне снижения численности детско-подросткового населения, показатели заболеваемости психическими расстройствами превышают заболеваемость взрослого населения (Кекелидзе З.И. с соавт., 2019; Макушкин Е.В., Демчева Н.К., 2019). По некоторым данным, среди лиц в возрастном диапазоне 18-19 лет психические расстройства встречаются чаще, чем среди лиц среднего возраста (Казаковцев Б.А. с соавт., 2019.). Распространенность тревожных расстройств среди подростков варьирует от 9 до 32% и растет с увеличением возраста (Essau С.А., Gabbidon J., 2013; Заваденко Н.Н. с соавт., 2015). При этом, в юношеском возрасте тревожности часто сопутствует преневротическая, вегетодистоническая и соматическая симптоматика (Великанова Л.П., Шевченко Ю.С, 2006). Высоко актуальна проблема выявления факторов психотического риска у лиц с непсихотическими психическими расстройствами в юношеском возрасте (Каледа В.Г. с соавт., 2017).

Студенты-медики обнаруживают значительные субъективные переживания, связанные с психической сферой, хотя и при низкой степени тяжести их проявлений. Это явление заслуживает внимания (Strous R.D., 2012), так как часть студентов-медиков может быть мотивирована изучать медицину из-за неосознанных невротических побуждений и нерешенных конфликтов, возникших в детстве, в попытке улучшить свое благополучие, исцеляя других (Firth-Cozens J., 1992; Chew-Graham C. et al., 2003; Dyrbye L.N. et al., 2005).

Исследование распространенности психических расстройств среди студентов Австралии выявили высокие её показатели у лиц в возрастном диапазоне 25-34 лет, студентов с низким доходом, лиц женского пола, гомосексуальной или бисексуальной ориентации (Said D. et al., 2013).

Оценка заболеваемости аффективными расстройствами среди студентов-медиков в Индии (Sarkar S. et al., 2017) показала, что депрессия встречалась от 8,7% до 71,3% случаев, тревога - в 10,1%-58,9% случаев и стресс – в 42,8% -59,8% соответственно. При этом уровень стресса и депрессии был выше у лиц женского пола.

В целом, среди студентов медицинских институтов растет распространенность выгорания и психических расстройств (Drolet B.C., Rodgers S., 2010). Исследования в Великобритании последовательно показывают, что стресс и выгорание являются эндемичными во время медицинского обучения (Satterford J.M., Vecerra C., 2010). Были дискуссии о том, развиваются ли у учащихся медицинских школ проблемы с психическим здоровьем в результате специфики учебной программы (Lempe H., Seale C., 2004; Jaye C. et al., 2006) или потому, что они изначально чаще имеют такие психологически уязвимые личностные черты, как перфекционизм (Vaillant G.E., 1972; Chew-Graham C. et al., 2003).

Одним из наиболее частых проявлений дезадаптации является наличие пограничной психической патологии, возникающей в 4 раза чаще среди иностранных студентов (Ильина М.А., 2004). У лиц, приехавших из-за рубежа часто отмечается близкий к диагностическому уровень диссоциативных симптомов (Бохан Н.А. с соавт., 2017). Выявляется тенденция к росту пограничных психических расстройств у студентов медицинского ВУЗа с 23,5% до 54% (Миннибаев Т.Ш. с соавт., 2012). Авторы проводили лонгитюдное исследование пограничных психических расстройств у студентов-медиков, обучающихся в Первом МГМУ им. И.М.Сеченова и установили, что у 43,2% первокурсников выявляются невротические реакции, а у 13,7% невротические расстройства и у 7,95% – неврозоподобные состояния. Кроме того, у 4,6% регистрировались расстройства личности и у 7,95% – психопатоподобные состояния: другими словами, клинически очерченные НПР выявлены у 34,2% студентов-медиков 1 курса, а у 6 курса – у 33% (Миннибаев Т.Ш. с соавт, 2012).

По данным Гавенко В.Л. с соавт (2014) – по результатам клинико-психопатологического обследования 832 студентов Харьковского национального медицинского университета – в трети всех случаев (30,2%) среди студентов-медиков выявлялись психические расстройства непсихотического уровня, представленные в основном невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, при меньшем значении аффективных, органических и поведенческих нарушений.

По другим данным (Бухановская О.А., Демчева Н.К., 2019), невротические расстройства выявлены у 14,8% студентов-медиков. Наиболее часто встречались неврастенические и ипохондрические расстройства, а также расстройства адаптации, сопровождавшиеся тревогой и снижением настроения. Предрасполагающими факторами развития неврастении являются личностная тревожность с зависимостью от стрессовых факторов, перфекционизм и сверхценное

отношение к служебным обязанностям (Вельтищев Д.Ю. 2013), что, как известно, часто характерно именно для медиков. У студентов-медиков выявляется большее число невротических и депрессивных расстройств, чем у студентов технического профиля (Демчева Н.К., Бухановская О.А, 2019).

Еще меньшие цифры приводят авторы (Рогозина М.А., 2009), проводившие исследование в Воронежском государственном медицинском университете. Так, в периоды между сессиями, клинически выраженные формы пограничной психической патологии встречались лишь в 10% случаев. Данные расстройства характеризовались, как правило, невротической симптоматикой: расстройствами адаптации, вызванными, прежде всего, психогенными реакциями в межличностной сфере.

Главную роль в возникновении непсихотической психической патологии играет, как правило, срыв процесса адаптации вследствие воздействия выраженной психотравмирующей ситуации. Отдельное значение имеют также внутриличностные конфликты, слабая «социальная подготовка», а также некоторые биологические факторы, которые особенно проявляются при возрастании функциональных нагрузок на организм, например, в период интенсивного обучения (Лебедев М.А., Платов С.Ю., 2010). Чаще всего расстройства адаптации у студентов протекают достаточно благоприятно и характеризуются легко выраженной психопатологической симптоматикой, но, протекая в условиях динамического процесса напряженной учёбы, они приводят к учебной дезадаптации и негативно сказываются на социальном функционировании (Шифнер Н.А. с соавт., 2012).

При изучении клинических дисциплин для студентов-медиков особенно стрессогенными являются большой объем материала, чувство собственной некомпетентности как будущего специалиста, а также колоссальные усилия, направленные на выполнение домашнего задания (Iosif A. et al., 2011), что зачастую служит предпосылкой к возникновению стресс-индуцированных расстройств (Юматов Е.А. с соавт., 2001; Глазачев О.С., 2011; Vaez M., 2004).

Выявлена (Dyrbye L.N. et al., 2006) высокая распространенность депрессии и тревоги у студентов-медиков, коррелирующие с общим уровнем психологического стресса. Более того, депрессия и тревога регистрировались у них чаще, чем у сверстников и населения в целом (Dyrbye L.N. et al., 2006, 2014). Кроме того, у студентов медицинского ВУЗа выявляется целая группа пограничных психических расстройств, депрессивные состояния, а также развитие расстройств шизофренического спектра. При этом установлено, что если предпосылки для развития шизофрении возникали у студентов еще до поступления в медицинский вуз, то депрессивные и пограничные психические расстройства формировались уже в процессе обучения (Зорко Ю.А., 1998). Поверхностный подход к обучению значительно коррелировал с тревожностью как чер-

той характера, а учащиеся с преимущественно глубоким подходом к обучению были наименее тревожными и наиболее успешными в учебе (Cipra C., Müller-Hilke B., 2019).

Под влиянием учебного стресса 12,3% первокурсников находятся в состоянии депрессии, а 14,7% испытывают постоянную усталость (Батова Е.А., 2003; Cheryl L. et al., 2000). Исследования медицинских школ в США (Sherina M.S. et al., 2004) показали, что 23% студентов-медиков имеют клиническую депрессию и 57% – психологический стресс. При этом депрессия, в отличие от тревоги, является значимым предиктором учебного стресса. Лица женского пола более склонны к депрессии, мужского пола, чаще обнаруживают тревогу и более высокий уровень стресса (Masood A. et al., 2016). На высокую распространенность – 17% депрессии у студентов-медиков указывали и другие авторы (Thompson G. et al., 2016), связывающие риск ее возникновения с недостаточной поддержкой со стороны семьи и друзей, а также других студентов-медиков.

Молодой возраст (меньше 30 лет), женский пол, иммиграция из-за пределов Европы, высокая учебная нагрузка, неудовлетворенность образованием, низкая самоэффективность и конфликты между личными потребностями и требованиями колледжа были связаны с высокой распространенностью депрессии. Предыдущий опыт работы, меньшая потребность в финансовой поддержке и оплачиваемая работа в течение семестра были связаны с низкой распространенностью депрессии. Старшие ученики и те, кто был родителями, чаще сообщали о конфликтах между домом и колледжем (Christensson A. et al., 2011).

В отношении распространенности тревоги у студентов-медиков данные разнятся. Одни авторы (Дьячкова С.Ю., 2010) выявляли тревогу у студентов-медиков в 72,7% случаях: у 38,4% – среднего уровня и у 34,3% – высокого. По другим данным (Тумутова Э.Ч. с соавт., 2008) – клинически выраженная тревога наблюдается у 14,3% студентов-медиков в учебный период и возрастает до 31,7% – в период сессии. У студентов шестого курса тревога выявляется чаще ($p=0,001$) среди лиц женского пола (48,3%) случаев, чем мужского – 26,1% (Украинцев И.И. с соавт., 2019). Субклинический уровень депрессии в учебный период регистрируется у 35,8%, а клинически выраженный – у 18,9%. В период сессии эти цифры повышаются соответственно до 38,1% и 31,7% (Тумутова Э.Ч. с соавт., 2008). При этом клинически выраженные тревожные расстройства значительно снижают качество жизни (Wittchen H.U. et al., 2000, 2006), повышают количество как внутренних форм суицидального поведения (Boden J.M. et al., 2007), так и суицидальных попыток.

У студентов I курса, по сравнению с IV и VI курсами, выявлена высокая частота (93%) как депрессивных, так и тревожных расстройств, что обусловлено трудностями их адаптационного периода к новому образу жизни, значительно возросшими эмоциональными, умственными и физическими нагрузками (Абасова Г.Б. с соавт., 2012). Удельный вес субклинических тре-

вожных и депрессивных нарушений наиболее высок на первом курсе и значительно превышает соответствующие показатели у студентов старших курсов (Брагина К. Р., 2003).

Согласно Австралийским исследователям, до 6,5% популяции студентов страдают нервной орторексией – навязчивым стремлением к «здоровому и правильному питанию» (Reynolds R., 2018). Интересен факт, что студенты-медики с нервной орторексией одновременно испытывают меньший психологический стресс и беспокойство (Farchakh Y. et al., 2019).

Связанные со стрессом у студентов-медиков соматоформные психические расстройства клинически выглядят, наряду с депрессией и дистимией, более размытыми при том, что количество параллельного или последовательного сочетания этих расстройств в течение жизни достаточно велико, что требует дальнейшего совершенствования измерительного диагностического аппарата (Корнетов Н.А., Сорокина А.В., 2015). Отмечается, что чаще всего они характеризуются как «малосущественные эпизоды плохого самочувствия», которые не требуют особого внимания и лечения, вследствие чего психологическая и медицинская помощь часто осуществляется с опозданием (Лебедев М.А., Платов С.Ю., 2013).

В отличие от первокурсников, у студентов третьего курса отмечается значительное повышение процента риска возникновения депрессии: 28,4% и 39% соответственно (Ludwig A.V. et al., 2015). По некоторым данным, такая особенность связана с началом изучения клинических дисциплин, которые являются достаточно стрессовым опытом для студентов-медиков (Moss F., McManus I.C., 1992). Большая подверженность развитию тревоги и депрессии выявлена у лиц женского пола (Abdulghani H.M. et al., 2011; Saeed A.A. et al., 2016; Burger P.H.M., Scholz M., 2018), особенно на первом году обучения (Inam B., 2007). По другим данным (Ali Shah S., Ahmed M., 2013) общий уровень тревоги у студентов мужского и женского пола примерно одинаков.

Учебный стресс и связанное с ним беспокойство приводят к отвлекаемости во время чтения учебников и поверхностному подходу к обучению (Al Kadri M.F. et al., 2011), а тревога и депрессия – к исключению из медицинских вузов, снижению продуктивности труда, проблемам в межличностных отношениях, выгоранию, повышению суицидальных тенденций (Jadoon N.A. et al. 2010). Это служит психогенным фактором, создающим риск формирования субклинических реакций адаптации, а при затяжном стрессе – и непсихотических психических расстройств.

Табакокурение выступает одним из основных способов совладения со стрессом для студентов (Al-Kaabba A.F. et al., 2011). Студенты с высоким уровнем учебного стресса (Melaku L. et al., 2015) чаще употребляли психоактивные вещества (в 3 раза чаще жевали «кат» – наркотическое средство растительного происхождения, в 4,5 раза чаще курили сигареты и в 2 раза чаще употребляли алкоголь). В России большей популярностью пользуется алкоголь. Так, среди сту-

дентов-медиков 78% употребляли алкоголь, в том числе систематически – 6,2% и привычно пьющих было 1,2% (Голенков А.В., Андреева А.П., 2010). На высокую частоту употребления студентами-медиками алкоголя (88,5%), наркотиков (22%) и табакокурения (41,9%) указывали и другие авторы (Горобей Н.П., 2011). В динамике отмечается феминизация наркотизма, снижение значимости субмиссивной мотивации и возрастание значимости атактической мотивировки потребления психоактивных веществ (Бохан Н.А. с соавт., 2017). С ростом числа учащихся, употребляющих алкоголь и находящихся под его влиянием, растет уровень травматизма и смертности в состоянии алкогольного опьянения – до 10,5% студентов получали ранения в результате употребления алкоголя, 12% были избиты или подверглись нападению со стороны другого студента колледжа, употребляющего алкоголь, 2% стали жертвами сексуального насилия (нападение или изнасилование на свидании). Это, в свою очередь, ведет к формированию аддиктивного поведения и, как следствие, усугубляет нарушение адаптации, приводя к редукции межличностных эмоциональных отношений (Руженков В.А., Лукьянцева И.С., 2016). Что касается нехимических видов зависимостей, то более чем у половины лиц молодого возраста с интернет-аддикциями выявляются сочетанные психические расстройства: расстройства настроения, невротические и связанными со стрессом расстройства, расстройства личности, привычек и влечений, употребление психоактивных веществ с вредными последствиями, шизотипические расстройства (Гречаный С.В. с соавт., 2020). При этом для лиц с интернет-зависимостью характерны высокая импульсивность планирования (как отсутствие предусмотрительности и способности следовать планам на будущее) и низкая самонаправленность (недостаток осознания собственных возможностей и ограничений, отсутствие целеустремленности и ответственности), перенесенный в детском возрасте психотравмирующий опыт, высокий уровень тревоги (Трусова А.В. с соавт., 2019, 2020).

У молодых людей, отмечающих подавленное настроение, определяется более низкий уровень физической активности по сравнению с их обычными сверстниками. При этом депрессивный синдром в молодом возрасте в последующем может перерасти в большое депрессивное расстройство (Kim S. et al., 2015). Факторы, предрасполагающие к возникновению психогенных расстройств – впечатлительность, внушаемость, эмоциональная лабильность, затрудненная адаптация к новому – при возникновении в процессе обучения чувства незащитности, безвыходности, неуверенности в себе и своих силах способствуют формированию заболевания (Малинина Е.В. с соавт., 2015). Адаптационные способности студентов-медиков имеют свою динамику. При этом исследователями приводятся парадоксальные цифры о снижении удовлетворительной адаптации студентов в период их обучения с 1 по 6-й курс на 40,4% (Setko N.P. et al., 2017).

Таким образом, литературные данные подтверждают высокий риск развития непсихотических психических расстройств среди будущих врачей. В преморбиде для студентов-медиков характерны перфекционизм, ответственность и тревожность, усугубляющиеся учебными стрессовыми факторами, что создает благодатную почву для формирования и нарастания симптомов депрессии, тревоги и дистресса уже во время обучения медицинской специальности. Помимо этого, отмечается эмоциональное выгорание, распространено суицидальное поведение.

При этом инициальные проявления психического неблагополучия квалифицируются как незначимые, и студенты не обращаются вовремя за психологической помощью, используя алкоголь и курение табака для облегчения своего состояния, что способствует формированию и развитию в дальнейшем аддиктивного поведения и усугубляет общую картину психического расстройства.

1.3 Распространенность и типология аутоагрессивного поведения у лиц юношеского возраста и студентов-медиков – взаимосвязь с социальным стрессом и психическими расстройствами

По данным ВОЗ (2018) на долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма среди лиц в возрастном диапазоне от 10 до 19 лет, а среди причин смерти в возрастной группе 15–19 лет одной из лидирующих причин является суицид (ВОЗ, 2014, 2018). Как отмечают многие авторы, самоубийство является одной из ведущих причин смерти у детей, подростков (Davidson F., Philippe A., 1986; Ellis J. B., Lamis D.A., 2007; Tishler C.L. et al., 2007) и лиц молодого возраста (Posner K. et al., 2007). Не случайно 26% от всех поступивших в реанимационное отделение после совершения суицидальной попытки составляют лица подросткового возраста (Руженков В.А., Боева А.В., 2001).

Необходимо также учитывать, что в данной возрастной группе на каждое завершённое самоубийство может приходиться до 100–200 попыток суицида (Maris R.W., 2002). Известно также, что наиболее предрасположенными к самоубийству являются лица, страдающие психическими расстройствами, что делает особенно важной роль клинических психологов и врачей-психиатров в вопросе профилактики суицидов (Холмогорова А.Б., 2013). Игнорирование в подростковом периоде даже самых незначительных признаков психического расстройства приводит к серьезным негативным последствиям во взрослом возрасте, отрицательно сказывается как на физическом, так и на психическом здоровье, снижает возможности жить этим индивидуумам полноценной жизнью (ВОЗ, 2018).

Российская Федерация находится на одном из первых мест в мире по количеству завершённых суицидов (WHO, 2014). В возрастной период 11-17 лет наблюдается нарастание психо-

логический проблем в семейной сфере и учебе, а также экспоненциальный рост числа самоубийств (Макушкин Е.В. с соавт., 2019). По абсолютному количеству суицидов среди подростков Россия находится на первом месте в мире (Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011). Каждый год примерно 3 тысячи детей и подростков совершают самоубийство (Игумнов С.А., 2006). Факторами риска суицидального поведения являются аффективные расстройства настроения, а особенно – клинически значимые симптомы депрессии (Labouliere C.D. et al., 2015), антисоциальное поведение (Beautrais A.L., 2000), злоупотребление алкоголем, прием наркотических веществ, одиночество, частая смена места жительства (Nordentoft M., 2007; Ghaffari-Nejad A. et al., 2012). Рост числа детских самоубийств принято связывать с ухудшением состояния психического здоровья. Для подростков особое значение имеют низкая самооценка, дефицит социальной и семейной поддержки (Puuskari V. et al., 2017), различные эмоциональные проблемы (Fonseca-Pedrero E. et al., 2018).

Имеются данные (Солдаткин В.А. с соавт., 2012), что 26,5% студентов-медиков находятся в группе высокого риска формирования суицидального поведения, а 11,5% имели опыт употребления психоактивных веществ. Кроме того, у 4,6% – сформирован мотив их употребления, а 30,8% – имеют риск формирования интернет-аддикции и у 4,8% она уже сформирована (Солдаткин В.А. с соавт., 2012, 2015).

Значительную распространенность суицидального поведения у студентов-медиков обуславливает высокий уровень учебного стресса (Rosiek A. et al., 2016; Jadoon N.A. et al., 2010), психические и физические перегрузки, отдаленность от семьи, нехватка времени, необходимость изучения большого объема информации за короткое время, состояния дезадаптации и тревожно-депрессивные расстройства (Семенова Е.А., 2014). Появлению антивитаальных переживаний способствует выраженная социальная тревога, мешающая удовлетворению значимых потребностей (Сагалакова О.А. с соавт., 2017). Первая попытка самоубийства в 86% случаев происходит в течение года от момента появления суицидальных мыслей (Schmidtke A. et al., 2004). При этом, наличие суицидальных мыслей и попыток в детстве являются надежным фактором риска их возникновения и в зрелом возрасте (Copeland W.E. et al., 2017).

Распространенность внутренних форм суицидального поведения у студентов медицинских институтов составляет 14,2%, что выше, чем распространенность среди населения (2,3%), без гендерных различий (в соответствии с общей численностью населения). Интересно, что уровень попыток самоубийства был ниже, чем среди населения в целом (Tyssen R. et al., 2001).

Суицидальное поведение характерно также и для студентов технических ВУЗов: у 11,2% из них обнаружены суицидальные мысли, а у 4,3% – суицидальные намерения. У суицидально настроенных студентов, в отличие от студентов без суицидальных мыслей и намерений, были более выражены эмоциональная дезадаптация и стресс, а также преобладали дезадаптивные

способы борьбы с ними. Помимо этого, для них более характерны семейные проблемы и высокий уровень социальной тревожности (Холмогорова А.Б. с соавт., 2009).

Согласно исследованию Sharp A. (2013), у 70% учающихся школ неоднократно появлялись мысли о нежелании жить из-за трудностей в учебе и страха перед предстоящими экзаменами, а 24% – собирались покончить с собой. В старшем подростковом возрасте нарастают психологические проблемы в семье, учебе, личной сфере, одновременно усиливается действие дезадаптивных индивидуально-психологических особенностей, следствием чего является развитие психопатологических состояний, среди которых преобладают расстройства адаптации и депрессивные состояния (Макушкин Е.В. с соавт., 2019), способствующие возникновению суицидального поведения (Зинчук М.С. с соавт., 2016). В пресуицидальном периоде несовершеннолетних большое значение имеют внутриличностные конфликты, связанные с проблемами при обучении (Бадмаева В.Д., Шкитырь Е.Ю., 2019). Чрезмерная чувствительность, интроверсия, импульсивность, усложняющиеся с возрастом, создают основу социально-психологической дезадаптации, способствующей реализации аутоагрессивного поведения (Dozortseva E. et al., 2019). При этом суицидальный риск сохраняется на протяжении всего периода юношеского возраста, в том числе и после медицинского вмешательства, поэтому требуется проведение длительной и системной индивидуальной фармако- и психотерапии (Каледа В.Г. с соавт., 2020).

Среди подростков распространено также несуйцидальное самоповреждающее поведение – от 12% до 35%, а среди студентов – от 17% до 38% (Зинчук М.С. с соавт., 2019), которое может входить в структуру декомпенсации расстройства личности и явно сопряжено с суицидальной активностью (Крылова, Е. С. с соавт., 2012).

Студенты, длительно обучающиеся в университете, имеют более высокий риск самоубийства по сравнению с лицами, уже получившими образование на университетском уровне (Lageborn C.T. et al., 2017). Впервые возникшее суицидальное поведение и мысли чаще встречаются у студентов университетов, чем среди населения в целом (Mortier P., et al. 2017). По сравнению с другими пациентами, поступившими в психиатрические клиники после совершения попытки самоубийства, студенты университетов были моложе, использовали менее жесткие методы аутоагрессии и реже имели злоупотребление психоактивными веществами (Rahme E. et al., 2015). Более того, переживаемые студентами неопределенность и страх будущего является признаком риска суицидального поведения (Синягин Ю.В., Синягина Н.Ю., 2006).

Расстройства адаптации возникают, прежде всего, в связи с интенсивными учебными нагрузками и частыми межличностными конфликтами. Высокая уязвимость студентов в стрессовых условиях обусловлена такими факторами, как особенности конституции, признаки психофизиологических дисфункций, особенности психосоциального развития, связанные с дисфункциональными семейными отношениями (Рыбина Н.А. с соавт., 2009; Шифнер Н.А., 2011).

На особенности проявлений и течение расстройств адаптации влияют также характер, сила и длительность психотравмирующего воздействия.

Склонных к совершению суицида студентов выделяет, прежде всего, излишняя мнительность, высокая тревожность, педантичность, исполнительность, аккуратность, выраженная неуверенность в себе, в сочетании с «тоскливым» напряжением, требующим разрядки (Хритинин Д.Ф. и др., 2016).

Самоубийства в подростковом возрасте зачастую являются следствием психогений, остро возникших аффективных реакций, а также длительных реактивных состояний. При этом нередко не удается установить конкретную причинно-следственную связь факторов, способствующих их возникновению, так как в каждом отдельном случае одновременно оказывает влияние целая группа факторов: взаимоотношения в семье и со сверстниками, успеваемость, личные особенности индивида (Мафсон Л. с соавт., 2003).

Как правило, суицидентам присущи низкая самооценка наряду с выраженной потребностью в самореализации. Такой индивид может быть описан как чувствительный, с развитой эмпатией, тревожный и пессимистичный, склонный к самообвинениям и суженному (дихотомическому) мышлению, испытывающий нехватку волевых качеств и трудности в принятии решений, а также обладающий низким болевым порогом (Усова Е.Б., 2010). Понятие «смерти» у лиц с суицидальным поведением зачастую связано с освобождением от страданий. (Казьмина О.Ю. с соавт., 2014).

Исследование суицидальных мыслей при депрессивном синдроме (Васильев В.В. с соавт., 2014) показало, что их интенсивность, а, следовательно, и суицидоопасность депрессии, нарастает прямо пропорционально ее тяжести. Наиболее суицидоопасной авторы считают психогенную депрессию, на втором месте – экзогенная депрессия, на третьем – эндогенная. Из числа клинических вариантов депрессивного синдрома наиболее суицидоопасными являются бредовая, тревожная и деперсонализационная депрессии, а наименее суицидоопасными – апатическая, астеническая и дисфорическая. Тоскливая депрессия занимает по степени суицидоопасности среднее положение.

В генезе суицидального поведения у подростков играют роль деструктивные детско-родительские отношения (Marjolein L.de J., 1992; Ledgerwood D.M., 1999; Heider D., 2007), а также своеобразная детская привязанность (связь между низким уровнем опеки со стороны родителей в детстве и уровнем суицидальности у взрослых, между безопасностью привязанности и уровнем суицидального риска, взаимообусловленность внутрисемейной изоляции и суицидального поведения).

Что касается программ первичной психопрофилактики суицидального поведения у студентов, то большинство программ, реализуемых среди учащихся университетов и иных учеб-

ных заведений, представляют собой обучение в классе и не влияют на само суицидальное поведение, а лишь повышают уровень осведомленности в этих вопросах (Harrod C.S. et al., 2014).

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о более высокой распространенности суицидального поведения среди студентов медицинских специальностей по сравнению с общей популяцией, чему способствует высокий уровень психической нагрузки, дефицит времени, присущий медикам перфекционизм и конкуренция с однокурсниками. Дезадаптируют студентов неопределенность будущего, неуверенность в себе и страх.

1.4 Межличностное насилие (*негативные воздействия в детском и подростковом возрасте*) и его медико-психологические последствия

Насилие, целью которого является целенаправленное ограничение поведения индивида, подчинение его, а также нарушение личностных прав, может быть названо принуждением индивида. Гусейнов А.А. (1992, 1994) характеризует насилие как силовое воздействие извне на индивида или группу людей, «принуждение, ущерб жизни и собственности, которые осуществляются вопреки воле тех, против кого они направлены». В данном случае насилие осуществляется с целью подчинения лица воле другого индивида, поэтому автором дается такое определение насилия как «узурпации свободной воли, одного из способов, обеспечивающих господство, власть человека над человеком».

Под насилием понимают некое действие одного индивида над другим, совершаемое против воли последнего (Р.Д. Шарапов, 2001), а особенностью насилия как вида принуждения является его свойство воздействовать через биологическую подструктуру (Романков А.Н. и Букаев Н.М., 2001).

В литературе можно встретить множество источников, указывающих на употребление понятие «насилие» в разных сферах жизни: религии, философии, правоведении, медицине, этике, социологии и политике.

Межличностное насилие определяется Всемирной организацией здравоохранения как «преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб» (WHO, 2012).

В целом в Европе в результате насильственной смерти ежегодно умирает примерно 15 тысяч молодых людей. Это 41 человек каждый день. Лицами, совершающими убийство, в 80% случаев являются мужчины. Согласно данным Европейского бюро при Всемирной организации здравоохранения за 2010 год (WHO, 2010), Россия находится на первом месте среди европей-

ских стран по числу насильственных смертей среди лиц в возрасте 10-29 лет (15,85 случая на 100 тысяч населения). Среди основных причин таких показателей в нашей стране называются низкий уровень жизни и злоупотребление алкоголем. Второе место занимают Албания и Казахстан (11,2 и 10,66 на 100 тысяч жителей соответственно). Наиболее низкий уровень насильственной смерти отмечается в Германии, Австрии, Франции и Великобритании.

По данным ВОЗ, опасности физического насилия в детстве больше подвержены мальчики, в то время как для девочек более высока вероятность пострадать от полового насилия или принудительного занятия проституцией (WHO, 2002). В результате, согласно данным ВОЗ, в 35 европейских странах в период с 2004 по 2006 год в целом насилие совершалось в основном (75%) над девочками.

Проблемы в детском возрасте, связанные с неадекватным функционированием семьи (включая психическое расстройство у родителей, жестокое обращение, отсутствие заботы), являются основными предикторами нарушений, к тому же, они предшествуют 29,8% всех беспорядков в разных странах (Kessler R.C. et al., 2010).

При этом ВОЗ отмечает взаимосвязь между уровнем жизни в стране и процентом насилия над молодыми людьми: чем ниже показатели уровня жизни, тем более распространено жестокое обращение с детьми (Greger H.K. et al., 2016). Значительные травмирующие события в детстве и подростковом возрасте, низкий уровень материнской заботы приводят к стремлению человека дистанцироваться от других людей и характерны для людей с социальным тревожным расстройством и сопутствующей алкогольной зависимостью (Rambau S. et al., 2018). Установлено, что до 90% преступников являются выходцами из малообеспеченных семей, а злоупотребление алкоголем или наркотиками родителей и повторное воздействие насилия в домашних условиях в детстве, были взаимосвязанными предикторами агрессивного и антиобщественного поведения (Wallinius M. et al., 2016).

Нарушение коммуникации у родителей было вовлечено в развитие расстройства мышления у потомства. Жестокое обращение с детьми ассоциировано с признаками пограничного расстройства личности в подростковом возрасте и может быть частично опосредовано субклинической симптоматикой пограничного расстройства личности родителей (Reichl C. et al., 2017). Такие факторы, как распад семей, безнадзорность, социокультурная депривация способствуют росту непсихотических расстройств и нарушений поведения (Незнанов Н.Г. с соавт., 2005).

Исследования показывают, что насилие приводит к существенным проблемам со здоровьем не только в силу его прямого эффекта, но и, способствуя росту общего бремени болезней, выступает как фактор риска для ряда других серьезных проблем со здоровьем. В дополнение к нарушению прав человека, проявление насилия со стороны интимного партнера связаны с серь-

езными последствиями для общественного здравоохранения. Это должно быть решено на национальном и глобальном уровне. Программы в области здравоохранения и психического здоровья должны признавать отношения между насилием в отношении женщин и частотой суицидального поведения (Devries K. et al., 2011; Ellsberg M. et al., 2008).

Физическое и эмоциональное насилие, антисоциальная личность родителей и подверженность насилию в детстве связаны с ранним употреблением детьми алкоголя (Ramos-Olazagasti M.A. et al., 2017).

Неблагоприятные воздействия в детстве являются ключевыми этиологическими факторами возникновения и сохранения психопатологии (McLafferty M. et al., 2018). Гипотетически это связано с тем, что насилие и жестокое обращение с детьми повышает психическую уязвимость человека на протяжении всей последующей жизни, способствует формированию во взрослом возрасте низкого эмоционального интеллекта (Заидова Г.Р., 2019), развитию дезадаптивного поведения (Афанасенкова Е.Л., 2017) и алкоголизма (Berent D., et al., 2018), а также психических расстройств (Heinonen E. et al., 2018; McLafferty M., et al., 2018; Шукуралы кызы А. с соавт., 2019), в том числе – психотических феноменов (Varese F. et al., 2012; Trauelsen A.M. et al., 2015; Morgan C. et al., 2016.).

Эмоциональное и физическое насилие, а также отторжение со стороны матери играют заметную роль в формировании личности (Schouw J.E.M.C. et al., 2020). Обнаружены выраженные симптомы параноидных, шизоидных, шизотипических и избегающих расстройств личности среди лиц, подвергавшихся жестокому обращению в детстве (Hock R.S. et al., 2018). Так, например, жестокое обращение с детьми связано с увеличением риска развития тревожных расстройств (Quenneville A.F. et al., 2020), а пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством отмечают более высокие, чем их родственники и контрольная группа, уровни неблагоприятных воздействий в детском возрасте (Beu K. et al., 2017). Голодание в детстве связано с повышенным риском развития депрессивных симптомов у взрослых (Stickley A. et al., 2018).

На формирование основных характеристик пограничного расстройства личности (таких как нестабильность в регулировании аффекта, гневливость, сниженный импульсный контроль, особенности межличностных отношений) существенное влияние оказывают неблагоприятные события и насилие в детском возрасте (Vai B. et al., 2017). При этом сексуальное насилие в детстве было особенно причастно к развитию в дальнейшем слухо-словесных галлюцинаций, а события, разрушающие привязанность (например, пренебрежение, воспитание не в семье, а в государственных учреждениях), могут иметь особую потенцию для развития параноидальных симптомов. Современные исследования позволяют предположить ряд специфических психологических механизмов, которые могут объяснить эти ассоциации (Bentall R. et al., 2014), а также интенсивно развиваемых представлений об эпигенетических механизмах, опосредующих связь

между биологическими факторами и факторами окружающей среды (Незнанов Н.Г. с соавт., 2020).

Помимо влияния на психическое состояние, неблагоприятные ситуации в детстве, воспринимаемые как угрозы безопасности или сохранности телесной целостности, семьи или социальных структур ребенка связаны с кардиометаболическими последствиями на протяжении всей жизни и влияют на состояние сердечно-сосудистой системы и здоровье в целом (Suglia S.F. et al., 2018). При этом, одни авторы (Сиволап Ю.П., Портнова А.А., 2016) говорят о худшей восприимчивости к терапии лиц, подвергавшихся жестокому обращению в детстве, другие (Heinonen E. et al., 2018) – о лучшем отклике на психотерапию.

Домашнее насилие является основным фактором, способствующим самоубийству (Erminia Colucci E., Montesinos A.H., 2013) и объясняет до половины женских самоубийств (Tapse S.P. et al., 2012; Ahmed M.K. et al., 2004; Mohanty M.K. et al., 2005). Хроническое домашнее насилие со стороны родителей приводит к значительно повышает шанс совершения попытки самоубийства (Fuller-Thomson E. et al., 2018). При этом, существует два варианта развития суицидального поведения (Schmidt S.J. et al., 2017). Лица, пострадавшие от насилия со стороны интимного партнера, в два раза чаще совершают попытки самоубийства, то есть случаи самоубийства чаще всего происходят в контексте насилия (Clay R.A., 2014). Как отмечает Schmidt S.J. et al. (2017), в одном варианте суицидальность опосредуется дисфункциональными убеждениями в компетентности и контроле, отсутствием позитивных стратегий выживания и депрессией, и связана с эмоциональными и сексуальными травмирующими событиями. Иными словами, пациенты особенно склонны к суициду в том случае, когда за неблагоприятным воздействием или травмой следует развитие депрессии. Второй вариант соответствует повышенному риску развития психоза после перенесенного насилия, что далее приводит к самоубийству.

Существует взаимосвязь «доза-ответ» между накоплением неблагоприятных факторов детского возраста и суицидального риска: 1,1 (от 0,9 до 1,4) для тех, кто подвергся воздействию одного фактора, и 1,9 (от 1,4 до 2,5) и 2,6 (от 1,9 до 3,4) для тех, кто подвергался двум и трем или более несчастьям соответственно. При этом связь с повышенным риском самоубийства сохраняется даже после корректировки школьной успеваемости и нивелирования возникавшей в детском возрасте психопатологии (Vjörkenstam C. et al., 2017).

Эмоциональное насилие в детстве или подростковом возрасте, пренебрежение и буллинг связаны с первым появлением суицидальных мыслей и повышают суицидальный риск (Blasco M.J. et al., 2019; Fjeldsted R. et al., 2020; Forster M. et al., 2020). Значимым предиктором суицидальных мыслей в зрелом возрасте была изоляция и отторжение сверстников в подростковом периоде, за которым следовало эмоциональное пренебрежение, а затем низкий социально-экономический статус (Wang Y.R. et al., 2019). Немаловажными в аспекте предикции суици-

дальних попыток являются сексуальное домогательство в детстве (Tasmim S. et al., 2020). Иными словами, риск самоубийства повышен при всех видах травм: эмоциональное отвержение (OR=3,7), физическое отвержение (OR=2,8), сексуальное (OR =3,4), физическое (OR=3,1) и эмоциональное (OR=6.6) насилие (Barbosa L.P. et al., 2014).

Согласно зарубежным исследованиям (O'Neill S. et al., 2018), треть студентов имеет суицидальные мысли (24,3% мужчин и 36,9% женщин), причем каждый пятый – суицидальные замыслы в течение года перед обследованием. При этом, вероятность всех аспектов, связанных с самоповреждением и суицидальным поведением, выше у лиц с умеренными и высокими уровнями жестокого обращения и иных неблагоприятных воздействий в детстве. О попытках самоубийства сообщили 3,1% респондентов (4,7% среди женщин и 0,8% среди мужчин). Те респонденты, которые подвергались эмоциональному насилию, почти в три раза чаще пытались совершить самоубийство, физическое насилие почти удваивает шансы попытки самоубийства, злоупотребление психоактивными веществами в семье увеличивало шансы на самоубийство в 2,3 раза, насильственное обращение со стороны матери почти удваивало попытку самоубийства детей, а наличие в семье человека, находившегося в тюрьме, увеличило шансы на совершение самоубийства детей почти в 3,5 раза (Raleva M. et al., 2018). Интересно, что защитный эффект, получаемый индивидом от поддержки семьи и сверстников, наблюдался только у лиц женского пола (Miranda-Mendizabal A. et al., 2019).

С риском самоубийства напрямую связаны социальные фобии, алкогольная и наркотическая зависимость, а также эмоциональное насилие (Salokangas R.K.R., Luutonen S., et al., 2019). При этом у женщин влияние эмоционального насилия на суицидальные мысли опосредовано базовой депрессией, в то время как у мужчин эмоциональное и физическое насилие оказывало непосредственное влияние на суицидальные мысли, а эффект сексуального насилия и эмоционального пренебрежения был частично опосредован сопутствующими симптомами депрессии (Salokangas R.K.R., Patterson P. et al., 2019). Насилие было выявлено в 3,5-62,5% случаев самоубийств среди женщин (Michael B. et al., 2017), при этом риск смерти от самоубийства до 17 раз выше среди женщин, подвергшихся насилию, а сексуальное насилие может увеличить риск самоубийства в 40 раз (Cutajar M.C. et al., 2010).

Таким образом, высокий уровень стресса, насилие в детстве, чрезмерный контроль со стороны родителей или чрезмерное балование были связаны с более высоким уровнем проблем с психическим здоровьем, самоповреждением и суицидальным поведением. Анализ литературных данных о влиянии насилия на формирование психических расстройств показывает, что большинство работ посвящено преимущественно психотическим психическим расстройствам. При этом, насилие классифицируется на физическое, сексуальное и эмоциональное, но редко ранжируется по силе воздействия. Плохие навыки преодоления трудностей также связаны с

негативными последствиями для психического здоровья травмирующих событий в детстве (McLafferty M. et al., 2019).

Можно резюмировать, что насилие деформирует личность, ведет к поведенческим нарушениям, повышению агрессивности, создавая predisposition для формирования психических расстройств, суицидального поведения и расстройств, связанных со стрессом. Выявление лиц, перенесших эмоциональное насилие в детстве, может способствовать выявлению и профилактике суицидального поведения в популяции.

1.5 Современные подходы к ранней диагностике и профилактике психических расстройств и аутоагрессивного поведения у лиц юношеского возраста

С целью профилактики возникновения академического стресса в учебных заведениях особое внимание должно уделяться организации системы поддержки для студентов (Silva V. et al., 2017). В то время как студентам-медикам в процессе обучения всячески прививается умение распознать и облегчить страдания другого человека, совершенно не уделяется внимание личным переживаниям студентов (Egnew T.R. et al., 2014). И это несмотря на то, что студенты неосознанно используют для борьбы со стрессом пассивные копинг-стратегии, которые зачастую лишь повышают риск аутоагрессивного поведения и самоповреждений (Chen L. et al., 2017), хотя правильное использование индивидуальных адаптационных возможностей и копинг-ресурсов может поспособствовать лучшей адаптации и предотвратить выгорание (Dunn L.V. et al., 2008).

Наиболее полезными ресурсами для преодоления стресса, по мнению самих студентов, являются поддержка со стороны преподавателей и сокурсников, возможность получить консультацию по беспокоящему вопросу, участие в дискуссионных группах, обмен опытом, наличие внеклассных и неучебных мероприятий, дающих возможность сменить обстановку и деятельность, расслабиться, снять эмоциональный дискомфорт и напряжение (Chang E. et al., 2012; Egnew T.R. et al., 2018).

Обучение студентов использованию адаптивных механизмов преодоления, таких как принятие, планирование, позитивная реинтерпретация и самоотчуждение, может снизить психологическую заболеваемость (Moffat K.J. et al., 2004). Программы управления стрессом, которые информируют студентов о влиянии стресса на физиологическое и психологическое функционирование и учат студентов, как планировать, расставлять приоритеты, определять источники стресса и справляться со стрессом (Lee G. et al., 2001), снижают напряжение и тревогу и одновременно повышают осведомленность и использование позитивного преодоления стресса.

Дискуссионные группы могут помочь учащимся справиться с конфликтом, воспитать самосознание и развить эмпатию (Branch W. et al., 1993; Pololi L., Frankel R.M., 2001). Такие группы также предоставляют учащимся возможность выражать, анализировать и обмениваться чувствами, что снижает вероятность выгорания.

Установлено, что чем более труднодоступной является поддержка со стороны, тем более высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств регистрируется среди студентов (Mayer V. et al., 2016). При этом все большее значение приобретает организация самопомощи в стрессовых ситуациях, которая может заключаться в удовлетворении индивидуальных потребностей и организации безопасной среды (Aherne D. et al., 2016). Студентам также следует предоставить достаточное свободное время во время каникул и между ротациями по клиническим кафедрам, чтобы позволить им расслабиться и отдохнуть от нагрузок. Большую пользу также может принести обучение балансу между работой и личной жизнью, включая ролевое моделирование преподавателей медицинской школы (Dyrbye L.N. et al., 2005).

Поощрение студентов к укреплению личного здоровья, регулярная физическая активность и достаточный сон также ценны (Parkerson G.R. Jr. et al., 1990; Wolf T.M., 1994; Gaber R.R., Martin D.M., 2002).

Проводя профилактические и лечебные мероприятия, необходимо воздействовать на всю этиопатогенетическую цепь психического расстройства в психогенетическом, индивидуально-личностном и симптоматическом направлениях, осуществляя комплексную лечебную, коррекционную, воспитательную и социализирующую помощь (Шевченко Ю.С., 2013, 2019). То есть, психотерапевтическая работа в образовании должна служить психолого-педагогическому сопровождению личности учащегося, а также, сохранению психического здоровья педагогов (Егорова П.Л., Портнова А.А., 2016; Макаров В.В., 2017).

В аспектах организации психолого-психиатрической помощи молодым людям, представляется актуальной разработка реабилитационных и абилитационных программ с учетом специфики клинического состояния, проведение психообразовательной работы с населением (Сыроквашина К.В. с соавт., 2019), реализация дестигматизационных мероприятий и борьба с дискриминацией в отношении психиатрических служб и лиц с психическими расстройствами (Макушкин Е.В. с соавт., 2019). Необходима структурная реорганизация системы психиатрической помощи лицам с непсихотическими, пограничными психическими расстройствами (Кекелидзе З.И., Букреева Н.Д., 2017; Кекелидзе З.И., 2017). Целесообразно проведение суицидологического скрининга как части профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня суицидального риска (Зотов П.Б. с соавт., 2013).

Необходимо устанавливать ожидания и делать прозрачными образовательную политику и структуры; баланс приверженности и сострадания к ученикам с социальной ответственностью.

стью; важность культуры обратной связи, надлежащей правовой процедуры и позитивного отношения учащихся к суждениям; инициативность, когда учащиеся не осознают свой уровень борьбы; и целостный подход к пониманию всего спектра причин, когда учащиеся испытывают ситуации «борьбы» с академической нагрузкой (Chou C.L. et al., 2019).

Непрерывное совершенствование процесса медицинского образования – непреложное условие сохранения и роста престижа врачебной профессии врача (Кекелидзе З.И. с соавт, 2016). Важным представляется развитие клинической медицинской учебной среды, где ошибки и неопределенности скорее признаются, чем отвергаются, а студентам и стажерам доверяют и поддерживают, а не оценивают и высмеивают (Benbassat J, 2013).

Одним из важнейших факторов, способствующих преодолению стресса и нарушений у студентов-медиков и врачей, является организация социальной поддержки (Johnson J.V., et al., 1995; Kjeldstadli K., 2006), которая еще более важна для женщин (Bergman B. et al., 2003). Эта проблема должна решаться во время получения медицинского образования и последиplomного обучения (Voltmer E. et al., 2008).

С целью профилактики академического стресса в учебных заведениях важно организовать систему помощи обучающимся. Необходимо своевременно и как можно раньше выявлять студентов, испытывающих депрессивные переживания, особенно - длительно существующие (Silva V. et al., 2017). Организация при учебном заведении специализированного центра, оказывающего консультативную помощь студентам с высоким уровнем стресса, будет способствовать повышению их социального функционирования (Adams D.F., 2017). В то же время остается актуальным обучение студентов программам самообучения и самопомощи, направленных на восстановление психологического здоровья и повышение успеваемости. Такие программы показывают хотя и кратковременное улучшение при депрессии и тревоге, однако, на определенный период времени дают своеобразную «передышку», позволяющую адаптироваться к учебному процессу (Aboalshamat K. et al., 2015).

Анализ копинг-стратегий, используемых студентами-медиками, может предоставить материал для консультирования по вопросам их личного развития в аспекте будущей карьеры (Tartas M. et al., 2016).

Зачастую поддержка студентов осуществляется в виде краткосрочных коррекционных программ, направленных на оптимизацию подходов к обучению (Holland C., 2016). По другим данным (Aboalshamat K. et al., 2015), многие программы самообучения навыкам и стратегиям, направленные на улучшение психологического здоровья и успеваемости учащихся, показывают только кратковременное улучшение при депрессии и тревоге. Трехнедельная программа управления стрессом, включающая обсуждение в малых группах, заполнение рабочих тетрадей и последующее интервью показала значительное увеличение у студентов осведомленности о стрес-

се, стрессовых реакциях и способах решения проблем, хотя при последующем наблюдении эффектов вмешательства не было обнаружено (Hori M., Shimazu A., 2007). С нашей точки зрения, это объясняется тем, что изначально преследовались дидактические, а не клинические задачи.

Улучшение психического здоровья ослабляет неблагоприятные последствия эмоционального выгорания (Dyrbye L.N. et al., 2012). Кроме того, улучшение способности врачей понять их собственные проблемы со здоровьем повысит их авторитет в качестве моделей для подражания и их способности обеспечить оптимальный уход за пациентами (Cvejic E. et al., 2017).

Как среди врачей, так и среди студентов-медиков обращение за психологической помощью является редкостью. Чаще всего подобные обращения возникают в тех случаях, когда состояние психического здоровья является критическим. Главным препятствием для своевременного обращения за помощью служит страх стигматизации (Hankir A.K. et al., 2014). В результате исследователи констатируют клиническое развитие психических расстройств и обращают внимание, что пять психиатрических диагнозов в значительной степени связаны с неспособностью окончить колледж: биполярное аффективное расстройство I типа, расстройства психической сферы, связанные с употреблением марихуаны, амфетаминов, кокаина и антисоциальное расстройство личности. В то же время профилактика, выявление и лечение психиатрических заболеваний могут способствовать окончанию колледжа (Hunt J. et al., 2010)

Студентов нужно обучать выявлять и контролировать свое самочувствие и выбирать конструктивные стратегии для преодоления стресса (Naidoo S.S. et al., 2014; Bidabadi N.S. et al., 2016). Меры по профилактике учебного стресса должны быть направлены на оптимизацию образовательного процесса, развитие клинических навыков и профессионализма с особым вниманием к учащимся-девушкам, которые уязвимы в наибольшей степени (Basković D.V. et al., 2012). Подчеркивается важность обучения студентов-медиков управлению стрессом и навыкам самоорганизации (Steven et al., 2003) с учетом гендерных различий (Regehr C. et al., 2013), но лишь незначительное число работ содержат о программы вмешательства с сопроводительными данными (Shapiro et al., 2000).

Использование взаимодействий посредством социальных сетей позволяют иностранным студентам ознакомиться с различиями в образовательной системе и помогают адаптироваться в новой среде (Cao L., Zhang T., 2012), позволяя учащимся поддерживать прежние связи и строить новые отношения (Magro M.J. et al., 2009).

Содержание психологической и педагогической поддержки адаптации учащихся к образовательной деятельности в вузе соответствует следующим положениям: принципу непрерывности, который учитывает опыт студентов до поступления в среднюю школу, а также значительных личных качеств в период адаптации к образованию; комплексному подходу в методах отбора и поддержки (Zeleeva V.P. et al., 2016).

Медицинские институты должны иметь легкодоступный сервис психиатрической помощи. Некоторые медицинские школы предоставляют эти услуги через отделения психиатрии или различные учебные программы. Поскольку стрессовый образ жизни часто продолжается и после окончания университета, необходимо обучать студентов использовать функциональные и эффективные стратегии преодоления стресса. Когда психиатры оказывают психиатрическую помощь студентам-медикам, важно учитывать проблемы переноса и контрпереноса, интеллектуализацию и примеры сильной идеализации и идентификации (Gentile J.P., Roman B., 2009). Необходима система выявления студентов с низкой толерантностью к стрессу в начале обучения, а также средство, помогающее им справиться со стрессом и его причинами (Vaz R.F. et al., 1998). Главным в этом аспекте должен быть тезис о том, что **университеты должны рассмотреть возможность конфиденциального обследования проблем психического здоровья и предоставить дополнительную поддержку студентам** (Ibrahim A.K. et al., 2013).

Молодым врачам и студентам-медикам следует оказывать такую же поддержку, какую они оказывают своим пациентам (Willcock S.M. et al., 2004), чтобы повысить сопротивляемость и личное удовлетворение, а также повысить профессионализм и способствовать заботе о пациентах. Также необходимо минимизировать факторы, способствующие выгоранию у выпускников медицинских учреждений. Это не только удовлетворит потребности молодых врачей и студентов, но и будет в долгосрочной перспективе способствовать интересам пациентов (Strous R.D. et al., 2012).

В последние годы особое внимание уделяется методам донозологической диагностики (Мандриков В.Б., 2011), что особенно актуально в тех случаях, когда заболевание еще не развилось, но состояние психики является пограничным между здоровьем и болезнью (Меерманова И.Б. с соавт., 2017). При этом формальное повышение осведомленности в вопросах психического здоровья студентов-медиков не приводят к значительным улучшениям психического состояния (Morgan A.J. et al. 2019), хотя образование и осведомленность играют роль в повышении грамотности и стимулируют своевременное обращение за помощью (Reavley N.J. et al., 2014). Обучение учащихся адекватным навыкам совладания со стрессом на ранних этапах обучения может предотвратить ухудшение психического здоровья, связанное с обучением в медицинской школе (Schwenk T.L. et al. 2010).

Политика и программы в области здравоохранения, направленные на укрепление психического здоровья или профилактику психических заболеваний среди населения, являются недостаточно признанными аспектами первичной профилактики. Большинство вмешательств было направлено на предотвращение определенного психического заболевания или симптомов (депрессия, беспокойство, истощение или стресс). Школьные программы ориентированы на результаты, связанные с социальным и академическим развитием (Enns J. et al. 2016). Мероприятия

тия по охране психического здоровья, проводимые непосредственно в месте работы или учебы, особенно основанные на когнитивно-поведенческой терапии, могут снизить уровень депрессивных симптомов среди работников и учащихся (Tan L. et al., 2014).

Даже при оптимальном уходе и доступе к помощи можно избежать менее 30% бремени психических расстройств. Это указывает на необходимость политических мер по снижению частоты психических расстройств при помощи их выявления и профилактики на ранних стадиях, на рабочих местах (Jacka F.N., Reavley N.J., 2014).

Поскольку многие психические расстройства начинаются в детском или подростковом возрасте, вмешательства, направленные на раннее выявление и лечение, могут помочь уменьшить стойкость или тяжесть первичных расстройств и предотвратить последующее возникновение вторичных расстройств (Kessler R.C. et al., 2007). Неуверенные в себе учащиеся могут получить пользу от специальных программ в медицинской школе, направленных на повышение уверенности. Позитивный учебный климат может способствовать улучшениям психического состояния студентов, хотя никаких выводов о направлении причинно-следственной связи сделать нельзя (Dahlin M. et al., 2010).

Различные программы вмешательства также регулярно проводятся, чтобы повысить осведомленность и помочь студентам справиться со стрессами: в основном с теми, которые связаны с обучением. Некоторые из важных стратегий копинга включают в себя самоотчуждение, позитивный рефрейминг и эмоциональную разрядку. Первичная профилактика направлена на повышение грамотности в области психического здоровья, предлагаются семинары по управлению стрессом, управлению временем и релаксации. Вторичная профилактика направлена на группу риска и должна быть своевременной, чтобы избежать большего снижения уровня психического здоровья (Fateh R. et al., 2020).

Основными копинг-стратегиями, используемыми студентами-медиками были религия, использование инструментальной поддержки, принятие, активные попытки справиться с ситуацией и позитивный рефрейминг, большинство из которых были эмоционально сфокусированными на эмоциях (Hamzah R. et al., 2011). Значение имеют такие психосоциальные факторы (Hobfoll S.E., 2002), как адекватная самооценка, социальная поддержка, навыки систематического решения проблем и принятие ответственности (Hsiao Y., et al., 2010). Положительными стратегиями преодоления стресса, предотвращающими его потенциально негативное влияние на психическое здоровье (Ayala E.E. et al., 2018, Erschens R. et al., 2018), являются времяпрепровождение с семьей и друзьями, сохранение оптимизма и занятие приятными делами (Zinurova E., De Hart R., 2018), а также уход за собой (физическая активность, адекватное питание).

Ресурсы, необходимые для борьбы с учебными стрессовыми факторами, относятся к организационным аспектам (например, гибкость, доступность контактных лиц), перспективам ка-

рьерного роста, практическому обучению, социальной поддержке, личным характеристикам (например, базе знаний, прошлому опыту) и свободному времени. Улучшения должны касаться не только мер индивидуального уровня, но и организационных мер (Weber J. et al., 2019).

На уровне индивидуального поведения было доказано, что курсы по методам релаксации, таким как аутогенная тренировка или прогрессивное расслабление мышц, а также медитативные практики, основанные на осознанности, снижают уровни стресса и симптомы тревоги и депрессии у студентов-медиков (Dehghan-Nayeri N. et al., 2011; Warnecke E. et al., 2011; Wild K. et al., 2014). Еще более важными будут более комплексные программы на уровне университетов, которые объединяют поведенческие и контекстные меры. Такие программы редки, но показывают многообещающие результаты (Frank E. et al., 2004; Dahlin M.E., Runeson B., 2007).

Вмешательства по управлению стрессом, проводимые в отношении студентов-медиков, имеют положительные эффекты: 1) положительные отзывы студентов, 2) улучшение психологического здоровья, 3) предотвращение чувства одиночества и улучшение настроения, 4) улучшение физиологических и иммунологических показателей здоровья, 5) улучшение качества жизни, духовности и эмпатии, 6) улучшение психического состояния ума, 7) повышение осведомленности о стрессе, его последствиях и управлении, и 8) улучшение способности эффективно справляться с ситуацией (Yusoff M.S.B., Esa A.R., 2014).

В Германии было разработано и внедрено несколько программ укрепления здоровья студентов и сотрудников (Predel H-G. et al., 2018). Политические рекомендации Генерального медицинского совета Великобритании (органа, отвечающего за улучшение медицинского образования путем установления стандартов для студентов и врачей) рекомендуют использовать тренировку осознанности (Mindfulness) для повышения самочувствия и устойчивости к стрессу (General Medical Council, 2013) – «тренировка эмоциональной устойчивости должна стать неотъемлемой частью медицинской учебной программы» (General Medical Council, 2014).

В Австралии тренинг Mindfulness в настоящее время включен в медицинский учебный план (Hassed C. et al., 2009). При этом (Rosenzweig S., 2003; Jain S. et al., 2007; de Vibe M. et al. 2013; Phang C.K. et al. 2015) программы, основанные на техниках Mindfulness, дают хорошие эффекты в снижении дистресса и улучшении психического здоровья и качества жизни студентов-медиков (Dobkin P.L., Hutchinson T.A., 2013; McConville J. et al., 2017; Malpass A. et al., 2019), положительно влияют на способность уменьшать отвлекающие мысли по сравнению с тренингом релаксации. Другие исследования не подтверждают эти эффекты (Paholpak S. et al. 2012). Однако, несмотря на это, студенты даже спустя год пользуются соответствующими техниками для преодоления стресса, тогда как навыки релаксации дезактуализируются (Kuhlman S.M. et al., 2016). Предлагается включить такие программы в качестве факультативного курса или в учебный план (Erogul M., et al., 2014) для минимизации мотивационных эффектов. Учеб-

ный план должен быть проактивным, чтобы обучить медиков эффективным навыкам совладания со стрессом, которые впоследствии могут быть использованы в их будущей карьере. Важно реализовать стратегии обучения, в соответствии с которыми учащиеся имеют возможность приобретать позитивные внутриличностные и межличностные навыки и сохранять свою личность и самосознание (Ab Latif R., Mat Nor M.Z., 2019).

Помимо этого разработаны программы реформирования медицинского образования, включавшие смещение акцента с естествознания в первые два года стандартной учебной программы на раннюю интеграцию клинической информации и контакты с пациентами, а также изменения в экзаменах студентов (Burger W. et al., 2003). Обычно это повышает удовлетворенность учебной. Они также могут помочь уменьшить стресс и депрессию и повысить самооценку студентов (Kohls N. et al., 2012).

Существует две стратегии помощи студентам, испытывающим стресс: уменьшение количества стрессоров и повышение способности справляться со стрессом. Первая стратегия включает в себя несколько компонентов (таких, как снижение страха неудачи и нагрузки из-за требований и экзаменов). Вторая стратегия включает в себя методы преодоления трудностей (таких, как глубокие дыхательные упражнения). Хотя для большинства программ сообщалось о положительных эффектах, они в основном оценивались с использованием субъективных показателей самоотчета (Azahem A.M. et al., 2014).

Используемые программы управления стрессом различаются по типу, в том числе были программы, которые обучали студентов определенным стратегиям или техникам релаксации – например, глубокое дыхание, прогрессивное расслабление мышц, йога (Schmitter M. et al., 2008; Kumar S. et al., 2009; Shankarapillai R. et al., 2012). Другие программы внедряли межличностный подход к медицине – то есть систему консультирования преподавателями, систему психологического консультирования, программу обучения и прохождения тестов, мастер-классы по управлению стрессом (Gorter R. et al., 2008) и программы с использованием серии семинаров по управлению стрессом (Huth K.C. et al., 2011). Разрабатываются также вмешательства с использованием интернет-технологий (Farrer L. et al., 2013), направленные на редукцию тревожно-депрессивной симптоматики (Ellis L.A. et al., 2011; Sethi S. et al., 2010; Mailey E.L. et al., 2010), предэкзаменационные тревогу и стресс (Grassi A. et al., 2010), а также уменьшение употребления табака (Gulliver A. et al., 2015). Причем, сетевые и компьютерные вмешательства могут быть эффективными, по сравнению с неактивными средствами контроля, в отношении депрессии, тревоги и стресса у студентов (Davies E.B. et al., 2014). С нашей точки зрения эффективность интернет-консультирования для первичной и вторичной психопрофилактики непсихотических психических расстройств и суицидального поведения сомнительная и может использоваться только в экстренных случаях, когда невозможна очная консультация.

Создавались и другие программы психопрофилактики.

- Исследовалось влияние на учебный стресс ароматерапии с лавандовым маслом (Ahmad R. et al., 2019).
- Разрабатывалась трехдневная 24-часовая интенсивная учебная программа по образу жизни была малоэффективна для предотвращения ухудшения образа жизни в течение первого года обучения (Malatskey L. et al., 2017).
- Мероприятия для студентов-медиков по стресс-менеджменту включали в себя самогипноз, медитацию, снятие стресса на основе техник *mindfulness*, обратную связь по различным привычкам в отношении здоровья, дискуссию об образовании, изменения в длине и типе учебного плана, а также изменения в системе оценок. К снижению стресса и тревоги у студентов-медиков приводило использование методов *mindfulness*, или медитации, основанные на осознанности, самогипноз и аттестацию по принципу «пройден / не пройден» (Shiralkar M.T. et al., 2013).
- Диалоговые формы совместной работы преподавателя и студента, поддержка контактов в социальной сети в процессе выполнения студентом научно-исследовательской работы, которая может заинтересовать обе стороны (Шаров О.Н. с соавт., 2016)

Таким образом, анализ литературных данных, посвященных первичной и вторичной психопрофилактике последствий учебного стресса, донозологических и непсихотических психических расстройств у студентов-медиков в большинстве случаев носят рекомендательно-лозунговый характер и в большинстве своем основаны на теоретических научных работах. Те исследования, которые носят «практический характер» – не являются в строгом смысле «экспериментальными», так как основаны в основном на методах краткосрочной психологической коррекции и не базируются на клинических принципах. С нашей точки зрения, программа первичной и, особенно, вторичной психопрофилактики, должна базироваться на клинических принципах с мультимодальным подходом: дидактическая часть (обучение способам планирования времени и совладания со стрессом), психокоррекционная и психотерапевтическая часть (групповая и индивидуальная психотерапия) и, в случаях необходимости – психофармакотерапевтическая часть. При этом важнейшим аспектом, без которого бессмысленны все перечисленные варианты, должен быть тезис Ibrahim A.K. et al. (2013) о том, что университеты должны рассмотреть возможность конфиденциального обследования проблем психического здоровья и предоставить дополнительную поддержку студентам. Существующая стигма психически больного, в том числе и среди преподавателей медицинских ВУЗов, препятствует обращению студентов за медико-психологической и психиатрической помощью. Причем эту помощь должны оказывать не ординаторы второго года обучения и не психологи старших курсов, а высококвалифицированные врачи-психиатры, психотерапевты и медицинские психологи.

Глава 2

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ,
МЕТОДОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В течение 2010-2018 гг. обследовано 2034 студента (таблица 2.1): 735 (36,1%) лиц мужского и 1299 (63,9%) женского пола в возрасте 16-30 ($21,0 \pm 2,2$) лет. Из них: 1384 русскоязычных и 321 иностранных студентов медицинского института НИУ БелГУ (все обследованные иностранные студенты являлись гражданами Индии), 214 русскоязычных студентов Алтайского государственного медицинского университета и 115 – студентов педагогического института НИУ БелГУ.

Таблица 2.1 – Обследованный контингент студентов

№ п/п	Контингент	М		Ж		Итого	
		п	%	п	%	п	%
1	Русскоязычные студенты медицинского института НИУ «БелГУ»	373	50,7	1011	77,8	1384	68,0
2	Иностранные студенты медицинского института НИУ «БелГУ»	248	33,7	73	5,6	321	15,8
3	Русскоязычные студенты АГМУ	84	11,4	130	10,0	214	10,5
4	Студенты педагогического института НИУ «БелГУ»	30	4,1	85	6,5	115	5,7
ИТОГО		735	100	1299	100	2034	100

Исследование проводилось в категориальном поле клинической и социальной психиатрии, суицидологии, медицинской психологии и социологии медицины.

В области клинической и социальной психиатрии осуществленная работа основывалась на фундаментальных положениях в работах отечественных ученых – П.Б. Ганнушкина, О.В. Кербикова, Н.Д. Лакосиной, Ю.А. Александровского, А.Б. Смулевича, Т.Б. Дмитриевой; в области суицидологии - А.Г. Амбрумовой, Б.С. Положего; в области социологии медицины – А.В. Решетникова; в области медицинской психологии – В.М. Бехтерева, Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищева.

Исследование проводилось в три этапа:

1-й этап – диагностический,

2-й этап – выделение симптомов мишеней для психокоррекционной работы, разработка программ «Тайм-менеджмент» и «Стресс-менеджмент»;

3-й этап – реализация и проверка эффективности программ «Тайм-менеджмент» и «Стресс-менеджмент».

Основными методами исследования на 1-ом этапе были:

I. Медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, содержащей социально-демографическую информацию; вопросы, касающиеся отношения к выбранной специальности, удовлетворенности условиями обучения, а также характера сна, питания, времени подготовки к занятиям и отдыха);

II. Психометрический:

1. Тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых (2005).
2. Опросник DASS-21 – The Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond P.F, Lovibond S.H., 1995) – для верификации уровня депрессии, тревоги и стресса (*в нашей русскоязычной адаптации*).
3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (Zigmond A., Snaith R., 1983).
4. SPIN-тест на социофобию (Connor K.M. et al., 2000) – Social Phobia Inventory Scale (*в нашей русскоязычной адаптации*).
5. Опросник «GAD-7» (Spitzer R.L. et al., 2006) для скрининг-диагностики генерализованного тревожного расстройства;
6. Скрининговый тест на панические атаки (Katon W.J., 2016);
7. Опросник общего здоровья «GHQ-12» (Goldberg D., Williams P., 1988, 1998) в адаптации Бурлачук Л.Ф. с соавт. (2005);
8. Шкала социальной фрустрированности Вассермана (Вассерман Л.И. с соавт., 2004);
9. Шкала враждебности Кука-Медлей (Фетискин Н.П. с соавт., 2002);
10. Шкала самоуважения Розенберга (Бодалев А.А. с соавт., 2000).

III. Клинико-психопатологический (сбор субъективного анамнеза, идентификация жалоб, клиническое интервью и наблюдение, анализ синдромокинеза).

IV. Суицидологический – клинико-психологический и клинико-психопатологический анализ суицидального поведения на основе критериев, принятых в отечественной суицидологии (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

V. Статистическая обработка. Анализ соответствия вида распределения признака проводился при помощи критерия Колмогорова-Смирнова (Реброва О.Ю., 2002). Использовались методы непараметрической статистики (описательная статистика: медиана и интерквартильный размах Q_{25} - Q_{75} ; для сравнении двух независимых групп применялся критерий Манна-Уитни, а зависимых – критерий Вилкоксона; сравнение частот бинарного признака проводилась при помощи критерия χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2×2 ; также проводился корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена), факторный анализ методом

главных компонент с varimax вращением фактора и кластерный анализ) при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Для решения первой задачи данной работы обследовано 1207 студентов-медиков (886 русскоязычных и 321 иностранных). Из числа русскоязычных для верификации распространенности и клинической структуры психических расстройств клинко-психопатологическим методом обследовано 482 студента: 1-го курса – 265 человек [195 (73,6%) лиц женского и 70 (26,4%) мужского пола] и 5-го курса – 217 человек [153 (70,5%) лиц женского и 64 (29,5%) мужского пола].

Решение второй задачи основывалось на психометрическом и медико-социологическим обследовании 724 русскоязычных и 321 иностранных студентов. Среди русскоязычных студентов сравнительный анализ проводился в 2 группах: первая группа (с суицидальным поведением в анамнезе) – 271 (37,4%) человек (202 женского и 69 – мужского пола) и вторая группа (без суицидального поведения в анамнезе) – 453 (62,6%) человека (335 женского и 118 – мужского пола). Кроме того, в первой группе изучались гендерные различия. Для изучения суицидального поведения клинко-психопатологическим и суицидологическим методами обследован 271 студент [202 (74,5%) – женского и 69 (25,5%) мужского пола] с суицидальным поведением в анамнезе.

Среди иностранных студентов сравнительный анализ также проводился в 2-х группах: первая – с суицидальным поведением в анамнезе – 80 человек (20 лиц женского и 60 мужского пола) и вторая группа – без суицидального поведения – 241 человек (53 женского и 188 – мужского пола). Кроме того, изучались гендерные различия. Для изучения суицидального поведения клинко-психопатологическим и суицидологическим методами обследовано 63 студента [15 (23,8%) – лиц мужского пола и 48 (76,3%) – женского] с суицидальным поведением в анамнезе (остальные отказались в связи со страхом экстрадиции из страны и возможных проблем с учебой).

Дополнительно медико-социологическим и психометрическим методом (для изучения влияние семейного насилия, перенесенного в дошкольном возрасте, на формирование суицидального поведения) обследовано 275 студентов-медиков – 80 (29,1%) лиц мужского и 195 (70,9%) женского пола, воспитанных в формально благополучных семьях (достаточно обеспеченные, работающие члены семьи, высшее образование у большинства родителей). Из числа обследованных было выделено 85 (30,9%) человек, перенесших до 7 летнего возраста физическое насилие – основная группа (61 женщина и 24 мужчина) и 157 (57,1%) человек без физического насилия в семье в дошкольном возрасте (111 женщин и 46 мужчин) – группа сравнения. По субъективной оценке степени выраженности физического насилия мы разделили основную группу на 2 подгруппы: 1-я подгруппа – с выраженным (по самооценке 5-10 баллов) – 25 чело-

век и 2-я подгруппа – с легким (2-4 балла) насилием – 60 человек. Оставшиеся 33 (12%) человека указывали на наличие в дошкольном возрасте только психологического давления со стороны родителей, поэтому в исследование не включались.

Решение третьей задачи основывалось на психометрическом и медико-социологическим обследовании 724 русскоязычных и 321 иностранных студентов.

Для решения четвертой задачи дополнительно обследовано 225 человек: 160 студентов первого курса (в первый месяц после зачисления), из них 100 медиков – 35 (35%) мужского и 65 (65%) – женского пола и 60 педагогов: 17 (28,3%) мужского и 43 (71,7%) женского пола, и 55 студентов 5-го курса педагогического института – 13 (23,6%) мужского и 42 (76,4%) женского пола.

Для решения пятой задачи обследовано 214 русскоязычных студентов-медиков 1-го и 5-го курса Алтайского государственного медицинского университета – 84 (39,3%) мужского и 130 (60,7%) женского пола. Сравнительный анализ проводился с результатами обследования студентов 1-го и 5-го курсов НИУ БелГУ – 283 человек: 211 (74,6%) лиц женского и 72 (25,4%) мужского пола.

На **втором этапе** были разработаны и реализованы программы «Тайм-менеджмент» и «Стресс-менеджмент».

В апробации программы «Тайм-менеджмент» (сентябрь-ноябрь 2017 года) участвовали 166 первокурсников в возрасте от 17 до 22 ($18,0 \pm 0,9$) лет – 38 (22,9%) лиц мужского и 128 (77,1%) женского пола.

Программа реализовывалась в рамках вариативного (регионального) компонента учебного плана для студентов Медицинского института – дисциплины «Введение в специальность» – объемом 3 ЗЕТ = 108 часов. Из них: Аудиторные – 54 часа (36 часов лекции и 18 часов – практические занятия); самостоятельная работа – 54 часа.

Спустя 1 год в катamnестическом обследовании участвовали 96 второкурсников – 29 (30,2%) лиц мужского и 67 (69,8%) женского пола в возрасте 18-23 ($19,2 \pm 0,9$) лет – те, которые полностью прослушали лекционный курс и активно участвовали в практических занятиях. В итоге на основе повторного их обследования оценивалась эффективность реализованной программы «Тайм-менеджмент». Анализ эффективности проводился после реализации программы и сдачи зачета по дисциплине, через 1 месяц (после каникул) на основе повторного анонимного анкетирования студентов исследователями (сотрудниками кафедры), не принимавшими участия в реализации дисциплины «Введение в специальность».

В апробации программы «Стресс-менеджмент» (2018 год) приняли участие 107 студентов: 83 (77,6%) – женского и 24 (22,4%) – мужского пола в возрасте 18-24 ($19,5 \pm 0,1$) лет.

Программа реализовывалась нами на 2-ом курсе в рамках реализации дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний» («ПККС»), включенной в учебный план в рамках вариативного (регионального) компонента. Программа дисциплины разрабатывалась с участием автора диссертационного исследования с учетом результатов настоящего исследования. Дисциплина ПККС включала в себя 2 ЗЕТ (72 часа): 60 часов аудиторной (12 часов лекции и 48 – практические занятия) и 12 – самостоятельная работа. Цель дисциплины – информирование студентов о кризисных ситуациях и обучение приемам их преодоления.

Перед реализацией программы из 6 групп студентов случайным методом (жеребьевка) сформированы экспериментальная и контрольная группы. В результате в экспериментальную группу вошло 55 студентов: 41 (74,5%) – женского и 14 (25,5%) – мужского пола, контрольную группу составили 52 человека: 42 (80,7%) – женского и 10 (19,3%) – мужского пола. Группы сопоставимы по возрасту, полу и клинической структуре психических расстройств.

Непосредственно перед реализацией программы проводилось диагностическое тестирование участников (медико-социологическим и психометрическим, а участников тренинга «Стресс-менеджмент» – клинко-психопатологическим методами).

Реализация программы проводилась в форме учебных занятий и тренинга в экспериментальной группе, а в контрольной – в форме учебных занятий, где вместо тренинга проводилось групповое обсуждение методов психологической помощи в кризисных ситуациях. В обеих группах занятия проводились лично автором.

Практические занятия продолжительностью 4 академических часа были разделены на 2 части. Первая была одинаковой для обеих групп студентов и включала в себя теоретическую работу над проблемами: ознакомление с методами помощи человеку в кризисном состоянии, ситуации горя, конструктивным техникам борьбы со стрессом, методам выхода из конфликтных ситуаций. Вторая часть проводилась в виде тренинга в основной группе и была теоретической – во второй. Лекционный курс, практические занятия и тренинг проводились одним преподавателем (имеющим опыт работы психотерапевтом и соответствующий сертификат специалиста).

Тематика лекций и практических занятий включала следующие темы: понятие кризиса и кризисной ситуации, типология кризисов; стресс: виды стресса, способы адаптации и преодоления; конфликты: общие характеристики и способы разрешения; фрустрация и ее роль в формировании конфликтных и кризисных ситуаций; психологические защитные механизмы и копинг-поведение; психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство; ауто- и гетероагрессивное поведение; аддиктивное поведение; суицидальное поведение; социальная стигматизация как психотравмирующий фактор; оказание экстренной психологической помощи при кризисных ситуациях

Тренинговая часть проводилась в форме групповой психотерапии. В группу (до 12 человек) отбирались студенты по желанию и готовности раскрывать свои проблемы и переживания. Основное внимание было направлено на повышение уровня адаптивных способностей, моделирование конфликтов и обучение способам их разрешения, преодоления ауто- и гетероагрессивных тенденций, методам релаксации. Важное внимание уделялось ознакомлению с видами кризисных состояний и формированию базовых навыков психологической помощи лицам, оказавшимся в кризисной ситуации. В ряде случаев применялись методики (чаще метод эпистемологической метафоры) для устранения последствий перенесенных ранее психических травм. Использовались приемы бихевиоральной психотерапии, которые реализовывались в виде игры, в значительной части применялись бихевиоральные техники нейролингвистического программирования как простые в использовании, занимающие мало времени и позволяющие вовлечь в тренинг большее число студентов. Для отреагирования негативных эмоций и конфликтов применялись техники гештальт-терапии и методика эпистемологической метафоры.

На начало проведения курса «ПККС» и тренинга «Стресс-менеджмент» значимость учебных стрессовых факторов, физиологические проявления стресса и симптомы предэкзаменационного стресса для экспериментальной и контрольной группы были одинаковыми (статистически значимых различий не выявлено).

После реализации дважды – спустя 1 год и 2 года проводилась проверка эффективности реализованных программ. Таким образом, срок катамнеза составил 2 года.

Глава 3

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У РУССКОЯЗЫЧНЫХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**3.1 Распространенность и клинические особенности
непсихотических психических расстройств у русскоязычных студентов-медиков**

Установлено (таблица 3.1.1), что в общей сложности расстройства психической сферы диагностированы у 96 из 482 русскоязычных студентов-медиков (20% обследованных), причем они выявлялись чаще ($\chi^2=4,526$ $p=0,034$; $OR=1,7$ $95\%CI=1,0-2,7$) у студентов пятого курса – 53 из 217 чел. (24,4%), чем первого – 43 из 265 чел. (16,2%).

Таблица 3.1.1 – Клиническая структура психических расстройств у русскоязычных студентов-медиков 1 и 5 курса

Клинический диагноз	1 курс				Всего		5 курс				Всего		ВСЕГО	
	М		Ж		п	%	М		Ж		п	%	п	%
	п	%	п	%			п	%	п	%				
Психически здоровые	48	68,6	126	64,5	174	65,7	44	68,7	77	50,3	121	55,7	295	61,2
Субклиническая астено-вегетативная реакция	3	4,3	17	8,7	20	7,5	4	6,3	14	9,2	18	8,3	38	7,9
Субклиническая астено-невротическая реакция с заострением преморбидных личностных черт	6	8,5	22	11,3	28	10,6	4	6,3	21	13,7	25	11,5	53	11,0
Σ Субклинические астенические реакции	9	12,8	39	20,0	48	18,1	8	12,6	35	22,9	43	19,8	91	18,9
Σ Психические расстройства:	13	18,6	30	15,5	43	16,2	12	18,7	41	26,8	53	24,4	96	19,9
Органические психические р-ва	4	5,7	7	3,6	11	4,2	2	3,1	11	7,2	13	6,0	24	5,0
Аффективные р-ва настроения	1	1,4	4	2,1	5	1,9	2	3,1	6	3,9	8	3,8	13	2,7
Расстройства личности	4	5,7	5	2,6	9	3,4	3	4,7	6	3,9	9	4,1	18	3,7
<i>Неврастения</i>	2	2,9	5	2,6	7	2,6	2	3,1	7	4,6	9	4,1	16	3,3
<i>Соматоформная вегетативная дисфункция</i>	–	–	3	1,5	3	1,1	1	1,6	4	2,6	5	2,3	8	1,7
<i>Расстройства адаптации</i>	2	2,9	6	3,1	8	3,0	2	3,1	7	4,6	9	4,1	17	3,5
ИТОГО	70	26,4	195	73,6	265	100,0	64	29,5	153	70,5	217	100	482	100

Как видно, вероятность выявления психических расстройств у студентов пятого курса в 1,7 раза выше, чем у первого. В значительном числе случаев – 91 из 482 чел. (18,8%) регистрировались субклинические астенические реакции, одинаково часто у учащихся первого (48 из 265 чел. или 18,1%) и пятого курса (43 из 217 чел. или 19,8%), без гендерных различий.

Среди психических расстройств в совокупности наиболее часто (без статистически значимых различий) выявлялись резидуально-органические психические расстройства (5%), расстройства личности (3,7%), расстройства адаптации (3,5%), неврастения (3,3%), непсихотические аффективные расстройства настроения (2,7%) и соматоформная вегетативная дисфункция (1,7%). Почти половину среди всех психических расстройств занимали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (неврастения – 3,3%, СВД – 1,7%, расстройства адаптации – 3,5%).

У первокурсников с диагнозом «Психически здоров» (174 человека) у 37 (21,3%) отмечались явные акцентуации характера: в 30 (17,2%) случаях – тревожная, в 3 (1,7%) истерическая и по 2 (1,1%) – астеническая и гипертимная.

Среди пятикурсников (121 человек) явные акцентуации характера выявлены в 34 (28,1%) случаях: тревожные – в 25 (20,7%) случаев, истерические – в 5 (4,1%), астенические – в 4 (3,3%).

У студентов 1-го курса выяснялась зависимость формирования психических расстройств от родов посредством кесарева сечения и обращения за помощью в дошкольном возрасте к представителям «народной медицины».

Установлено, что среди психически здоровых первокурсников 4 человека (2,3%) родились посредством кесарева сечения, а среди первокурсников с субклиническими реакциями таковых статистически значимо ($\chi^2=40,499$ $p=0,0005$; $OR=21,3$ $95\%CI=6,1-81,1$) большее число – 16 (33,3%) человек. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность формирования субклинических реакций у лиц, родившихся посредством кесарева сечения более чем в 20 раз выше, чем в физиологических родах. Среди психически здоровых только 4 (2,3%) человека в дошкольном возрасте обращались за помощью к представителям «народной медицины», а среди лиц с субклиническими реакциями таких было статистически значимо ($\chi^2=29,271$ $p=0,0005$; $OR=15,8$ $95\%CI=4,4-61,4$) больше – 13 (27,1%) человек. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность возникновения субклинических реакций у студентов-медиков в 15 раз выше в том случае, когда они в дошкольном возрасте обращались к представителям «народной медицины», по сравнению с не обращавшимися. Проблемы, с которыми родители обращались к представителям «народной медицины», отражали наличие у детей различных эпизодических проявлений так называемого «психического диатеза» (Коцюбинский А.П., 2017; Незнанов Н.Г. с соавт, 2020): «испуг», «боязнь темноты», «страх огня», «ночные крики», «боязнь собак», «сглаз».

У первокурсников, среди лиц с установленным клиническим психиатрическим диагнозом также статистически значимо ($\chi^2=37,620$ $p=0,0005$; $OR=20,5$ $95\%CI=5,7-80,1$) большим, чем среди студентов без психических расстройств (2,3%), было число человек – 14 (32,6%), которые

обращались в дошкольном возрасте за помощью к представителям «народной медицины» с аналогичными проблемами.

Таким образом, наличие в дошкольном возрасте эпизодических проявлений «психического диатеза» – фрагментарных субклинических невротических расстройств, потребовавших обращение за помощью к представителям «народной медицины», может служить своеобразным маркером риска формирования субклинических адаптационных реакций и непсихотических психических расстройств в подростковом и юношеском возрасте.

Субклинические астено-вегетативные реакции выявлялись у 38 студентов (20 первокурсников и 18 пятикурсников): 7 юношей и 31 девушки. Проявлялись повышенной утомляемостью и раздражительностью, эмоциональной напряженностью и лабильностью, аффективной неустойчивостью, тревожным ночным сон, головными болями, вегетативной неустойчивостью, психосоматическими реакциями на учебный и предэкзаменационный стресс. Данные симптомы имели свою динамику: они формировались в тесной связи с учебными стрессовыми факторами и проявлялись эпизодическими кратковременными реакциями. Они возникали на фоне продолжительного эмоционального напряжения, связанного как с учебой, так и с проблемами в личной и интимной сферах. Базовыми их характеристиками были кратковременный характер, нестабильность, парциальность и фрагментарность, критическое отношение, обратное развитие после отдыха и изменения учебной стрессовой ситуации (задолженности, неудовлетворительные оценки, конфликты со сверстниками, жесткий контроль родителей).

Среди первокурсников с субклиническими астено-вегетативными реакциями 4 человека (20%) обнаруживали невротические реакции в дошкольном возрасте, и родители обращались за помощью к представителям «народной медицины».

У 18 (47,4%) студентов обнаруживались симптомы социофобии: у 12 (31,6%) – уровня психологически понятных опасений и у 6 (15,8%) – клинически значимые. В 10 (26,3%) случаях наблюдались редкие (1-3 раза в год) неразвернутые вегетативные кризы с повышенной тревожностью, феноменологически сходные с приступами паники, в 4 (10,5%) случаях – приступы носили умеренно выраженный характер с опасением их повторения. В 9 (23,7%) случаев выявлялся субклинический уровень депрессии и в 10 (42,8%) случаях тревога: в 7-ми субклинического и в 3-х – клинически значимого уровня. Кроме того, в 15 (50%) случаях регистрировался дистресс, причем в 3-х случаях – выраженный.

Верификация субъективного восприятия симптомов показала, что 21 (55,2%) студент с субклиническими астено-вегетативными реакциями признавал наличие у себя «проблем с психикой»: «проблем психологического уровня» – 16 (42,1%) человек и «легких симптомов психического расстройства» – 5 (13,1%) человек.

Треть – 13 (34,2%) студентов указывали на наличие преодолимых трудностей в социальной адаптации в связи с имеющимися у них проблемами. Столько же студентов – 13 (34,2%) человек – планировали обратиться за консультацией к психологу или психотерапевту.

Субклинические астено-невротические реакции с заострением преморбидных личностных черт наблюдались у 53 студентов (28 первокурсников и 25 пятикурсников) – 9 лиц мужского и 44 – женского пола. Стержневой симптоматикой была астеническая, на фоне которой усиливались проявления личностных и характерологических особенностей. Характерным было присоединение к астенической симптоматике (утомляемость, повышенная раздражительность, вегетативная неустойчивость, эмоциональная лабильность, затрудненное засыпание, тематический ментизм) фрагментарных невротических симптомов (социофобии, навязчивостей, повышенной тревожности, опасений, пароксизмальной тревоги без явного вегетативного компонента). В ряде случаев наблюдались психосоматические симптомы в виде вегетативной неустойчивости и жалоб со стороны сердечнососудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Симптоматика носила транзиторный характер с критическим отношением к ней индивида и исчезала, либо смягчалась, после кратковременного отдыха и снижения уровня учебной нагрузки (отработка задолженностей, ликвидация неудовлетворительных оценок).

Треть – 9 (32,1%) первокурсников - в дошкольном возрасте обнаруживали невротические реакции и родители обращались за помощью к представителям «народной медицины».

На период исследования 26 (49,1%) человек обнаруживали признаки социофобии: 15 (28,3%) – уровня опасений и 11 (20,8%) – клинически значимого уровня.

В 20 (37,8%) случаях отмечались тревожные пароксизмы, сходные с паническими атаками по проявлениям. В 13 (24,5%) случаях они были редкими и неразвернутыми, в 7 (13,5%) – имели умеренно выраженный характер с опасением их повторения. Частота приступов от 2 до 4 раз в год. Провоцировались ситуациями эмоционального напряжения.

Депрессия выявлялась у 19 (35,8%) человек, в 12 случаях - уровня легкой грусти и в 7 случаях – субклинического уровня. Повышенный уровень тревоги выявлен у 22 (41,5%) человек. Дистресс выявлен у 16 (45,8%) человек, причем у 10 – легкий и в 6 случаях – выраженный.

Треть – 17 (32,1%) человек указали на наличие проблем «психологического уровня», они же отметили легкие затруднения в социальном функционировании из-за наличия указанных проблем, а у 14 (26,4%) человек были мысли обратиться на консультацию к психологу или психотерапевту.

Резидуально-органическое поражение ЦНС с неврозоподобным синдромом выявлено у 24 (11,1%) студентов. Около половины таких индивидов – 11 (45,8%) - родились посредством кесарева сечения, у 4 (16,6%) было обвитие пуповиной с асфиксией в родах, 5 (20,8%) –

перенесли черепно-мозговые травмы с потерей сознания, в остальных случаях генез не выяснен.

С раннего детства обследуемые жаловались на периодические головные боли, плохую переносимость жаркой погоды и духоты, в которых у них возникала тошнота, изредка обмороки. Они плохо переносили езду в транспорте (их укачивало), запахи горюче-смазочных материалов. У части – отмечались вздрагивания при засыпании и во сне, сноговорение. У некоторых периодами спонтанно снижалось настроение, они становились повышено вспыльчивыми, придирчивыми, конфликтовали с окружающими по несущественным поводам. У 4 лиц женского пола был выраженный синдром предменструального напряжения, в 4 случаях – выраженные тревожные симптомы, еще в 4 случаях - симптомы вегето-сосудистой дистонии (диагноз выставлен терапевтом и неврологом), в 3 случаях встречались легко выраженные симптомы дисморфофобии. В части случаев регистрировались легко выраженные обсессивно-компульсивные симптомы. В основном симптоматика носила полиморфный характер, усиливалась в периоды подготовки к экзаменам и была более выраженной во второй половине дня.

На период обследования у 12 (50%) человек выявлялись симптомы социофобии: у 7 – в форме опасений и у остальных 5 – выраженные. В 20 (83,3%) случаях регистрировались симптомы генерализованной тревоги, в 11 – легко выраженные и в остальных 8 – умеренно выраженные. Вегетативные расстройства по типу панических приступов регистрировались в 14 (58,3%) случаях. В 13 (44,2%) случаях выявлялась депрессия: в 6 – легкая и в остальных 7 – умеренная. Тревога выявлялась в 14 (58,3%) случаях – легко выраженная в 5 и умеренно - в 9 случаях. Состояние дистресса выявлено в 19 случаях: в 10 – легко выраженного и в остальных 9 – умеренно и значительно выраженного.

Непсихотические аффективные расстройства настроения наблюдались у 13 (2,7%) студентов: у 3-х лиц мужского и 10-ти – женского пола. Во всех случаях клиническая картина исчерпывалась легким депрессивным эпизодом, в 1 случае с соматическими симптомами и в 1 случае на фоне резидуально-органического поражения ЦНС. В преморбиде обследуемые были тревожно-мнительными, повышено восприимчивыми к конфликтам. Чаще в весенний период отмечалось спонтанное снижение настроения с чувством грусти, усталости, снижением инициативы, затруднениями в понимании учебного материала, рассеянностью внимания. Отмечалось снижение аппетита, затрудненное засыпание, в ряде случаев – тревожный сон с ранними пробуждениями. Отмечалась повышенная утомляемость, снижение инициативы, отсутствие чувства радости, в ряде случаев – ангедония. У части лиц женского пола наблюдались расстройства менструального цикла. Отмечался четкий циркадный ритм – более выраженная симптоматика в утренние часы и в первой половине дня с некоторым улучшением состояния во второй половине. Продолжительность эпизодов субдепрессии была различной – от 1 месяца до 2-3. Часть

студентов обращалась за помощью к врачу-психотерапевту, получала терапию антидепрессантами. Часть – не обращалась за помощью, так как не считала свое состояние болезненным, при этом студенты «терпели», думая, что все пройдет самостоятельно. Незначительная часть – 4 человека из числа пятикурсников - обращалась за помощью к сотрудникам кафедры.

На период обследования у 11 (84,6%) человек выявлялись симптомы социофобии: у 5 (45,5%) – в форме опасений и у остальных 6 (54,5%) – в форме выраженных проявлений. В 11 (84,6%) случаях регистрировались симптомы генерализованной тревоги, в 5 (38,4%) – легко выраженные и в 6 (46,2%) – умеренно выраженные. Вегетативные расстройства по типу панических приступов регистрировались только в 3 (23,1%) случаях. Во всех случаях выявлялась депрессия: в 5 (38,4%) – легкая и в остальных 8 (61,6%) – умеренная. Тревога выявлялась в 10 (76,9%) случаях – легко выраженная в 4 и умеренно - в 6 случаях. Состояние дистресса выявлено во всех случаях: в 9 (69,2%) – легко выраженное и в остальных 4 (30,8) – умеренно и значительно выраженное.

Неврастения диагностирована у 16 (3,3%) студентов: 4-х лиц мужского и 12 – женского пола. Во всех случаях студенты были повышено ответственными. Стремилась учиться на хорошие и отличные оценки, много времени уделяли учебе и часть из них (4 человека) - общественной работе. Все эти лица отметили, что они берут на себя излишне много обязанностей, в результате – устают. Во всех случаях отмечалась повышенная утомляемость, больше во второй половине дня, раздражительность, слезливость, обидчивость. В половине случаев отмечалась вегетативная неустойчивость, повышенная потливость. Все студенты жаловались на затрудненное засыпание, наплывы мыслей о незавершенных делах. Даже после отдыха в выходные повышенная усталость и раздражительность не исчезали. Усиление симптомов астении было в периоды сдачи экзаменов. Часть – 5 (38,4%) студентов - наблюдались у врача терапевта с диагнозом «вегето-сосудистая дистония», получали терапию.

На период обследования у 8 (50,0%) студентов регистрировались симптомы социофобии: в 2 случаях умеренно выраженные и в остальных 6 – уровня усиленных астенией психологически понятных опасений. В 13 (81,2%) случаях выявлялись симптомы генерализованной тревоги – в 6 случаях умеренно выраженной и в остальных 7 – субклинического уровня. Почти в половине – 7 (43,7%) случаев - выявлялись симптомы тревожных приступов с нечетко выраженным вегетативным компонентом, которые возникали под влиянием учебного стресса, либо ситуаций психоэмоционального напряжения. Во всех случаях приступы носили субклинический характер. Симптомы депрессии выявлялись в 9 (56,3%) случаях, чаще у студентов 5 курса – 7 (77,8%) случаев, чем первого – 2 (22,2%) случая. Повышенный уровень тревоги выявлен во всех случаях, причем субклинический уровень в 11 случаях и в 5 – умеренно выраженный. Дистресс выявлен во всех случаях: в 9 – легкий уровень и в остальных 7 – умеренный уровень.

Расстройства адаптации выявлены в 17 (3,5%) случаях: в 4 случаях это были тревожные реакции, в 6 – депрессивные и в остальных 7 – смешанная тревожная и депрессивная реакция. Все расстройства адаптации возникали после психотравмирующих событий: разрыв значимых отношений, неудовлетворительная оценка на экзаменах с угрозой отчисления, смерть родных, смерть ребенка, угроза уголовного наказания.

Тревожные реакции возникали после получения неудовлетворительных оценок на экзаменах с угрозой отчисления; наличия пропусков занятий с угрозой получения неудовлетворительной оценки; страхом, что узнают родители. Они формировались у лиц с тревожной акцентуацией характера, мнительностью, повышенной восприимчивостью. Такие индивиды обычно испытывали тревогу перед экзаменами, при этом отмечались нарушения сна – затрудненное засыпание, наплывы мыслей о возможной неудовлетворительной оценке, частое просыпание, вегетативная неустойчивость. Отмечалась фоновая астения, возникшая в результате недосыпания (стремление ликвидировать задолженности, подготовка в ночное время к экзаменам) с рассеянностью внимания и трудностями в усвоении прочитанного.

Депрессивные реакции формировались после психотравмирующих событий в результате утраты значимого другого (смерть родителей, смерть ребенка, смерть близкого друга). Клиническая картина депрессивных реакций проявлялась сниженным настроением, фиксацией на психической травме, повышенной слезливостью. Отмечался поверхностных сон, трудности засыпания с наплывом мыслей об утраченном человеке. В такие периоды усиливалась слезливость, беспокоили усталость, слабость, нежелание что-либо делать. В ряде случаев был сниженным аппетит, уменьшался вес тела. Студенты пропускали занятия, в результате возникали конфликты. Они испытывали чувство печали. В ряде случаев возникали пассивные мысли о нежелании жить. Продолжительность была до 3-5 месяцев.

Смешанная тревожно-депрессивная реакция возникала в сложных жизненных ситуациях (измена супруга с ожиданием развода, смерть близкого человека в сочетании с возникшими проблемами в учебе, угроза привлечения и привлечение к уголовной ответственности с риском отчисления из университета).

Базовым симптомом было подавленное настроение с чувством тоски и безысходности, «ощущение тупика», сложности в принятии решений. Снижался аппетит, а в последующем и вес тела. Ничего не хотелось делать, студенты пропускали занятия, не готовились к занятиям. Постоянным было чувство тревоги, неуверенность в своих силах, нерешительность.

Отмечались трудности засыпания, поверхностный, тревожный сон, частые пробуждения. Сон характеризовался непродолжительностью с ранними пробуждениями, с чувством тревоги, отсутствием ощущения отдыха после сна. Отмечалась повышенная утомляемость, слабость, эмоциональная лабильность, вегетативная неустойчивость.

На период обследования у 12 (70,6%) человек выявлялись симптомы социофобии: у 6 – в форме опасений и у остальных 6 – выраженные. В 12 (70,6%) случаях регистрировались симптомы генерализованной тревоги, в 4 – легко выраженные и в остальных 8 – умеренно выраженные. Вегетативные расстройства по типу панических приступов регистрировались только в 3 (23,1%) случаях. В 8 (66,7) случаях выявлялась депрессия: в 5 – легкая и в остальных 3 – умеренная. Тревога выявлялась в 13 (76,5%) случаях – легко выраженная в 6 и умеренно - в 7 случаях. Состояние дистресса выявлено во всех случаях: в 8 – легко выраженное и в остальных 9 – умеренно и значительно выраженное.

Соматоформная вегетативная дисфункция диагностирована в 8 (1,7%) случаях. Во всех случаях студенты еще до поступления в ВУЗ наблюдались у врачей терапевтов или неврологов с диагнозом «вегето-сосудистая дистония» (1 – мужчина и 7 женщины).

В период обследования обнаруживалась астения, которая сочеталась с эмоциональной лабильностью, расстройством внимания, вегетативной неустойчивостью, расстройствами сна.

Клиническая картина СВД была полиморфной, чаще включала в себя сочетание кардиоваскулярных, гипервентиляционных и гастроинтестинальных симптомов. Имели место ощущение аритмии сердечной деятельности, периодические ноющие, колющие или пульсирующие боли в области сердца, неустойчивость артериального давления, внезапное учащение пульса, головокружение в сочетании с учащенным дыханием, затруднением вдоха «полной грудью», ощущение «нехватки воздуха», «неудовлетворенность вдохом», сопровождающиеся разной степени выраженности симптомами вегетативной неустойчивости, повышенной тревоги и страха. На этом фоне периодически возникали спастические и ноющие боли в нижней части живота, расстройства стула (запоры, поносы), тошнота, чувство вздутия желудка, отрыжка воздухом, метеоризм, вздутие живота. Существенно реже симптоматика касалась мочевыделительной системы: «мочевое заикание», учащенные позывы на мочеиспускание, особенно в ситуациях психоэмоционального напряжения, неприятные ощущения при мочеиспускании.

В большинстве случаев у лиц с СВД отмечались признаки резидуально-органического поражения ЦНС: их укачивало на качелях и в транспорте, они плохо переносили жару, духоту; отмечались вздрагивания при засыпании, во сне чувство падения в пропасть, они плохо переносили запахи бензина, керосина, сигаретного дыма. Более чем у половины студентов с СВД имело место заикание в анамнезе, склонность к обморокам.

На период обследования у 6 (75%) человек выявлялись симптомы социофобии: у 2 – в форме опасений и у остальных 4 – выраженные проявления. В 6 (75%) случаях регистрировались симптомы генерализованной тревоги, в 2 – легко выраженные и в остальных 4 – умеренно выраженные. Вегетативные расстройства по типу панических приступов регистрировались в 6 (75%) случаях – в 4 случаях неразвернутые, в 2 – умеренно выраженные с опасением их по-

вторения. В 4 (50,0%) случаях выявлялась депрессия: в 2 – легкая и в остальных 2 – умеренная. Тревога выявлялась во всех случаях – легко выраженная в 4 и умеренно – также в 4 случаях. Состояние дистресса выявлено во всех случаях: в 3 – легко выраженное и в 5 – умеренно и значительно выраженное.

Расстройства личности диагностированы в 18 (3,7%) случаях: тревожные расстройства личности – 11 случаев, мозаичное – 3, шизоидное – 2 и истерическое – 2 случая (7 лиц мужского и 11 лиц – женского пола).

Тревожные расстройства личности были сформированы к подростковому возрасту. Студенты с раннего детства характеризовались повышенной тревожностью и неуверенностью, склонностью к пассивно-оборонительным реакциям. Они неловко себя чувствовали в новом коллективе, долго привыкали к новой обстановке. Они были склонны к различного рода страхам, вегетативной неустойчивости. В дошкольном возрасте часть из них в связи со «страхами», «испугом», «боязнью темноты» с родителями обращались к «народным целителям». Они неловко себя чувствовали в ситуациях, когда необходимо было быть в центре внимания (например, отвечать у доски). С 13-15 летнего возраста у них возникали симптомы вегетативной неустойчивости. В ситуациях, требующих эмоционального напряжения, возникали неприятные ощущения в области сердца, тахикардия, чувство «дурноты», изжога, болевые ощущения «в желудке». Отмечались периодические спонтанные кратковременные колебания настроения и общего самочувствия. В периоды сессии у них нарушался сон: становился поверхностным, тревожным, со сновидениями неприятного бытового содержания (во всех случаях они «терпели неудачу»). В 3 случаях имели место легко выраженные симптомы дисморфофобии. Они обращались за помощью к врачам - терапевтам, неврологам (5 человек), которыми диагностировалась «вегето-сосудистая дистония», по поводу которой получали терапию. Наряду с этим, в знакомой обстановке некоторые были повышено требовательными, эгоистичными. В периоды учебы в ВУЗе они повышено тревожно реагировали на экзаменационный стресс – усиливались симптомы вегетативной неустойчивости, часть из них обращались за помощью к терапевтам, 3 человека проходили периодами терапию у психотерапевта.

Общим для всех лиц с тревожным расстройством личности была психосоматическая дезадаптация и нечетко выраженные фазные колебания настроения в сторону понижения с астенией и вегетативной неустойчивостью.

Мозаичное расстройство личности проявлялось чертами возбудимости, гиперактивности, стеничности в сочетании со злопамятностью, склонностью к накоплению негативных эмоций, мстительностью наряду с нарочито демонстративным поведением, эгоизмом и эгоцентризмом. Периодами отмечались спонтанные колебания настроения в сторону подавленного с раздражительностью и конфликтностью. Во всех случаях имели место симптомы резидуально-

органического поражения ЦНС: вздрагивания при засыпании и во сне, сногворения, неприятные сновидения (после ситуаций конфликтов, эмоционального напряжения). Они плохо переносили жару, духоту, езду в транспорте. Все были склонные к употреблению алкоголя для снижения эмоционального напряжения или после сдачи экзаменов. В состоянии алкогольного опьянения такие лица становились демонстративными, хвастливыми, легко вступали в конфликты, драки.

Студенты с *шизоидным расстройством личности* характеризовались интровертированностью, отсутствием стремления устанавливать контакты со сверстниками, предпочитая смартфон и общение в социальных сетях. Отличались они слабо выраженной эмоциональностью, отсутствием эмоционального резонанса, некоторой отгороженностью, монотонностью эмоциональных проявлений. Их манера одеваться отличалась от общепринятой, они выглядели не очень ухоженными, «старомодными». Чувствовали себя неловко в ситуациях, когда необходимо было отвечать на занятиях. Были более успешными при письменных ответах. В периоды сессий они «истощались», беспокоила общая слабость, утомляемость, рассеянность внимания. Были склонны к частым ОРВИ, с чем и были связаны пропуски занятий.

Истерическое расстройство личности было сформировано до подросткового возраста. Базовой особенностью было стремление к деятельности и быть в центре внимания, а также «руководить» окружающими. Они были активны в «общественной жизни» (спорт, концертная деятельность) и в то же время пассивны в учебе. При получении низких оценок плакали, рыдали, ссылались на то, что сильно заняты общественной работой и требовали к себе снисхождения. Их настроение было неустойчивым: в периоды успеха и внимания – настроение было приподнятым, они активно общались, были веселые и жизнерадостные. В периоды, когда не справлялись с учебой (пропуски занятий) их настроение становилось подавленным, они жаловались на утомленность, слабость, что с их точки зрения препятствовало успешному освоению дисциплины. В ситуациях конфликтов возникало ощущение комка в горле, затрудненное глотание, «сиплый» голос. В домашних условиях могли легко разбить посуду, бросить чем-либо в своего обидчика, считая такое поведение вполне приемлемым.

На период обследования у 14 (77,8%) человек выявлялись симптомы социофобии: у 7 – в форме опасений и у остальных 7 – выраженные проявления. Во всех случаях регистрировались симптомы генерализованной тревоги, в 10 – легко выраженные и в 8 – умеренно выраженные. Вегетативные расстройства по типу панических приступов регистрировались в 15 (83,3%) случаях – в 5 случаях неразвернутые, в 10 – умеренно выраженные с опасением их повторения. В 9 (50,0%) случаях выявлялась депрессия: в 5 – легкая и в остальных 4 – умеренная. Тревога выявлялась во всех случаях – легко выраженная в 6 и умеренно выраженная - в 12 случаях. Состоя-

ние дистресса выявлено во всех случаях: в 4 – легко выраженное и в остальных 14 – умеренно и значительно выраженное.

Таким образом, установлено, что расстройства психической сферы выявляются в совокупности у 20% студентов-медиков и регистрируются чаще у студентов пятого курса (24,4%), чем первого (16,2%). В значительном числе случаев (18,8%) диагностировались донологические субклинические реакции. Наиболее часто диагностируются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, а также резидуально-органические психические расстройства и расстройства личности. Установлено, что формирование субклинических реакций больше присуще лицам, родившимся посредством кесарева сечения (с шансом более чем в 20 раз выше, чем у родившихся в физиологических родах). Кроме того, субклинические реакции чаще (с шансом в 15 раз выше) выявлялись у студентов, имеющих невротические реакции в дошкольном возрасте и обращающихся по этому поводу к представителям «народной медицины» (по сравнению со студентами без невротических реакций в дошкольном возрасте).

3.2 Особенности реагирования на учебный стресс русскоязычных студентов-медиков с различным психическим статусом

Изучение сравнительных характеристик субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов-медиков 1-го и 5-го курса в зависимости от наличия психических расстройств показало следующее. У первокурсников с психическими расстройствами (таблица 3.2.1), по сравнению со сверстниками без психиатрического диагноза, а также с субклиническими реакциями, более значимыми стрессогенными факторами были: «строгость преподавателей», затруднения в понимании учебного материала («непонятные, скучные учебники»), «трудности организации режима дня», «конфликты», а также заострение личностных особенностей («стеснительность, застенчивость», «страх перед будущим») и «проблемы в личной жизни». У лиц субклиническими реакциями, по сравнению с психически здоровыми, также более значимыми были «строгость преподавателей» и «проблемы в личной жизни».

Таблица 3.2.1 – Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов-медиков 1 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР p=	СКР		ПЗ-СКР p=	ПР-СКР p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Строгие преподаватели	5,0	3,0-7,0	7,0	5,0-8,0	-0,003	6,0	5,0-7,0	-0,050	0,478
2	Большая учебная нагрузка	8,0	7,0-10,0	8,0	8,0-10,0	0,217	8,0	8,0-10,0	0,305	0,850
3	Отсутствие учебников	6,0	3,0-8,0	7,0	5,0-9,0	-0,001	5,5	3,0-8,0	0,772	0,019
4	Непонятные учебники	3,0	1,0-5,0	5,0	4,0-7,0	-0,000	3,0	2,0-5,0	0,803	0,000
5	Жизнь вдали от родителей	5,0	3,0-8,0	5,0	2,0-7,0	0,506	4,0	1,0-8,0	0,275	0,644
6	Нехватка денег	2,0	0,0-4,0	3,0	0,0-6,0	-0,044	2,0	0,0-4,5	0,705	0,065
7	Трудности организации режима дня	4,0	3,0-7,0	7,0	6,0-8,0	-0,000	5,0	2,5-8,0	0,540	0,003
8	Нерегулярное питание	5,0	2,0-8,0	7,0	2,0-8,0	0,477	5,0	3,0-8,0	0,698	0,648
9	Проблемы проживания в общежитии	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	0,377	0,0	0,0-1,0	0,283	0,984
10	Конфликты в группе	0,0	0,0-1,0	4,0	2,0-5,0	-0,000	0,0	0,0-1,5	0,666	0,000
11	Много времени готовиться к занятиям	7,0	5,0-9,0	8,0	7,0-9,0	0,085	8,0	5,0-9,0	0,343	0,441
12	Нежелание учиться	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-4,0	0,535	1,0	0,0-3,0	0,936	0,699
13	Разочарование в будущей профессии	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-2,0	0,069	0,0	0,0-0,5	0,788	0,130
14	Стеснительность, застенчивость	2,0	0,0-4,0	4,0	2,0-6,0	-0,000	2,0	0,0-5,0	0,429	0,019
15	Страх перед будущим	2,0	0,0-5,0	6,0	5,0-8,0	-0,000	3,0	0,0-7,0	0,421	0,002
16	Проблемы в личной жизни	0,0	0,0-2,0	4,0	1,0-8,0	-0,000	2,5	0,0-6,5	-0,001	0,149
17	Нерациональное расписание	4,0	1,0-7,0	5,0	3,0-7,0	0,105	4,0	1,0-6,0	0,724	0,165
18	Много занятий в день	5,0	2,0-7,0	4,0	2,0-8,0	0,637	4,0	2,5-6,5	0,347	0,882

Здесь и далее: ПЗ – психически здоровые; ПР – психические расстройства; СКР – субклинические реакции.

Для русскоязычных студентов 5 курса с психическими расстройствами (таблица 3.2.2), по сравнению с психически здоровыми, более значимыми были «высокая учебная нагрузка», «трудности организации режима дня», «нежелание учиться», «разочарование в профессии», а также «стеснительность», «страх перед будущим» и «проблемы в личной жизни». Таким образом, важными стрессогенными факторами у пятикурсников с психическими расстройствами, по сравнению со здоровыми, являются «нежелание учиться» и «разочарование в профессии».

Для русскоязычных студентов 5 курса без психических расстройств, по сравнению со сверстниками с субклиническими реакциями, более значимыми были большинство тех же факторов, перечисленных выше (при сравнении с психическими расстройствами), за исключением «разочарования в профессии», «стеснительности» и «страха перед будущим», которые оказались выраженными в одинаковой степени (по медианному значению 2-7 и 3-5 баллов).

Таблица 3.2.2 – Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов-медиков 5 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР	СКР		ПЗ-СКР	ПР-СКР
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	p=
1	Строгие преподаватели	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-8,0	0,235	6,0	4,0-7,0	0,156	0,873
2	Большая учебная нагрузка	7,0	4,5-8,0	8,0	6,0-9,0	-0,003	8,0	7,0-9,0	-0,022	0,651
3	Отсутствие учебников	6,0	3,0-8,0	6,0	4,0-9,0	0,752	5,0	4,0-8,0	0,949	0,841
4	Непонятные, скучные учебники	5,0	3,0-8,0	5,0	2,0-7,0	0,248	5,0	2,0-7,0	0,134	0,678
5	Жизнь вдали от родителей	3,5	0,07,0	2,0	0,0-6,0	0,601	1,0	0,0-7,0	0,707	0,981
6	Нехватка денег	3,0	0,0-7,0	4,0	0,0-8,0	0,724	5,0	2,0-8,0	-0,033	0,131
7	Трудности организации режима дня	3,0	2,0-6,0	6,0	3,0-8,0	-0,009	6,0	3,0-8,0	-0,005	0,792
8	Нерегулярное питание	4,0	2,0-6,0	5,0	3,0-9,0	-0,004	6,0	3,0-8,0	-0,003	0,898
9	Проблемы проживания в общежитии	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-5,0	0,082	0,0	0,0-2,0	0,542	0,553
10	Конфликты в группе	0,0	0,0-3,0	2,0	0,0-5,0	0,002	1,0	0,0-4,0	0,161	0,201
11	Много времени готовиться к занятиям	5,0	3,0-7,0	6,0	5,0-9,0	-0,002	5,0	3,0-8,0	0,167	0,233
12	Нежелание учиться	2,0	0,0-3,0	3,0	1,0-5,0	-0,008	3,0	1,0-5,0	-0,033	0,771
13	Разочарование в будущей профессии	1,0	0,0-4,0	4,0	1,0-6,0	-0,000	2,0	1,0-4,0	0,079	0,054
14	Стеснительность, застенчивость	2,0	0,0-5,0	3,0	1,0-7,0	-0,047	3,0	1,0-5,0	0,504	0,282
15	Страх перед будущим	3,0	2,0-6,0	7,0	4,0-9,0	-0,000	5,0	3,0-8,0	0,050	0,103
16	Проблемы в личной жизни	1,0	0,0-3,0	3,0	1,0-8,0	-0,001	2,5	0,0-6,0	-0,025	0,277
17	Нерациональное расписание	3,0	1,0-5,0	4,0	2,0-7,0	-0,021	3,0	2,0-5,0	0,531	0,132
18	Много занятий в день	2,0	0,0-5,0	5,0	2,5-7,0	-0,001	4,0	1,0-7,0	-0,010	0,676
19	Необходимость отработки	5,0	2,0-9,0	5,0	2,0-8,0	0,687	5,0	1,0-7,0	0,393	0,715

Таким образом, установлено, что для студентов 5-го курса с психическими расстройствами, по сравнению со здоровыми и первокурсниками, важное стрессогенное значение приобретают «разочарование в профессии» и «нежелание учиться».

Факторный анализ субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов 1-го (таблица 3.2.3) и 5-го (таблица 3.2.4) курсов выявил следующее. У студентов 1-го курса с психическими расстройствами обнаружено 3 значимых фактора учебного стресса, объясняющих 57,4% дисперсии: недостатки учебного процесса, бытовые проблемы и разочарование в профессии. Для пятикурсников с психическими расстройствами таких факторов оказалось 5 (60,4% дисперсии): большая учебная нагрузка, проблемы, связанные с общением, необходимость отработки пропусков и проблемы в общежитии.

Таблица 3.2.3 – Результаты факторного анализа субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов-медиков 1 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Недостатки учебного процесса	Большая учебная нагрузка	0,804	5,41	30,1
	Отсутствие учебников	0,716		
	Нехватка денег	0,785		
	Много занятий в день	0,726		
Бытовые проблемы	Нерегулярное питание	0,901	2,67	14,9
	Проблемы в личной жизни	0,805		
Разочарование в профессии	Нежелание учиться	0,782	2,23	12,4
	Разочарование в профессии	0,704		
С субклиническими реакциями				
Недостатки организации учебного процесса	Строгие преподаватели	0,814	3,94	21,9
	Большая учебная нагрузка	0,888		
	Нерегулярное питание	0,801		
Бытовые трудности	Проблемы в общежитии	-0,835	2,71	15,1
	Проблемы в личной жизни	-0,778		
Нежелание учиться	Нежелание учиться	0,871	2,44	13,5
Отрыв от родителей	Отрыв от родителей	0,995	1,63	9,1
Нехватка денег	Нехватка денег	0,869	1,44	8,0
Конфликты в группе	Конфликты в группе	0,798	1,1	6,1
Психически здоровые				
Проблемы в личной жизни	Проблемы в личной жизни	0,838	3,19	17,7
Нехватка денег	Нехватка денег	0,787	2,19	12,2
Строгие преподаватели	Строгие преподаватели	0,749	1,66	9,2
Большая учебная нагрузка	Большая учебная нагрузка	0,811	1,41	7,8
Проблемы с учебниками	Нехватка учебников	0,777	1,34	7,5
	Скучные учебники	0,793		
Проблемы в общежитии	Проблемы в общежитии	0,898	1,2	6,5
Отрыв от родителей	Отрыв от родителей	0,789	1,1	6,0

У первокурсников с субклиническими реакциями выявлено 6 значимых факторов (73,7% дисперсии): на первом месте – недостатки организации учебного процесса, далее отдельно идут нежелание учиться, отрыв от родителей, нехватка денег и конфликты в группе. На втором месте у студентов 1-го курса было «Бытовое благополучие»: в связи с загруженностью учебной работой студенты мало уделяли внимания бытовым проблемам, они на некоторое время теряли свою актуальность. У пятикурсников выявлено 5 факторов (68,1% дисперсии): недостатки организации учебного процесса, проблемы отдельного проживания, и отдельно - проблемы в личной жизни, страх будущего и нехватка денег.

Таблица 3.2.4 – Результаты факторного анализа субъективной значимости учебных стрессовых факторов для студентов-медиков 5 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Большая учебная нагрузка	Большая нагрузка	0,77	3,61	19,0
	Много готовить	0,747		
Проблемы, связанные с общением	Конфликты в группе	0,701	2,55	13,4
	Стеснительность	0,853		
Разочарование в профессии	Нежелание учиться	0,72	2,05	10,8
	Разочарование в профессии	0,887		
Необходимость отработки пропусков	Необходимость отработки пропусков	0,774	1,78	9,4
Проблемы в общежитии	Проблемы в общежитии	0,853	1,48	7,8
С субклиническими реакциями				
Недостатки организации учебного процесса	Некачественные учебники	0,759	5,88	30,9
	Нерациональное расписание	0,706		
	Много занятий в день	0,711		
Проблемы отдельного проживания	Отрыв от родителей	0,88	2,41	12,7
	Проблемы в общежитии	0,87		
Проблемы в личной жизни	Проблемы в личной жизни	0,757	1,75	9,2
Страх будущего	Страх будущего	0,851	1,64	8,6
Нехватка денег	Нехватка денег	0,867	1,27	6,7
Психически здоровые				
Учебная нагрузка	Строгие преподаватели	0,743	5,89	31,0
	Большая нагрузка	0,827		
	Много готовить	0,710		
Разочарование в специальности	Нежелание учиться	0,77	2,28	12,0
	Разочарование в профессии	0,843		
	Страх будущего	0,709		
Нехватка денег	Нехватка денег	0,727	2,03	10,7
Недостатки обеспечения учебного процесса	Отсутствие учебников	0,883	1,5	7,9
	Некачественные учебники	0,863		
Проблемы в общежитии	Проблемы в общежитии	0,784	1,3	6,8

Выявлено 7 факторов учебного стресса (66,9% дисперсии), значимых для психически здоровых первокурсников: это отдельно проблемы в личной жизни, нехватка денег, строгие преподаватели и большая учебная нагрузка, проблемы в общежитии, отрыв от родителей и проблемы с учебниками, а также 5 факторов для психически здоровых пятикурсников (68,3% дисперсии): учебная нагрузка, разочарование в специальности, нехватка денег, недостатки обеспечения учебного процесса, проблемы в общежитии.

Обращает на себя внимание, что у первокурсников с психическими расстройствами и, в меньшей степени, с субклиническими реакциями, выявленные факторы учебного стресса, кото-

рые содержат по несколько составляющих, тогда как для лиц без психиатрических расстройств они разрознены. Напротив, у пятикурсников с психическими расстройствами учебные стрессовые факторы становятся более разрозненными, что может быть связано с потерей значимости для них учебного процесса.

Анализ степени выраженности симптомов учебного стресса у русскоязычных первокурсников-медиков показал (таблица 3.2.5), что, по сравнению со здоровыми, все симптомы были более выраженными у лиц с психическими расстройствами, а также при субклинических реакциях. Кроме того, при психических расстройствах, по сравнению с субклиническими реакциями, были более выраженными «ощущение беспомощности», «тематический ментизм», «потеря уверенности, снижение самооценки», «мышечное напряжение» и «проблемы общения с преподавателями».

Таблица 3.2.5 – Выраженность симптомов учебного стресса у русскоязычных студентов-медиков 1 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Симптомы учебного стресса	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР p=	СКР		ПЗ-СКР p=	ПР-СКР p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Ощущение беспомощности	4,0	1,0-5,0	6,0	4,0-7,0	-0,000	4,0	2,5-7,0	-0,033	0,012
2	Наплывы посторонних мыслей	3,0	2,0-6,0	7,0	4,0-8,0	-0,000	4,0	2,0-7,0	0,060	0,011
3	Повышенная отвлекаемость	3,0	1,0-4,0	5,0	3,0-7,0	-0,000	4,0	2,0-7,0	-0,001	0,761
4	Раздражительность, обидчивость	2,0	0,0-3,0	4,0	2,0-7,0	-0,000	3,0	2,0-6,5	-0,000	0,349
5	Плохое настроение, депрессия	3,0	1,0-5,0	6,0	3,0-8,0	-0,000	4,0	2,0-7,5	-0,004	0,224
6	Страх, тревога	2,0	0,0-6,0	6,0	4,0-7,0	-0,000	4,0	2,5-6,5	-0,005	0,116
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	1,0	0,0-5,0	5,0	3,0-8,0	-0,000	4,0	1,0-7,5	-0,006	0,064
8	Нехватка времени, спешка	7,0	4,0-9,0	8,0	6,0-10,0	-0,023	8,0	5,5-9,0	0,201	0,371
9	Плохой сон	6,0	2,0-9,0	8,0	4,0-10,0	-0,009	7,0	4,0-9,0	0,174	0,202
10	Проблемы общения с преподавателями	1,0	0,0-3,0	2,0	0,0-3,0	-0,049	1,0	0,0-2,0	0,657	0,047
11	Тахикардия, боли в сердце	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-5,0	-0,046	2,0	0,0-4,0	-0,013	0,882
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-4,0	-0,004	0,0	0,0-2,0	-0,045	0,486
13	Проблемы с ЖКТ	0,0	0,0-1,0	2,0	0,0-5,0	-0,000	0,0	0,0-3,0	-0,045	0,077
14	Напряжение / дрожание мышц	0,0	0,0-2,0	4,0	1,0-6,0	-0,000	1,0	0,0-5,0	0,059	0,026
15	Головные боли	4,0	2,0-7,0	6,0	3,0-8,0	-0,016	6,0	3,5-8,0	-0,006	0,955
16	Повышенная утомляемость	4,0	1,0-7,0	6,0	4,0-9,0	-0,001	5,0	3,0-8,0	-0,042	0,204

У русскоязычных студентов-медиков 5-го курса также, как и у первого (таблица 3.2.6), при психических расстройствах и субклинических реакциях были более выраженными, по сравнению со здоровыми, все симптомы учебного стресса. В отличие от первокурсников, у студентов пятого курса с психическими расстройствами, по сравнению со сверстниками с субклиническими реакциями, были более выраженными «плохое настроение, депрессия», «страх, тревога», «потеря уверенности, снижение самооценки», «постоянная нехватка времени, спешка», а

также «повышенная утомляемость», «тахикардия, боли в области сердца» и «проблемы с ЖКТ».

Таблица 3.2.6 – Выраженность симптомов учебного стресса у студентов-медиков 5 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Симптомы учебного стресса	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР p=	СКР		ПЗ-СКР p=	ПР-СКР p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Ощущение беспомощности	2,0	0,0-4,0	4,0	2,0-6,0	-0,000	3,0	1,0-5,0	-0,040	0,074
2	Наплывы посторонних мыслей	2,0	0,0-4,0	3,0	2,0-6,0	-0,000	3,0	1,0-5,0	-0,011	0,259
3	Повышенная отвлекаемость	3,0	1,0-5,0	6,0	3,0-8,0	-0,000	4,0	2,0-8,0	-0,014	0,165
4	Раздражительность, Обидчивость	3,0	1,0-4,0	4,0	3,0-6,0	-0,000	4,0	1,0-5,0	-0,043	0,075
5	Плохое настроение, депрессия	3,0	1,0-5,0	6,0	4,0-8,0	-0,000	4,0	2,0-5,0	-0,011	0,001
6	Страх, тревога	2,0	0,0-3,0	5,0	3,0-8,0	-0,000	2,0	0,0-4,0	0,130	0,000
7	Потеря уверенности,	2,0	0,0-4,0	6,0	3,0-8,0	-0,000	3,0	1,0-5,0	-0,009	0,002
8	Нехватка времени, спешка	5,0	2,0-7,0	7,0	5,0-9,0	-0,000	6,0	4,0-9,0	-0,006	0,036
9	Плохой сон	2,0	0,0-6,0	5,0	4,0-8,0	-0,000	5,0	2,0-7,0	-0,007	0,073
10	Проблемы в общении с преподавателями	1,0	0,0-3,0	3,0	1,0-5,0	-0,000	1,5	1,0-3,0	0,128	0,062
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,0	0,0-1,0	2,0	0,0-5,0	-0,000	0,0	0,0-2,0	-0,022	0,003
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-0,0	1,0	0,0-3,5	-0,000	0,0	0,0-0,0	0,982	0,000
13	Проблемы с ЖКТ	0,0	0,0-1,0	3,0	0,0-5,0	-0,000	1,0	0,0-5,0	-0,007	0,180
14	Напряжение/ дрожание мышц	0,0	0,0-1,0	2,0	0,0-5,0	-0,000	0,0	0,0-2,0	-0,032	0,010
15	Головные боли	2,0	0,0-5,0	5,0	2,0-8,0	-0,000	3,0	1,0-6,0	0,077	0,051
16	Повышенная утомляемость	3,0	0,0-5,0	7,0	5,0-8,0	-0,000	5,0	3,0-7,0	-0,000	0,009

Факторный анализ выраженности симптомов учебного стресса у русскоязычных студентов-медиков 1-го (таблица 3.2.7) и 5-го (таблица 3.2.8) курсов выявил следующее. У первокурсников с психическими расстройствами выявлено 3 значимых фактора проявлений учебного стресса (59,6% дисперсии): астения, психосоматические симптомы и, отдельно, головную боль. У пятикурсников с психическими расстройствами выявлено 5 факторов проявления учебного стресса (73,3% дисперсии): расстройство внимания, психосоматические симптомы со стороны разных систем органов, нарушение сна и его последствия, проблемы в общении с преподавателями и раздражительность.

Для первокурсников с субклиническими реакциями выделено 5 факторов (70,2% дисперсии): нарушение внимания, психосоматические симптомы, тревожность, отдельно проблемы с преподавателями и нарушения со стороны ЖКТ. У пятикурсников с субклиническими реакциями – 4 фактора (65,3% дисперсии): астеническое состояние, проблемы с ЖКТ, мышечное напряжение и головные боли.

У первокурсников без психических расстройств обнаружено 4 значимых факторов проявления учебного стресса (63,4% дисперсии): тревожная субдепрессия, психосоматические симптомы, отвлекаемость и нарушение сна. У психически здоровых пятикурсников – 4 значи-

мых фактора (66,2% дисперсии): усталость, психосоматические симптомы, невозможность избавиться от посторонних мыслей и тревога.

Таблица 3.2.7 – Результаты факторного анализа симптомов учебного стресса студентов-медиков 1 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Астения	Отвлекаемость	0,705	6,42	40,1
	Тревога	0,712		
	Потеря уверенности	0,714		
Психосоматические симптомы	Проблемы с преподавателями	0,745	1,71	10,7
	Учащенное сердцебиение	0,875		
	Затрудненное дыхание	0,827		
Головная боль	Головная боль	0,807	1,4	8,8
С субклиническими реакциями				
Нарушение внимания	Посторонние мысли	0,744	5,1	31,8
	Отвлекаемость	0,842		
Психосоматические симптомы	Учащенное сердцебиение	0,835	2,27	14,2
	Затрудненное дыхание	0,916		
Тревожность	Тревога	0,859	1,37	8,7
	Потеря уверенности	0,8096		
Проблемы с преподавателями	Проблемы с преподавателями	0,873	1,35	8,5
Проблемы с ЖКТ	Проблемы с ЖКТ	0,807	1,1	7,0
Психически здоровые				
Тревожная субдепрессия	Подавленное настроение	0,777	5,48	36,5
	Тревога	0,862		
	Потеря уверенности	0,771		
Психосоматические симптомы волнения	Учащенное сердцебиение	0,857	1,71	11,4
	Затрудненное дыхание	0,842		
Отвлекаемость	Отвлекаемость	0,844	1,26	8,4
Нарушение сна	Плохой сон	0,757	1,06	7,1
	Спешка	0,711		

Несмотря на то, что сами проявления учебного стресса у всех групп студентов почти одинаковые, выраженность всех симптомов у лиц с психическими расстройствами значительно выше, чем у лиц с субклиническими реакциями и психически здоровых.

Таблица 3.2.8 – Результаты факторного анализа симптомов учебного стресса студентов-медиков 5 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Расстройство внима- ния	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	0,785	6,0	37,5
	Расстройство внимания	0,742		
Психосоматические симптомы	Учащенное сердцебиение	0,713	2,17	13,6
	Затрудненное дыхание	0,84		
	Проблемы с ЖКТ	0,823		
	Напряжение мышц	0,83		
Нарушение сна и его последствия	Плохой сон	0,792	1,34	8,4
	Головные боли	0,74		
Проблемы в общении с преподавателями	Проблемы в общении с пре- подавателями	0,889	1,17	7,3
Раздражительность	Раздражительность	0,911	1,04	6,5
С субклиническими реакциями				
Астеническое состоя- ние	Ощущение беспомощности	0,771	5,36	33,5
	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	0,834		
	расстройство внимания	0,764		
	Подавленное настроение	0,718		
	Тревога	0,735		
	Потеря уверенности	0,778		
Проблемы с ЖКТ	Проблемы с ЖКТ	0,732	2,45	15,3
Мышечное напряже- ние	Затруднение дыхания	0,717	1,43	8,9
	Мышечное напряжение	0,736		
Головные боли	Головные боли	0,8223	1,22	7,6
Психически здоровые				
Усталость	Головные боли	0,833	5,61	35,0
	Низкая работоспособность	0,836		
Психосоматические симптомы	Тахикардия	0,701	1,98	12,4
	Затрудненное дыхание	0,89		
	Мышечное напряжение	0,8		
Невозможность изба- виться от посторонних мыслей	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	0,731	1,6	10,0
Тревога	Тревога	0,799	1,4	8,8
	Потеря уверенности	0,869		

Анализ способов совладания с учебным стрессом студентов-медиков первого курса (таблица 3.2.9) показал, что для психически здоровых лиц более значимыми, чем для сверстников с психическими расстройствами, были «поддержка родителей», «прогулки на воздухе» и «занятия спортом». Для студентов с психическими расстройствами актуальными были табакокурение, серфинг в сети Интернет и прием нерецептурных седативных.

Таблица 3.2.9 – Приемы совладания с учебным стрессом русскоязычными студентами-медиками 1 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Способы преодоления учебного стресса	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР	СКР		ПЗ-СКР	ПР-СКР
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	p=
1	Употребление алкоголя	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-3,0	0,136	0,0	0,0-0,5	0,094	0,014
2	Табакокурение	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	-0,016	0,0	0,0-0,0	0,239	0,006
3	Употребляют наркотики	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	1,000	0,0	0,0-0,0	0,987	0,986
4	Употребляю больше еды	2,0	0,0-4,0	3,0	0,0-7,0	0,074	2,0	0,5-5,0	0,197	0,475
5	Смотрят телевизор	0,0	0,0-3,0	1,0	0,0-4,0	0,287	0,0	0,0-3,0	0,721	0,557
6	Пропуски занятий	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,208	0,0	0,0-0,0	0,938	0,401
7	Больше сплю	2,0	0,0-5,0	1,0	0,0-5,0	0,318	1,0	0,0-4,5	0,076	0,580
8	Общение с друзьями	3,0	1,0-7,0	3,0	0,0-7,0	0,253	2,5	0,0-5,0	0,031	0,407
9	Поддержка родителей	7,0	3,0-9,0	4,0	0,0-6,0	0,000	6,5	3,0-10,0	0,872	-0,001
10	Прогулки на воздухе	4,0	2,0-7,0	3,0	0,0-5,0	0,021	3,0	1,0-7,5	0,275	0,406
11	Занимаюсь спортом	3,0	1,0-7,0	2,0	0,0-5,0	0,018	2,0	0,0-4,0	0,008	0,951
12	Посещаю бассейн	2,0	0,0-8,0	2,0	0,0-5,0	0,144	1,0	0,0-4,0	0,163	0,877
13	Компьютерные игры	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,531	0,0	0,0-0,0	0,797	0,763
14	Социальные сети	4,0	1,0-6,0	4,0	1,0-8,0	0,553	4,0	3,0-7,0	0,256	0,740
15	Интернет	4,0	1,0-7,0	5,0	3,0-8,0	-0,048	4,0	3,0-7,0	0,532	0,194
16	Читают худ. литературу	2,0	1,0-6,0	2,0	0,0-5,0	0,117	2,0	0,0-5,5	0,574	0,438
17	Лекарственные настойки	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,780	0,0	0,0-1,5	0,981	0,830
18	Принимают лекарства	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-5,0	-0,001	0,0	0,0-0,0	0,801	0,013

Для первокурсников с психическими расстройствами, по сравнению со сверстниками с субклиническими реакциями, для преодоления учебного стресса значимыми были «употребление алкоголя» и «табакокурение», что может создать риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей.

У студентов 5 курса (таблица 3.2.10) предпочтения в способах совладания с учебным стрессом оказались менее дифференцированными. При этом лица с психическими расстройствами чаще прибегали к употреблению лекарственных средств.

Факторный анализ способов преодоления учебного стресса русскоязычными студентами-медиками 1-го (таблица 3.2.11) и 5-го (таблица 3.2.12) курсов показал следующее. У первокурсников с психическими расстройствами выявлено 4 фактора (55,2% дисперсии): физическая активность, времяпровождение в сети Интернет, прием успокоительных препаратов и употребление алкоголя. И 5 факторов (73,3% дисперсии) – у пятикурсников с психическими расстройствами: на первом месте физическая пассивность – студенты мало времени уделяли физической культуре и спорту, предпочитая пассивное времяпрепровождение, на втором – употребление алкоголя вместе с пропусками занятий, курение, прием успокоительных препаратов и общение с друзьями.

Для первокурсников с субклиническими реакциями выявлено 5 значимых факторов (62,8% дисперсии): физическая активность, сон, вредные привычки, попытка снизить стрессо-

вое напряжение через прием пищи и настои седативных трав, и времяпровождение в сети Интернет. У пятикурсников с субклиническими реакциями выявлено 5 факторов преодоления учебного стресса (63% дисперсии): на первом месте пассивность (курение и поддержка родителей), далее - прием настоев лекарственных трав, физическая нагрузка, просмотр сериалов и компьютерные игры.

Таблица 3.2.10 – Преобладающие приемы устранения симптомов учебного стресса студентами-медиками 5 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Способы преодоления учебного стресса	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР	СКР		ПЗ-СКР	ПР-СКР
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	p=
1	Употребление алкоголя	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-4,0	0,402	1,0	0,0-3,0	0,318	0,879
2	Табакокурение	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	0,800	0,0	0,0-1,0	0,712	0,955
3	Употребляют наркотики	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,616	0,0	0,0-0,0	0,305	0,201
4	Употребляю больше еды	2,0	0,0-5,0	3,0	0,0-5,0	0,702	3,0	1,0-4,0	0,763	0,878
5	Смотрят телевизор	1,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	0,618	1,0	0,0-4,0	0,736	0,858
6	Пропуски занятий	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	0,245	0,0	0,0-0,0	0,663	0,554
7	Больше сплю	3,0	1,0-5,0	3,0	1,0-6,0	0,769	4,0	2,0-7,0	0,218	0,397
8	Общение с друзьями	4,0	3,0-7,0	3,0	1,0-5,0	0,029	4,0	1,0-6,0	0,257	0,427
9	Поддержка родителей	5,0	2,0-8,0	5,0	3,5-8,5	0,387	5,0	1,0-8,0	0,934	0,482
10	Прогулки на воздухе	5,0	2,0-7,0	4,0	1,5-6,0	0,259	4,0	3,0-6,0	0,615	0,601
11	Занимаюсь спортом	2,0	0,0-5,0	1,0	0,0-4,0	0,215	3,0	1,0-6,0	0,608	0,115
12	Посещаю бассейн	2,0	0,0-5,0	0,0	0,0-3,0	0,048	3,0	0,0-5,0	0,630	-0,033
13	Компьютерные игры	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	0,107	0,0	0,0-1,0	0,112	0,911
15	Интернет	4,0	2,0-6,0	5,0	2,0-7,0	0,501	4,0	2,0-6,0	0,946	0,452
16	Читают худ. литературу	4,0	1,0-6,0	3,0	1,0-5,0	0,317	3,0	1,0-6,0	0,967	0,426
17	Лекарственные настойки	0,0	0,0-5,0	1,0	0,0-3,0	-0,000	0,0	0,0-3,0	0,002	0,670
18	Принимают лекарства	0,0	0,0-0,0	1,0	0,0-4,0	-0,000	0,0	0,0-1,0	0,092	0,027

У первокурсников без психических расстройств обнаружено 7 значимых факторов преодоления учебного стресса (65,5% дисперсии): физическая активность, времяпровождение в сети Интернет, прием успокоительных препаратов, вредные привычки, и, отдельно, компьютерные игры, общение с друзьями и прием транквилизаторов. У пятикурсников без психических расстройств обнаружено 6 факторов (68,2%): физическая нагрузка, прием успокоительных препаратов, общение с друзьями, а также 3 фактора пассивного времяпрепровождения – 23,8% дисперсии.

Обращает на себя внимание тот факт, что актуальность конструктивных приемов преодоления учебного стресса к пятому курсу падает (особенно это характерно для студентов с психическими расстройствами) и на их место выходят способы, создающие риск формирования непсихотических психических расстройств и аддиктивного поведения.

Таблица 3.2.11 – Результаты факторного анализа способов преодоления учебного стресса русскоязычных студентов-медиков 1 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Физическая активность	Физкультура, спорт	0,83	3,52	18,5
	Бассейн	0,71		
Времяпровождение в сети Интернет	Социальные сети	0,814	2,85	14,9
	Интернет	0,838		
Прием успокоительных препаратов	Лекарственные травы	0,834	2,26	11,9
	Безрецептурные седативные	0,87		
Употребление алкоголя	Употребление алкоголя	0,769	1,89	9,9
С субклиническими реакциями				
Физическая активность	Физкультура, спорт	0,863	3,22	17,9
	Бассейн	0,889		
Пассивность	Длительный сон	0,783	2,42	13,4
	Общение с друзьями	0,803		
Вредные привычки	Употребление алкоголя	0,879	2,22	12,3
	Курение	0,89		
Попытка снизить стрессовое напряжение	Переядание	0,737	1,88	10,5
	Прием безрецептурных седативных	0,73		
Времяпровождение в сети Интернет	Социальные сети	0,756	1,56	8,7
	Интернет	0,795		
Психически здоровые				
Физическая активность	Физкультура, спорт	0,872	3,27	17,2
	Бассейн	0,844		
Времяпровождение в сети Интернет	Социальные сети	0,909	2,45	12,9
	Интернет	0,875		
Прием успокоительных препаратов	Лекарственные травы	0,831	1,8	9,5
	Безрецептурные седативные	0,785		
Вредные привычки	Употребление алкоголя	0,719	1,37	7,2
	Курение	0,769		
Компьютерные игры	Компьютерные игры	0,767	1,27	6,7
Общение с друзьями	Общение с друзьями	0,754	1,18	6,2
Прием транквилизаторов	Прием транквилизаторов	0,811	1,1	5,8

Таблица 3.2.12 – Результаты факторного анализа способов преодоления учебного стресса русскоязычных студентов-медиков 5 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Физическая пассивность	Физкультура	-0,897	3,26	19,2
	Спортзал, бассейн	-0,891		
Употребление алкоголя	Употребление алкоголя	0,866	2,94	17,3
	Пропуски занятий	0,827		
Курение	Курение	0,753	1,9	11,2
Прием успокоительных препаратов	Лекарственные травы	0,893	1,62	9,5
	Седативные препараты	0,844		
Общение с друзьями	Общение с друзьями	0,77	1,31	7,7
С субклиническими реакциями				
Пассивность	Курение	-0,765	3,17	19,8
	Поддержка родителей	0,765		
Прием настоев лекарственных трав	Лекарственные травы и настои	0,747	2,21	13,8
Физическая нагрузка	Физкультура	0,877	1,9	11,9
	Спортзал, бассейн	0,868		
Просмотр сериалов	Просмотр сериалов	0,705	1,45	9,1
Компьютерные игры	Компьютерные игры	0,882	1,35	8,4
Психически здоровые				
Физическая нагрузка	Физкультура	0,929	3,5	20,6
	Спортзал, бассейн	0,929		
Прием успокоительных препаратов	Лекарственные травы	0,823	2,22	13,1
	Лекарства	0,877		
Общение с друзьями	Общение с друзьями	0,765	1,81	10,7
Пассивность - 1	Курение	0,705	1,64	9,7
	Сериалы	0,705		
Пассивность - 2	Поддержка родителей	0,79	1,25	7,4
	Прогулки	0,773		
Пропуски занятий	Пропуски занятий	0,731	1,13	6,7

Анализ симптомов предэкзаменационного стресса представлен в таблице 3.2.13 – для русскоязычных студентов-медиков 1-го курса и в таблице 3.2.14 – пятого курса.

Степень волнения перед экзаменами у первокурсников была довольно высокой – во всех случаях 9,0 баллов по медианному показателю. Степень волнения была более выраженной у лиц с субклиническими реакциями.

У русскоязычных студентов-медиков 1-го курса с психическими расстройствами, по сравнению со здоровыми, были более выраженными психосоматические симптомы со стороны легочно-дыхательной системы (таблица 3.2.13): «затрудненное дыхание», «затруднен глубокий вдох», «неудовлетворенность вдохом», а также «дрожание мышц», «учащенное мочеиспускание», «головные боли». Кроме того, их больше беспокоило подавленное настроение и неприятные сновидения.

Таблица 3.2.13 – Выраженность симптомов предэкзаменационного стресса у студентов-медиков 1 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Симптомы предэкзаменационного стресса	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР p=	СКР		ПЗ-СКР p=	ПР-СКР p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
	Степень волнения перед экз.	9,0	7,0-9,0	9,0	8,0-10,0	0,146	9,0	8,0-10,0	-0,017	0,424
1	Учащенное сердцебиение	7,0	3,0-9,0	8,0	6,0-9,0	0,143	7,5	4,5-10,0	0,053	0,627
2	Перебои в работе сердца	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-4,0	0,100	0,0	0,0-4,5	0,408	0,634
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-2,0	3,0	0,0-7,0	-0,000	1,0	0,0-4,0	0,125	0,141
4	Затруднен глубокий вдох	0,0	0,0-1,0	1,0	0,0-5,0	-0,000	0,0	0,0-2,0	0,128	0,045
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0-3,0	2,0	0,0-5,0	-0,003	0,0	0,0-2,0	0,988	0,025
6	Напряжение в мышцах тела	2,0	0,0-5,0	3,0	0,0-7,0	0,139	4,0	0,0-7,0	0,056	0,854
7	Дрожание мышц	3,0	0,0-5,0	4,0	1,0-8,0	-0,026	4,0	0,0-6,5	0,145	0,466
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-2,0	-0,010	0,0	0,0-1,0	-0,023	0,790
9	Головные боли	3,0	0,0-7,0	6,0	4,0-8,0	-0,004	4,5	2,0-7,0	0,223	0,113
10	Тревога, страх	7,0	4,0-9,0	7,5	6,0-9,0	0,057	7,5	6,0-10,0	-0,011	0,580
11	Подавленное настроение	5,0	1,0-7,0	6,0	4,0-9,0	-0,011	6,0	3,0-8,0	0,071	0,521
12	Затрудненное засыпание	2,5	0,0-9,0	6,0	1,0-9,0	0,125	5,0	1,5-8,0	0,283	0,614
13	Неприятные сновидения	0,0	0,0-2,0	4,0	0,0-8,0	-0,000	0,5	0,0-6,0	-0,040	0,035

У русскоязычных студентов-медиков 5 курса (таблица 3.2.14), так же, как и у первого, степень выраженности волнения перед экзаменами была одинаково высокой – 9 баллов по медианному значению. При этом у всех лиц с психическими расстройствами симптомы предэкзаменационного стресса были более выраженными, чем у психически здоровых, а у половины – по сравнению с лицами с субклиническими реакциями (преимущественно психосоматические симптомы со стороны легочно-дыхательной системы и аффективные нарушения - тревога, страх и подавленное настроение).

Таблица 3.2.14 – Выраженность симптомов предэкзаменационного стресса у студентов-медиков 5 курса в зависимости от наличия психических расстройств

№ п/п	Симптомы предэкзаменационного стресса	ПЗ		ПР		ПЗ-ПР p=	СКР		ПЗ-СКР p=	ПР-СКР p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
	Степень волнения перед экз.	9,0	7,0-10,0	9,0	8,0-10,0	0,079	9,0	7,0-10,0	0,370	0,501
1	Учащенное сердцебиение	5,0	3,0-8,0	8,0	6,0-10,0	-0,000	7,0	5,0-9,0	-0,010	0,212
2	Перебои в работе сердца	0,0	0,0-5,0	5,0	1,0-8,0	-0,000	3,0	0,0-5,0	0,112	0,055
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-3,0	3,0	0,0-7,0	-0,000	1,0	0,0-2,0	0,365	0,006
4	Затруднен глубокий вдох	0,0	0,0-1,0	3,0	0,0-5,0	-0,000	0,0	0,0-2,0	0,112	0,002
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0-2,0	2,0	0,0-5,0	-0,000	0,0	0,0-2,0	0,477	0,002
6	Напряжение в мышцах тела	1,0	0,0-4,0	4,0	2,0-7,0	-0,000	2,0	0,0-4,0	0,152	0,018
7	Дрожание мышц	2,0	0,0-4,0	5,0	2,0-7,0	-0,000	3,0	0,0-7,0	0,078	0,138
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0-1,0	3,0	0,0-7,0	-0,000	0,0	0,0-5,0	-0,015	0,042
9	Головные боли	2,0	0,0-5,0	5,0	2,0-8,0	-0,000	4,0	1,0-6,0	-0,004	0,334
10	Тревога, страх	7,0	3,0-9,0	9,0	7,0-10,0	-0,000	7,0	5,0-10,0	0,102	0,023
11	Подавленное настроение	3,0	0,0-6,0	7,0	5,0-10,0	-0,000	6,0	3,0-8,0	-0,003	0,011
12	Затрудненное засыпание	3,0	0,0-8,0	8,0	3,0-10,0	-0,001	6,0	3,0-9,0	-0,035	0,239
13	Неприятные сновидения	0,0	0,0-5,0	3,5	1,0-9,0	-0,000	3,0	0,0-6,0	-0,011	0,192

У студентов 5-го курса с субклиническими реакциями, по сравнению со здоровыми, были более выраженными подавленное настроение и расстройства сна, а также головные боли, учащенное мочеиспускание и тахикардия.

Результаты факторного анализа симптомов предэкзаменационного стресса русскоязычных студентов-медиков 1-го курса представлены в таблице 3.2.15, студентов 5-го курса – в таблице 3.2.16. Выявлено 3 значимых фактора (62,5% дисперсии) у первокурсников, страдающих психическими расстройствами: психосоматические симптомы мышечные, тревожность и нарушение сна. У пятикурсников с психическими расстройствами выявлено 4 значимых фактора (74,1% дисперсии): психосоматические симптомы со стороны дыхательной и мышечной систем, нарушение сна, тревожность.

Таблица 3.2.15 – Результаты факторного анализа симптомов предэкзаменационного стресса студентов-медиков 1 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Психосоматические симптомы мышечные	Напряжение мышц	0,79	4,73	36,4
	Дрожание мышц	0,845		
Тревожность	Головные боли	0,753	2,07	15,9
	Тревога	0,795		
	Подавленное настроение	0,774		
Нарушение сна	Затрудненное засыпание	0,824	1,3	10,2
	Неприятные сновидения	0,713		
С субклиническими реакциями				
Психосоматические симптомы со стороны дыхательной системы	Затрудненное дыхание	0,75	3,62	27,8
	Невозможность вдохнуть	0,81		
	Неудовлетворённость вдохом	0,863		
Астеническое состояние	Подавленное настроение	0,758	1,74	13,4
	Затрудненное засыпание	0,843		
Гипертонус и тремор	Напряжение мышц	0,884	1,55	11,9
	Дрожание мышц	0,711		
Перебои в работе сердца	Перебои в работе сердца	0,908	1,31	10,1
Головные боли	Головные боли	0,777	1,12	8,6
Психически здоровые				
Психосоматические симптомы со стороны дыхательной системы	Затрудненное дыхание	0,828	4,49	34,5
	Невозможность вдохнуть	0,816		
	Неудовлетворённость вдохом	0,824		
Подавленное настроение	Головные боли	0,758	1,38	10,7
	Подавленное настроение	0,768		
Дрожание мышц	Дрожание мышц	0,804	1,2	9,2
Учащенное мочеиспускание	Учащенное мочеиспускание	0,737	1,1	8,2

Таблица 3.2.16 – Результаты факторного анализа симптомов предэкзаменационного стресса студентов-медиков 5 курса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
С психическими расстройствами				
Психосоматические симптомы со стороны дыхательной системы	Затруднение дыхания	0,828	5,49	42,2
	Невозможность глубоко вдохнуть	0,905		
	Неудовлетворенность вдохом	0,881		
Нарушение сна	Затрудненное засыпание	0,798	1,62	12,4
	Неприятные сновидения	0,876		
Тревожность	Учащенное сердцебиение	0,879	1,45	11,1
	Тревога	0,884		
Психосоматические симптомы мышечные	Напряжение в мышцах	0,786	1,1	8,4
	Дрожание мышц	0,714		
С субклиническими реакциями				
Тревога с расстройством сна	Тахикардия	0,723	5,07	39,0
	Головные боли	0,742		
	Тревога	0,824		
	Подавленное настроение	0,816		
	Затрудненное засыпание	0,769		
	Неприятные сновидения	0,703		
Психосоматические симптомы	Перебои в работе сердца	0,731	2,65	20,4
	Затрудненное дыхание	0,895		
	Невозможность глубокого вдоха	0,865		
	Неудовлетворенность вдохом	0,863		
Гипертонус и тремор	Напряжение мышц	0,897	1,26	9,7
	Дрожание мышц	0,723		
	Учащенное мочеиспускание	0,717		
Психически здоровые				
Тревога с расстройством сна	Тахикардия	0,746	5,71	43,9
	Тревога	0,849		
	Подавленное настроение	0,706		
	Затрудненное засыпание	0,83		
	Неприятные сновидения	0,709		
Психосоматические симптомы преимущественно со стороны дыхательной системы	Перебои в работе сердца	0,774	1,71	13,1
	Затрудненное дыхание	0,765		
	Невозможность глубокого вдоха	0,737		
	Неудовлетворенность вдохом	0,788		
Гипертонус и тремор	Напряжение мышц	0,781	1,05	8,1
	Дрожание мышц	0,814		

У первокурсников с субклиническими адаптационными реакциями выявлено 5 факторов (71,8% дисперсии): психосоматические симптомы со стороны дыхательной системы, астеническое состояние, мышечный гипертонус и тремор, перебои в работе сердца, головные боли. Для пятикурсников с субклиническими адаптационными реакциями характерны 3 фактора проявля-

ний предэкзаменационного стресса (69,1% дисперсии): тревога с расстройством сна, психосоматические симптомы и мышечный гипертонус и тремор.

У психически здоровых первокурсников выявлено 4 фактора (62,6% дисперсии): психосоматические симптомы со стороны дыхательной системы, подавленное настроение, дрожание мышц и учащенное мочеиспускание. Для психически здоровых пятикурсников характерны 3 фактора проявлений предэкзаменационного стресса (65,1% дисперсии): тревога с расстройством сна, психосоматические симптомы преимущественно со стороны дыхательной системы, мышечный гипертонус и тремор.

Сравнительный анализ субъективной степени значимости учебных стрессовых факторов у психически здоровых студентов (таблица 3.2.17) показал, что для первокурсников большее значение, чем для студентов 5-го курса, имели высокая учебная нагрузка, трудности организации режима дня, нерациональное расписание, «много занятий в день», а также «жизнь вдали от родителей» и «нерегулярное питание». В то же время для студентов 5-го курса стрессогенными были нежелание учиться, разочарование в профессии, страх перед будущим, а также конфликты со сверстниками и проблемы в личной жизни.

Таблица 3.2.17 – Сравнительная характеристика степени выраженности субъективной значимости учебных стрессовых факторов у студентов-медиков 1 и 5 курса, не обнаруживающих расстройств психической сферы (критерий Манна-Уитни)

Учебный стрессовый фактор	p=
Большая учебная нагрузка	0,000
Непонятные, скучные учебники	<i>0,000</i>
Жизнь вдали от родителей	0,006
Нехватка денег	<i>0,002</i>
Трудности организации режима дня	0,017
Нерегулярное питание	0,042
Конфликты в группе	<i>0,009</i>
Много времени готовиться к занятиям	0,000
Нежелание учиться	<i>0,019</i>
Разочарование в будущей профессии	<i>0,000</i>
Стеснительность, застенчивость	<i>0,033</i>
Страх перед будущим	<i>0,001</i>
Проблемы в личной жизни	<i>0,025</i>
Нерациональное расписание занятий	0,034
Много занятий в день	0,000

Примечание: «p» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «p» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Таким образом, нежелание учиться и разочарование в профессии могут служить фактором риска формирования невротических расстройств у психически здоровых, тем более что они уже в определенной степени испытывали страх перед будущим.

Фактически большинство симптомов учебного стресса были более выраженными у психически здоровых студентов 1-го курса (таблица 3.2.18). У пятикурсников более значимым симптомом, чем у первокурсников, была повышенная раздражительность и обидчивость.

Таблица 3.2.18 – Сравнительная характеристика степени выраженности симптомов учебного стресса у студентов-медиков 1 и 5 курса, не обнаруживающих расстройств психической сферы (критерий Манна-Уитни)

Симптомы учебного стресса	p=
Ощущение беспомощности	0,000
Наплывы посторонних мыслей	0,000
Раздражительность, обидчивость	<i>0,010</i>
Страх, тревога	0,003
Постоянная нехватка времени, спешка	0,000
Плохой сон	0,000
Тахикардия, боли в сердце	0,004
Напряжение или дрожание мышц	0,021
Головные боли	0,000
Повышенная утомляемость	0,002

Примечание: «**p**» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «*p*» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Среди способов совладания с учебным стрессом у психически здоровых студентов пятого курса, по сравнению с первым (таблица 3.2.19), более значимыми были: употребление алкоголя, табакокурение, а также переедание. Студенты 1-го курса чаще, чем пятого, использовали поддержку родителей, занятия спортом, чтение художественной литературы, а также прием седативных настоек.

Таблица 3.2.19 – Сравнительная характеристика степени значимости способов преодоления учебного стресса студентами-медиками 1 и 5 курса, не обнаруживающих расстройств психической сферы (критерий Манна-Уитни)

Способы преодоления учебного стресса	p=
Употребление алкоголя	<i>0,001</i>
Табакокурение	<i>0,010</i>
Употребляю больше еды	<i>0,071</i>
Поддержка родителей	0,000
Занимаюсь спортом	0,011
Компьютерные игры	<i>0,000</i>
Читают художеств. литературу	0,000
Лекарственные настойки	0,001

Примечание: «**p**» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «*p*» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Среди симптомов предэкзаменационного стресса у студентов 1-го курса, не обнаруживающих психических расстройств, были более выраженные, чем у студентов 5 курса (таблица 3.2.20): «напряжение в мышцах тела», «головные боли», и «подавленное настроение». У пятикурсников более выражено «учащенное мочеиспускание».

Таблица 3.2.20 – Сравнительная характеристика степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса у студентов-медиков 1 и 5 курса, не обнаруживающих расстройств психической сферы (критерий Манна-Уитни)

Симптомы предэкзаменационного стресса	p=
Напряжение в мышцах тела	0,050
Учащенное мочеиспускание	<i>0,007</i>
Головные боли	0,001
Подавленное настроение	0,050

Примечание: «**p**» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «*p*» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Сравнительный анализ степени значимости учебных стрессовых факторов у студентов 1-го и 5-го курса с психическими расстройствами показал (таблица 3.2.21), что для пятикурсников, аналогично с группой психически здоровых, наиболее значимым было нежелание учиться и разочарование в профессии. Первокурсники с психическими расстройствами более остро воспринимали строгость преподавателей, жизнь вдали от родителей, конфликты со сверстниками, а также проблемы, связанные с учебным процессом – высокой учебной нагрузкой.

Таблица 3.2.21 – Сравнительная характеристика степени выраженности субъективной значимости учебных стрессовых факторов у студентов-медиков 1 и 5 курса с непсихотическими психическими расстройствами (критерий Манна-Уитни)

Учебный стрессовый фактор	p=
Строгие преподаватели	0,013
Жизнь вдали от родителей	0,046
Трудности организации режима дня	0,004
Конфликты в группе	0,023
Много времени готовиться к занятиям	0,007
Нежелание учиться	<i>0,009</i>
Разочарование в будущей профессии	<i>0,000</i>

Примечание: «**p**» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «*p*» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Среди симптомов учебного стресса (таблица 3.2.22), по субъективной оценке студентов с НПР, у первокурсников более выраженными были астенические проявления (чувство беспомощности, наплывы мыслей, расстройства сна), а у пятикурсников – «проблемы общения с преподавателями», связанные с нежеланием учиться, пропусками занятий и задолженностями.

Таблица 3.2.22 – Сравнительная характеристика степени выраженности симптомов учебного стресса у студентов-медиков 1 и 5 курса с непсихотическими психическими расстройствами (критерий Манна-Уитни)

Симптомы учебного стресса	p=
Ощущение беспомощности	0,003
Наплывы посторонних мыслей	0,000
Плохой сон	0,029
Проблемы общения с преподавателями	<i>0,037</i>

Примечание: «**p**» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «*p*» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Среди способов совладания с учебным стрессом студенты пятого курса с НПП чаще ($p=0,019$) обращались за поддержкой к родителям. По остальным способам преодоления стресса статистически значимых различий не выявлено. Из симптомов предэкзаменационного стресса у студентов 5 курса с НПП, по сравнению с первокурсниками, более значимыми были «перебои в деятельности сердца» ($p=0,003$), «учащенное мочеиспускание» ($p=0,0003$) и тревога ($p=0,02$).

Для студентов 5-го курса с субклиническими адаптационными реакциями (таблица 3.2.23) более значимыми, чем для первокурсников, были: нежелание учиться и разочарование в профессии со страхом перед будущим, а также конфликты со сверстниками, нехватка денег и скучные учебники. В то же время для студентов первого курса более актуальной была высокая учебная нагрузка.

Таблица 24 – Сравнительная характеристика степени выраженности субъективной значимости учебных стрессовых факторов для студентов-медиков 1 и 5 курса с субклиническими адаптационными реакциями (критерий Манна-Уитни)

Учебный стрессовый фактор	p=
Большая учебная нагрузка	0,031
Непонятные, скучные учебники	<i>0,027</i>
Нехватка денег	<i>0,000</i>
Конфликты в группе	<i>0,019</i>
Много времени готовиться к занятиям	0,006
Нежелание учиться	<i>0,008</i>
Разочарование в будущей профессии	<i>0,000</i>
Страх перед будущим	<i>0,010</i>

Примечание: «**p**» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «*p*» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Большинство симптомов учебного стресса были более выраженными у студентов 1-го курса с субклиническими адаптационными реакциями (таблица 3.2.24), чем у пятикурсников.

Таблица 3.2.24 – Сравнительная характеристика степени выраженности симптомов учебного стресса у студентов-медиков 1 и 5 курса с субклиническими адаптационными реакциями (критерий Манна-Уитни)

Симптомы учебного стресса	p=
Ощущение беспомощности	0,041
Наплывы посторонних мыслей	0,042
Страх, тревога	0,003
Постоянная нехватка времени, спешка	0,024
Плохой сон	0,006
Проблемы общения с преподавателями	<i>0,018</i>
Затрудненное дыхание	0,027
Головные боли	0,003

Примечание: «**p**» – выделено жирным – выше показатель у первого курса, «*p*» – выделено курсивом – выше показатель у пятого курса.

Среди способов совладания с учебным стрессом студенты 5-го курса с субклиническими адаптационными реакциями большее значение, чем первокурсники, уделяли употреблению алкоголя ($p=0,000$), табакокурению ($p=0,007$) и сну ($0,002$).

По степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса у студентов-медиков 1-го и 5-го курса с субклиническими адаптационными реакциями статистически значимых различий не выявлено.

Таким образом, установлено, что у русскоязычных студентов-медиков 1-го и 5-го курса с непсихотическими психическими расстройствами и субклиническими реакциями более остро воспринимались учебные стрессовые факторы и они обнаруживали большую степень выраженности симптомов учебного стресса. Важно учитывать, что для студентов 5-го курса с психическими расстройствами, по сравнению со здоровыми и первокурсниками, актуальное стрессогенное значение приобретают «разочарование в профессии» и «нежелание учиться».

Несмотря на то, что сами проявления учебного стресса у всех групп студентов почти одинаковые, выраженность всех симптомов у лиц с психическими расстройствами значительно выше, чем у лиц с субклиническими реакциями и психически здоровых.

Среди способов совладания со стрессом студенты 1-го курса с психическими расстройствами предпочитали физическую активность, времяпровождение в сети Интернет, прием успокоительных препаратов и употребление алкоголя. В то же время у пятикурсников на первом месте оказывалось пассивное времяпрепровождение, на втором – употребление алкоголя вместе с пропусками занятий, табакокурение и прием успокоительных препаратов. Обращает на себя внимание тот факт, что актуальность конструктивных приемов преодоления учебного стресса к пятому курсу падает (особенно это характерно для студентов с психическими расстройствами) и на их место выходят способы, создающие риск формирования аддиктивного поведения.

Степень волнения перед экзаменами у первокурсников и студентов 5-го курса была одинаковой и довольно высокой – 9,0 баллов по медианному показателю.

Среди симптомов предэкзаменационного стресса у студентов 1-го курса с психическими расстройствами, по сравнению со здоровыми, были более выраженными психосоматические симптомы со стороны легочно-дыхательной системы, а также подавленное настроение и неприятные сновидения. У всех студентов 5-го курса с психическими расстройствами симптомы предэкзаменационного стресса были более выраженными, чем у психически здоровых, а у половины – по сравнению с лицами с субклиническими реакциями (преимущественно психосоматические симптомы со стороны легочно-дыхательной системы и аффективные нарушения - тревога, страх и подавленное настроение).

Для психически здоровых студентов среди учебных стрессовых факторов большую субъективную значимость для первокурсников (по сравнению со студентами 5-го курса) представляли: высокая учебная нагрузка, трудности организации режима дня, нерациональное расписание, «много занятий в день», а также «жизнь вдали от родителей» и «нерегулярное питание». В то же время для студентов 5-го курса стрессогенными были: нежелание учиться, разочарование в профессии, страх перед будущим, а также конфликты со сверстниками и проблемы в личной жизни. Среди способов совладания с учебным стрессом у психически здоровых студентов пятого курса, по сравнению с первым, более значимыми были: употребление алкоголя, табакокурение, а также переедание.

Таким образом, становится очевидным, что степень значимости учебных стрессовых факторов, выраженность симптомов учебного стресса, способов совладания с ним и симптомов предэкзаменационного стресса различается в зависимости от состояния психического здоровья студентов.

Общими значимыми факторами как для психически здоровых, так и студентов с непсихотическими психическими расстройствами и субклиническими адаптационными реакциями были «разочарование во врачебной профессии», «нежелание учиться» и «страх перед будущим». Большинство симптомов учебного стресса были более выраженными у студентов 1-го курса, вне зависимости от психического статуса. Студенты пятого курса, не выявляющие психических расстройств и обнаруживающие субклиническими адаптационные реакции, чаще, чем их сверстники с непсихотическими психическими расстройствами, употребляли алкоголь и курили табак, что может являться фактором риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей.

3.3 Сравнительные результаты психометрического исследования психических расстройств у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

3.3.1 Сравнительные характеристики распространенности и динамики депрессии у русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения

Соотношение распространенности, степени выраженности и гендерного соотношения депрессии (тест DASS-21) у РС и ИС представлено в таблице 3.3.1.1.

Таблица 3.3.1.1 – Распределение депрессии у РС и ИС по степени выраженности и гендерному признаку (тест DASS-21)

№ п/п	Выраженность Депрессии	РС						ИС					
		ЛМП (n=187)		ЛЖП (n=537)		ВСЕГО (n=724)		ЛМП (n=248)		ЛЖП (n=73)		ВСЕГО (n=321)	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Отсутствие	137	73,3	379	70,6	516	71,3	201	81,0	63	86,3	264	82,2
2	Легкая (грусть)	17	9,1	70	13,0	87	12,0	18	7,3	4	5,5	22	6,9
3	Умеренная (субклин)	22	11,8	46	8,6	68	9,4	24	9,7	3	4,1	27	8,4
4	Выраженная (клин)	7	3,7	24	4,5	31	4,3	5	2,0	3	4,1	8	2,5
5	Крайне выраженная	4	2,1	18	3,4	22	3,0	–	–	–	–	–	–
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

Установлено, что в общей сложности депрессия у РС встречалась чаще ($\chi^2=13,57$ $p=0,0009$; OR=1,87 95% CI=1,3-2,6), чем у ИС – соответственно 28,7% и 17,8% случаев. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления депрессии у РС почти в 2 раза выше, чем у ИС. Гендерных различий выявлено не было.

Клинически значимая (выраженная и крайне выраженная) депрессия в совокупности выявлена у РС в 7,3% случаев и субклинический ее уровень – в 21,4% случаев. У ИС – соответственно – 2,5% клинический и 15,3% – субклинический уровень

Необходимо отметить, что у 3% РС выявлена крайне тяжелая депрессия, которая мешала им справляться с повседневными делами и учебой. У ИС крайне выраженный уровень депрессии не регистрировался.

Результаты изучения распространенности депрессии у РС и ИС по курсам представлено в таблице 3.3.1.2, из которой видно, что на 1-ом курсе депрессия в совокупности у РС регистрировалась в 19,2%, а у ИС – в 31% случаев (различия статистически не значимы). Наибольшее число РС с депрессией было на 5 и 6 курсах – 38% и 37,8% соответственно.

Таблица 3.3.1.2 – Динамика распространенности депрессии у РС и ИС по курсам (тест DASS-21)

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
РС												
Норма	118	80,8	97	78,8	103	71,0	66	72,5	85	62,0	51	62,2
Легко	16	11,0	7	5,7	21	14,5	8	8,8	14	10,2	9	11,0
Умеренная	6	4,1	7	5,7	14	9,7	9	9,9	15	10,9	12	14,6
Выраженная	4	2,7	6	4,9	5	3,4	6	6,6	20	14,7	4	4,9
Тяжелая	2	1,4	6	4,9	2	1,4	2	2,2	3	2,2	6	7,3
ИТОГО	146	100	123	100	145	100	91	100	137	100	82	100
ИС												
Норма	58	69,0	37	82,2	33	89,2	40	83,3	38	80,8	57	95,0
Легко	10	11,9	3	6,7	2	5,4	5	10,4	5	10,6	2	3,3
Умеренная	14	16,7	5	11,1	1	2,7	2	4,2	2	4,3	1	1,7
Выраженная	2	2,4	0	0,0	1	2,7	1	2,1	2	4,3	–	–
ИТОГО	84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100

У русскоязычных перво- и второкурсников такие показатели могут быть связаны с высоким уровнем учебного стресса, высокой учебной нагрузкой и сменой привычного стереотипа учебы. Последующее повышение частоты депрессии обусловлено: на 3-м и 4-м курсах – началом обучения на клинических кафедрах, необходимостью общения и клинического обследования пациентов, а на 5-ом и 6-ом курсах – с неопределенностью будущего, проблемой поиска места работы, предстоящими государственными экзаменами, аккредитацией и работой в должности врача общей практики.

Наибольшее число ИС с депрессией (31%) наблюдалось на 1-м курсе со снижением на втором курсе и до минимума – на третьем (10,8%) с последующим некоторым повышением на 4-м и 5-м курсах. Показательно, что у ИС 1-го и 2-го курсов были достаточно высокие показатели распространенности клинического уровня депрессии: соответственно 19,1% и 11,1% со снижением до 5,4% на третьем курсе и немногим выше на 4-м и 5-м курсе – более 10%.

Сравнительные характеристики клинического уровня депрессии (выраженная + тяжелая) в динамике за 6 лет представлено на рисунке 3.3.1.1, из которого видно, что на 1-м курсе клинический уровень депрессии выявлялся одинаково часто у РС и ИС. В дальнейшем у РС отмечается колебание выявляемости клинически выраженной депрессии до 9,8% на втором курсе и 4,8% – на третьем, после чего – постепенное нарастание до максимума (16,9%) к пятому курсу. Среди ИС частота клинически выраженной депрессии остается примерно одинаковой на протяжении 5 лет обучения со снижением до минимума к 6 курсу. К шестому курсу различия между РС и ИС становятся статистически значимыми ($\chi^2=6,1$ $p=0,014$). Другими словами, наиболее

высокая частота клинического уровня депрессии выявляется у РС на 5-м и 6-м курсов, что связано с неопределенностью трудоустройства, предстоящей аккредитацией и работой врачом общей практики без прохождения ординатуры.

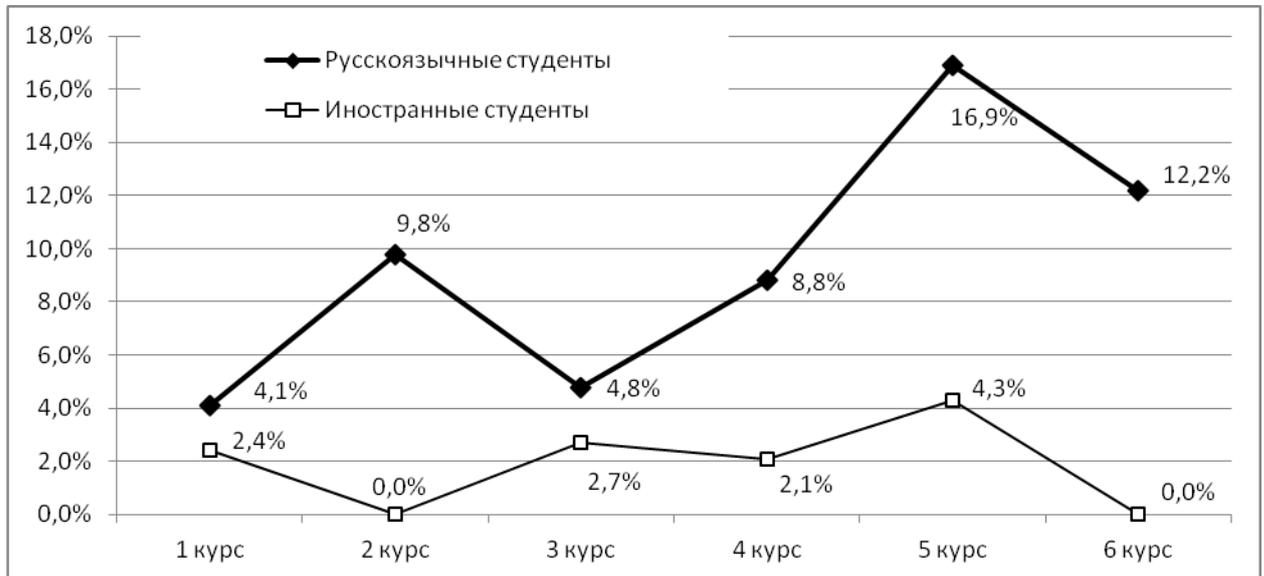


Рисунок 3.3.1.1 – Сравнение динамики клинического уровня депрессии РС и ИС за 6 лет (тест DASS-21)

Соотношение распространенности, степени выраженности и гендерного соотношения депрессии (тест HADS) у РС и ИС группы представлено в таблице 3.3.1.3.

Таблица 3.3.1.3 – Распределение депрессии (тест HADS) у русскоязычных и иностранных студентов по степени выраженности и гендерному признаку

№ п/п	Выраженность депрессии	РС						ИС					
		ЛМП (n=187)		ЛЖП (n=537)		ВСЕГО (n=724)		ЛМП (n=248)		ЛЖП (n=73)		ВСЕГО (n=321)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	Отсутствие	146	78,1	383	71,4	529	73,2	203	81,9	63	86,3	266	82,9
2	Субклиническая	24	12,8	107	19,9	131	18,0	38	15,3	7	9,6	45	14,0
3	Клиническая	17	9,1	47	8,7	64	8,8	7	2,8	3	4,1	10	3,1
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

Установлено, что в общей сложности депрессия у русскоязычных студентов встречалась чаще ($\chi^2=11,2$ $p=0,0016$; $OR=1,8$ $95\%CI=1,3-2,5$), чем у иностранных – соответственно 26,8% и 17,1% случаев. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления депрессии у РС почти в 2 раза выше, чем у ИС. Гендерных различий выявлено не было.

Клинически значимая депрессия выявлена у РС в 8,8% случаев, а субклинический ее уровень – в 18% случаев. У ИС клинически значимая депрессия выявлена в 3,1% случаев, а субклинически её уровень – в 14,0%.

Изучение распространенности депрессии у РС и ИС по курсам (таблица 3.3.1.4) показало, что на 1-м курсе депрессия у русскоязычных студентов регистрировалась в 19,2%, а у иностранных – в 28,6% случаев. Наибольшее число РС с депрессией было на 5-м и 6-м курсах – 35,7% и 34,2% соответственно. Наибольшее число ИС с депрессией (28,6%) наблюдалось на 1-м курсе со снижением на 2-м курсе, некоторым повышением на 3-ем, стабилизацией на 4-5 курсах и резким снижением до минимума (5%) на 6-ом курсе.

Таблица 3.3.1.4 –Динамика распространенности депрессии у РС и ИС по курсам (тест HADS)

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
РС												
Отсутствие	118	80,8	101	82,1	100	69,0	68	74,7	88	64,3	54	65,8
Субклиническая	19	13,0	14	11,4	35	24,1	16	17,6	28	20,4	19	23,2
Клиническая	9	6,1	8	7,5	10	6,9	7	7,7	21	15,3	9	11,0
ИТОГО	146	100	123	100	145	100	91	100	137	100	82	100
ИС												
Отсутствие	60	71,4	37	82,2	33	89,2	40	83,3	39	83,0	57	95,0
Субклиническая	21	25,0	7	15,6	2	5,4	6	12,5	6	12,8	3	5,0
Клиническая	3	3,6	1	2,2	2	5,4	2	4,2	2	4,3	–	–
ИТОГО	84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100

Сравнительные характеристики клинического уровня депрессии в динамике за 6 лет представлено на рисунке 3.3.1.2

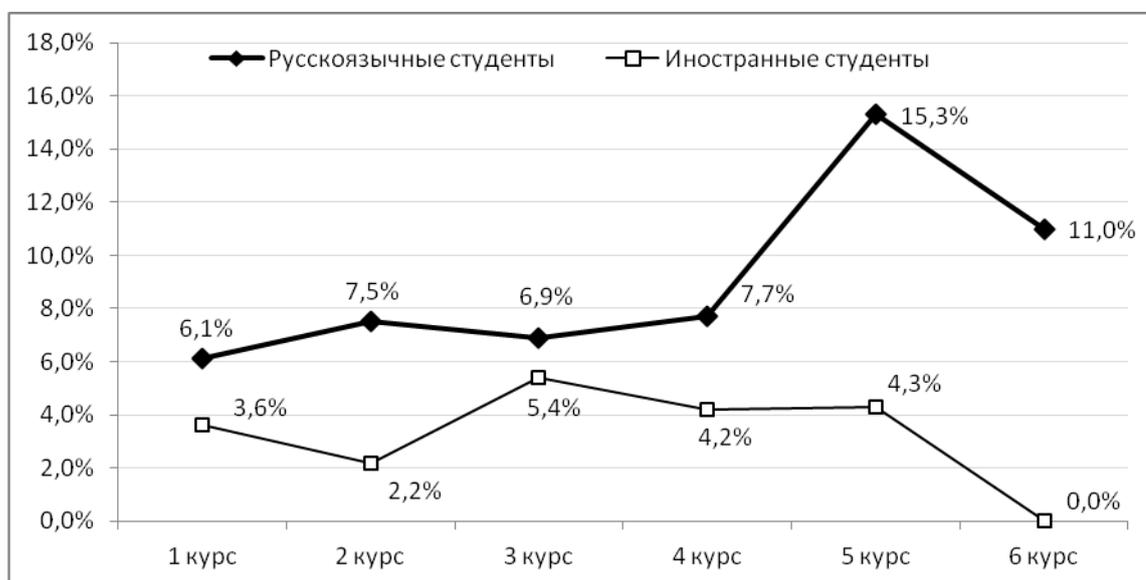


Рисунок 3.3.1.2 – Сравнение динамики клинического уровня депрессии РС и ИС за 6 лет (тест HADS)

Из рисунка 3.3.1.2 видно, что в период с 1-го по 4-ый курс частота встречаемости клинического уровня депрессии достаточно стабильна как среди русских, так и среди иностранных

студентов (без статистически значимых различий). К пятому курсу отмечается тенденция к нарастанию частоты встречаемости клинически выраженной депрессии РС по сравнению с ИС (статистически не значимая: $\chi^2=3,0$ $p=0,0845$; OR= 4,1 95%CI=0,8-26,2). К шестому курсу различия становятся статистически значимыми ($\chi^2=5,3$ $p=0,0217$).

Сравнение распространенности и выраженности депрессии согласно результатам теста HADS в сопоставлении с результатами теста DASS-21 не выявило статистически значимых различий ни среди русскоязычных, ни среди иностранных студентов. Выявлен высокий уровень корреляционной зависимости результатов этих тестов у РС ($r=0,655$ $p=0,000$) и ИС ($r=0,707$ $p=0,000$).

Верификация сочетанности депрессии и тревоги показала, что у РС депрессия сочеталась с тревогой в 125 (60,1%) случаев, в то время, как у ИС – в 47 (82,5%) случаях. Различия статистически значимые ($\chi^2=8,86$ $p=0,003$; OR=3,1 95%CI=1,4-7,0). Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости депрессии и тревоги как у русских ($r=0,528$ $p=0,000$), так и у иностранных ($r=0,679$ $p=0,000$) студентов.

Таким образом, выявлено, что депрессия чаще сочетается с тревогой у иностранных студентов.

Депрессия чаще ($\chi^2=7,0$ $p=0,009$; OR=2,3 95%CI=1,2-4,4) сочеталась со стрессом у РС – 147 (70,7%) случаев, чем у ИС – 29 (50,8%) случаев. Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости депрессии и тревоги у русских ($r=0,638$ $p=0,000$) и высокий – у иностранных ($r=0,702$ $p=0,000$) студентов.

Значительно чаще ($\chi^2=22,9$ $p=0,0005$; OR=6,7 95%CI=2,8-17,1) депрессия сочеталась с паническими приступами у РС – 101 (48,5%) случаев, чем у ИС – 7 (12,3%) случаев. Корреляционный анализ выявил слабую корреляционную зависимость депрессии и панического расстройства у русских ($r=0,196$ $p=0,000$) и иностранных ($r=0,219$ $p=0,000$) студентов.

Депрессия сочеталась с генерализованной тревогой одинаково часто среди РС – 166 (79,8%) случаев и ИС – 51 (89,4%) случай. Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости депрессии и генерализованной тревоги среди РС ($r=0,461$ $p=0,000$) и ИС ($r=0,622$ $p=0,000$) группах.

Одинаково часто депрессия сочеталась с социофобией – 26 (60,6%) случаев у РС и 32 (56,1%) – ИС. Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости депрессии и социофобии у русских ($r=0,566$ $p=0,000$) и иностранных ($r=0,527$ $p=0,000$) студентов.

3.3.2 Сравнительные характеристики распространенности и динамики тревоги у русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения

Изучение распространенности тревоги (тест DASS-21) у РС и ИС (таблица 3.3.2.1) показало, что у этих групп студентов РС и ИС тревога встречалась одинаково часто: соответственно у 248 (34,3%) и у 109 (34%) человек.

При этом среди РС тревога чаще ($\chi^2=7,7$ $p=0,006$; $OR=1,7$ $95\%CI=1,2-2,5$) выявлялась среди лиц женского пола – 200 (37,2%) случаев, чем мужского – 47 (25,7%) случаев. Таким образом, установлено, что в период учебы в медицинском институте треть студентов в совокупности обнаруживают повышенную тревогу, причем клинический ее уровень также наблюдался фактически одинаково часто: у 73 (10,1%) русскоязычных и у 31 (9,6%) иностранных студентов.

Таблица 3.3.2.1 – Распределение тревоги у РС и ИС по степени выраженности и гендерному признаку (тест DASS-21)

№ п/п	Выраженность тревоги	РС						ИС					
		ЛМП (n=187)		ЛЖП (n=537)		ВСЕГО (n=724)		ЛМП (n=248)		ЛЖП (n=73)		ВСЕГО (n=321)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Отсутствие	139	74,3	337	62,8	476	65,7	161	64,5	51	69,9	212	66,0
2	Легкая	20	10,7	87	16,2	107	14,8	46	18,5	9	12,3	55	17,1
3	Умеренная	11	5,9	57	10,6	68	9,4	18	7,3	5	6,8	23	7,2
4	Выраженная	5	2,7	24	4,4	29	4,0	8	3,2	4	5,5	12	3,7
5	Крайне выражена	12	6,4	32	6,0	44	6,1	15	6,0	4	5,5	19	5,9
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

Сравнение распространенности тревоги в совокупности по степени выраженности у студентов разных курсов (таблица 3.3.2.2) показало, что среди ИС на 1-м курсе тревога встречалась чаще ($\chi^2=5,5$ $p=0,019$; $OR=2,0$ $95\%CI=1,1-3,6$) – в 48,8% случаев, чем среди РС – в 32,2%, что связано с синергизмом миграционного и учебного стресса.

Наибольшая частота тревоги у русскоязычных студентов-медиков выявлена на 5-м курсе – она регистрировалась почти в 45% случаях. Если анализировать тревогу в динамике, то она была присуща фактически каждому третьему русскоязычному студенту 1-го и 2-го курсов, со снижением (без статистической значимости) на третьем и последующем повышении на 4-м и 5-м курсах и снижением на выпускном – шестом курсе.

Анализ частоты и степени выраженности тревоги у ИС показал, что наибольшее число студентов с тревогой регистрировалось на 1-м курсе – 48,8% случаев. На втором курсе отмечалось снижение частоты тревоги до 35,6% (различия статистически не значимые) со стабильным значением в пределах 33-36% на 2-5 курсах и резким снижением на 6-м курсе, при этом по от-

ношению к 5-му курсу различия статистически значимые ($\chi^2=12,269$ $p<0,001$; $OR=6,8$ $95\%CI=2,1-23,6$).

Таблица 3.3.2.2 – Распределение тревоги у РС и ИС по степени выраженности в динамике за 6-летний период обучения (тест DASS-21)

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
РС												
Норма	99	67,8	80	65,0	109	75,2	56	61,5	76	55,5	56	68,3
Легкая	15	10,3	23	18,7	18	12,4	12	13,2	31	22,6	8	9,8
Умеренная	18	12,3	9	7,3	10	6,9	11	12,1	13	9,5	7	8,5
Выраженная	6	4,1	6	4,9	5	3,4	3	3,3	5	3,6	4	4,9
Тяжелая	8	5,5	5	4,1	3	2,1	9	9,9	12	8,8	7	8,5
ИТОГО	146	100,0	123	100	145	100	91	100,0	137	100,0	82	100,0
ИС												
Норма	43	51,2	29	64,5	24	64,9	32	66,7	29	61,7	55	91,6
Легкая	15	17,9	8	17,8	4	10,8	11	22,9	13	27,6	4	6,7
Умеренная	10	11,9	5	11,1	5	13,5	1	2,0	2	4,3	–	–
Выраженная	6	7,1	2	4,4	2	5,4	1	2,0	3	6,4	1	1,7
Тяжелая	10	11,9	1	2,2	2	5,4	3	6,4	–	–	–	–
ИТОГО	84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100

Сравнение динамики клинического уровня тревоги (умеренной, выраженной и тяжелой) у РС и ИС представлено на рисунке 3.3.2.1.

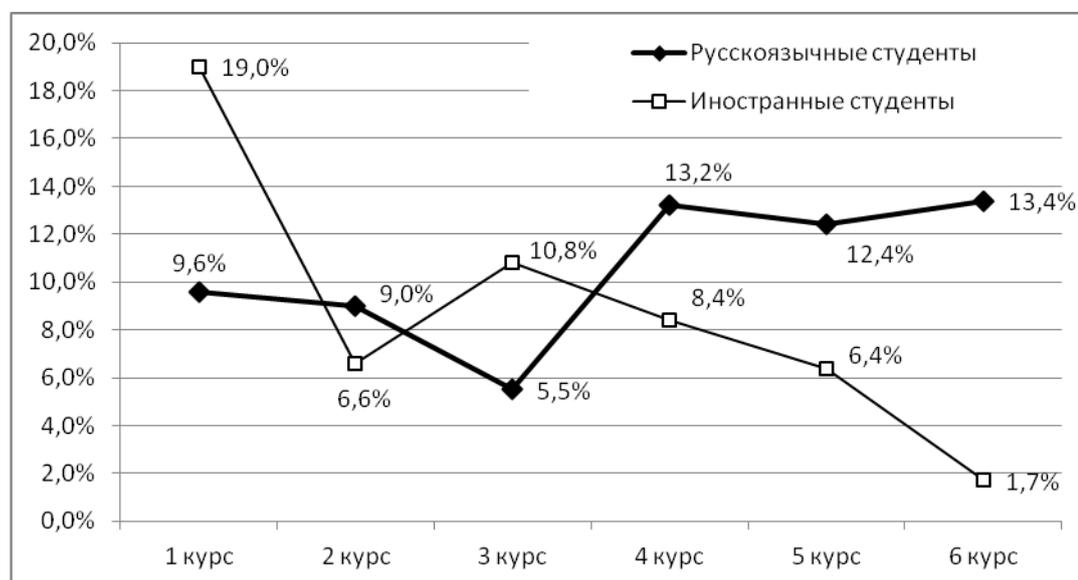


Рисунок 3.3.2.1 – Сравнение динамики клинического уровня тревоги РС и ИС за 6 лет (тест DASS-21)

Установлено, что у РС клинический уровень тревоги чаще встречался на старших курсах (12,4-13,4%). Наименьшее число РС с клинически значимым уровнем тревоги был на третьем курсе.

Изучение динамики клинического уровня тревоги у ИС показало, что отмечалась следующая динамика: отчетливое снижение на втором курсе (с 19,0% – у первокурсников до 6,6% на втором курсе): незначительное (статистически не значимое) повышение у третьекурсников до 10,8% (в связи с обучением на клинических кафедрах и необходимостью общения с пациентами при слабом владении русским языком); последующее снижение до 6-8% на 4-м и 5-м курсах. Это обусловлено хорошей учебной адаптацией к 4-му курсу и определенным овладением русским языком, что способствовало снижению тревоги, связанной с учебным стрессом. Клинический уровень тревоги у ИС, обучающихся на 6-м курсе, встречался крайне редко – всего 1,7% случаев.

Из рисунка 3.3.2.1 видно, что распространенность клинически выраженной тревоги среди ИС снижалась в течение всего периода обучения (некоторое повышение на 3-м курсе было связано с первым контактом иностранцев, плохо знающих русский язык, с русскоязычными пациентами на таких дисциплинах как «пропедевтика внутренних болезней», «общий уход за хирургическими пациентами», «общая хирургия»).

Сравнение динамики клинического уровня тревоги у РС и ИС показало, что ко второму курсу распространенность тревоги становится у них одинаковой, с 3-го по 5-й – незначительно колеблется, а на шестом значительно ($\chi^2=4,8$ $p=0,0295$; $OR=9,1$ $95\%CI=1,7-197,5$) превалирует среди русскоязычных студентов (13,4% случаев), чем среди иностранных (1,7%). Вероятность развития тревоги к шестому курсу у РС в 9 раз больше, чем у ИС.

Изучение распространенности тревоги (тест HADS) показало (таблица 3.3.2.3), что у РИ и ИС тревога встречалась одинаково часто: соответственно у 240 (33,1%) и у 105 (32,8%) человек. При этом среди РС тревога чаще ($\chi^2=9,9$ $p=0,0025$; $OR=1,9$ $95\%CI=1,3-2,8$) выявлялась среди лиц женского пола – 196 (36,5%) случаев, чем мужского – 44 (23,5%) случаев. Таким образом, установлено, что в период учебы в медицинском институте треть студентов в совокупности обнаруживают повышенную тревогу, причем клинический ее уровень также наблюдался фактически одинаково часто у РС и ИС: у 75 (10,3%) русскоязычных и 31 (9,7%) иностранных студентов.

Таблица 3.3.2.3 – Распределение тревоги у РС и ИС по степени выраженности и гендерному признаку (тест HADS)

№ п/п	Выраженность тревоги	Русскоязычные						Иностранные					
		ЛМП (n=187)		ЛЖП (n=537)		ВСЕГО (n=724)		ЛМП (n=248)		ЛЖП (n=73)		ВСЕГО (n=321)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Отсутствие	143	76,5	341	63,5	484	66,9	163	65,7	53	72,6	216	67,3
2	Субклиническая	28	15,0	137	25,5	165	22,8	61	24,6	13	17,8	74	23,1
3	Клиническая	16	8,6	59	11,0	75	10,3	24	9,7	7	9,6	31	9,7
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

Сравнение распространенности тревоги у РС и ИС по курсам обучения представлено в таблице 3.3.2.4. Установлено, что среди ИС на 1-м курсе тревога встречалась чаще ($\chi^2=5,8$ $p=0,017$; $OR=2,0$ $95\%CI=1,1-3,1$) – в 47,6% случаев, чем среди РС – в 30,8%. Это было связано с синергизмом миграционного и учебного стресса.

Если анализировать тревогу у РС и ИС в динамике, то она была присуща фактически каждому третьему РС с некоторым снижением (без статистической значимости) на третьем и повышением – на пятом курсе.

Таблица 3.3.2.4 – Распределение тревоги у РС и ИС по степени выраженности в динамике за 6-летний период обучения (тест HADS)

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
РС												
Отсутствие	101	69,2	82	66,7	107	73,8	58	63,7	79	57,6	57	69,5
Субклиническая	32	21,9	29	23,6	29	20,0	20	22,0	41	29,9	14	17,1
Клиническая	12	8,9	12	9,8	9	6,2	13	14,3	17	12,4	11	13,4
ИТОГО	146	100,0	123	100	145	100	91	100,0	137	100,0	82	100,0
ИС												
Отсутствие	44	52,4	29	64,5	25	67,6	32	66,7	30	63,8	56	93,3
Субклиническая	24	28,6	14	31,1	8	21,6	12	25,0	13	27,7	3	5,0
Клиническая	16	19,0	2	4,4	4	10,8	4	8,3	4	8,5	1	1,7
ИТОГО	84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100

Анализ частоты и степени выраженности тревоги у ИС показал, что наибольшее число студентов с тревогой регистрировалось на 1-м курсе – 30,8% случаев. Со второго по 5-ый курсы тревога различной степени выраженности отмечалась почти у трети ИС, с резким снижением частоты выявления тревоги на 6-м курсе: по отношению к 5-му курсу различия статистически значимые ($\chi^2=12,7$ $p=0,0011$; $OR=7,9$ $95\%CI=2,2-30,9$).

Сравнение динамики клинического уровня тревоги (умеренной, выраженной и тяжелой) у РС и ИС представлено на рисунке 3.3.2.2.

Установлено, что у РС клинический уровень тревоги встречался наиболее часто в период с 4-го (14,3%) по 6-й (13,4%) курсы.

Изучение динамики клинического уровня тревоги у ИС показало, что отмечалось отчетливое ее снижение на втором курсе (с 19,0% – у первокурсников до 4,4% на втором курсе). У третьекурсников наблюдалось незначительное (статистически не значимое) повышение до 10,8% (в связи с началом обучения на клинических кафедрах и необходимостью общения с пациентами при слабом владении русским языком) и последующим снижением до 8,5% на 4-м и 5-м курсах. Это обусловлено хорошей учебной адаптацией к 4-му курсу и определенным овладением русским языком, что способствовало снижению тревоги, связанной с учебным стрессом.

сом. Клинический уровень тревоги у ИС, обучающихся на 6-м курсе, встречался в 1,7% случаев.

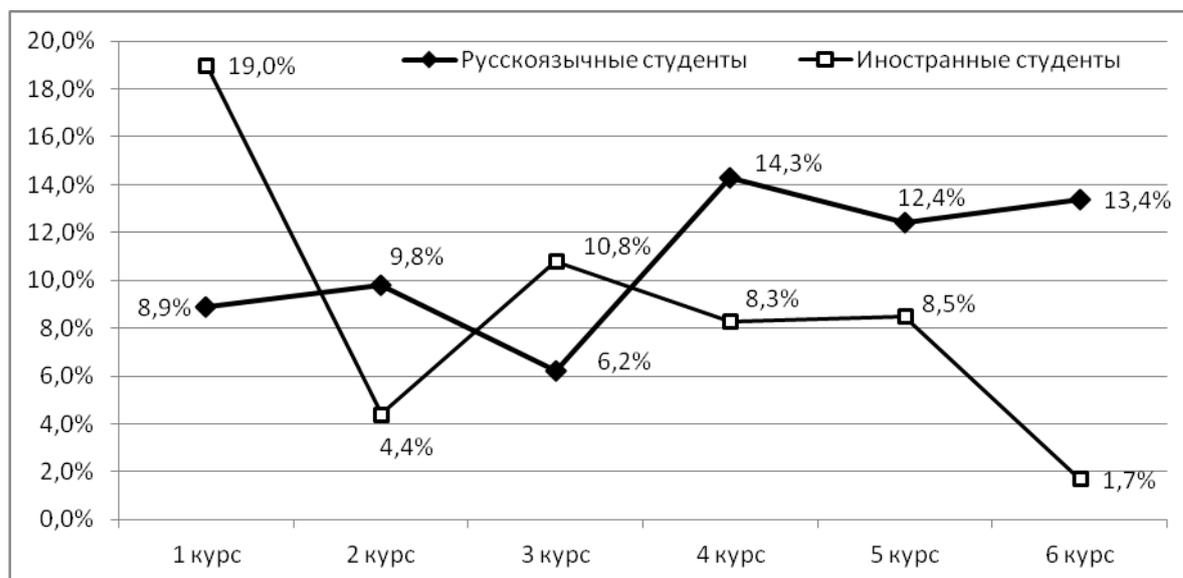


Рисунок 3.3.2.2 – Сравнение динамики клинического уровня тревоги РС и ИС за 6 лет (тест HADS)

Сравнение динамики клинического уровня тревоги показало, что ко второму курсу распространенность тревоги у РС и ИС становится одинаковой, с 3-го по 5-й – незначительно колеблется, а на шестом превалирует ($\chi^2=4,75$ $p=0,0295$; $OR= 9,14$ $95\%CI=1,2-197,5$) у русскоязычных студентов (13,4% случаев у русскоязычных против 1,7% у иностранных).

Сравнение распространенности и выраженности тревоги, согласно сопоставлению теста HADS с результатами теста DASS-21, не выявило статистически значимых различий ни среди русскоязычных, ни среди иностранных студентов. Выявлен высокий уровень корреляционной зависимости результатов тестов у РС ($r=0,703$ $p=0,000$) и ИС ($r=0,827$ $p=0,000$).

Верификация сочетанности тревоги и депрессии у РС показала, что у них депрессия сочеталась с тревогой в 125 (50,4%) случаях, а у ИС – в 47 (43,1%) случаях (различия статистически не значимые). Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости тревоги и депрессии как у РС ($r=0,528$ $p=0,000$), так и у ИС ($r=0,679$ $p=0,000$). Таким образом, выявлено, что тревога одинаково часто сочетается с депрессией у иностранных и русскоязычных студентов.

Тревога чаще ($\chi^2=20,9$ $p=0,0005$; $OR=2,9$ $95\%CI=1,8-4,9$) сочеталась со стрессом у РС: 166 (66,9%) случаев против 44 (40,4%) случаев у ИС. Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости тревоги и стресса у русских ($r=0,64$ $p=0,000$), и иностранных ($r=0,64$ $p=0,000$) студентов.

Значительно чаще ($\chi^2=22,9$ $p=0,0005$; $OR=6,7$ $95\%CI=2,8-17,1$) тревога сочеталась с паническими приступами у РС: 145 (58,5%) случаев против 12 (11,0%) случаев у ИС. Корреляционный анализ выявил слабую корреляционную зависимость тревоги и панических приступов у русскоязычных ($r=0,468$ $p=0,000$) и иностранных ($r=0,233$ $p=0,000$) студентов.

Тревога сочеталась с генерализованной тревогой одинаково часто у РС и ИС: у РС – 197 (79,4%) случаев, а у ИС – 75 (68,8%) случаев. Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости тревоги и генерализованной тревоги у РС ($r=0,52$ $p=0,000$) и ИС ($r=0,52$ $p=0,000$).

Одинаково часто тревога сочеталась с социофобией – у 140 (56,5%) у РС и 56 (51,4%) у ИС соответственно. Корреляционный анализ выявил средний уровень корреляционной зависимости депрессии и социофобии у русских ($r=0,513$ $p=0,000$) и иностранных ($r=0,553$ $p=0,000$) студентов.

3.3.3 Сравнительные характеристики распространенности и динамики генерализованной тревоги у русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения

Тест GAD-7 (рисунок 3.3.3.1) выявил симптомы генерализованной тревоги у 401 (55,4%) РС и 120 (37,4%) – ИС ($\chi^2=28,119$ $p=0,0005$; $OR=2,1$ $95\%CI=1,6-2,8$). Таким образом, симптомы генерализованной тревоги имеют большее распространение среди русскоязычных студентов-медиков, с вероятностью ее выявления более чем в 2 раза выше, чем у иностранных сверстников.

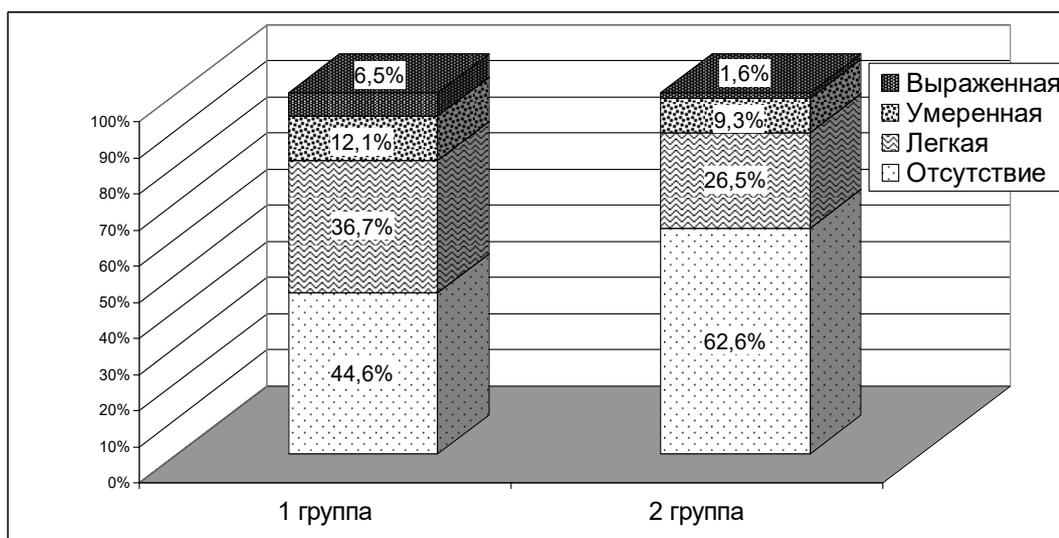


Рисунок 3.3.3.1 – Распределение генерализованной тревоги по степени выраженности

Выявленная тестом GAD-7 легкая генерализованная тревога (уровня психологически понятных опасений) регистрировалась чаще у РС (36,7%), чем у ИС (26,5%) при $\chi^2=10,042$ $p=0,002$; OR=1,6 95%CI=1,2-2,2 и не оказывала значимого влияния на их социальное функционирование. Умеренная и выраженная генерализованная тревога – в общей сложности у 18,6% русскоязычных и 10,9% –иностраных ($\chi^2=9,229$ $p=0,003$; OR=1,9 95%CI=1,2-2,8) может квалифицироваться как субклинический и клинический уровень этой психопатологии. При этом частота умеренной и выраженной генерализованной тревоги статистически значимо выше у РС.

Изучение распределения генерализованной тревоги по гендерному признаку (таблица 3.3.3.1) показало, что среди лиц мужского пола РС и ИС статистически значимых различий по распространенности генерализованной тревоги не выявлено. Среди русскоязычных девушек генерализованная тревога встречалась статистически значимо ($\chi^2=14,117$ $p=0,0008$; OR=2,7 95%CI=1,6-4,5) чаще (у 60,9%), чем среди иностранных (37%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления генерализованной тревоги у лиц женского пола русскоязычной выборки почти в 3 раза выше, чем у иностранной выборки (сверстниц из Индии).

Таблица 3.3.3.1 – Распределение генерализованной тревоги у РС и ИС по выраженности и гендерному признаку

№ п/п	Выраженность генерализованной тревоги	РС						ИС					
		ЛМП (n=187)		ЛЖП (n=537)		ВСЕГО (n=724)		ЛМП (n=248)		ЛЖП (n=73)		ВСЕГО (n=321)	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
1	Отсутствие	113	60,4	210	39,1	323	44,6	155	62,5	46	63,0	201	62,6
2	Легко	54	28,9	212	39,5	266	36,7	69	27,8	16	21,9	85	26,5
3	Умеренно	14	7,5	74	13,8	88	12,1	22	8,9	8	11,0	30	9,3
4	Выражено	6	3,2	41	7,6	47	6,5	2	0,8	3	4,1	5	1,6
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

Сравнительные результаты исследования динамики и степени выраженности генерализованной тревоги у РС и ИС за 6-летний период обучения представлен в таблице 3.3.3.2.

Как видно из таблицы 3.3.3.2, генерализованная тревога у РС в совокупности наблюдалась на всех курсах фактически в половине и более случаев. Изучение динамики генерализованной тревоги у ИС показало, что ее симптомы регистрировались более чем у половины – 56% на 1-м курсе со снижением ($\chi^2=6,292$ $p=0,013$; OR=2,8 95%CI=1,2-6,5) на втором до 31%. В последующем отмечалось вновь некоторое повышение на третьем (40,5%) и четвертом (39,6%) курсах (без статистически значимых различий с первым курсом), что было обусловлено учебой на клинических кафедрах и необходимостью общения с пациентами при слабом владении русским языком. На пятом (36,2%) и шестом (13,3%) курсах было статистически значимое сниже-

ние по сравнению с первым курсом, достоверность была следующей: соответственно ($\chi^2=3,962$ $p=0,05$) и ($\chi^2=25,156$ $p=0,0005$).

Таблица 3.3.3.2 – Динамика и степень выраженности генерализованной тревоги у РС и ИС за 6-летний период обучения

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
РС												
Отсутствует	73	50,0	45	36,6	64	44,1	49	53,8	57	41,6	41	50,0
Легкая	58	39,8	45	36,6	59	40,7	29	31,9	57	41,6	25	30,5
Умеренная	11	7,5	19	15,4	13	9,0	10	11,0	18	13,2	9	11,0
Выраженная	4	2,7	14	11,4	9	6,2	3	3,3	5	3,6	7	8,5
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0
ИС												
Отсутствует	37	44,0	31	69,0	22	59,5	29	60,4	30	63,8	52	86,7
Легкая	34	40,5	11	24,0	10	27,0	13	27,0	11	23,4	6	10,0
Умеренная	12	14,3	3	7,0	5	13,5	3	6,3	5	10,6	2	3,3
Выраженная	1	1,2	0	0,0	0	0,0	3	6,3	1	2,1	–	–
ИТОГО	84	100,0	45	100,0	37	100,0	48	100,0	47	100,0	60	100,0

Сравнение частоты регистрации генерализованной тревоги у РС и ИС показало, что у первых наиболее высокие показатели были на 2-м курсе, несколько меньше – на 1-м и 6-м курсах, а у иностранных наиболее высокие показатели были на 1-м курсе. Высокие показатели генерализованной тревоги на 2-м курсе у РС объясняются напряженным графиком учебы и, в результате, наличием у 63,4% генерализованной тревоги. Иностранные студенты на 2-м курсе адаптировались к учебному процессу и уделяли меньше времени учебе со значительным снижением уровня учебного и предэкзаменационного стресса (именно на 2-м курсе), в результате генерализованная тревога регистрировалась у них только в 31% случаев ($\chi^2=12,605$ $p=0,001$ $OR=3,8$ $95\%CI=1,7-8,5$). На 6-м курсе генерализованная тревога также чаще ($\chi^2=19,022$ $p=0,0005$ $OR=6,5$ $95\%CI=2,6-16,9$) регистрировалась у РС, чем у ИС: соответственно 50% и 13,3% случаев. Таким образом, отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления более высокой распространенности генерализованной тревоги у русскоязычных студентов, по сравнению с иностранными, на 2-м и 6-м курсах в 3,8 и 6,5 раза выше соответственно.

Сравнительные характеристики динамики клинического уровня (умеренной и выраженной) генерализованной тревоги представлены на рисунке 3.3.3.2.

Установлено, что у русскоязычных студентов, в отличие от иностранных, клинический уровень генерализованной тревоги нарастал с 1-го курса, достигая своего максимума на 2-м курсе, с последующим снижением и некоторой стабилизацией на третьем-пятом курсах (14,3-16,8%) с последующим повышением на 6-м курсе. У ИС клинический уровень генерализован-

ной тревоги снижался на 2-м курсе до минимума – 7% (по сравнению с РС [$\chi^2=6,803$ $p=0,01$ $OR=5,1$ $95\%CI=1,4-22,3$]), удерживался в диапазоне 12,6-13,5% (без статистически значимых различий с РС) и резким снижением до 3,3% на 6-м курсе (по сравнению с РС [$\chi^2=5,437$ $p=0,02$ $OR=6,1$ $95\%CI=1,2-40,2$]).

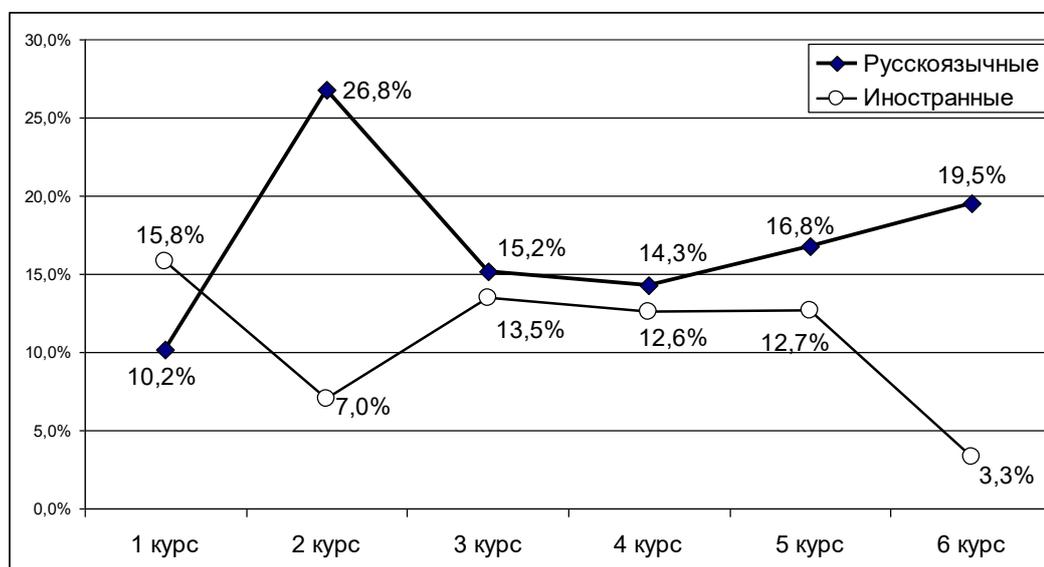


Рисунок 3.3.3.2 – Сравнительные характеристики динамики клинического уровня генерализованной тревоги у РС и ИС за 6-летний период обучения

У РС и ИС генерализованная тревога одинаково часто сочеталась с депрессией – соответственно 42,0% и 42,5% случаев и социофобией (соответственно 44,1% и 51,6% случаев).

Генерализованная тревога чаще ($\chi^2=6,1$ $p=0,014$; $OR=1,7$ $95\%CI=1,1-2,7$) сочеталась со стрессом у РС (53,4% случаев), чем у ИС (40,0% случаев).

Значительно чаще ($\chi^2=37,5$ $p=0,0005$; $OR=5,9$ $95\%CI=3,1-11,4$) генерализованная тревога сочеталась с пароксизмальной тревогой у РС (41,8% случаев), чем у ИС (10,8% случаев).

3.3.4 Сравнительные характеристики распространенности и динамики приступов паники у русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения

В общей сложности симптомы, феноменологически напоминающие приступы паники, регистрировались статистически значимо чаще ($\chi^2=71,200$ $p=0,0005$; $OR=5,9$ $95\%CI=3,4-13,3$) у русскоязычных студентов-медиков, чем у иностранных: соответственно 28,3% и 5% (таблица 3.3.4.1).

Характерно, что клинический уровень приступов паники встречался у 9,5% РС, субклинический уровень – у 18,8%. У ИС клинически значимый уровень панических приступов встречался в 1,9% случаев.

Таблица 3.3.4.1 – Распределение приступов паники у РС и ИС по выраженности и гендерному признаку

№ п/п	Степень выраженности	РС						ИС					
		ЛМП		ЛЖП		ВСЕГО		ЛМП		ЛЖП		ВСЕГО	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	Отсутствует	160	85,6	359	66,8	519	71,7	241	97,2	64	87,7	305	95,0
2	Субклинический	17	9,1	119	22,2	136	18,8	2	0,8	5	6,8	10	3,1
3	Клинический	10	5,3	59	11,0	69	9,5	5	2,0	4	5,5	6	1,9
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

Верификация удельного веса студентов с приступами паники в зависимости от курса обучения (таблица 3.3.4.2) показала, что приступы паники, обусловленные эмоциональными переживаниями, у РС наблюдались реже всего на 1-м и 4-м курсах: соответственно 19,8% и 14,3%.

Таблица 3.3.4.2 – Результаты теста на панические приступы РС и ИС за 6-летний период обучения

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс		ВСЕГО	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
РС														
Отсутствует	117	80,2	89	72,4	105	72,4	78	85,7	77	56,2	53	64,6	519	71,7
Субклинический	18	12,3	23	18,7	40	27,6	5	5,5	22	16,1	28	34,2	136	18,8
Клинический	11	7,5	11	8,9	–	–	8	8,8	38	27,7	1	1,2	69	9,5
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0	724	100,0
ИС														
Отсутствует	78	92,9	41	91,0	35	94,6	47	97,9	45	95,7	59	98,3	305	95,0
Субклинический	2	2,4	4	9,0	0	0,0	1	2,1	2	4,3	1	1,7	10	3,1
Клинический	4	4,8	0	0,0	2	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,9
ИТОГО	84	100,0	45	100,0	37	100,0	48	100,0	47	100,0	60	100,0	321	100,0

В то же время наиболее высокая частота панических приступов была характерна для РС пятого (43,8%) и шестого (34,1%) курсов. Причем характерно, что клинически выраженные приступы паники встречались у 27,7% студентов пятого курса.

У иностранных первокурсников приступы паники встречались в 7,2% случаев, а максимальная частота (статистически не значима) – 9% - наблюдалась у студентов 2-го курса. Диапазон встречаемости приступов паники у ИС составил от 2,1% (4-й курс) до 9% (второй курс).

Динамика клинически значимого уровня приступов паники у РС и ИС за 6-летний период обучения представлен на рисунке 3.3.4.1.

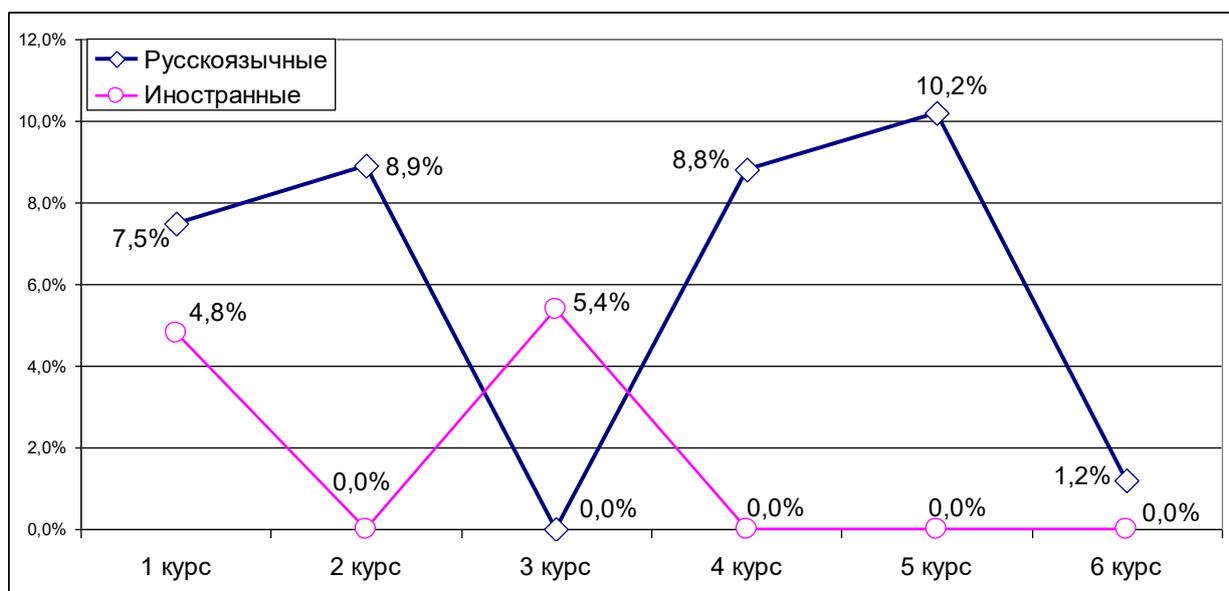


Рисунок 3.3.4.1 – Динамика клинически значимого уровня пароксизмальной тревоги у РС и ИС за 6-летний период обучения

Установлено, что на первом курсе клинически выраженная пароксизмальная тревога возникала у 7,5% русскоязычных и 4,8% иностранных студентов-медиков. В процессе адаптации у ИС на 2-м курсе обучения пароксизмы тревоги не встречались, а у РС встречались у 8,9% (что связано со сдачей экзаменов по анатомии человека и гистологии). На третьем курсе ситуация оказывалась обратной: у РС пароксизмы тревоги клинического уровня отсутствовали, а у ИС, в связи с началом обучения на клинических кафедрах и необходимостью общения с пациентами (при слабом владении русским языком), они встречались у 5,4% студентов.

В период обучения на 4-6 курсах, в связи с адаптацией и равнодушным отношением к учебе, у ИС пароксизмальная тревога отсутствовала, а у РС на 5-м курсе регистрировалась в 10,2% случаев со снижением на 6-м курсе – до 1,2%. По 4-му и 5-му курсам различия статистически значимые (соответственно: $p=0,023$ и $p=0,034$ при расчете Statistica 6.0 χ^2 без поправки Йетца).

Приведенные данные согласуются с более высокой значимостью учебных стрессовых факторов и степенью выраженности симптомов учебного стресса у русскоязычных студентов 5-го курса по сравнению с иностранными (таблицы 4.4.4 и 4.5.3).

Изучение сочетанности приступов паники с депрессией (DASS-21) у РС показало, что в общей сложности панические приступы сочетались с депрессией у 101 из 205 человек (49,3%): в 16,1% случаев они были легко выраженными, в 15,1% – умеренно, в 18,1% – значительно выраженными и крайне выраженными. При этом при неразвернутых и редких панических приступах депрессия встречалась в 60 (44,2%) случаев, а при клинической выраженности – в 41

(59,4%), при статистически не значимых различий. У ИС приступы паники сочетались с депрессией в 7 (43,8%) случаях из 16 (различия, по сравнению с РС, статистически не значимые).

Изучение сочетанности приступов паники с тревогой (DASS-21) у РС показало, что в общей сложности панические приступы сочетались с тревогой у 145 из 205 человек (70,7%): в 20,4% случаев они были легко выраженными, в 19,5% – умеренно, в 27,8% – значительно выраженными и крайне выраженными. При этом при неразвернутых и редких панических приступах тревога встречалась в 89 (65,5%) случаев, а при клинической выраженности – в 56 (81,2%) при статистически значимых различиях ($\chi^2=4,7$ $p=0,0299$; OR=2,3 95%CI=1,1-4,9). Корреляционный анализ выявил слабый уровень корреляционной зависимости панических атак и тревоги ($r=0,468$ $p=0,000$). У ИС приступы паники сочетались с тревогой в 12 (75%) из 16 случаев (различия, по сравнению с русскоязычными, статистически не значимые).

Изучение сочетанности приступов паники со стрессом (DASS-21) у РС показало, что в общей сложности панические приступы сочетались со стрессом в 127 (62,0%) случаях из 205. При этом при неразвернутых и редких панических приступах стресс встречалась в 70 (51,4%) случаев, а при клинически выраженных – в 57 (82,5%). Различия статистически значимые ($\chi^2=17,5$ $p=0,0006$; OR=4,5 95%CI=2,1-9,7). У ИС приступы паники сочетались со стрессом в 8 (50%) из 16 случаев (различия, по сравнению с русскоязычными, статистически не значимые).

Изучение сочетанности приступов паники с генерализованной тревогой (GAD-7) у РС показало, что в общей сложности панические приступы сочетались с генерализованной тревогой в 165 (79,7%) случаях из 205. При этом при неразвернутых и редких панических приступах генерализованная тревога встречалась в 107 (84,1%) случаев, а при клинически выраженных – в 58 (84,1%). Различия статистически не значимые. Корреляционный анализ выявил слабый уровень корреляционной зависимости панических атак и генерализованной тревоги ($r=0,398$ $p=0,000$). У ИС приступы паники сочетались с генерализованной тревогой в 13 (81,3%) из 16 случаев (различия, по сравнению с РС, статистически не значимые).

Изучение сочетанности приступов паники с социофобией (SPIN-тест) у РС показало, что в общей сложности панические приступы сочетались с социофобией в 107 (52,2%) случаях из 205. При этом при неразвернутых и редких панических приступах социофобия встречалась в 62 (45,6%) случаев, а при клинически выраженных – в 45 (65,1%). Различия статистически значимые ($\chi^2=6,3$ $p=0,0128$; OR=2,2 95%CI=1,2-4,3). У ИС приступы паники сочетались с социофобией в 10 (62,5%) из 16 случаев (различия, по сравнению с РС, статистически не значимые).

3.3.5 Сравнительные характеристики социобий у русскоязычных и иностранных студентов-медиков-медиков за 6-летний период обучения

SPIN-тест на социобию (таблица 3.3.5.1) позволил выявить различной степени выраженности симптомы СФ у 244 (33,7%) русскоязычных и 90 (28%) – иностранных студентов (различия статистически не значимые).

Таблица 3.3.5.1 – Распределение СФ по степени выраженности (SPIN-тест)

№ п/п	Выраженность социобии	РС						ИС					
		ЛМП (n=187)		ЛЖП (n=537)		ВСЕГО (n=724)		ЛМП (n=248)		ЛЖП (n=73)		ВСЕГО (n=321)	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	Отсутствие	142	75,9	338	62,9	480	66,3	181	73,0	50	68,5	231	72,0
2	Легко	24	12,8	111	20,7	135	18,7	44	17,7	12	16,4	56	17,4
3	Умеренно	14	7,5	60	11,2	74	10,2	19	7,7	8	11,0	27	8,4
4	Выражено	5	2,7	19	3,5	24	3,3	2	0,8	2	2,7	4	1,2
5	Крайне выражено	2	1,1	9	1,7	11	1,5	2	0,8	1	1,4	3	0,9
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

У русских студентов симптомы СФ чаще ($\chi^2=9,907$ $p=0,003$; $OR=1,9$ $95\%CI=1,3-2,8$) наблюдались у лиц женского пола – у 199 (37,1%) человек, чем мужского – у 45 (24,1%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления СФ у лиц женского пола почти в 2 раза выше, чем у мужского. Среди иностранных студентов гендерных различий по распространенности СФ не выявлено – соответственно 67 (27%) у лиц мужского и 23 (31,5%) – женского пола.

Легкая степень выраженности СФ, фактически не оказывающая влияния на социальную адаптацию, была характерна для 18,6% русских и 17,4% – иностранных студентов. Верификация гендерных различий показала, что среди РС легкая социобия регистрировалась в 20,7% среди лиц женского и 12,8% – мужского пола, а среди ИС – соответственно 16,4% и 17,7% (различия статистически не значимые).

Клинически значимая степень выраженности СФ (умеренная, выраженная и крайне выраженная) среди РС наблюдалась в 15% случаев: 16,4% среди лиц женского и 11,3% мужского пола, в то время как среди иностранных в 10,5% случаев – 15,1% у лиц женского и 9,3% - мужского пола (различия статистически не значимые ни по гендерному, ни по межгрупповому признаку). При клинически значимой выраженности СФ обследуемые избегали новых знакомств, выступлений на публике, испытывали страх критики, затруднялись выполнять обыденные действия, когда за ними наблюдали посторонние. При этом усиливалась тревога, имела место вегетативная неустойчивость.

Изучение распространенности социофобий по курсам обучения студентов (рисунок 3.3.5.1) показало, что у ИС (вторая группа) на 1-м курсе распространенность социофобии составила 45,2%, а у РС (первая группа) – 33,6% (различия статистически не значимые). По удельному весу легко выраженной социофобии (фактически психологически понятному феномену) – иностранные студенты статистически значимо ($\chi^2=3,969$ $p=0,046$; $OR=1,9$ $95\%CI=1,0-3,7$) превосходили русскоязычных студентов (33,35% против – 20,5%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность психологически понятного уровня социофобии у ИС в первый год пребывания в чужой стране почти в 2 раза выше, чем у местных жителей.

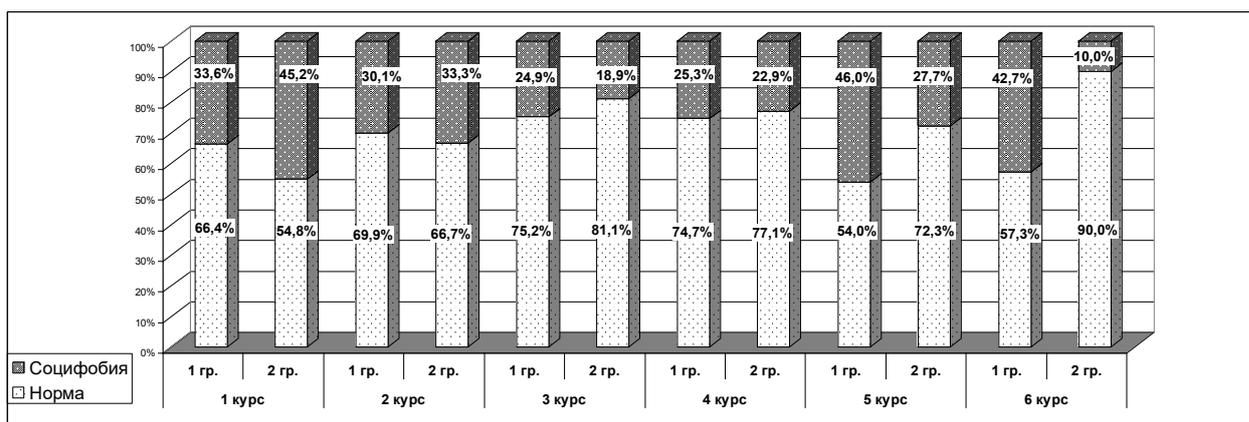


Рисунок 3.3.5.1 – Распространенность социофобии у русскоязычных и иностранных студентов-медиков по курсам

По распространенности клинически значимого уровня социофобии (умеренно выраженного, выраженного и крайне выраженного) РС и ИС в совокупности между собою не отличались: соответственно 15,0% и 10,5%. Приведенные данные позволяют заключить, что клинически значимый уровень социофобий имеет примерно одинаковое распространение среди лиц юношеского и молодого возраста, вне зависимости от культуральных особенностей.

На 5-м и 6-м курсах у РС распространенность социофобии статистически значимо выше, чем у ИС: соответственно 46% и 27,7% ($\chi^2=4,122$ $p=0,043$; $OR=2,2$ $95\%CI=1,0-4,9$) и 42,7% – 10% ($\chi^2=16,466$ $p=0,0006$; $OR=6,7$ $95\%CI=2,4-19,6$). Таким образом, вероятность социальной фобии у русскоязычных студентов-медиков 5-го курса в 2 раза выше, чем у иностранных, а у выпускников (6-й курс) – почти в 7 раз. Со слов обследуемых, это связано с предстоящими аккредитационными испытаниями и неопределенностью перспективы будущего трудоустройства.

Сравнение динамики клинического уровня социофобий русскоязычных и иностранных студентов-медиков представлена на рисунке 3.3.5.2.

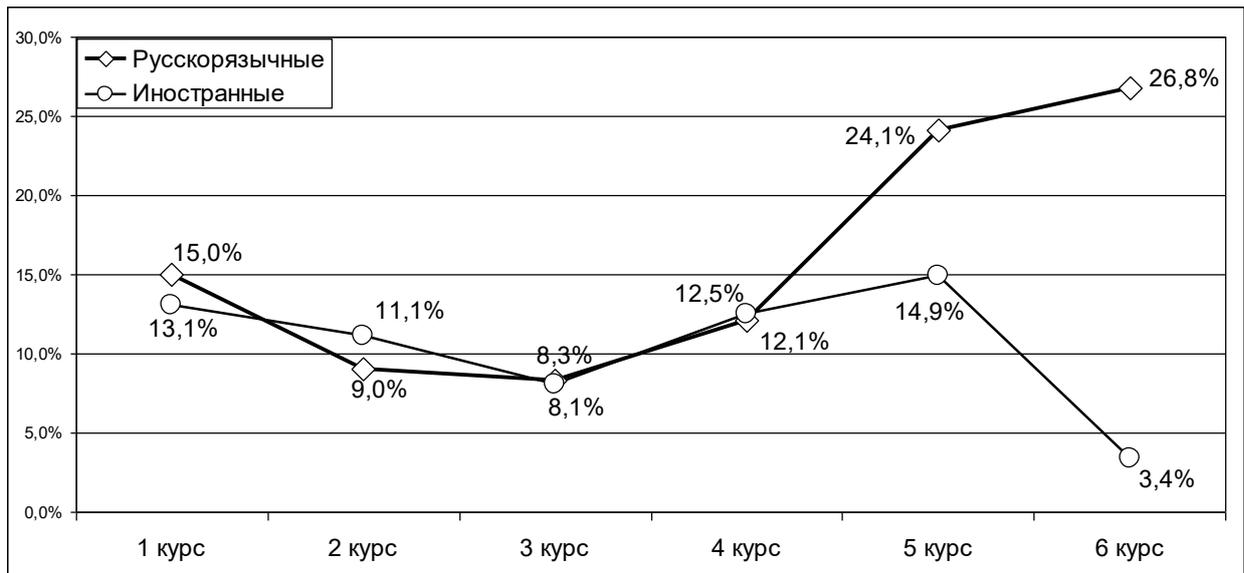


Рисунок 3.3.5.2 – Сравнение динамики клинического уровня социофобий PC и ИС за 6 лет

Из рисунка видно, что клинический уровень социофобий на 1-4 курсах среди PC и ИС был фактически одинаковым. На 5-м и 6-м курсах (при $\chi^2=11,980$ $p=0,001$; $OR=3,5$ $95\%CI=1,7-7,6$ – для пятого курса и $\chi^2=11,998$ $p=0,001$; $OR=10,6$ $95\%CI=2,3-68,6$ – для шестого курса), в связи с социальным стрессом (аккредитационные испытания, направление на работу, неопределенность трудоустройства) у PC отмечался статистически достоверное увеличение числа социофобий. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность увеличения числа социофобий на 5-м и 6-м курсах у русскоязычных студентов-медиков, по сравнению с иностранными, в 3,5–10,6 раз выше.

У ИС такие проблемы отсутствовали, что отразилось на их психическом состоянии.

Верификация сочетанности СФ и генерализованной тревоги показало, что у PC социофобии сочетались с генерализованной тревогой в 175 (71,7%) случаях, а у ИС – в 62 (51,7%) случаях ($\chi^2=13,373$ $p=0,0009$; $OR=2,4$ $95\%CI=1,5-3,8$). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность сочетанности СФ и генерализованной тревоги у русскоязычных студентов почти в 2,5 раза выше, чем у иностранных.

Корреляционный анализ выявил слабую значимую прямую корреляционную зависимость СФ и генерализованной тревоги у русскоязычных ($r=0,369$ $p=0,000$) и среднюю ($r=0,627$ $p=0,000$) - у иностранных студентов.

Верификация сочетанности СФ и депрессии показала, что у PC из 244 человек с социофобией депрессия регистрировалась у 130 (53,3%), а у ИС – из 90 студентов с социофобией депрессия наблюдалась у 53 (58,9%). Таким образом, установлено, что СФ сочетаются с депрессией в 53-59% случаев. Корреляционный анализ выявил средний уровень прямой корреляционной зависимости социофобии и депрессии у PC ($r=0,560$ $p=0,001$) и ИС ($r=0,572$ $p=0,000$).

У РС социофобии сочетались с тревогой в 151 (61,9%) случае, а у ИС – у 56 (62,2%) человек (различия статистически не значимые). С клинически значимым уровнем тревоги у РС социофобии сочетались в 47 (19,2%) случаях, а у ИС – в 21 (23,3%); различия статистически не значимые. Таким образом, социофобии сочетаются с тревогой в 62% случаев.

Корреляционный анализ выявил у прямую корреляционную зависимость тревоги и социофобии у РС ($r=0,513$ $p=0,000$) и у ИС ($r=0,553$ $p=0,000$).

У РС социофобии чаще ($\chi^2=9,389$ $p=0,003$; $OR=2,2$ $95\%CI=1,3-3,7$) сочетались с дистрессом – у 148 (60,7%) человек, чем у ИС – 37 (41,1%) человек. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность дистресса при социофобии у русскоязычных студентов-медиков более чем в 2 раза выше, чем у иностранных. Клинически значимый уровень дистресса при социофобии у РС также был чаще: у 111 (45,5%) человек ($\chi^2=8,910$ $p=0,004$; $OR=2,3$ $95\%CI=1,3-4,0$) против 24 (26,7%) человек у ИС. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность клинического уровня дистресса при социофобии у РС в 2,3 раза выше, чем у ИС.

Корреляционный анализ выявил прямую корреляционную зависимость социофобии и стресса у русскоязычных ($r=0,500$ $p=0,000$) и у иностранных ($r=0,593$ $p=0,000$) студентов.

Таким образом, психометрическое исследование показало, что депрессия выявлялась у 28,7% РС и 17,8% ИС ($p=0,0009$ $OR=1,9$), причем клинического уровня выраженности – в 7,3% и 2,5% случаев соответственно. У 3% РС выявлена крайне тяжелая депрессия, которая мешала им справляться с повседневными делами и учебой. На 1-м курсе клинический ее уровень выявлялся одинаково часто у РС и ИС. В дальнейшем у РС отмечался рост числа студентов с клинически выраженной депрессией: до 16,9% к пятому курсу и 12,3% – к шестому. У ИС ее частота оставалась одинаковой (от 2,4% на 1-м курсе до отсутствия на 6-м курсе). Депрессия в совокупности у РС нарастала: с 19,2% на 1-м курсе до 37,8% – у шестикурсников. У ИС наблюдалась обратная тенденция: снижение числа студентов с депрессией с 31% (на первом курсе) до 5% – на шестом курсе. У РС депрессия сочеталась с тревогой реже ($p=0,003$ $OR=3,1$) – 60,1% случаев, чем у ИС (82,5%), сочетаясь при этом чаще ($p=0,009$ $OR=2,3$) со стрессом – соответственно 70,7% и 50,8% случаев и одинаково часто у РС и ИС – с социофобией – 60,6% и 56,1%.

Тревога выявлялась одинаково часто: 34,3% – у РС и 34% – ИС, а клинический ее уровень – у 10,1% и 9,6% соответственно. У РС тревога чаще ($p=0,006$ $OR=1,7$) выявлялась у лиц женского пола – 37,2% случаев, чем мужского – 25,7% (с шансом в 1,7 раза выше). На 1-м курсе тревога встречалась чаще ($p=0,019$ $OR=2,0$) у ИС (48,8% случаев), чем у РС (32,2% случаев), что связано с синергизмом миграционного и учебного стресса.

Ко второму курсу распространенность тревоги была одинаковой у РС и ИС (35-35,5%), с 3-го по 5-й – без значимых различий, а на шестом – статистически значимо ($p=0,003$ $OR=5,1$) превалировала у РС (31,7% случаев против 8,4% у ИС). Некоторое повышение клинического

уровня тревоги на 3-м курсе у ИС было связано с необходимостью общения с пациентами на клинических кафедрах.

У РС и ИС тревога сочеталась с депрессией и социофобией одинаково часто у РС и ИС: 50,4% – 43,1% и 56,5% – 51,4% случаев соответственно. Тревога чаще ($p=0,0005$; $OR=2,9$) сочеталась со стрессом у РС (66,9% случаев), чем у ИС (40,4% случаев).

Симптомы социофобии выявлялись одинаково часто у РС (33,7%) и ИС (28%). У РС СФ чаще ($p=0,003$ $OR=1,9$) наблюдались у лиц женского пола (37,1% человек), чем мужского (24,1% человек). Клинически значимый уровень социофобии регистрировался у 15% РС и 10,6% – ИС. Если на 1-м курсе они выявлялись одинаково часто у РС и ИС (33,6% и 45,2%), то на 5-м и 6-м курсах у РС их частота была статистически значимо выше: соответственно 46% и 27,7% ($p=0,043$ $OR=2,2$) и 42,7% и 10% ($p=0,0006$ $OR=6,7$). Социофобии сочетались с депрессией (53,3% случаев у РС и 58,9% – у ИС), и тревогой (61,9% случаев у РС и 62,2% – у ИС). У РС социофобии чаще ($p=0,003$ $OR=2,2$), чем у ИС, сочетались с дистрессом – соответственно в 60,7% и 41,1%.

**РОЛЬ УЧЕБНОГО СТРЕССА И ФАКТОРЫ РИСКА
ФОРМИРОВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У РУССКОЯЗЫЧНЫХ И ИНОСТРАННЫХ
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

4.1 Сравнительные характеристики мотивов поступления в медицинский институт и привлекательности врачебной профессии – как стрессовых факторов у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Изучение мотивов поступления в Медицинский институт (таблица 4.1.1) показало, что в подавляющем большинстве случаев (81,7%) для РС это было личное убеждение (в диапазоне от 76,8 % до 86,3%). Значительно меньшее число (14,4% в диапазоне от 11% до 18,2%) поступили в медицинский институт по совету родителей. Выбравших врачебную специальность по совету знакомых или случайно было незначительное количество – соответственно 1,1% и 2,8%.

Таблица 4.1.1 – Мотивы поступления в ВУЗ русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Мотив поступления	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс		ВСЕГО	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Русскоязычные студенты														
Личное убеждение	126	86,3	99	80,5	122	84,2	74	81,3	108	78,9	63	76,8	592	81,7
По совету родителей	19	13,0	20	16,3	16	11,0	11	12,1	25	18,2	13	15,8	104	14,4
По совету знакомых	-	-	3	2,4	-	-	3	3,3	-	-	2	2,4	8	1,1
Случайно	1	0,7	1	0,8	7	4,8	3	3,3	4	2,9	4	4,9	20	2,8
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0	724	100,0
Иностранные студенты														
Личное убеждение	64	76,2	33	73,3	29	78,4	34	70,8	33	70,2	47	78,3	240	74,7
По совету родителей	19	22,6	10	22,2	6	16,2	13	27,1	11	23,4	11	18,3	70	21,8
По совету знакомых	1	1,2	1	2,2	1	2,7	0	0,0	2	4,3	1	1,7	6	1,9
Случайно	0	0,0	1	2,2	1	2,7	1	2,1	1	2,1	1	1,7	5	1,6
ИТОГО	84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100,0	321	100

Большинство ИС (74,7%) также поступили в медицинский институт по собственному убеждению, и только 16-22% - по совету родителей. Поступивших случайно или по совету знакомых было от 1,2% до 4,3%.

В общей сложности по собственной инициативе поступили в медицинский институт статистически значимо ($\chi^2=6,294$ $p=0,013$) большее число русскоязычных студентов, чем иностранных. Для большего числа ИС, чем для РС ($\chi^2=8,348$ $p=0,005$) в выборе будущей профессии сыграл «совет родителей».

Установлено, что РС, поступившие в ВУЗ не по собственной инициативе, более остро реагировали на учебные стрессовые факторы, чем сделавшие собственный выбор. Это проявлялось в оценке ими учебников как «непонятных» ($p=0,005$), пропуске занятий с задолженностями ($p=0,004$), нежелании учиться ($p=0,000$), разочаровании в профессии ($p=0,000$), страхе будущего ($p=0,002$), наличии проблем в личной жизни ($p=0,005$). У ИС, поступивших не по собственной инициативе, более остро ощущалась «нехватка денег» ($p=0,01$) и нежелание учиться ($p=0,007$).

У РС, поступивших в ВУЗ не по собственной инициативе, были более выраженными фактически все симптомы учебного стресса (таблица 4.1.2).

Таблица 4.1.2 – Сравнительные характеристики выраженности симптомов учебного стресса в зависимости от мотива поступления в медицинский институт

№ п/п	Симптомы учебного стресса	РС				
		Совет		Сам		p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Ощущение беспомощности	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-7,0	0,001
2	Наплывы посторонних мыслей	8,0	6,0-9,0	8,0	5,0-9,0	0,026
3	Повышенная отвлекаемость	5,0	2,5-8,0	5,0	2,0-8,0	0,000
4	Раздражительность, обидчивость	5,0	3,0-7,0	4,0	2,0-6,0	0,000
5	Плохое настроение, депрессия	1,5	0,0-6,0	2,0	0,0-5,0	0,003
6	Страх, тревога	3,0	0,0-7,0	3,5	0,0-7,0	0,014
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	5,0	3,0-8,0	5,0	2,0-7,0	0,008
8	Постоянная нехватка времени, спешка	5,0	3,0-8,0	5,0	2,0-7,0	***
9	Плохой сон	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	***
10	Проблемы в общении с преподавателями	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	0,003
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	6,0	4,0-8,0	6,0	4,0-8,0	0,023
12	Затрудненное дыхание	3,0	2,0-6,0	2,0	0,0-4,0	***
13	Проблемы с желудочно-кишечным трактом	3,0	1,0-6,0	1,0	0,0-3,0	0,025
14	Напряжение или дрожание мышц	3,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	0,018
15	Головные боли	5,0	2,0-8,0	3,0	1,0-7,0	0,038
16	Низкая работоспособность, утомляемость	3,0	0,0-5,0	1,0	0,0-4,0	0,001

У ИС, поступивших «по совету», в сравнении с поступившими по собственной инициативе, были более выраженными психосоматические симптомы: учащенное сердцебиение ($p=0,01$), затрудненное дыхание ($p=0,04$), «проблемы с ЖКТ» ($p=0,004$) и низкая работоспособность ($p=0,02$).

Изучение распределения русскоязычных студентов по убежденности в правильности выбора врачебной профессии (таблица 4.1.3) показало, что абсолютная убежденность в правильности сделанного выбора (на 80-100%) была характерна для наибольшего числа студентов 3-го курса – 75,5%. Несколько ниже были цифры у студентов 2-го (61,8%), 6-го (52,5%) и 1-го (52,1%) курсов. Ниже 50% эти цифры оказались у студентов 4-5 курсов без статистически зна-

чимых различий. Таким образом, в среднем убеждены на 80-100% в правильности выбора профессии только половина студентов.

Таблица 4.1.3 – Распределение студентов по степени убежденности в правильности выбора и привлекательности профессии врача на момент обследования

Параметр и степень убежденности (в %)		РС											
		1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
		п	%	п	%	п	п	%	%	п	%	п	%
Правильность выбора профессии	10-40%	16	52,1	11	8,9	25	17,2	14	15,4	26	19,0	16	19,5
	50-70%	38	26,0	36	29,3	53	7,3	33	36,2	52	38,0	23	28,0
	80-100%	82	21,9	76	61,8	67	75,5	44	48,4	59	43,0	43	52,5
Привлекательность профессии	10-40%	9	6,2	9	7,3	20	13,8	9	9,9	20	14,6	26	31,7
	50-70%	25	17,1	34	27,6	48	33,1	36	39,6	52	38,0	24	29,3
	80-100%	112	76,7	80	65,1	77	53,1	46	50,5	64	47,4	32	39,0
ИТОГО		146	100	123	100	145	100	91	100	137	100	82	100
ИС													
Правильность выбора профессии	10-40%	14	16,6	8	17,8	10	27,0	5	10,4	10	21,3	15	25,0
	50-70%	23	27,4	20	44,4	7	18,9	15	31,3	21	44,7	9	15,0
	80-100%	47	56,0	17	37,8	20	54,1	28	58,3	16	34,0	36	60,0
Привлекательность профессии	10-40%	3	3,6	3	6,7	0	0,0	3	6,2	2	4,3	5	8,3
	50-70%	23	27,4	16	35,6	6	16,2	9	18,8	8	17,0	8	13,3
	80-100%	58	69,0	26	57,7	31	83,8	36	75,0	37	78,7	47	78,4
ИТОГО		84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100,0

У ИС только на первом и третьем курсах немногим более половины (56,0–54,1%) были убеждены (на 80-100%) в правильности выбора профессии врача, на втором курсе – только 37,8%, на пятом – 34%, а на шестом – 60%. Это связано с тем, что на втором курсе предстояли наиболее сложные экзамены – по анатомии человека и гистологии, что требовало тщательной подготовки и существенных затрат времени и сил. Различия с РС статистически не значимые.

Изучение привлекательности профессии врача для РС показало, что если на 1-м и 2-м курсе привлекательность ее (на 80-100%) была характерна для 65-76% студентов, то на каждом последующем курсе она снижалась и у выпускников составила всего 39%. С нашей точки зрения, этот факт объясняется спонтанной и неподготовленной реорганизацией системы здравоохранения – когда значительная часть студентов 6-го курса после государственных экзаменов вместо ординатуры будут работать врачами общей практики (не имея при этом должной подготовки в этой области) и предстоящей всеобщей аккредитацией (также не подготовленной).

Для РС, поступивших в ВУЗ не по собственной инициативе, было более характерно разочарование в выборе профессии врача и низкая ее привлекательность.

Высокие цифры привлекательности профессии врача (83,8%) показали иностранные студенты 3-го курса. Это обусловлено тем, что на третьем курсе они начинают изучать клинические дисциплины, что субъективно воспринимается как настоящее обучение врачебной профес-

сии. У ИС привлекательность профессии врача (на 80-100%) была также и у большинства студентов 6-го курса – 78,4%, что обусловлено удовлетворением скорого завершения процесса учебы. В то же время отмечается определенный парадокс, касающийся правильности выбора для них профессии врача: на 80-100% убеждены в правильности своего выбора только 60,0% шестикурсников.

Корреляционный анализ между степенью убежденности в правильности выбора профессии и ее привлекательностью (таблица 4.1.4) выявил сильную корреляционную зависимость у русскоязычных студентов, а также слабую и среднюю - у иностранных, что свидетельствует о высокой степени откровенности студентов при проведении исследования.

Таблица 4.1.4 – Корреляционные зависимости между степенью убежденности в правильности выбора профессии и ее привлекательностью

1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
г	р=	г	р=	г	р=	г	р=	г	р=	г	р=
Русскоязычные студенты											
0,773	0,000	0,774	0,000	0,800	0,000	0,758	0,000	0,766	0,000	0,785	0,000
Иностранные студенты											
0,302	0,006	0,436	0,003	0,380	0,020	0,785	0,0000	0,489	0,0005	0,691	0,0000

Несмотря на не очень высокие показатели убежденности в правильности выбора и привлекательности врачебной профессии, показал, что большинство студентов не жалеют о сделанном выборе, что особенно характерно для младших курсов, и не готовы сделать выбор в пользу другой профессии, если бы была возможность «вернуться в прошлое» (таблица 4.1.5). В то же время треть студентов 5-го и 6-го курсов «выбрали бы другую профессию».

Таблица 4.1.5 – Динамика приверженности профессии студентов-медиков за 6-летний период обучения

Выбор	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
РС														
Поступили бы в вновь	138	94,5	106	86,2	111	76,6	72	79,1	90	65,7	55	67,1	572	79,0
Другая профессия	8	5,5	17	13,8	34	23,4	19	20,9	47	34,3	27	32,9	152	21,0
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0	724	100
ИС														
Поступили бы в вновь	73	86,9	38	74,4	33	89,2	37	77,1	33	70,2	53	88,3	267	83,2
Другая профессия	11	13,1	7	15,6	4	10,8	11	22,9	14	29,8	7	11,7	54	16,8
ИТОГО	84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100,0	321	100

В то же время ИС продемонстрировали достаточно высокую приверженность врачебной профессии. Так, в среднем из всех курсов абсолютное большинство (фактически 83% студентов) вновь поступили бы в медицинский институт. При этом ожидаемо наибольшую приверженность продемонстрировали студенты 6-го курса (88,3%) и третьего курса (89,2%). Выбрали

бы другую профессию 10,8% третьекурсников и 29,8% – пятикурсников. Это было обусловлено, как уже было сказано выше, началом изучения на 3-м курсе клинических дисциплин, а на пятом – определенной усталостью от учебы и предстоящим, до окончания ВУЗа, годом обучения.

К концу учебы (6-й курс) выявлены статистически значимые различия в приверженности профессии врача: если среди РС треть (32,9%) предпочли бы другую профессию, то среди ИС – только 11,7% ($\chi^2 = 7,472$ $p = 0,007$ $OR = 3,7$ $95\% CI = 1,4-10,3$). Вероятность разочарования в профессии до уровня предпочтения другой, у русскоязычных студентов-медиков почти в 4 раза выше, чем у иностранных.

Таким образом, установлено, что в подавляющем большинстве случаев (81,7%) РС поступали в медицинский институт по личному убеждению (в зависимости от курса обучения ответы колебались в диапазоне от 76,8 % до 86,3%). Большинство ИС (74,7%) также поступили в медицинский институт по собственному убеждению.

Установлено, что русскоязычные студенты-медики, поступившие в ВУЗ не по собственной инициативе, более остро реагировали на учебные стрессовые факторы, чем сделавшие собственный выбор. У них были более выраженными фактически все симптомы учебного стресса.

У иностранных студентов, поступивших «по совету», в сравнении с поступившими по собственной инициативе, были более выраженными психосоматические симптомы: учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, «проблемы с ЖКТ» и низкая работоспособность.

Среди РС и ИС в среднем убеждены (на 80-100%) в правильности выбора профессии только 60% студентов 6-го курса. Для РС, поступивших в ВУЗ не по собственной инициативе, было характерным разочарование в выборе профессии врача и низкая ее привлекательность.

В то же время треть (32,9%) РС 6-го курса «при возможности» «выбрали бы другую профессию», а среди ИС – только 11,7%.

Исследование показало, что разочаровавшихся в профессии врача среди РС значимо большее число, чем среди ИС.

4.2 Сравнительные характеристики общего дистресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Дистресс различной степени выраженности (тест DASS-21) выявлен у 250 (34,5%) русскоязычных студентов (таблица 4.2.1).

Установлено, что в общей совокупности у РС дистресс переносили большее число студентов ($\chi^2=10,155$ $p=0,002$; $OR=1,6$ $95\%CI=1,2-2,2$), чем ИС – соответственно 250 (34,5%) и 56 (17,5%) человек. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность дистресса в период учебы в медицинском институте у русскоязычных студентов в 1,6 раза выше, чем у иностранных. Это связано с более прагматичным отношением последних к учебе и отсутствием стремления к высокой успеваемости (и связанной с ней возможностью получения стипендии).

Таблица 4.2.1 – Распределение стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков по степени выраженности и гендерному признаку

№ п/п	Выраженность стресса	РС						ИС					
		ЛМП* (n=187)		ЛЖП* (n=537)		ВСЕГО (n=724)		ЛМП* (n=248)		ЛЖП* (n=73)		ВСЕГО (n=321)	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	Отсутствие	144	77,0	330	61,4	474	65,5	205	82,7	60	82,2	265	82,5
2	Легкая	12	6,4	68	12,7	80	11,1	18	7,3	6	8,2	24	7,5
3	Умеренная	19	10,2	66	12,3	85	11,7	22	8,9	4	5,5	26	8,1
4	Выраженная	9	4,8	50	9,3	59	8,1	3	1,2	3	4,1	6	1,9
5	Крайне выражена	3	1,6	23	4,3	26	3,6	–	–	–	–	–	–
ИТОГО		187	100,0	537	100,0	724	100,0	248	100,0	73	100,0	321	100,0

*ЛМП – лица мужского пола; *ЛЖП – лица женского пола

Характерно, что если у ИС гендерных различий по числу студентов, переживаемых дистресс, не выявлено (дистресс наблюдался у 43 или 17,3% лиц мужского и 13 или 17,8% женского пола), то у РС выявлены статистически значимые гендерные различия. Так, дистресс переживали 207 (38,6%) лиц женского и 43 (23%) мужского пола ($\chi^2=14,161$ $p=0,0008$; $OR=2,1$ $95\%CI=1,4-3,1$). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность дистресса у русскоязычных студенток в период учебы в медицинском институте более, чем в 2 раза, выше, чем у студентов мужского пола.

Изучение степени выраженности дистресса на различных курсах обучения (таблица 4.2.2) показало, что стресс у РС в первые три года обучения (1-2-3 курсы) наблюдался у третьей части: соответственно 31,5% – 33,3% и 33,9% (различия статистически не значимые). На 4-5 курсах отмечалось некоторое повышение частоты стресса (до 38,5% и 37,9%), а у выпускников (шестикурсников) – 32,9%. Таким образом, стресс наблюдался фактически у третьей части русскоязычных студентов-медиков во все годы обучения.

Таблица 4.2.2 – Уровень дистресса по результатам теста DASS-21 у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс		ВСЕГО	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
	РС													
Норма	100	68,5	82	66,6	96	66,1	56	61,5	85	62,1	55	67,1	474	65,5
Легко	20	13,7	20	16,3	10	6,9	10	11,0	14	10,2	6	7,3	80	11,0
Умеренная	16	11,0	6	4,9	23	15,9	15	16,5	15	10,9	10	12,2	85	11,7
Выраженная	6	4,1	8	6,5	12	8,3	7	7,7	20	14,6	6	7,3	59	8,1
Тяжелая	4	2,7	7	5,7	4	2,8	3	3,3	3	2,2	5	6,1	26	3,6
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0	724	100,0
ИС														
Норма	59	70,2	38	84,4	33	89,2	39	81,3	39	82,9	58	96,7	266	82,9
Легко	9	10,7	3	6,7	1	2,7	3	6,2	6	12,8	2	3,3	24	7,5
Умеренная	14	16,7	4	8,9	2	5,4	3	6,2	2	4,3	–	–	25	7,8
Выраженная	2	2,4	0	0,0	1	2,7	3	6,2	0	0,0	–	–	6	1,9
ИТОГО	84	100	45	100	37	100	48	100	47	100	60	100,0	321	100

Анализ динамики стресса у ИС показал, что наибольший стресс испытывали студенты 1-го курса: у 19,1% регистрировался клинический его уровень со снижением на 2-м и 3-м курсах и с последующим повышением на 4-м и 5-м курсах. Динамика общего уровня стресса у ИС коррелировала с динамикой субклинического уровня депрессии ($r=0,900$ $p=0,037$).

Сравнение уровня общего стресса показало, что в общей сложности дистресс испытывали большее число (34,5%) русскоязычных, чем иностранных студентов-медиков – 17,1% ($\chi^2=31,729$ $p=0,0005$; $OR=2,6$ $95\%CI=1,8-3,4$). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность дистресса у русскоязычных студентов в 2,6 раза выше, чем у иностранных.

Одинаковый уровень дистресса обе группы студентов (РС и ИС) испытывали только в период обучения на 1-м курсе, а на всех последующих – уровень дистресса был выше у русскоязычных. Особенно эти различия очевидны на 6-м курсе: у 32,9% русскоязычных регистрировался дистресс и только у 3,3% иностранных студентов.

Таким образом, установлено, что в общей совокупности дистресс чаще отмечался у РС, чем у ИС – соответственно 34,5% и 17,5%. У РС дистресс был одинаково распространен на всех курсах обучения и более характерен (38,6%) для лиц женского пола, чем мужского (23%). У ИС дистресс регистрировался в 19,1% случаев на 1-м курсе, а на шестом – только в 3,3%. Исследование показало, что дистресс более характерен для РС, чем ИС.

4.3 Сравнительные характеристики степени сложности адаптации к учебному процессу и последующей учебы русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Верификация степени трудности адаптации к учебному процессу русскоязычных студентов-медиков первого курса показала, что медианное значение этого показателя составило 30% (в диапазоне $Q_{25-75}=10-50\%$), что свидетельствует о незначительной выраженности адаптационных трудностей.

В отличие от этого, медианное значение этого показателя у ИС составило 50 баллов, что свидетельствует о значительных трудностях в адаптации. При этом 36,9% студентов оценили тяжесть адаптации в 50-70 баллов, а 20,2% – в 80-100 баллов. Другими словами, более половины (57,1%) иностранных студентов первого курса испытывали серьезные затруднения в адаптации в первые месяцы обучения в иноязычной стране. Среди факторов, обуславливающих наибольшие трудности для адаптации, был языковой барьер (64,3%), на втором месте – непривычная пища, иные, отличные от привычных, климатические условия. Отсутствие информации на английском и незнакомая территория города затрудняли адаптацию соответственно для 13,1% и 8,3% ИС.

Для 19% иностранных первокурсников важную роль играло субъективное восприятие ими негативного отношения окружающих. Это было связано с тем, что одним из основных способов преодоления стресса у них были пропуски занятий и необходимость последующей их отработки для получения зачета. Последнее и интерпретировалось как предвзятое отношение.

Миграционный и учебный стресс в первые месяцы пребывания на территории другой страны обуславливал возникновение эмоциональной подавленности и пассивных суицидальных мыслей у 44% иностранных студентов-медиков.

Верификация степени трудности обучения в медицинском институте для РС (таблица 4.3.1) показала, что абсолютно легко давалась учеба незначительному числу студентов – от 0,7% на 3-м курсе до 15,9% - на шестом курсе.

В то же время средней степени трудности и серьезные затруднения испытывали 46,6% первокурсников и 53,8% русскоязычных студентов 3-го курса. Это обусловлено тем, что на 1-м курсе студенты впервые столкнулись с высокой учебной нагрузкой и системой обучения, отличной от школьной, а на 3-м курсе, помимо высокой учебной нагрузки, началось изучение клинических дисциплин и общение с пациентами. Большинству русскоязычных студентов наиболее легко учеба давалась на 4-5 курсах.

Верификация субъективной оценки сложности обучения для ИС показала, что на первом курсе немногим более 40% студентов испытывали средней степени выраженности затруднения

в освоении учебного материала со снижением этой цифры на 2 – 3 – 4 курсах: соответственно до 28,9% на втором, 21,6% - на третьем ($\chi^2=4,13$ $df=1$ $p=0,042$) и 18,8% - на четвертом курсе. Повышение степени сложности учебы на 5-м курсе у 34% студентов обусловлено интенсивным изучением клинических дисциплин, необходимостью общения с пациентами при слабом владении русским языком.

Таблица 4.3.1 – Сравнительная характеристика субъективной оценки студентами-медиками степени трудности обучения в медицинском институте

Степень трудности	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс		ВСЕГО	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
РС														
Отсутствие	5	3,4	1	0,8	1	0,7	5	5,5	8	5,8	13	15,9	33	4,6
Легкая	73	50,0	75	61,0	66	45,5	55	60,4	78	57,0	38	46,3	385	53,2
Средняя	65	44,5	42	34,1	70	48,3	24	26,4	47	34,3	26	31,7	274	37,8
Выраженная	3	2,1	5	4,1	8	5,5	7	7,7	4	2,9	5	6,1	32	4,4
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100	724	100,0
ИС														
Отсутствие	5	6,0	5	11,1	7	18,9	11	22,9	6	12,8	9	15,0	43	13,4
Легкая	36	42,9	24	53,3	20	54,1	23	47,9	24	51,1	39	65,0	166	51,8
Средняя	36	42,9	13	28,9	8	21,6	9	18,8	16	34,0	9	15,0	91	28,3
Выраженная	7	8,3	3	6,7	2	5,4	5	10,4	1	2,1	3	5,0	21	6,5
ИТОГО	84	100,0	45	100,0	37	100,0	48	100,0	47	100,0	60	100,0	321	100,0

Серьезные трудности в учебе испытывали незначительное число ИС. В большинстве случаев (от 43% до 65%) иностранные студенты испытывали легкие трудности.

В общей сложности, по субъективной оценке студентов, у них отсутствовали какие-либо затруднения в учебе у большего числа ИС (13,4%), по сравнению с РС (4,6% при $\chi^2=24,464$ $p=0,0005$; $OR=3,2$ $95\%CI=2,0-5,3$). Наиболее четко это прослеживалось на 3-м и 4-м курсах. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность субъективной оценки сложности обучения в медицинском институте как «отсутствие сложности» иностранными студентами более чем в 3 раза выше, чем русскоязычными.

Средние затруднения испытывали 37,8% русскоязычных и 28,3% – иностранных студентов-медиков ($\chi^2=8,412$ $p=0,005$; $OR=1,5$ $95\%CI=1,1-2,1$).

Таким образом, в общей совокупности субъективно степень сложности обучения в медицинском институте более часто оценивали русскоязычные студенты-медики.

Изучение количества времени, затрачиваемого РС в сутки на домашнюю подготовку к занятиям следующего дня (таблица 4.3.2), показало, что почти половина (48,6%) первокурсников уделяют этому 5 и более часов. Большинство второкурсников (54,5%) самостоятельно занимаются 3-4 часа, а 5 часов и более – 40,6%. Большая часть студентов 4-го и 5-го курсов (59,3% и 54,1%) также занимаются по 3-4 часа. Показательно, что если на первых трех курсах

до 2 часов занимались самоподготовкой от 4,1% до 12,4% студентов, то на более старших курсах эта цифра возрастает: до 22,6% на 4-м и 5-м курсах, а на шестом достигает уже 48,7%.

Изучение степени загруженности иностранных студентов подготовкой к практическим занятиям показало, что четвертая часть студентов первого курса не уделяла должного внимания подготовке, в связи с чем имела задолженности с угрозой отчисления из института. Это касалось и 40% студентов 2-го курса, среди которых было значительное число восстановившихся после отчисления и практически не уделяющих времени для подготовки к занятиям. Большинство студентов 3-го курса уделяли 3-4 часа в день для подготовки к занятиям следующего дня.

Таблица 4.3.2 – Время, затрачиваемое на подготовку к занятиям студентами-медиками

Количество часов	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс		ВСЕГО	
	п	%	п	%	п	п	%	%	п	%	п	%	п	%
Русскоязычные студенты														
1-2	6	4,1	6	4,9	18	12,4	20	22,0	33	24,1	40	48,7	123	17,0
3-4	69	47,3	67	54,5	57	39,3	54	59,3	72	52,6	29	35,4	348	48,1
5	32	21,9	25	20,3	25	17,2	10	11,0	17	12,4	9	11,0	118	16,3
6 и более	39	26,7	25	20,3	45	31,1	7	7,7	15	10,9	4	4,9	135	18,6
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0	724	100,0
Иностранные студенты														
1-2	22	26,2	18	40,0	6	16,2	21	43,7	11	23,4	22	36,7	100	31,2
3-4	31	36,9	21	46,7	26	70,3	20	41,7	23	48,9	27	45,0	148	46,1
5	21	25,0	5	11,1	4	10,8	1	2,1	5	10,6	8	13,3	44	13,7
6 и более	10	11,9	1	2,2	1	2,7	6	12,5	8	17,0	3	5,0	29	9,0
ИТОГО	84	100,0	45	100,0	37	100,0	48	100,0	47	100,0	60	100,0	321	100,0

Более 40% ИС 2-6 курсов уделяли подготовке к занятиям от 3 до 4 часов в день. Пять и более часов уделяли 36,9% студентов первого курса. Это было связано с тем, что обучение проходило не на родном языке, а на английском, которым не все студенты владели в совершенстве.

Сравнительный анализ показал, что на 1-2 и 4-м курсах статистически значимо большее число ИС, по сравнению с РС ($p < 0,01$), уделяли подготовке к занятиям недостаточное время (1-2 часа). В общей совокупности треть (31,2%) иностранных и 17% русскоязычных студентов уделяли самоподготовке 1-2 часа ($\chi^2 = 35,752$ $p = 0,0005$; $OR = 2,6$ $95\% CI = 1,9-3,5$). Таким образом, установлено, что ИС уделяли меньше времени для самоподготовки к занятиям, чем РС.

В связи с высокой учебной нагрузкой русскоязычные студенты-медики выделяли недостаточно времени для ночного сна (таблица 4.3.3).

В будни уделяли ночному сну 4-5 часов фактически треть РС (исключая студентов 6-го курса), а более половины спят в сутки 6-7 часов. Восемь и более часов в сутки спит менее пятой части студентов. В выходные ситуация меняется: более 80% РС всех курсов спали более 8 часов в сутки.

Не уделяли ночному сну должного времени (продолжительность сна – 6-7 часов в сутки) половина иностранных студентов 1-4-5 курсов. Только 40,5% третьекурсников спали в будни 8 часов и более.

В выходные дни подавляющее большинство ИС (более 70%) первого и третьего курсов спали значительно больше 8 часов. В то же время, это могли себе позволить только 57,8% студентов 2-го курса ($\chi^2=9,92$ $df=1$ $p=0,0025$). Вероятность недосыпания студентов 2-го курса по сравнению с первым курсом, довольно высокая – более чем в 3 раза ($OR=3,35$ $95\%CI=1,5-7,4$). Это обусловлено высокой учебной нагрузкой и экзаменами по анатомии человека и гистологии.

Таблица 4.3.3 – Время на сон в сутки, выделяемое студентами-медиками

Дни недели	К-во часов	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
РС													
Будни	4-5	42	28,8	42	34,1	53	36,6	33	36,2	42	30,7	14	17,1
	6-7	89	60,9	75	61,0	76	52,4	45	49,4	76	55,4	47	57,3
	8-9	15	10,3	4	3,3	15	10,3	12	13,3	16	11,7	17	20,7
	10 >	-	-	2	1,6	1	0,7	1	1,1	3	2,2	4	4,9
Выходные	4-5	-	-	2	1,6	1	0,7	3	3,3	1	0,7	1	1,2
	6-7	13	8,9	17	13,8	18	12,4	11	12,1	11	8,0	10	12,2
	8-9	72	49,3	52	42,3	61	42,1	42	46,1	64	46,7	31	37,8
	10 >	61	41,8	52	42,3	65	44,8	35	38,5	92	44,6	40	48,8
ИС													
Будни	4-5	23	27,4	12	26,7	5	13,5	9	18,8	10	21,3	13	21,7
	6-7	42	50,0	28	62,2	17	45,9	25	52,1	24	51,0	32	53,3
	8-9	18	21,4	5	11,1	15	40,5	14	29,1	13	27,7	15	25,0
Выходные	6-7	21	25,0	19	42,2	5	13,5	12	25,0	5	10,6	15	25,0
	8-9	35	41,7	18	40,0	17	45,9	22	45,8	20	42,6	23	38,3
	10 >	28	33,3	8	17,8	15	35,1	14	29,2	21	44,7	22	36,7

Показательно, что пятая часть (21,7%) ИС 6-го курса уделяли в будни ночному сну только 4-5 часов. Это было связано с отдыхом и общением со сверстниками. В выходные дни только 40%-55% ИС спали по 6-7 часов. Более 8 часов в сутки уделяли сну 75% студентов 1-го курса, что было связано с повышенной усталостью. Более высокие цифры получены у студентов 3-го курса (81%) и пятого курса (87,3%).

Значительная часть русскоязычных и иностранных студентов-медиков (рисунок 4.3.1) уделяли ночному сну явно недостаточное время (4-5 часов).

Установлено, что на 1-м и 2-м курсах каждый четвертый иностранный студент спал 4-5 часов в сутки, что связано с необходимостью подготовки к занятиям. По мере адаптации к учебе и переходу к изучению клинических дисциплин (3-й и 4-й курсы), только 13,5%-18,8% студентов недосыпали с повышением удельного веса до 21,3% и 21,7% на 5-м и 6-м курсах. Что касается 6 курса, то недосыпание больше связано с тратой времени на развлечения.

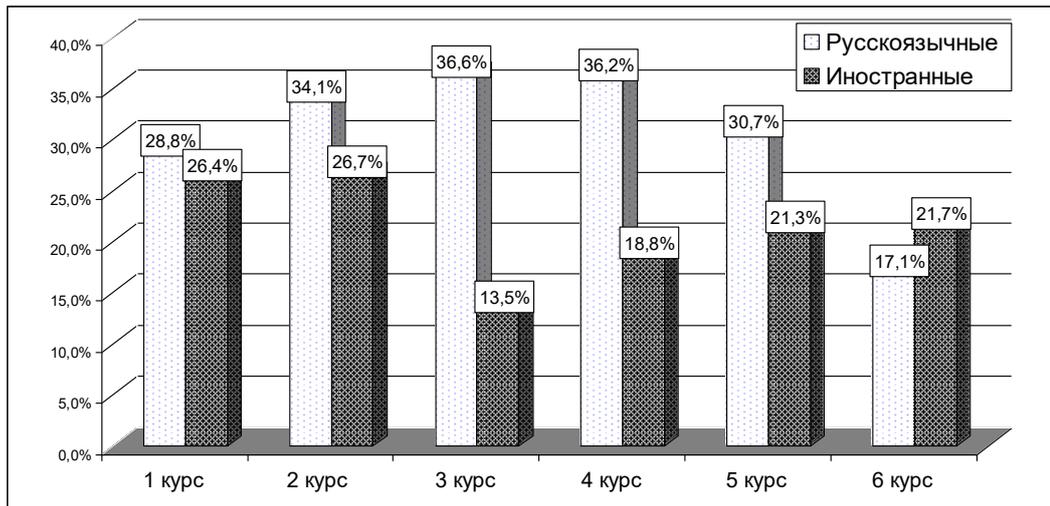


Рисунок 4.3.1 – Удельный вес по курсам студентов-медиков, уделяющих ночному сну недостаточное время (4-5 часов в сутки)

В общей совокупности недостаточное время для ночного сна (4-5 часов) уделяли большее число ($\chi^2=7,996$ $p=0,006$; $OR=1,6$ $95\%CI=1,1-2,2$) русскоязычных студентов, по сравнению с иностранными – соответственно 226 (31,2%) и 72 (22,4%) студента.

Таким образом, установлено, что степень трудности адаптации к учебному процессу студентов первого курса была выше у ИС – 50 баллов (медиана) по 100 балльной шкале, а среди РС – 30 баллов. Более половины (57,1%) иностранных студентов первого курса испытывали серьезные затруднения в адаптации в первые месяцы обучения в иноязычной стране.

Среди факторов, обуславливающих наибольшие трудности для адаптации ИС, был языковой барьер (64,3%), на втором месте – непривычная пища и непривычные климатические условия.

Миграционный и учебный стресс в первые месяцы пребывания на территории другой страны обуславливал возникновение пассивных суицидальных мыслей у 44% ИС.

В общей совокупности субъективно степень сложности обучения в медицинском институте более часто отмечалась у русскоязычных студентов-медиков.

ИС уделяли меньше времени для самоподготовки к занятиям, чем русскоязычные.

В общей совокупности недостаточное время для ночного сна (4-5 часов) уделяли большее число РС, по сравнению с иностранными: соответственно 31,2% и 22,4%.

4.4 Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Субъективная оценка значимости учебных стрессовых факторов за 6 лет обучения для русскоязычных и иностранных студентов представлены в таблицах 4.4.1 и 4.4.2.

Как видно из таблицы 4.4.1, для русскоязычных первокурсников наиболее значимыми были «большая учебная нагрузка» и «много времени на подготовку к занятиям». В то же время для студентов второго и всех последующих курсов, по сравнению с первым, более значимыми были конфликтные отношения в группе, нежелание учиться и разочарование в профессии, а также нехватка денег. Кроме того, для студентов младших курсов более значимым было проживание вдали от родителей, а также трудности в организации своего режима дня.

В результате изучения гендерных различий в субъективной оценке значимости учебных стрессовых факторов (таблица 4.4.3), установлено, что на 1-2 и 6-м курсах гендерных различий в значимости учебных стрессовых факторов у русскоязычных студентов не выявлено. На первом и втором курсах это было связано с высокой учебной нагрузкой и большими затратами времени на учебу, а на шестом – с предстоящим окончанием ВУЗа.

На третьем курсе лица женского пола хуже переносили большую учебную нагрузку, жизнь вдали от родителей и чаще испытывали страх перед будущим.

Таблица 4.4.1 – Субъективная значимость учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов-медиков

№ п/п	Учебные стрессовые факторы		1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к			
	Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=
1	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-7,0	***	5,0	3,0-7,0	***	5,0	3,0-7,0	***	5,0	3,0-7,0	***	5,0	3,0-7,0	***	5,0	3,0-7,0	***	5,0	3,0-6,0	***	5,0	3,0-6,0	***
2	8,0	6,0-9,0	8,0	7,0-9,0	***	9,0	7,0-10,0	***	9,0	7,0-10,0	***	6,0	4,0-8,0	0,002	8,0	6,0-9,0	***	8,0	6,0-9,0	***	8,0	6,0-9,0	***	5,5	4,0-8,0	0,000
3	5,0	2,0-7,0	5,0	2,0-7,0	***	5,0	2,0-8,0	***	5,0	2,0-8,0	***	5,0	2,0-8,0	***	6,0	4,0-9,0	-0,003	6,0	4,0-9,0	-0,003	6,0	2,0-9,0	***	6,0	2,0-9,0	***
4	3,0	1,0-5,0	5,0	3,0-7,0	-0,000	4,5	3,0-7,0	-0,000	4,5	3,0-7,0	-0,000	4,0	1,0-6,0	-0,05	5,0	3,0-8,0	-0,000	4,5	3,0-8,0	-0,000	4,5	2,0-7,0	-0,004	4,5	2,0-7,0	-0,004
5	0,0	0,0-4,0	1,0	0,0-5,0	***	1,0	0,0-5,0	***	1,0	0,0-5,0	***	3,0	0,0-7,0	-0,007	2,0	0,0-7,0	-0,02	3,0	0,0-7,0	-0,02	3,0	0,0-6,0	-0,03	3,0	0,0-6,0	-0,03
6	2,0	0,0-6,0	3,0	0,0-6,0	***	3,0	1,0-6,0	***	3,0	1,0-6,0	***	6,0	3,0-9,0	-0,000	4,0	1,0-8,0	-0,001	5,0	0,0-7,0	-0,001	5,0	0,0-7,0	-0,01	5,0	0,0-7,0	-0,01
7	4,0	2,0-7,0	5,0	3,0-8,0	-0,01	5,0	3,0-8,0	-0,01	5,0	3,0-8,0	-0,004	5,0	3,0-8,0	***	5,0	3,0-8,0	***	5,0	3,0-8,0	***	5,0	3,0-8,0	***	4,0	2,0-6,0	***
8	4,0	2,0-7,0	5,0	2,0-8,0	-0,02	4,0	1,0-7,0	***	5,0	2,0-8,0	***	5,0	2,0-8,0	***	5,0	2,0-8,0	***	5,0	3,0-8,0	-0,006	4,0	1,0-6,0	***	4,0	1,0-6,0	***
9	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-3,0	-0,01	0,0	0,0-2,0	-0,001	0,0	0,0-1,5	-0,001	0,0	0,0-1,5	-0,03	0,0	0,0-1,5	-0,03
10	0,0	0,0-1,0	1,0	0,0-4,0	-0,000	1,0	0,0-3,0	-0,000	1,0	0,0-3,0	-0,000	2,0	0,0-5,0	-0,000	1,0	0,0-4,0	-0,000	1,5	0,0-4,5	-0,000	1,5	0,0-4,5	-0,000	1,5	0,0-4,5	-0,000
11	7,0	4,0-8,0	6,0	5,0-8,0	***	7,0	5,0-9,0	***	7,0	5,0-9,0	***	5,0	3,0-8,0	0,03	6,0	4,0-8,0	***	4,0	2,0-7,0	***	4,0	2,0-7,0	0,000	4,0	2,0-7,0	0,000
12	1,0	0,0-3,0	2,0	1,0-5,0	-0,01	3,0	1,0-5,0	-0,000	2,0	0,0-4,0	-0,000	2,0	0,0-4,0	***	2,5	1,0-4,5	-0,003	2,0	1,0-5,0	-0,003	2,0	1,0-5,0	-0,007	2,0	1,0-5,0	-0,007
13	0,0	0,0-1,0	1,0	0,0-3,0	-0,003	1,0	0,0-4,0	-0,000	1,0	0,0-4,0	-0,000	1,0	0,0-4,0	-0,000	2,0	1,0-5,0	-0,000	3,0	1,0-6,0	-0,000	3,0	1,0-6,0	-0,000	3,0	1,0-6,0	-0,000
14	1,0	0,0-4,0	2,0	0,0-5,0	***	1,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-4,0	***	2,0	1,0-6,0	-0,03	3,0	1,0-6,0	-0,004	3,0	0,0-6,0	-0,004	3,0	0,0-6,0	-0,04	3,0	0,0-6,0	-0,04
15	2,0	0,0-5,0	3,0	1,0-7,0	-0,005	3,0	0,0-6,0	***	4,0	0,0-7,0	***	4,0	0,0-7,0	***	4,0	0,0-7,0	***	5,0	3,0-8,0	-0,000	6,5	2,0-8,0	-0,000	6,5	2,0-8,0	-0,000
16	0,0	0,0-3,0	2,0	0,0-5,0	-0,001	2,0	0,0-5,0	-0,001	2,0	0,0-5,0	-0,01	2,0	0,0-5,0	-0,003	2,0	0,0-6,0	-0,000	2,0	0,0-5,0	-0,000	2,0	0,0-5,0	-0,003	2,0	0,0-5,0	-0,003
17	4,0	1,0-7,0	5,0	2,0-7,0	***	5,0	3,0-8,0	***	5,0	3,0-8,0	***	3,0	0,0-6,0	***	3,0	2,0-6,0	***	4,0	1,0-7,0	***	4,0	1,0-7,0	***	4,0	1,0-7,0	***
18	4,0	1,0-7,0	4,0	1,0-6,0	***	4,0	2,0-6,0	***	4,0	2,0-6,0	***	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	4,0	1,0-7,0	***	4,0	1,0-7,0	***	3,0	0,0-6,0	0,04

***Различия статистически не значимы

Таблица 4.4.2 – Субъективная значимость учебных стрессовых факторов для иностранных студентов-медиков

№ ш/п	1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к		
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	
1	5,0	2,0-7,0	5,0	3,0-7,0	0,865	5,0	3,0-6,0	0,773	5,0	2,5-6,0	0,529	5,0	2,0-6,0	0,707	4,0	3,0-6,0	0,068						
2	6,0	4,0-8,0	5,0	4,0-6,0	0,014	4,0	3,0-6,0	0,002	5,5	3,5-8,0	0,819	5,0	3,0-6,0	0,003	5,0	3,0-6,0	0,003						
3	7,0	4,0-9,0	4,0	2,0-6,0	0,000	5,0	2,0-8,0	0,056	4,0	2,0-6,0	0,001	7,0	3,0-9,0	0,584	6,0	2,0-9,0	0,361						
4	4,5	2,0-6,0	4,0	1,0-5,0	0,242	3,0	2,0-5,0	0,163	5,0	4,0-8,0	0,045	4,0	2,0-6,0	0,832	4,0	1,0-5,0	0,252						
5	5,0	3,0-8,0	5,0	2,0-6,0	0,038	3,0	2,0-5,0	0,012	3,5	1,0-6,5	0,020	5,0	3,0-8,0	0,839	5,0	2,0-8,0	0,301						
6	3,0	1,0-5,0	3,0	1,0-6,0	0,747	3,0	1,0-5,0	0,492	3,0	1,0-5,5	0,570	3,0	0,0-7,0	0,486	3,0	1,0-5,0	0,597						
7	5,0	3,0-7,0	4,0	2,0-5,0	0,006	3,0	1,0-5,0	0,000	3,0	1,0-8,0	0,096	3,0	1,0-6,0	0,001	3,5	2,0-6,0	0,001						
8	6,0	3,0-9,0	4,0	2,0-6,0	0,002	4,0	2,0-6,0	0,003	0,5	0,0-4,0	0,000	4,0	2,0-7,0	0,022	3,0	1,0-7,0	0,000						
9	4,0	0,0-6,0	1,0	0,0-4,0	0,010	1,0	0,0-4,0	0,035	0,0	0,0-2,0	0,001	2,0	0,0-4,0	0,067	2,0	0,0-4,0	0,03						
10	2,0	0,0-4,0	1,0	0,0-3,0	0,546	2,0	0,0-3,0	0,773	2,0	0,0-3,0	0,964	2,0	0,0-4,0	0,429	1,0	0,0-3,5	0,657						
11	5,0	3,0-7,0	2,0	1,0-4,0	0,000	1,5	0,0-3,0	0,000	1,0	0,0-2,0	0,000	3,0	1,0-5,0	0,003	1,0	0,0-4,0	0,000						
12	1,0	0,0-4,0	2,0	0,0-3,0	0,677	1,0	0,0-3,0	0,718	0,0	0,0-3,0	0,371	0,0	0,0-3,0	0,240	1,0	0,0-3,0	0,153						
13	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	0,869	0,0	0,0-4,0	0,616	1,5	0,0-4,0	0,443	0,0	0,0-3,0	0,136	0,0	0,0-3,0	0,228						
14	2,0	0,0-5,0	2,0	1,0-4,0	0,939	2,0	0,0-5,0	0,444	2,0	0,0-6,0	0,816	1,0	0,0-4,0	0,122	1,0	0,0-3,0	0,03						
15	4,0	2,0-6,0	4,0	1,0-5,0	0,371	2,0	0,0-5,0	0,013	0,5	0,0-3,0	0,000	2,0	0,0-5,0	0,024	1,0	0,0-4,0	0,000						
16	3,0	1,0-5,0	1,0	0,0-5,0	0,063	1,0	0,0-3,0	0,007	2,0	1,0-5,0	0,580	1,0	0,0-4,0	0,031	0,0	0,0-3,5	0,000						
17	5,0	2,0-6,0	4,0	1,0-5,0	0,077	1,0	0,0-3,0	0,000	3,0	0,0-5,0	0,010	2,0	0,0-5,0	0,002	1,5	0,0-4,0	0,000						
18	5,0	2,0-7,0	3,0	2,0-5,0	0,021	2,0	0,0-4,0	0,000	1,0	0,0-3,0	0,000	1,0	0,0-4,0	0,000	1,0	0,0-3,5	0,000						
19	4,0	1,0-6,0	3,0	1,0-6,0	0,234	4,0	1,0-7,0	0,851	5,0	2,5-6,0	0,000	1,0	0,0-3,0	0,000	1,0	0,0-3,0	0,000						

***Различия статистически не значимы

Таблица 4.4.3 – Гендерные различия субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов: М (+); Ж (-)

№	Учебные стрессовые факторы	3 курс	4 курс	5 курс
1	Строгие преподаватели	***	***	-0,046
2	Большая учебная нагрузка	-0,01		-0,004
3	Отсутствие учебников	***		-0,043
4	Жизнь вдали от родителей	-0,02		***
5	Нехватка денег	***		+0,024
6	Много времени готовиться к занятиям	-0,003		-0,000
7	Страх перед будущим	-0,0004	-0,045	***

***Различия статистически не значимые

На четвертом курсе статистически значимых различий также не выявлено. На 5-м курсе лица женского пола хуже, чем мужского, переносят строгость преподавателей, большую учебную нагрузку, необходимость длительно готовиться к занятиям. Для мужчин более значимой была «нехватка денег».

Из таблицы 4.4.2 видно, что наиболее значимыми стрессовыми факторами для иностранных студентов первого курса выступали отсутствие учебников, большая учебная нагрузка, нерациональное расписание, а также бытовые трудности (неспособность организовать режим дня, нерегулярное питание). Перечисленные факторы, а также такие факторы, как страх перед будущим и неуверенность в себе, были более характерны для первокурсников, чем для студентов последующих курсов ($p < 0,05$).

Сравнение степени значимости учебных стрессовых факторов (таблица 4.4.4) показало, что первокурсники-иностранцы более остро реагировали на большинство факторов учебного стресса, что было связано с определенным синергизмом миграционного и учебного стресса. Начиная со второго курса, большинство учебных стрессовых факторов были статистически значимо более актуальными для русскоязычных студентов. Актуальными для ИС были только проблемы совместного проживания в общежитии и существование «вдали от родителей».

Таблица 4.4.4 – Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения

№ п/п	Учебные стрессовые факторы		1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	РС	ИС	РС	ИС	РС	ИС	РС	ИС	РС	ИС	РС	ИС	РС	ИС
1	***	***		0,000	***	***	***	***	***	***	***	***		***
2	0,002		0,000		0,000	***	0,000	***	***	***	0,000			***
3		0,001												
4		0,009	***	***			0,040			0,019				
5		0,000	***	***	***	0,007	***	***			***	***	***	0,001
6	***	***			***	***	***	0,035						***
7		0,017	0,000	0,000	0,000	***	0,000	0,796			0,007			***
8		0,000	0,011		0,000	0,000	0,000	0,000						***
9		0,000	***	0,000	***	0,002	***	***			***	0,003		0,002
10		0,000	***		***	***	***	***						
11	0,002	***	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	***	0,000	0,000	0,000	
12		***	***	***	***	***	0,012	0,000	0,000	***	0,002	0,002	0,000	0,002
13		0,000	***	***	***	***		***	***	***	0,000	0,000	0,000	0,000
14		***	0,032	***	***	***	***	***	0,004		0,002	0,000	0,009	***
15	***	0,003	***	***	***	***	***	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
16		0,000	***	***	***	***		0,000	***		***	***	0,021	0,001
17		***	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	***		0,012	0,001	0,001	0,030
18		***	***	***	0,000	0,000	0,000	0,000	***		***	***	0,030	0,000
19		0,000	***	***	0,030	0,030	0,030	0,030	0,030		***	***	0,000	0,000

Сравнение результатов факторного анализа учтенных стрессовых факторов у русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения показал следующее (таблица 4.4.5).

Как видно из таблицы 4.4.5, для русскоязычных студентов наиболее сложной была адаптация к непривычному режиму учебы, а для иностранных – непонятные для них учебники и необходимость отработки пропущенных занятий. (Пропуски занятий – один из основных способов «отдыха» и снижения эмоционального напряжения для иностранных студентов-медиков). На втором месте у русскоязычных были бытовые проблемы (конфликты в общежитии и в группе), что связано с астенией и снижением фрустрационной толерантности, а у иностранных – некоторая растерянность, воспринимаемая как разочарование в профессии. Остальные факторы были практически одинаковыми и связанными с высокой учебной нагрузкой.

У первокурсников-иностранцев наиболее значимыми учебными стрессовыми факторами были «сложность учебы» и «жесткие требования», обуславливающие определенную растерянность и актуализацию личных проблем.

На 2-м курсе у иностранных студентов проблемы были аналогичными, за исключением фактора сложности и напряженности учебного процесса, который занимал 46,7% дисперсии.

На третьем курсе у РС, в связи с началом обучения на клинических кафедрах, ведущей проблемой, наряду с высокой учебной нагрузкой, были личностные особенности – стеснительность, У ИС 3-го курса наиболее значимым фактором являлась высокая загруженность, что в сочетании с жесткими требованиями детерминировало генерализованный стресс. Это связано с началом обучения на клинических кафедрах, необходимостью общения с пациентами при незнании или слабом владении русским языком.

У РС 4-го курса значимыми были высокая учебная нагрузка и бытовые проблемы, а для ИС – сложность и напряженность обучения, бытовые проблемы и разочарование в профессии.

Для русскоязычных пятикурсников значение имели высокая учебная нагрузка, разочарование в профессии и бытовые проблемы, а для иностранных – неуверенность в будущем и сложности учебы.

Таблица 4.4.5 – Факторный анализ учебных стрессовых факторов русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения

№	Название фактора	Составляющие	r=	С/З	% Дисп.
1 курс					
Русскоязычные студенты					66,6
1	<i>Трудности режима</i>	Трудности режима	0,791	5,5	28,9
2	<i>Бытовые проблемы</i>	Конфликты в общежитии	0,801	2,2	11,5
		Конфликты в группе	0,768		
3	<i>Растерянность</i>	Нежелание учиться	0,792	2,0	10,3
		Разочарование в профессии	0,761		
4	<i>Высокая нагрузка</i>	Много занятий в день	0,842	1,6	8,2
		Нерациональное расписание	0,828		
5	<i>Жесткие требования</i>	Строгие преподаватели	0,798	1,5	7,7
		Большая учебная нагрузка	0,743		
Иностранные студенты					60,6
1	<i>Сложность учебы</i>	Отработка пропусков	0,709	5,1	26,8
		Непонятные учебники	0,704		
2	<i>Растерянность</i>	Разочарование в профессии	0,780	2,2	11,6
3	<i>Жесткие требования</i>	Строгие преподаватели	0,881	1,7	8,8
		Большая загруженность	0,874		
4	<i>Личные проблемы</i>	Тоска по родителям	0,727	1,3	7,1
		Нехватка денег	0,719		
5	<i>Трудности режима</i>	Нерациональное расписание	0,811	1,2	6,4
2 курс					
Русскоязычные студенты					62,5
1	<i>Высокая учебная нагрузка</i>	Строгие преподаватели	0,744	5,1	27,0
		Большая учебная нагрузка	0,813		
2	<i>Личные проблемы</i>	Стеснительность	0,802	2,0	10,6
		Страх будущего	0,825		
		Проблемы в личной жизни	0,748		
3	<i>Личные проблемы</i>	Вдали от родителей	0,773	1,4	7,3
		Проблемы общежития	0,794		
4	<i>Нежелание учиться</i>	Нежелание учиться	0,748	1,2	6,4
5	<i>Высокая учебная нагрузка</i>	Нерац. расписание занятий	0,795	1,1	5,9
		Много занятий	0,766		
6	<i>Нехватка времени</i>	Нерегулярное питание	0,756	1,0	5,3
Иностранные студенты					74%
1	<i>Сложность учебы</i>	Непонятные учебники	0,840	7,0	36,7
		Отсутствие учебников	0,783		
2	<i>Учебная перегрузка</i>	Много материала изучать	0,699	1,9	10,0
		Нежелание учиться	0,693		
3	<i>Растерянность</i>	Разочарование в профессии	0,792	1,5	8,0
		Проблемы в общежитии	0,761		
4	<i>Жесткие требования</i>	Строгие преподаватели	0,801	1,3	7,1
		Большая загруженность	0,749		
5	<i>Личные проблемы</i>	Проблемы в личной жизни	0,795	1,2	6,5
		Нерациональное расписание	0,734		
6	<i>Тоска по родителям</i>	Далеко родители	0,860	1,1	5,7

Продолжение таблицы 4.4.5

3 курс					
Русскоязычные студенты					
1	Личностные особенности	Стеснительность	0,728	4,2	22,2
2	Нежелание учиться	Нежелание учиться	0,837	1,8	9,6
		Разочарование в профессии	0,774		
3	Высокая учебная нагрузка	Нерациональное расписание	0,857	1,6	8,2
		Много занятий	0,780		
4	Учебные проблемы	Отсутствие учебников	0,742	1,4	7,5
5	Личные проблемы	Проблема общежития	0,750	1,3	6,7
6	Высокая учебная нагрузка	Большая учебная нагрузка	0,853	1,2	6,4
		Много готовить	0,762		
Иностранцы студенты					73,2%
1	Генерализованный стресс	Нежелание учиться	0,754	5,6	29,3
		Разочарование в профессии	0,744		
		Страх будущего	0,714		
		Проблемы в личной жизни	0,700		
2	Жесткие требования	Строгие преподаватели	0,874	2,9	15,5
		Отсутствие учебников	0,809		
3	Высокая загруженность	Нерациональное расписание	0,852	1,6	8,7
		Много занятий	0,733		
		Нерегулярное питание	0,706		
4	Высокая загруженность	Непонятные учебники	0,838	1,6	8,2
		Трудности режима дня	0,743		
5	Материальные проблемы	Нехватка денег	-0,752	1,1	5,8
6	Высокая загруженность	Много времени готовиться	0,830	1,1	5,7
4 курс					
Русскоязычные студенты					54,6
1	Высокая учебная нагрузка	Нерациональное расписание	0,760	7,4	38,6
		Много занятий	0,874		
		Большая учебная нагрузка	0,777		
		Отсутствие учебников	0,780		
2	Бытовые проблемы	Нехватка денег	0,734	3,1	16,0
		Стеснительность	0,813		
		Страх будущего	0,780		
Иностранцы студенты					76%
1	Напряженность учебного процесса	Отработка пропусков	0,846	9,0	47,2
		Страх будущего	0,806		
		Нерациональное расписание	0,712		
2	Сложность учебы	Отсутствие учебников	0,889	3,2	17,2
		Непонятные учебники	0,822		
		Далеко родители	0,843		
		Много занятий	0,743		
3	Разочарование в профессии	Разочарование в профессии	0,717	1,2	6,2
4	Бытовые проблемы	Конфликты в группе	0,811	1,0	5,4
		Нежелание учиться	0,735		

Продолжение таблицы 4.4.5

5 курс					
Русскоязычные студенты					53,5
1	Учебная нагрузка	Большая учебная нагрузка	0,777	5,2	27,5
2	Разочарование в профессии	Разочарование в профессии	0,805	1,9	9,8
		Страх будущего	0,712		
3	Бытовые проблемы	Проблемы общежития	0,751	3,1	16,2
		Нехватка денег	0,808		
Иностранные студенты					71,5%
1	Неуверенность в будущем	Страх будущего	0,817	8,1	47,9
		Стеснительность	0,771		
		Проблемы в личной жизни	0,710		
		Разочарование в профессии	0,706		
2	Сложности учебного процесса	Отсутствие учебников	0,850	1,7	10,0
		Непонятные учебники	0,717		
		Трудности режима дня	0,706		
3	Интенсивность учебного процесса	Строгие преподаватели	0,861	1,3	7,7
		Большая загруженность	0,745		
4	Пресыщение учебной	Нежелание учиться	0,771	1,0	5,9
		Конфликты в группе	0,751		
6 курс					
Русскоязычные студенты					
1	Учебная нагрузка	Строгие преподаватели	0,862	5,7	31,2
		Большая учебная нагрузка	0,871		
2	Личные проблемы	Проблема общежития	0,812	3,5	18,7
		Вдали от родителей	0,768		
3	Учебные проблемы	Нерациональное расписание	0,757	1,3	6,9
		Необходимость отработки	0,778	1,2	6,3
4	Разочарование в профессии	Нежелание учиться	0,762	1,1	5,7
		Разочарование в профессии	0,811		
		Страх будущего	0,712		
Иностранные студенты					65,7%
1	Личные проблемы	Стеснительность	0,812	7,4	29,2
		Проблемы в личной жизни	0,764		
		Конфликты в группе	0,760		
		Проблемы в общежитии	0,742		
2	Напряженность учебного процесса	Строгие преподаватели	0,838	2,4	14,6
		Много занятий	0,748		
3	Сложность учебного процесса	Отсутствие учебников	0,865	1,3	14,6
		Непонятные учебники	0,746		
4	Жесткие требования	Отработка пропусков	0,758	1,2	7,3

У русскоязычных студентов 6-го курса на первом месте была высокая учебная нагрузка, личные проблемы и разочарование в профессии. В то же время для иностранных студентов 6-го курса в связи с приближающимся окончанием учебы существенную стрессогенную роль играли личные проблемы, а также напряженность и сложность учебы.

Таким образом, установлено, что для РС субъективная значимость учебных стрессовых факторов была различной для разных курсов обучения. Так, для первокурсников наибольшее значение имела высокая учебная нагрузка и жизнь вдали от родителей. На старших курсах преобладали конфликтные отношения в группе, нежелание учиться и разочарование в профессии, а также нехватка денег. При этом лица женского пола (3-й курс) хуже переносили большую учебную нагрузку, жизнь вдали от родителей и чаще испытывали страх перед будущим.

Для ИС наиболее значимыми стрессовыми факторами на 1-м курсе выступали отсутствие учебников, большая учебная нагрузка, нерациональное расписание, а также бытовые трудности.

Первокурсники-иностранцы более остро реагировали на большинство факторов учебного стресса, что было связано с определенным синергизмом миграционного и учебного стресса. Начиная со второго курса, большинство учебных стрессовых факторов были статистически значимо более актуальными для РС.

Характерно, что для РС на 6-м курсе значимыми были высокая учебная нагрузка, личные проблемы и разочарование в профессии, а для ИС – личные проблемы, а также напряженность и сложность учебы.

4.5 Сравнительные характеристики субъективной оценки степени выраженности симптомов учебного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Структура и выраженность симптомов учебного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков представлена в таблице 4.5.1 и 4.5.2. Как видно из таблицы 4.5.1, наиболее значимыми для РС 1-го курса, по сравнению с последующими, были плохой сон, ощущение беспомощности и наплывы посторонних мыслей – тематический ментизм, характерный для астенических состояний. Кроме того, их беспокоили головные боли, низкая работоспособность и повышенная утомляемость. Начиная с третьего курса, значимыми становились проблемы общения с преподавателями, снижение работоспособности и быстрая утомляемость, а также проблемы с желудочно-кишечным трактом.

Изучение гендерных различий показало, что среди лиц женского пола практически все перечисленные выше симптомы (кроме проблем с преподавателями и затрудненного дыхания) встречались значительно чаще ($p < 0,05$).

Таблица 4.5.1 – Структура и выраженность (в баллах: от 1 до 10) симптомов учебного стресса у русскоязычных студентов-медиков за 6-летний период обучения

№ п/п	Симптомы учебного стресса	1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к		
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=	Me	Q ₂₅₋₇₅	p=
1	Ощущение беспомощности	2,0	0,0-5,0	3,0	1,0-5,0	-0,03	2,5	1,0-6,0	***	2,0	0,0-4,0	***	3,0	2,0-5,0	-0,01	2,0	0,0-4,0	***	3,0	2,0-5,0	-0,01	2,0	0,0-4,0	***
2	Наплывы посторонних мыслей	2,0	1,0-4,0	3,0	1,0-6,0	-0,02	3,5	1,0-7,0	-0,01	2,0	1,0-5,0	***	3,0	1,0-5,0	***	3,0	1,0-5,0	***	3,0	1,0-5,0	***	3,0	0,0-5,0	***
3	Повышенная отвлекаемость	3,0	1,0-5,0	4,0	2,0-7,0	-0,004	4,0	2,0-7,0	-0,000	3,0	1,0-5,0	***	4,0	2,0-7,0	-0,000	4,0	1,0-6,0	-0,000	4,0	1,0-6,0	-0,000	4,0	1,0-6,0	-0,003
4	Раздражительность, обидчивость	2,0	0,0-4,0	3,0	1,0-5,0	-0,01	2,0	1,0-5,0	-0,04	3,0	1,0-5,0	***	3,0	2,0-5,0	-0,000	2,5	1,0-5,0	***	3,0	2,0-5,0	-0,000	2,5	1,0-5,0	***
5	Плохое настроение, депрессия	2,0	1,0-4,0	3,0	1,0-6,0	-0,02	3,0	1,0-6,0	-0,004	3,0	1,0-5,0	***	4,0	2,0-6,0	-0,000	2,0	1,0-5,0	***	4,0	2,0-6,0	-0,000	2,0	1,0-5,0	***
6	Страх, тревога	2,0	0,0-4,0	2,0	1,0-6,0	***	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	3,0	1,0-5,0	-0,05	3,0	1,0-5,0	-0,05	3,0	1,0-5,0	***
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	1,0	0,0-3,0	3,0	0,0-5,0	-0,001	1,0	0,0-4,0	***	2,0	0,0-3,0	***	2,0	0,0-3,0	***	3,0	1,0-6,0	-0,000	2,0	1,0-6,0	-0,000	2,0	1,0-6,0	-0,001
8	Постоянная нехватка времени, спешка	4,0	2,0-7,0	5,0	2,0-8,0	***	6,0	3,0-8,0	-0,02	5,0	2,0-8,0	***	6,0	4,0-8,0	-0,001	4,0	1,0-7,0	***	6,0	4,0-8,0	-0,001	4,0	1,0-7,0	***
9	Плохой сон	3,0	1,0-6,0	5,0	2,0-8,0	-0,003	4,0	2,0-8,0	0,02	5,0	1,0-8,0	***	5,0	2,0-8,0	0,02	3,0	0,0-6,0	***	5,0	2,0-8,0	0,02	3,0	0,0-6,0	***
10	Проблемы в общении с преподавателями	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	***	2,0	0,0-4,0	-0,002	1,0	0,0-4,0	-0,04	2,0	0,0-4,0	-0,000	2,0	0,0-5,0	-0,001	2,0	0,0-4,0	-0,000	2,0	0,0-5,0	-0,001
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-3,0	-0,004	1,0	0,0-3,0	-0,004	1,0	0,0-3,0	-0,004
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-3,0	***
13	Проблемы с желудочно-кишечным трактом	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***	1,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-4,5	-0,02	1,0	0,0-4,5	-0,02	1,0	0,0-4,0	-0,05
14	Напряжение или дрожание мышц	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-3,0	***	0,5	0,0-2,0	***	0,5	0,0-2,0	***	0,0	0,0-4,0	***
15	Головные боли	2,0	0,0-6,0	4,0	2,0-7,0	-0,03	4,0	0,0-7,0	***	3,0	1,0-7,0	***	3,0	1,0-7,0	***	4,0	1,0-7,0	***	4,0	1,0-7,0	***	3,0	0,0-5,0	***
16	Низкая работоспособность, утомляемость	3,0	1,0-6,0	4,0	1,0-6,0	***	5,0	2,0-7,0	-0,006	3,0	1,0-6,0	***	5,0	3,0-7,0	-0,000	4,0	1,0-7,0	***	5,0	3,0-7,0	-0,000	4,0	1,0-7,0	***

***Различия статистически не значимые

Таблица 4.5.2 – Структура и выраженность (в баллах: от 1 до 10) симптомов учебного стресса у иностранных студентов-медиков

№ п/п	Симптомы учебного стресса	1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к				
		Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=		
1	Ощущение беспомощности	3,0	1,0-5,0	2,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-3,0	0,002	2,0	0,0-4,5	0,05	2,0	0,0-4,0	0,04	1,0	0,0-2,0	0,000	0,04	1,0	0,0-2,0	0,000	0,04	1,0	0,0-2,0	0,000
2	Напльвы посторонних мыслей	3,0	1,0-5,0	2,0	1,0-4,0	***	1,0	0,0-3,0	0,006	1,5	0,0-4,0	***	1,0	0,0-3,0	0,002	1,0	0,0-2,0	0,000	0,002	1,0	0,0-2,0	0,000	0,002	1,0	0,0-2,0	0,000
3	Повышенная отвлекаемость	4,0	1,0-5,0	3,0	1,0-5,0	***	1,0	0,0-2,0	0,000	2,0	0,5-5,0	***	2,0	0,0-5,0	0,02	1,0	0,0-2,5	0,000	0,02	1,0	0,0-2,5	0,000	0,02	1,0	0,0-2,5	0,000
4	Раздражительность, обидчивость	3,0	0,0-4,5	2,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-3,0	0,034	2,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-2,0	0,000	***	1,0	0,0-2,0	0,000	***	1,0	0,0-2,0	0,000
5	Плохое настроение, депрессия	3,0	1,0-5,0	2,0	1,0-4,0	***	1,0	0,0-2,0	0,003	1,5	0,0-5,0	***	1,5	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	0,000	***	2,0	0,0-5,0	0,000	***	1,0	0,0-2,0	0,000
6	Страх, тревога	3,0	1,0-5,0	1,0	0,0-3,0	0,008	1,0	0,0-2,0	0,001	1,0	0,0-3,0	0,007	1,0	0,0-3,0	0,001	1,0	0,0-2,0	0,000	0,001	1,0	0,0-2,0	0,000	0,001	1,0	0,0-2,0	0,000
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	2,0	0,0-5,0	1,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-2,0	0,018	1,0	0,0-4,0	***	1,0	0,0-4,0	0,05	1,0	0,0-2,0	0,000	0,05	1,0	0,0-2,0	0,000	0,05	1,0	0,0-2,0	0,000
8	Спешка, ощущение нехватки времени	4,0	2,0-7,0	3,0	1,0-5,0	0,02	1,0	0,0-4,0	0,000	2,0	1,0-4,5	0,007	2,0	0,0-4,0	0,000	1,0	0,0-3,0	0,000	0,000	1,0	0,0-3,0	0,000	0,000	1,0	0,0-3,0	0,000
9	Плохой сон	4,0	1,0-6,0	3,0	0,0-6,0	***	2,0	0,0-4,0	0,003	3,0	0,5-5,0	***	3,0	0,5-5,0	***	2,0	1,0-5,0	0,000	***	2,0	1,0-5,0	0,000	***	1,0	0,0-3,0	0,000
10	Проблемы в общении с преподавателями	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	***	3,0	1,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-4,0	0,02	***	2,0	0,0-4,0	0,02	***	2,0	0,0-5,0	0,02
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-0,5	***	0,0	0,0-0,5	***	0,0	0,0-1,0	0,03	***	0,0	0,0-1,0	0,03	***	0,0	0,0-1,0	0,03
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-1,0	0,01	***	0,0	0,0-1,0	0,01	***	0,0	0,0-0,0	0,01
13	Проблемы с ЖКТ	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-2,0	0,01	***	0,0	0,0-2,0	0,01	***	0,0	0,0-2,0	0,01
14	Напряжение или дрожание мышц	1,0	0,0-3,0	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,5	***	0,0	0,0-1,5	***	0,0	0,0-1,0	0,000	0,05	0,0	0,0-1,0	0,000	0,05	0,0	0,0-1,0	0,000
15	Головные боли	3,0	1,0-6,0	2,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-2,0	0,002	1,0	0,0-4,0	0,01	1,0	0,0-4,0	0,005	0,0	0,0-2,0	0,000	0,005	0,0	0,0-2,0	0,000	0,005	0,0	0,0-2,0	0,000
16	Низкая работоспособность, утомляемость	3,0	1,0-6,0	1,0	0,0-3,0	0,004	0,0	0,0-2,0	0,000	1,0	0,0-3,0	0,001	1,0	0,0-3,0	0,001	1,0	0,0-3,0	0,000	0,000	1,0	0,0-3,0	0,000	0,000	1,0	0,0-2,0	0,000

*** Различия статистически не значимые

Анализ степени выраженности симптомов учебного стресса у иностранных студентов-медиков (таблица 4.5.2) показал, что у первокурсников, по сравнению со вторым курсом, были выявлены статистически значимые различия по параметрам: тревога (0,008), нехватка времени (0,02) и низкая работоспособность (0,004).

При сравнении 1-го и 3-го курсов оказалось, что по большинству симптомов степень выраженности учебного стресса была более высокой у студентов 1-го курса ($p < 0,05$).

Постоянное ощущение нехватки времени, а также выраженные страх и тревога, потеря уверенности и снижение самооценки были более характерны для первокурсников, в отличие от студентов 3-5 курсов.

В сравнении с 6-м курсом, у иностранцев-первокурсников отмечалось преобладание всех перечисленных симптомов.

Таким образом, для иностранных студентов-медиков учебный стресс в аспекте симптомообразования играет наиболее значимую роль на 1-м году обучения. Это связано с синергизмом учебного и миграционного стресса.

Сравнительный анализ субъективной оценки степени выраженности симптомов учебного стресса (таблица 4.5.3) у русскоязычных и иностранных студентов-медиков показал, что в период учебы на первом курсе по степени выраженности большинства симптомов учебного стресса РС и ИС не различались. Однако такие параметры, как «страх, тревога», «потеря уверенности, снижение самооценки», «затрудненное дыхание» и «проблемы общения с преподавателями» были статистически значимо выше у ИС. В последующем иностранные студенты хорошо адаптировались как к учебному процессу, так и к условиям проживания и, начиная со второго курса, степень выраженности практически всех симптомов учебного стресса на всех курсах (от второго до шестого) были статистически значимо более выраженными у РС.

Таблица 4.5.3 – Сравнительные характеристики субъективной оценки степени выраженности симптомов учебного стресса для русскоязычных и иностранных студентов-медиков за 6-летний период обучения

№ п/п	Симптомы учебного стресса	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
		Р	ИС	РС	ИС	Р	ИС	РС	ИС	Р	ИС	РС	ИС
1	Ощущение беспомощности			***		0,004		***		0,007		0,029	
2	Наплывы посторонних мыслей			0,035		0,001		***		0,001		0,002	
3	Повышенная отвлекаемость		***	***		0,000		***		0,000		0,000	
4	Раздражительность, обидчивость			***		0,003		***		0,004		0,000	
5	Плохое настроение, депрессия			0,024		0,000		***		0,000		0,000	
6	Страх, тревога		0,048	0,024		0,037		***		0,000		0,000	
7	Потеря уверенности, снижение самооценки		0,046	0,018		***		***		0,000		0,000	
8	Постоянная нехватка времени, спешка	***	***	0,001		0,000	***	0,002	***	0,000	***	0,000	***
9	Плохой сон		***	0,007		0,000		0,031		0,002		0,010	
10	Проблемы в общении с преподавателями		0,000	***	0,032	***		***		***		***	
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце		***	***		0,046		0,022		0,004		0,000	
12	Загруженное дыхание		0,037	***		***		0,041		***		0,018	
13	Проблемы с желудочно-кишечным трактом			***		0,044		***		0,050		0,035	
14	Напряжение или дрожание мышц		***	***		***		***		0,045		0,026	
15	Головные боли		***	0,000		0,000		0,001		0,000		0,000	
16	Низкая работоспособность, утомляемость			0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	

Сравнительные результаты факторного анализа выраженности симптомов учебного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков представлены в таблице 4.5.4.

Установлено, что наиболее значимыми факторами для русскоязычных первокурсников, возникающими в результате воздействия учебного стресса, были астено-депрессивные состояния (45,4%) и психосоматические симптомы (20,1%). На втором курсе уже просматривается нарастание усталости и главным симптомом (51,7% дисперсии) становится астеническая депрессия, а психосоматические симптомы занимают 9,6%. На третьем курсе на первый план уже выходят психосоматические симптомы (54,7% дисперсии), а также остаются актуальными и депрессивные симптомы – 12,5%. На четвертом курсе также отмечается преобладание психосоматических проявлений и нарастает тревожная симптоматика.

Таблица 4.5.4 – Сравнительные результаты факторного анализа выраженности симптомов учебного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

№ п/п	Название фактора	Составляющие фактора	r	% дисперсии
1 курс				
Русскоязычные студенты				65,5%
1	<i>Астеническая субдепрессия</i>	Страх, тревога	0,783	45,4
		Наплывы посторонних мыслей	0,767	
		Потеря уверенности	0,745	
		Низкая работоспособность	0,727	
		Ощущение беспомощности	0,721	
		Плохое настроение	0,720	
		Расстройства внимания	0,705	
2	<i>Психосоматические симптомы</i>	Затрудненное дыхание	0,827	20,1
		Учащенное мочеиспускание	0,795	
		Учащенное сердцебиение	0,775	
		Перебои в работе сердца	0,761	
		Дрожание в мышцах	0,740	
		Проблемы с ЖКТ	0,730	
		Напряженность в мышцах	0,717	
		Неудовлетворенность вдохом	0,704	
Иностранные студенты				58,1%
1	<i>Астеническая субдепрессия</i>	Наплывы посторонних мыслей	0,829	42,3
		Нехватка времени	0,822	
		Ощущение беспомощности	0,799	
		Страх, тревога	0,775	
		Расстройство внимания	0,736	
		Потеря уверенности	0,733	
		Плохое настроение	0,717	
2	<i>Психосоматические симптомы</i>	Тахикардия	0,861	15,8
		Затруднение дыхания	0,795	
		Проблемы с ЖКТ	0,832	
		Головные боли	0,728	

Продолжение таблицы 4.5.4

2 курс				
Русскоязычные студенты				61,3 %
1	<i>Астеническая субдепрессия</i>	Ощущение беспомощности	0,833	51,7
		Наплывы посторонних мыслей	0,822	
		Повышенная отвлекаемость	0,811	
		Раздражительность, обидчивость	0,802	
		Плохое настроение	0,808	
		Страх, тревога	0,792	
		Потеря уверенности	0,787	
		Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,792	
2	<i>Психосоматические симптомы</i>	Затрудненное дыхание	0,854	9,6
		Проблемы с ЖКТ	0,702	
		Напряжение или дрожание мышц	0,717	
Иностранные студенты				62,5
1	<i>Субдепрессия с раздражительностью</i>	Расстройство внимания	0,888	45,8
		Плохое настроение	0,880	
		Раздражительность, обидчивость	0,848	
		Наплывы посторонних мыслей	0,828	
		Страх, тревога	0,782	
		Ощущение беспомощности	0,742	
		Нехватка времени	0,707	
2	<i>Психосоматические симптомы</i>	Напряжение мышц	0,853	16,7
		Проблемы с ЖКТ	0,837	
		Затруднение дыхания	0,805	
		Низкая работоспособность	0,751	
3 курс				
Русскоязычные студенты				67,2%
1	<i>Психосоматические симптомы</i>	Невозможность глубоко вдохнуть	0,896	54,7
		Неудовлетворенность вдохом	0,857	
		Затрудненное дыхание	0,785	
		Напряжение мышц	0,785	
		Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,763	
		Дрожание мышц	0,759	
		Головные боли	0,734	
2	<i>Астеническая субдепрессия</i>	Расстройства внимания	0,811	12,5
		Потеря уверенности	0,808	
		Наплывы посторонних мыслей	0,796	
		Повышенная отвлекаемость	0,777	
		Ощущение беспомощности	0,721	
		Плохое настроение	0,719	
Иностранные студенты				71,4
1	<i>Астения</i>	Головные боли	0,847	52,0
		Раздражительность	0,825	
		Ощущение беспомощности	0,820	
		Расстройство внимания	0,769	
		Низкая работоспособность	0,749	
2	<i>Психосоматические симптомы</i>	Проблемы с ЖКТ	0,855	10,4
		Затрудненное дыхание	0,755	
3	<i>Расстройство сна</i>	Плохой сон	0,724	9,0

Продолжение таблицы 4.5.4

4 курс				
Русскоязычные студенты				64,0
1	Психосоматические симптомы	Затрудненное дыхание	0,831	47,5
		Учащенное сердцебиение	0,817	
		Напряжение мышц	0,700	
2	Напряженность	Плохой сон	0,811	9,5
		Нехватка времени	0,796	
3	Тревога	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	0,872	7,0
		Тревога	0,755	
Иностранные студенты				78,6%
1	Тревожная субдепрессия	Нехватка времени	0,880	60,3
		Плохое настроение	0,875	
		Наплывы посторонних мыслей	0,862	
		Потеря уверенности	0,831	
		Раздражительность	0,809	
		Тревога	0,753	
		Плохой сон	0,752	
		Расстройство внимания	0,743	
		Ощущение беспомощности	0,740	
2	Психосоматические симптомы	Затрудненное дыхание	0,863	11,6
		Учащенное сердцебиение	0,816	
		Напряжение мышц	0,739	
3	Астения	Низкая работоспособность	0,810	6,7
		Головные боли	0,755	
5 курс				
Русскоязычные студенты				61,4%
1	Расстройство «астения» и «расстройства сна», внимания	Тематический ментизм	0,833	42,8
		Расстройство внимания	0,811	
2	Психосоматические симптомы	Затрудненное дыхание	0,869	11,5
		Учащенное сердцебиение	0,808	
		Напряжение мышц	0,776	
		Головные боли	0,746	
3	Дефицит времени	Спешка	0,713	7,1
Иностранные студенты				74,0%
1	Астеническая субдепрессия	Проблемы общения с преподавателями	0,875	56,2
		Расстройство внимания	0,844	
		Ощущение беспомощности	0,825	
		Наплывы посторонних мыслей	0,795	
		Нехватка времени	0,791	
		Плохое настроение	0,756	
		Плохой сон	0,711	
2	Психосоматические симптомы	Учащенное сердцебиение	0,870	17,8
		Затрудненное дыхание	0,860	
		Проблемы с ЖКТ	0,891	
		Напряжение мышц	0,805	

Продолжение таблицы 4.5.4

6 курс				
Русскоязычные студенты				70,5%
1	<i>Астенический синдром</i>	Плохой сон	0,837	62,9
		Нехватка времени	0,827	
		Низкая работоспособность	0,823	
		Ощущение беспомощности	0,777	
		Расстройство внимания	0,729	
2	<i>Психосоматические симптомы</i>	Напряжение мышц	0,852	7,6
		Учащенное сердцебиение	0,849	
		Затрудненное дыхание	0,804	
Иностранные студенты 6 курс				Σ=64,0%
1	<i>Астено-вегетативный синдром</i>	Напряжение мышц	0,921	40,4
		Учащенное сердцебиение	0,909	
		Головные боли	0,747	
		Расстройство внимания	0,772	
		Проблемы с ЖКТ	0,804	
		Плохое настроение	0,741	
		Низкая работоспособность	0,848	
2	<i>Астения</i>	Раздражительность	0,823	15,9
		Тематический ментизм	0,863	
		Потеря уверенности	0,823	
		Затрудненное дыхание	0,886	
		Плохой сон	0,720	7,7
		Нехватка времени	0,749	

К пятому и шестому курсам у РС значительно нарастала астения (соответственно 42,8 и 62,9% дисперсии), которая сочетается с психосоматическими симптомами. Если на первых двух курсах доминирующими были симптомы со стороны психической сферы, то, начиная с 3-го курса, активно вовлекается соматическая сфера. Таким образом, закономерно заключить, что учебный стресс оказывает на русскоязычных студентов-медиков астенизирующее влияние и создает предпосылки для формирования психосоматических расстройств.

Факторный анализ симптомов учебного стресса ИС показал, что наиболее значимыми были усталость (астения), субдепрессия и психосоматические симптомы. Причем астения была доминирующим симптомом на всех курсах, за исключением четвертого. У студентов 4-го курса доминирующей реакцией на учебный стресс была тревожная субдепрессия, занимающая более 60% дисперсии. Это было связано с тем, что с данного периода начинается интенсивное изучение клинических дисциплин, курация пациентов, а это требует общения с ними на русском языке при недостаточном им владении.

Таким образом, установлено, что наиболее значимыми для РС 1-го курса, по сравнению с последующими, была астения (плохой сон, ощущение беспомощности, тематический ментизм, головные боли, низкая работоспособность и повышенная утомляемость). Начиная с третьего курса, значимыми становились проблемы общения с преподавателями, астения и психо-

соматические симптомы («проблемы с желудочно-кишечным трактом»). Указанные симптомы были более выраженными у лиц женского пола.

Для ИС 1-го курса значимыми были тревога, нехватка времени и низкая работоспособность.

К пятому и шестому курсам у РС значительно нарастала астения (соответственно 42,8 и 62,9% дисперсии), которая сочетается с психосоматическими симптомами, а у ИС – имела место субдепрессия и психосоматические симптомы.

Таким образом, на старших курсах имеет место повышенный риск формирования психосоматических расстройств как у РС, так и у ИС.

4.6 Сравнительные характеристики приемов преодоления учебного стресса русскоязычными и иностранными студентами-медиками

Наиболее предпочтительными способами преодоления учебного стресса (таблица 4.6.1) для РС было употребление алкоголя, табакокурение и, редко, употребление наркотиков, приобретающее все большее значение с переходом на старшие курсы. На старших курсах, по сравнению с первым, как способ преодоления стресса применялись пропуски занятий и увеличение времени ночного сна.

Для ИС 1-го курса (таблица 4.6.2) наиболее значимыми способами преодоления учебного стресса были поддержка родителей и прогулки на свежем воздухе, занятия спортом. Иностранные студенты 2-го курса, по сравнению с первым, для преодоления стресса чаще смотрели телевизор и занимались физической культурой (бассейн, спортзал), третьекурсники – чаще занимались физической культурой и употребляли алкоголь. Аналогичные формы преодоления стресса использовали студенты четвертого и пятого курсов. По сравнению со студентами 6-го курса, большее число первокурсников курили табак, употребляли алкоголь и наркотики. В то же время большее число студентов 5-го и 6-го курсов, по сравнению с первым курсом, для совладания со стрессом принимали лекарства. Другими словами – по мере адаптации в новых условиях аддиктивные способы совладания со стрессом для иностранных студентов теряли свое значение (за исключением приема лекарств).

Таблица 4.6.1 – Приемы устранения (в баллах: от 1 до 10) симптомов учебного стресса русскоязычными студентами-медиками

№ п/п	Способы преодоления учебного стресса	1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к p=	
		Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=		
1	Употребление алкоголя	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	-0,003	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	-0,03	0,0	0,0-4,0	-0,03	1,0	0,0-3,0	-0,000	1,0	0,0-3,0	-0,002	1,0	0,0-3,0	-0,002
2	Табакокурение	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	-0,01	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***
3	Употребляют наркотики	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	***	0,0	0,0-0,0	***
4	Употребляю больше еды	2,0	0,0-4,0	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	3,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***
5	Смотрят телевизор	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-3,0	***
6	Пропускаю занятия	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	-0,007	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	-0,000	0,0	0,0-1,0	-0,02	0,0	0,0-1,0	-0,02	0,0	0,0-1,0	-0,02	0,0	0,0-0,0	***
7	Больше сплю	3,0	0,5-5,0	2,0	0,0-6,0	***	4,0	0,0-6,5	4,0	0,0-6,5	-0,05	3,0	1,0-5,0	***	4,0	1,0-6,0	***	4,0	1,0-6,0	***	3,0	0,0-5,0	***
8	Общение с друзьями	5,0	2,0-7,0	3,0	1,0-6,0	0,02	5,0	2,0-7,0	5,0	2,0-7,0	***	3,0	1,0-5,0	0,006	4,0	1,0-6,0	***	3,0	0,0-5,0	***	3,0	0,0-5,0	0,000
9	Поддержка родителей	6,0	3,0-8,0	5,0	2,0-8,0	***	5,0	2,0-8,0	5,0	2,0-8,0	***	5,0	1,0-7,0	0,02	5,0	2,5-8,0	***	3,0	1,0-6,0	***	3,0	1,0-6,0	0,000
10	Прогулки на воздухе	5,0	3,0-8,0	5,0	3,0-7,0	***	5,0	2,0-7,0	5,0	2,0-7,0	***	4,0	2,0-6,0	0,009	5,0	2,0-6,0	0,02	4,5	1,0-6,0	0,02	4,5	1,0-6,0	0,01
11	Занимаюсь спортом	4,0	1,0-7,0	4,0	1,0-6,0	***	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	0,000	3,0	1,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	0,001	3,0	0,0-6,0	0,001	3,0	0,0-6,0	***
12	Посещаю бассейн	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-6,0	***	1,0	0,0-5,0	1,0	0,0-5,0	***	1,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	***	3,0	0,0-6,0	***
13	Компьютерные игры	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-4,0	***	0,0	0,0-4,0	***
14	Интернет	5,0	2,0-7,0	4,0	3,0-6,0	***	5,0	3,0-6,0	5,0	3,0-6,0	***	5,0	3,0-7,0	***	4,0	2,0-7,0	***	4,0	3,0-6,0	***	4,0	3,0-6,0	***
15	Читаю худ. литературу	3,0	1,0-5,0	3,0	1,0-6,0	***	3,0	0,0-5,0	3,0	0,0-5,0	***	4,0	1,0-6,0	***	3,0	1,0-5,0	***	4,0	2,0-7,0	***	4,0	2,0-7,0	-0,02
16	Лекарственные настойки	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-4,0	***	0,0	0,0-4,0	***
17	Принимают лекарства	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-1,0	***

***Различия статистически не значимы

Таблица 4.6.2 – Субъективная значимость (в баллах: от 1 до 10) способов устранения симптомов учебного стресса иностранными студентами-медиками

№ п/п	Способы преодоления учебного стресса	1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к		
		Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=
1	Употребление алкоголя	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	0,171	0,0	0,0-1,0	-0,028	0,0	0,0-0,0	0,910	0,0	0,342	0,0	0,0-1,0	0,342	0,0	0,0-0,5	0,455				
2	Табакокурение	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	0,265	0,0	0,0-1,0	0,986	0,0	0,0-0,0	0,010	0,0	0,536	0,0	0,0-0,0	0,536	0,0	0,0-0,0	0,036				
3	Употребляют наркотики	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,526	0,0	0,0-0,0	0,215	0,0	0,0-0,0	0,108	0,0	0,420	0,0	0,0-0,0	0,420	0,0	0,0-0,0	0,049				
4	Употребляют больше еды	3,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	0,531	1,0	0,0-4,0	0,022	2,0	1,0-5,0	0,734	2,0	0,068	2,0	0,0-4,0	0,068	2,0	0,0-3,0	0,005				
5	Смотрят телевизор	2,0	0,0-4,0	3,0	1,0-6,0	-0,005	2,0	0,0-4,0	0,336	3,5	1,0-5,0	-0,017	4,0	2,0-5,0	-0,005	2,0	0,0-4,0	0,355						
6	Пропускают занятия	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	0,692	1,0	0,0-2,0	0,891	0,0	0,0-1,0	0,022	1,0	0,848	0,0	0,0-2,0	0,848	0,0	0,0-2,0	0,145				
7	Больше сплю	3,0	0,0-6,0	3,0	2,0-6,0	0,345	2,0	1,0-4,0	0,525	3,0	1,0-5,0	0,716	3,0	0,732	2,0	0,5-4,0	0,440							
8	Общение с друзьями	4,0	2,0-6,0	5,0	3,0-6,0	0,220	5,0	2,0-6,0	0,500	4,0	0,5-6,0	0,844	3,0	0,881	3,5	1,0-6,0	0,345							
9	Поддержка родителей	5,0	3,0-8,0	6,0	4,0-9,0	0,287	7,0	4,0-9,0	0,163	7,0	3,5-9,0	0,277	5,0	0,514	5,0	2,0-7,0	0,074							
10	Прогулки на воздухе	5,0	3,0-8,0	6,0	4,0-8,0	0,108	6,0	5,0-8,0	0,049	6,5	4,0-8,0	0,087	6,0	-0,037	4,0	2,0-7,0	0,312							
11	Занимаюсь спортом	3,0	0,0-5,0	5,0	3,0-8,0	-0,000	5,0	3,0-7,0	-0,002	6,0	2,0-9,0	-0,000	5,0	-0,047	5,0	1,0-8,0	-0,035							
12	Посещаю бассейн	2,0	0,0-6,0	5,0	3,0-9,0	-0,002	3,0	1,0-9,0	-0,044	6,5	1,0-9,0	-0,003	3,0	0,628	4,0	0,0-8,0	0,157							
13	Компьютерные игры	1,5	0,0-5,0	3,0	0,0-5,0	0,589	3,0	1,0-5,0	0,185	1,5	0,0-7,0	0,609	4,0	-0,048	1,5	0,0-5,0	0,628							
14	Интернет	4,0	2,0-6,0	5,0	3,0-6,0	0,329	5,0	3,0-6,0	0,387	5,0	3,0-6,5	0,310	4,0	0,314	3,0	2,0-5,0	0,131							
15	Читают худ. литературу	3,0	0,0-5,0	3,0	1,0-5,0	0,587	2,0	1,0-4,0	0,811	0,0	0,0-2,0	0,000	2,0	0,653	2,0	1,0-4,0	0,262							
16	Лекарственные настойки	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	0,077	0,0	0,0-2,0	0,882	0,0	0,0-1,0	0,227	0,0	0,884	0,0	0,0-1,5	0,517							
17	Принимают лекарства	0,5	0,0-4,0	1,0	0,0-2,0	0,877	0,0	0,0-3,0	0,249	0,0	0,0-0,0	1,000	0,0	0,033	0,0	0,0-1,0	0,006							

Для преодоления учебного стресса русскоязычные и иностранные студенты-медики зачастую использовали неконструктивные способы (таблица 4.6.3).

Таблица 4.6.3 – Частота использования аддиктивных способов преодоления стресса русскоязычными и иностранными студентами-медиками

Вещество	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс		ВСЕГО	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Русскоязычные студенты														
Табакокурение	17	11,6	27	22,0	40	27,6	22	24,2	37	27,0	21	25,6	164	22,6
Алкоголь	53	36,3	62	50,4	72	49,7	43	47,3	80	58,4	45	54,9	355	49,0
Наркотики	-	-	1	0,8	5	3,4	5	5,5	4	2,9	6	7,3	21	2,9
Принимали лекарства	64	43,8	53	43,1	74	51,0	42	46,2	65	47,4	32	39,0	330	45,6
Иностранные студенты														
Табакокурение	25	29,8	9	20,1	13	35,1	5	10,4	11	23,4	9	15,0	72	22,4
Алкоголь	16	19,0	14	31,1	16	43,2	10	20,8	14	29,8	15	25,0	85	26,5
Наркотики	11	13,1	8	17,8	2	5,4	2	4,2	2	4,3	2	3,3	27	8,4
Принимали лекарства	52	61,9	28	62,2	20	54,1	21	43,8	19	40,4	27	45,0	167	52,0

Как видно из таблицы 4.6.3, среди русскоязычных первокурсников курили табак 11,6%, на втором курсе – уже 22%, а на последующих курсах прибегал к табакокурению каждый четвертый учащийся. Употребляли алкогольные напитки 36,3% РС первого курса, а на последующих – более половины студентов.

Среди ИС курили табак на 1-м курсе 29,8% студентов с незначительным снижением на втором и повышением до 35,1% – на третьем курсе. В то же время алкоголь среди первокурсников употребляли только 19%, на втором курсе – 31,1% с максимумом его употребления (43,2%) – на третьем. В общей сложности, фактически треть иностранных студентов употребляли алкоголь с различной степенью его значимости в преодолении учебного стресса.

Наряду с этим, более 60% иностранных студентов 1-го и 2-го курсов принимали лекарственные настойки либо нерецептурные седативные препараты со снижением такого модуса поведения на 3 курсе до 54% и на последующих – фактически до 40%. Перечисленные способы преодоления стресса создают предпосылки формирования аддиктивного поведения и химических зависимостей.

Сравнительный анализ употребления наркотиков показал, что чаще ($\chi^2=14,180$ $p=0,0008$ $OR=3,1$ $95\%CI=1,6-5,7$) к ним прибегали иностранные, чем русскоязычные студенты – соответственно 8,4% и 2,9%. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность употребления наркотиков иностранными студентами более, чем в 3 раза, выше, чем русскоязычными.

Алкогольные напитки в общей совокупности употребляли большее число русскоязычных студентов ($\chi^2=45,486$ $p=0,0005$ $OR=2,7$ $95\%CI=2,0-3,6$), чем иностранных – соответственно 49% и 26,5%. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность употребления алкоголя русскоязычными студентами в 2,7 раза выше, чем иностранными.

Частота табакокурения и приема различных лекарственных препаратов (как настоев трав, так и нерецептурных седативных) была одинаковой как у русскоязычных, так и у иностранных студентов: соответственно 22,6% – 22,4 и 45,6% – 52% случаев.

Корреляционный анализ (рисунок 4.6.1-4.6.2) выявил слабую прямую корреляционную зависимость между табакокурением и употреблением алкоголя у русскоязычных ($r=0,473$ $p=0,001$) и иностранных ($r=0,499$ $p=0,000$) студентов.

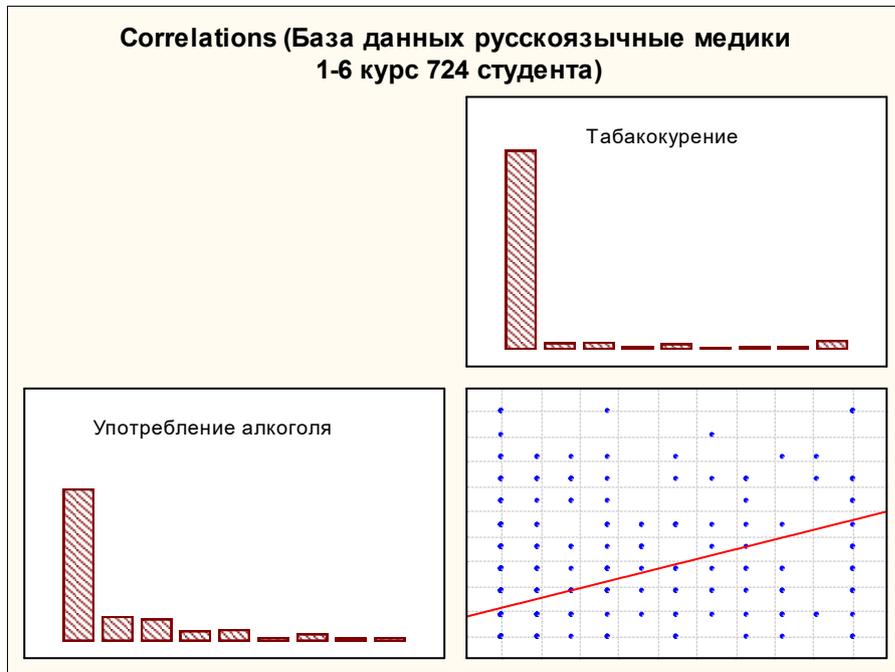


Рисунок 4.6.1 – Корреляционное соотношение табакокурения и употребления алкоголя у русскоязычных студентов-медиков

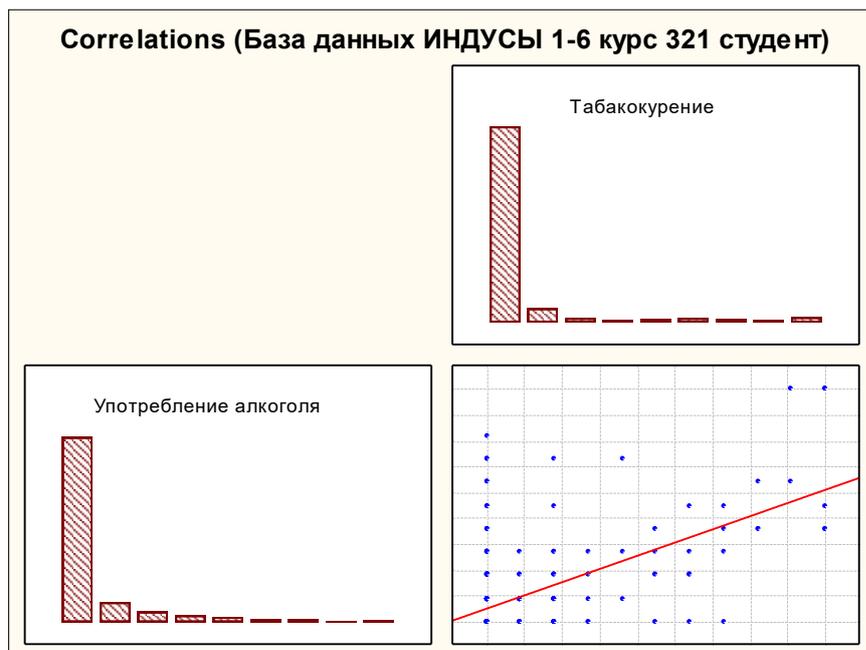


Рисунок 4.6.2 – Корреляционное соотношение табакокурения и употребления алкоголя у иностранных студентов-медиков

Значительная часть русскоязычных студентов-медиков для устранения эмоционального напряжения достаточно много времени проводила за общением в социальных сетях (таблица 4.6.4). Особенно это касается выходных дней.

Таблица 4.6.4 – Время, проводимое в социальных сетях в сутки русскоязычными и иностранными студентами-медиками

п часов	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
РС												
Будни												
1	21	14,4	17	13,8	14	9,7	8	8,8	14	10,2	6	7,3
2	36	24,7	27	22,0	31	21,4	20	22,0	46	33,6	22	26,8
3	40	27,4	33	26,8	39	26,9	18	19,8	26	19,0	16	19,5
4 и более	49	33,5	46	37,4	61	42,0	45	49,4	51	37,2	38	46,4
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0
Выходные												
1	14	9,6	8	6,5	21	14,5	3	3,3	16	11,7	11	13,4
2	28	19,2	22	17,9	19	13,1	17	18,7	26	19,0	17	20,7
3	28	19,2	30	24,4	29	20,0	18	19,8	23	16,8	20	24,4
4 и более	76	52,0	63	51,2	76	52,4	53	58,2	72	52,5	34	41,5
ИТОГО	146	100,0	123	100,0	145	100,0	91	100,0	137	100,0	82	100,0
ИС												
Будни												
1	11	13,1	3	6,7	4	10,8	6	12,5	8	17,0	5	8,3
2	17	20,2	14	31,1	8	21,6	13	27,1	8	17,0	19	31,7
3	23	27,4	13	28,9	15	40,5	11	22,9	7	14,9	13	21,7
4 и более	31	36,9	15	33,3	10	27,0	18	37,5	24	51,1	23	38,3
Выходные												
1	5	6,0	2	4,4	1	2,7	1	2,1	7	14,9	2	3,3
2	12	14,3	7	15,6	3	8,1	4	8,3	5	10,6	8	13,3
3	11	13,1	11	24,4	7	18,9	15	31,3	3	6,4	11	18,3
4 и более	56	66,7	25	55,6	26	70,3	28	58,3	32	68,1	39	65,1

Как видно из таблицы 4.6.4, среди РС более трети на первых 2-х курсах в будни проводили в социальных сетях 4 часа и более, а в выходные дни – более половины.

Более третьей части ИС 1-2 и 4-м курсов и более половины (51,1%) пятого и 38,3% – шестого курсов проводили в будни время за общением в социальных сетях. В выходные же эта цифра составляла от 55,6% на втором курсе до 70,3% – на третьем. Общение в социальных сетях позволяло иностранным студентам-медикам лучше адаптироваться в чужой стране, так как посредством социальных сетей они получали поддержку со стороны родителей и оставшихся на родине друзей. Сравнительный анализ показал, что большее число иностранных студентов, чем русскоязычных (соответственно 206 (64,2%) иностранных против 374 (51,7%) русскоязычных при $\chi^2=13,607$ $p=0,0009$ $OR=1,7$ $95\%CI=1,3-2,2$) проводили в социальных сетях в выходные дни 4 и более часов.

Таким образом, установлено, что предпочтительными способами преодоления учебного стресса для РС было употребление алкоголя и табакокурение (редко – употребление наркотиков), приобретающее все большее значение с переходом на старшие курсы. Среди РС 1-го курса курили табак 11,6%, на втором курсе – уже 22%, а на последующих курсах прибегал к табакокурению каждый четвертый учащийся. Употребляли алкогольные напитки 36,3% РС первого курса, а на последующих – более половины.

ИС 1-го курса курили табак, употребляли алкоголь и наркотики, а по мере перехода на старшие курсы – чаще принимали лекарства. Среди ИС курили табак на 1-м курсе 29,8% студентов с незначительным снижением на втором и повышением до 35,1% – на третьем. В то же время алкоголь среди первокурсников употребляли только 19%, на втором курсе – 31,1% с максимумом (43,2%) – на третьем. В общей сложности фактически треть иностранных студентов употребляли алкоголь с различной степенью его значимости для преодоления учебного стресса.

Сравнительный анализ употребления наркотиков показал, что чаще к ним прибегали ИС, чем РС – соответственно 8,4% и 2,9% и с шансом у ИС более чем в 3 раза чаще, чем у русскоязычных.

Алкогольные напитки в общей совокупности употребляли большее число РС, чем ИС – соответственно 49% и 26,5% и с шансом у РС в 2,7 раза выше, чем у ИС.

4.7 Сравнительные характеристики предэкзаменационного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Изучение самооценки степени волнения перед экзаменами (таблица 4.7.1) показало, что медианное значение этого показателя на всех курсах обучения было 8-9 баллов по 10-балльной шкале, что говорит о крайне высокой степени выраженности волнения перед экзаменами.

Таблица 4.7.1 – Степень выраженности волнения перед экзаменами у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

Курс	Русскоязычные студенты						Иностранные студенты						p=
	М	m	σ	Me	Q25	Q75	М	m	σ	Me	Q25	Q75	
Первый	7,8	0,2	2,1	8,0	7,0	10,0	6,5	0,30	2,51	7,0	5,0	8,0	0,000
Второй	8,2	0,2	1,8	8,0	8,0	10,0	5,3	0,34	2,27	5,0	5,0	7,0	0,000
Третий	7,9	0,2	2,2	9,0	7,0	10,0	5,4	0,46	2,77	5,0	5,0	7,0	0,000
Четвертый	8,0	0,2	2,4	9,0	7,0	10,0	6,0	0,43	2,98	6,0	4,0	8,5	0,000
Пятый	8,2	0,2	2,2	9,0	8,0	10,0	6,1	0,41	2,82	7,0	4,0	8,0	0,000
Шестой	7,2	0,3	2,9	8,0	6,0	10,0	5,6	0,4	2,78	5,5	4,0	8,0	0,000

Как видно из таблицы 4.7.1, самая высокая степень выраженности волнения перед экзаменами у РС по медианному показателю (9 баллов из 10 возможных) встречалась на 3-5 курсах.

Это свидетельствует о повышенной тревожности русскоязычных студентов-медиков, их ответственности за сдачу экзамена и страха получить более низкую, чем ожидалось, оценку. Статистически значимых различий (по критерию Манна-Уитни) в уровне предэкзаменационного волнения (в общей совокупности) между 1-5 курсами не выявлено. У студентов 6-го курса сила волнения перед экзаменами была статистически значимо ниже, чем у первого ($p=0,000$), третьего ($p=0,032$), четвертого ($p=0,013$) и пятого ($p=0,000$) курсов. У ИС степень волнения перед экзаменами на всех курсах обучения была статистически значимо ниже, чем у РС –7 баллов по медианному показателю на 1-м и 5-м курсах. Изучение гендерных различий у РС показало, что на первом курсе у лиц женского пола показатели стресса были более выраженными, чем у мужского пола ($p=0,006$). Аналогичные результаты получены и по второму ($p=0,046$), третьему ($p=0,000$), четвертому ($p=0,027$) и пятому ($p=0,000$) курсам. У РС 6-го курса и ИС гендерных различий не выявлено.

У большего числа русскоязычных студентов (рисунок 4.7.1), по сравнению с иностранными ($p=0,000$), наблюдались крайне высокие показатели предэкзаменационного стресса (9-10 баллов из 10 возможных). Крайне высокие показатели стресса наблюдались примерно одинаково часто среди студентов 1-3 курсов. У студентов 6-го курса частота крайне высоких показателей предэкзаменационного стресса была статистически значимо ниже, чем у студентов 3-4-5 курсов ($p<0,05$). У иностранных студентов наибольшее число студентов с высокими показателями предэкзаменационного стресса было на 1-4 и 5-м курсах. У ИС в результате адаптации к учебному процессу на 2-м курсе было наименьшее число студентов с высокими показателями предэкзаменационного стресса. У выпускников (РС и ИС 6-го курса) было наименьшее число студентов с высокими показателями предэкзаменационного стресса.

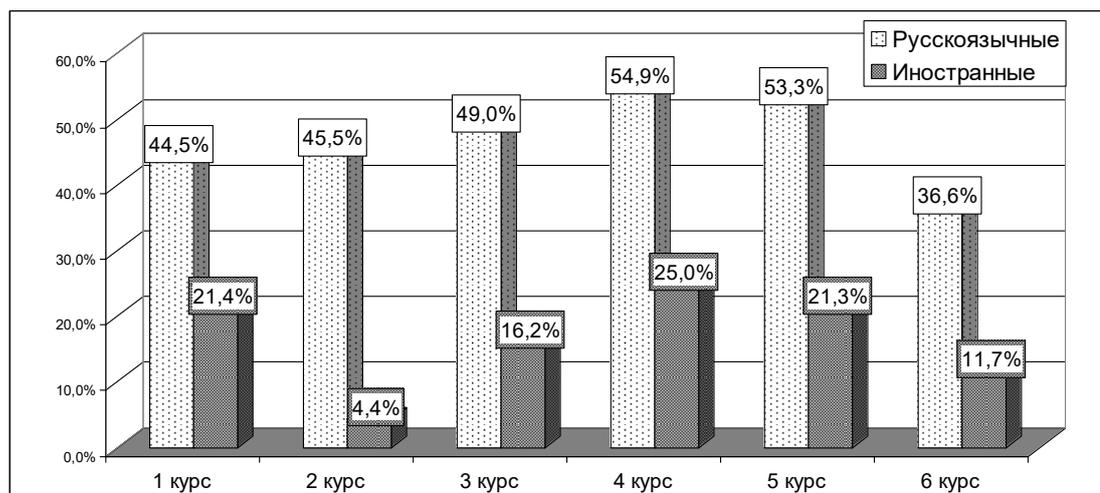


Рисунок 4.7.1 – Сравнительные характеристики числа русскоязычных и иностранных студентов с крайне высокими показателями предэкзаменационного стресса

Изучение клинической картины симптомов, возникающих у русскоязычных студентов перед экзаменами представлено в таблице 4.7.2.

Таблица 4.7.2 - Структура и степень выраженности (в баллах: от 1 до 10) симптомов стресса, возникающего перед экзаменами у русскоязычных студентов медиков за 6-летний период обучения

№ п/п	Симптомы преэкзаменационного стресса	1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к			
		Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	
1	Учащенное сердцебиение	5,0	2,0-8,0	5,0	2,0-8,0	***	***	5,0	3,0-8,0	***	***	6,0	3,0-8,0	***	***	7,0	4,0-9,0	-0,000	7,0	0,0-9,0	***	***	7,0	0,0-9,0	***
2	Перебои в работе сердца	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-3,0	***	***	0,0	0,0-4,0	***	***	1,0	0,0-5,0	***	***	3,0	0,0-6,0	-0,000	0,5	0,0-4,0	***	***	0,5	0,0-4,0	***
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-4,0	***	***	0,5	0,0-4,0	***	***	1,0	0,0-3,0	***	***	1,0	0,0-5,0	***	0,0	0,0-5,0	***	***	0,0	0,0-5,0	***
4	Невозможность сделать глубокий вдох	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***	***	0,0	0,0-2,0	***	***	0,0	0,0-2,0	***	***	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-3,0	***	***	0,0	0,0-2,0	***
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***	***	0,0	0,0-2,0	***	***	0,0	0,0-3,0	***	***	1,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-2,0	***	***	0,0	0,0-2,0	***
6	Напряжение в мышцах тела	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	***	***	0,5	0,0-4,0	***	***	2,0	0,0-4,0	***	***	3,0	0,0-6,0	***	0,0	0,0-5,0	***	***	0,0	0,0-5,0	***
7	Дрожание мышц	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	***	***	2,0	0,0-6,0	***	***	2,0	0,0-5,0	***	***	3,0	0,0-6,0	***	3,0	0,0-6,0	***	***	3,0	0,0-6,0	***
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	***	***	0,0	0,0-4,0	-0,01	-0,01	0,0	0,0-4,0	-0,005	-0,005	0,0	0,0-5,0	-0,001	0,5	0,0-6,0	-0,001	-0,001	0,5	0,0-6,0	-0,001
9	Головные боли	3,0	0,0-6,0	4,0	0,0-7,0	***	***	4,0	1,0-7,0	***	***	3,0	0,0-6,0	***	***	3,0	0,0-6,0	***	3,0	0,0-6,0	***	***	3,0	0,0-6,0	***
10	Тревога, страх	6,0	3,0-9,0	6,0	3,0-9,0	***	***	6,0	2,5-9,0	***	***	7,0	3,0-9,0	***	***	8,0	5,0-10,0	-0,003	7,0	0,0-10,0	-0,003	-0,003	7,0	0,0-10,0	***
11	Подавленное настроение	3,0	0,0-8,0	6,0	2,0-8,0	-0,008	-0,008	4,0	1,0-7,0	***	***	5,0	1,0-8,0	***	***	6,0	2,0-8,0	-0,002	4,0	0,0-8,0	-0,002	-0,002	4,0	0,0-8,0	***
12	Затрудненное засыпание	4,0	1,0-8,0	5,0	0,0-9,0	***	***	5,0	1,0-9,0	***	***	6,0	2,0-9,0	***	***	5,0	2,0-9,0	***	5,0	0,0-9,0	***	***	5,0	0,0-9,0	***
13	Неприятные сновидения	0,0	0,0-4,0	1,0	0,0-6,0	***	***	1,0	0,0-5,0	***	***	1,0	0,0-6,0	***	***	2,5	0,0-7,0	-0,001	0,0	0,0-4,0	-0,001	-0,001	0,0	0,0-4,0	***

*** Различия статистически не значимые

Установлено, что у студентов всех курсов наиболее значимыми симптомами стресса, возникающего перед экзаменами, было учащенное сердцебиение, тревога, страх, подавленное настроение и затрудненное засыпание. По сравнению со студентами 1-го курса, второкурсники перед экзаменами чаще отмечали подавленное настроение, а учащиеся третьего курса – учащенное мочеиспускание. Жалобы на учащенное мочеиспускание также были более значимы для студентов четвертого курса (в сравнении с первым курсом). Для них же были более характерны затрудненное засыпание и ощущение перебоев в работе сердца. У РС 5-го курса, по сравнению с первым, более значимыми симптомами предэкзаменационного стресса были тахикардия, перебои в работе сердца, учащенное мочеиспускание и неприятные сновидения, подавленное настроение, тревога и страх. Таким образом, анализ симптомов предэкзаменационного стресса показал совпадение с динамикой симптомов учебного стресса – нарастание к окончанию ВУЗа психосоматической симптоматики у русскоязычных студентов-медиков.

Структура и степень выраженности (в баллах: от 1 до 10) симптомов стресса, возникающего перед экзаменами у ИС (таблица 4.7.3) показала, что чаще в периоды сессий студентов беспокоили тревога, страх, головные боли, подавленное настроение и затрудненное засыпание. При этом, перечисленные симптомы были более характерны для студентов 1-2 курсов в отличие от старшекурсников ($p < 0,05$).

Сравнение степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса у РС и ИС (таблица 4.7.4) показало, что в общей сложности, у русскоязычных студентов большинство симптомов предэкзаменационного стресса были более выраженными, чем у иностранных. Причем эта тенденция усиливалась по мере увеличения сроков обучения – на 4-6 курсах 11 симптомов из 13 были статистически значимо более выраженными у русскоязычных студентов.

Таблица 4.7.3 - Субъективная оценка степени выраженности (в баллах: от 1 до 10) симптомов стресса, возникающего перед экзаменами у иностранных студентов медиков

№ п/п	Симптомы предэкзаменационного стресса	1 курс		2 курс		1-2к		3 курс		1-3к		4 курс		1-4к		5 курс		1-5к		6 курс		1-6к		
		Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	Me	Q25-75	p=	
0	Волнение перед экзаменами	7,0	5,0-8,0	5,0	5,0-7,0	0,004	5,0	5,0-7,0	0,018	6,0	4,0-8,5	0,434	6,5	4,0-8,0	0,448	5,5	4,0-8,0	0,036	5,5	4,0-8,0	0,036	5,5	4,0-8,0	0,036
1	Учащенное сердцебиение	2,0	0,0-4,5	2,0	0,0-3,0	0,943	2,0	0,0-4,0	0,854	0,0	0,0-2,0	0,023	2,0	0,0-5,0	0,519	0,0	0,0-2,0	0,057	0,0	0,0-2,0	0,057	0,0	0,0-2,0	0,057
2	Перебои в работе сердца	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	-0,032	0,0	0,0-1,0	0,496	0,0	0,0-1,0	0,754	0,0	0,0-2,0	0,639	0,0	0,0-0,0	0,039	0,0	0,0-0,0	0,039	0,0	0,0-0,0	0,039
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-1,0	0,844	0,0	0,0-1,0	0,235	0,0	0,0-0,5	0,055	0,0	0,0-1,0	0,163	0,0	0,0-0,0	0,009	0,0	0,0-0,0	0,009	0,0	0,0-0,0	0,009
4	Невозможность сделать глубокий вдох	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-1,0	0,482	0,0	0,0-1,0	0,325	0,0	0,0-0,0	0,055	0,0	0,0-0,0	0,059	0,0	0,0-0,0	0,013	0,0	0,0-0,0	0,013	0,0	0,0-0,0	0,013
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,741	0,0	0,0-1,0	0,127	0,0	0,0-0,0	0,046	0,0	0,0-0,0	0,098	0,0	0,0-0,0	0,015	0,0	0,0-0,0	0,015	0,0	0,0-0,0	0,015
6	Напряжение в мышцах тела	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-2,0	0,884	0,0	0,0-2,0	0,155	0,0	0,0-2,0	0,423	0,0	0,0-2,0	0,096	0,0	0,0-1,0	0,004	0,0	0,0-1,0	0,004	0,0	0,0-1,0	0,004
7	Дрожание мышц	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-2,0	0,600	0,0	0,0-1,0	0,036	0,0	0,0-1,0	0,108	0,0	0,0-3,0	0,331	0,0	0,0-1,0	0,012	0,0	0,0-1,0	0,012	0,0	0,0-1,0	0,012
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	0,064	0,0	0,0-2,0	0,782	0,5	0,0-3,5	0,234	0,0	0,0-3,0	0,433	0,0	0,0-2,5	0,621	0,0	0,0-2,5	0,621	0,0	0,0-2,5	0,621
9	Головные боли	3,0	0,0-5,0	2,0	1,0-3,0	0,504	1,0	0,0-2,0	0,130	1,0	0,0-3,0	0,103	1,0	0,0-3,0	0,194	0,0	0,0-2,0	0,001	0,0	0,0-2,0	0,001	0,0	0,0-2,0	0,001
10	Тревога, страх	3,5	1,0-6,0	2,0	1,0-4,0	0,133	2,0	0,0-4,0	0,077	2,0	0,0-4,0	0,024	2,0	0,0-5,0	0,108	0,5	0,0-3,0	0,000	0,5	0,0-3,0	0,000	0,5	0,0-3,0	0,000
11	Подавленное настроение	3,0	0,0-5,0	1,0	0,0-4,0	0,208	2,0	0,0-3,0	0,048	1,0	0,0-4,0	0,069	0,0	0,0-4,0	0,081	0,0	0,0-1,5	0,000	0,0	0,0-1,5	0,000	0,0	0,0-1,5	0,000
12	Затрудненное засыпание	2,0	0,0-5,5	3,0	1,0-6,0	0,181	2,0	0,0-3,0	0,370	3,0	0,0-5,5	0,824	3,0	0,0-6,0	0,368	0,0	0,0-4,0	0,035	0,0	0,0-4,0	0,035	0,0	0,0-4,0	0,035
13	Неприятные сновидения	1,0	0,0-5,0	1,0	0,0-3,0	0,573	0,0	0,0-2,0	0,090	0,5	0,0-3,5	0,624	2,0	0,0-5,0	0,445	0,0	0,0-1,5	0,016	0,0	0,0-1,5	0,016	0,0	0,0-1,5	0,016

Таблица 4.7.4 - Сравнительные характеристики субъективной оценки степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса русскоязычными и иностранными студентами-медиками

№ п/п	Симптомы учебного стресса	1 курс		2 курс		3 курс		4 курс		5 курс		6 курс	
		РС	ИС										
1	Учащенное сердцебиение	0,000		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
2	Перебой в работе сердца					0,016		0,002		0,000		0,000	
3	Затрудненное дыхание	***		***		0,009		0,000		0,001		0,001	
4	Трудности глубоко вдохнуть					***		0,025		0,008		0,023	
5	Неудовлетворенность вдохом							0,005		0,002		0,021	
6	Напряжение в мышцах тела	0,045		0,021				0,023		0,000		0,016	
7	Дрожание мышц	0,001				0,000		0,001		0,000		0,000	
8	Учащенное мочеиспускание	***		0,000		***		***		***		***	
9	Головные боли							0,042		0,002		0,000	
10	Тревога, страх	0,000		0,007		0,001		0,000		0,000		0,000	
11	Подавленное настроение	***		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
12	Затрудненное засыпание	0,011		***		0,001		0,001		0,014		0,000	
13	Неприятные сновидения	***				***		***		***		***	

*** Различия статистически не значимые

Сравнение результатов факторного анализа симптомов предэкзаменационного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков (таблица 4.7.5) показало, что у русскоязычных первокурсников ведущими были психосоматические симптомы в виде вегетативной дисфункции (занимавшие более 60% дисперсии) и тревожная субдепрессия.

У иностранных студентов 1 курса также доминирующим симптомом была вегетативная дисфункция и астения.

У русскоязычных и иностранных студентов 2-го курса доминирующим фактором предэкзаменационного стресса были расстройства сна и психосоматические симптомы.

У русскоязычных студентов 3-го курса доминировали психосоматические симптомы и расстройства сна, а у иностранных – психосоматические симптомы и тревога.

У русскоязычных студентов 4-го курса как симптом предэкзаменационного стресса доминировала вегетативная дисфункция дыхательной системы и тревожная субдепрессия, а у иностранных наблюдалась обратная тенденция: большее значение перед экзаменами играла тревожная субдепрессия и на втором месте оказывалась тревожная субдепрессия.

Таблица 4.7.5 – Сравнительные характеристики факторного анализа симптомов предэкзаменационного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

№ п/п	Название фактора	Составляющие фактора	Собств. знач.	% дисперсии
1 курс				
Русскоязычные студенты				70,6%
1	<i>Вегетативная дисфункция дыхательной системы</i>	Невозможность глубоко вдохнуть 0,897	6,9	53,0
		Неудовлетворенность вдохом 0,882		
		Затрудненное дыхание 0,842		
2	<i>Тревожная субдепрессия</i>	Тревога 0,833	1,3	9,9
		Подавленное настроение 0,786		
3	<i>Вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы</i>	Перебои в работе сердца 0,729	1,0	7,7
		Учащенное сердцебиение 0,701		
Иностранные студенты				69,2
1	<i>Вегетативная дисфункция</i>	Перебои в работе сердца 0,851	7,6	58,2
		Затрудненное дыхание 0,814		
		Невозможность глубоко вдохнуть 0,760		
		Неудовлетворенность вдохом 0,806		
		Напряжение в мышцах 0,796		
		Дрожание мышц 0,773		
2	<i>Астения</i>	Головные боли 0,742	1,4	11,0
		Затрудненное засыпание 0,861		
		Неприятные сны 0,839		

Продолжение таблицы 4.7.5

2 курс				
Русскоязычные студенты				71,0%
1	<i>Диссомнические расстройства</i>	Затруднение засыпания 0,864	5,5	42,3
		Тревога 0,791		
2	<i>Психосоматические симптомы легочно-сердечной системы</i>	Неудовлетворенность вдохом 0,854	1,5	11,9
		Невозможность глубоко вдохнуть 0,840		
		Перебой в работе сердца 0,713		
3	<i>Психосоматические симптомы мышечной системы</i>	Дрожание мышц 0,818	1,2	8,9
		Напряжение мышц 0,815		
4	<i>Психосоматические симптомы мочеводелительной системы</i>	Учащенное мочеиспускание 0,955	1,0	7,9
Иностранные студенты				71,4
1	<i>Диссомнические расстройства</i>	Затруднение засыпания 0,837	6,2	47,7
		Тревога 0,831		
		Подавленное настроение 0,809		
2	<i>Вегетативная дисфункция</i>	Затрудненное дыхание 0,925	3,1	23,7
		Невозможность глубоко вдохнуть 0,946		
		Неудовлетворенность вдохом 0,584		
		Перебои сердца 0,828		
		Напряжение в мышцах 0,812		
3 курс				
Русскоязычные студенты				62,4%
1	<i>Психосоматические симптомы дыхательной системы</i>	Невозможность глубоко вдохнуть 0,913	5,7	43,6
		Неудовлетворенность вдохом 0,897		
		Затрудненное дыхание 0,760		
2	<i>Диссомнические расстройства</i>	Затрудненное засыпание 0,781	1,4	10,7
		Подавленное настроение 0,766		
3	<i>Психосоматические симптомы мышечной системы</i>	Дрожание мышц 0,792	1,0	8,1
Иностранные студенты				
1	<i>Психосоматические симптомы дыхательной системы</i>	Затрудненное дыхание 0,746	5,6	43,0
		Невозможность глубоко вдохнуть 0,902		
2	<i>Тревога</i>	Тревога 0,825	2,0	15,5
		Затрудненное засыпание 0,790		
		Подавленное настроение 0,728		
		Головные боли 0,715		
3	<i>Вегетативная дисфункция</i>	Ощущение перебоев в работе сердца 0,824	1,1	8,8

Продолжение таблицы 4.7.5

4 курс				
Русскоязычные студенты				60,1%
1	<i>Вегетативная дис- функция дыхатель- ной системы</i>	Невозможность глубоко вдохнуть 0,888	6,4	49,4
		Неудовлетворенность вдохом 0,825		
		Затрудненное дыхание 0,821		
2	<i>Тревожная субдепрессия</i>	Затрудненное засыпание 0,855	1,4	10,7
		Тревога 0,784		
		Подавленное настроение 0,702		
Иностранные студенты				
1	<i>Тревожная субдепрессия</i>	Подавленное настроение 0,831	8,4	64,7
		Головные боли 0,815		
		Тревога 0,760		
		Затрудненное засыпание 0,753		
		Учащенное мочеиспускание 0,748		
2	<i>Вегетативная дис- функция дыхатель- ной и сердечноосу- дистой системы</i>	Затрудненное дыхание 0,884	1,5	11,2
		Учащенное сердцебиение 0,862		
		Перебои сердца 0,858		
		Невозможность глубоко вдохнуть 0,811		
		Неудовлетворенность вдохом 0,796		
5 курс				
Русскоязычные студенты				68,1%
1	<i>Вегетативная дис- функция дыхатель- ной системы</i>	Невозможность глубоко вдохнуть 0,877	6,0	46,1
		Неудовлетворенность вдохом 0,857		
		Затрудненное дыхание 0,834		
2	<i>Расстройства сна</i>	Затрудненное засыпание 0,790	1,8	14,0
		Тревога 0,759		
		Неприятные сны 0,739		
		Подавленное настроение 0,717		
		Учащенное сердцебиение 0,700		
3	<i>Психосоматические симптомы</i>	Напряжение в мышцах 0,835	1,0	8,0
		Дрожание мышц 0,784		
Иностранные студенты				
1	<i>Вегетативная дис- функция дыхатель- ной системы</i>	Затрудненное дыхание 0,922	7,4	57,0
		Перебои сердца 0,911		
		Невозможность глубоко вдохнуть 0,794		
		Неудовлетворенность вдохом 0,849		
2	<i>Вегетативная дис- функция мочевыде- лительной системы</i>	Учащенное мочеиспускание 0,865	1,5	11,6
3	<i>Депрессия</i>	Подавленное настроение 0,814	1,1	8,2
		Головные боли 0,784		
		Неприятные сны 0,733		

Продолжение таблицы 4.7.5

6 курс				
Русскоязычные студенты				64,5%
1	<i>Тревожная субдепрессия</i>	Подавленное настроение 0,842	6,8	52,5
		Тревога 0,837		
		Затрудненное засыпание 0,804		
		Учащенное сердцебиение 0,735		
2	<i>Вегетативная дисфункция дыхательной системы</i>	Неудовлетворенность вдохом	1,6	12,0
		Затрудненное дыхание		
		Невозможность глубоко вдохнуть		
Иностранные студенты				
1	<i>Тревожная субдепрессии</i>	Затрудненное засыпание 0,919	7,9	60,6
		Тревога 0,851		
		Головные боли 0,841		
		Подавленное настроение 0,792		
		Неприятные сны 0,728		
2	<i>Вегетативная дисфункция дыхательной и сердечнососудистой системы</i>	Перебои сердца 0,916	1,7	13,2
		Затрудненное дыхание 0,912		
		Невозможность глубоко вдохнуть 0,844		
		Неудовлетворенность вдохом 0,866		

В обеих группах студентов 5-го курса из симптомов предэкзаменационного стресса доминировали психосоматические расстройства, а на 6-м курсе – доминирующее значение имели психические симптомы, а психосоматические оказывались на втором месте. Таким образом, острый стресс (предэкзаменационный) в большей степени сопровождается психосоматическими сенсациями, а хронический (учебный) – симптомами со стороны психической сферы.

Таким образом, установлено, что степень выраженности волнения перед экзаменами у РС по медианному показателю (9 баллов из 10 возможных) встречалась на 3-5 курсах, на остальных – 8 баллов. У ИС степень выраженности волнения перед экзаменами была статистически значимо ниже, чем у РС – 7 баллов по медианному показателю на 1 и 5 курсах. Закономерно, у РС большинство симптомов предэкзаменационного стресса были более выраженными, чем у ИС. Причем эта тенденция усиливалась по мере увеличения сроков обучения – на 4-6 курсах: 11 симптомов из 13 были статистически значимо более выраженными у русскоязычных студентов. У РС всех курсов наиболее выраженными симптомами стресса, возникающего перед экзаменами, было учащенное сердцебиение, тревога, страх, подавленное настроение и затрудненное засыпание, а у ИС – тревога, страх, головные боли, подавленное настроение и затрудненное засыпание.

Иными словами, более высокая субъективная значимость учебных стрессовых факторов, более выраженные симптомы учебного стресса способствовали более выраженному волнению перед экзаменами у РС и, соответственно, более выраженным симптомам предэкзаменационного стресса, с четким трендом усиления к 6-му курсу

4.8 Сравнительные характеристики типов реагирования на стресс русскоязычных и иностранных студентов-медиков как факторов риска формирования непсихотических психических расстройств

Анализ шкал применяемых психометрических тестов (отражающих тип реагирования на стресс), позволил выделить 7 типов реагирования на учебный стресс:

1. Адаптивный (спорт, прогулки, поддержка родителей);
2. Невротический (расстройство внимания, плохой сон, ощущение беспомощности, тематический ментизм);
3. Аффективный (тревога, депрессия);
4. Личностный (раздражительность, потеря уверенности, нехватка времени, конфликты с преподавателями);
5. Аддиктивный – химический (употребление алкоголя, табакокурение, прием лекарственных препаратов) и социальный (компьютерные игры, общение в социальных сетях более 4 часов в сутки);
6. Психосоматический (учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, проблемы с желудочно-кишечным трактом, мышечное напряжение, головные боли);
7. Суицидальный (наличие в анамнезе и на период проведения исследования суицидальных мыслей, тенденций, попыток).

Факторный анализ (таблица 4.8.1) выявил 3 наиболее значимых фактора (с одинаковыми составляющими) у русскоязычных и иностранных студентов (51,8% дисперсии у русскоязычных и 56,3% у иностранных).

Таблица 4.8.1 – Факторный анализ типов реагирования на стресс студентов-медиков

Название фактора	Составляющие фактора	r=		Собственное значение / % дисперсии	
		РС	ИС	РС	ИС
Аффективно-личностный	Аффективный	0,853	0,843	3,1 / 28,2	3,3 / 30,1
	Личностный	0,849	0,842		
	Невротический	0,801	0,825		
	Психосоматический	0,646	0,585		
Адаптивно-бытовой	Компьютерные игры	0,682	0,734	1,4 / 12,7	1,6 / 14,5
	Социальные сети	0,629	0,702		
	Адаптивный	0,620	0,756		
Аддиктивный	Употребление алкоголя	0,724	0,780	1,2 / 10,9	1,3 / 11,7
	Табакокурение	0,787	0,792		

Установлено, что наибольшее значение для студентов обеих групп имели аффективные способы реагирования на учебный стресс, занимающие более 28-30% дисперсии. Более того, аффективный способ реагирования у русскоязычных студентов (таблица 4.8.2) коррелировал с

невротическим и личностным. У них же обращает на себя внимание психосоматический компонент, коррелирующий с невротическим, личностным и аффективным компонентами.

На втором месте оказались формально социально-приемлемые способы совладания со стрессом, однако содержательная их характеристика требует осторожной интерпретации. Дело в том, что значительное время, уделяемое компьютерным играм, не позволяет восстановить энергетические затраты, а продолжительное общение в социальных сетях – лишает человека получения позитивных эмоций от непосредственного общения и препятствует формированию коммуникативных навыков. Более того, в социальных сетях человек как бы играет роль другого («каким хочет быть»), преобладают фантазии и мечты (функционирование в средней зоне; в терминологии гештальтпсихологии – невротический способ адаптации).

Третий способ преодоления учебного стресса – химические аддикции – наиболее деструктивный, так как, занимая фактически 11% дисперсии, создает риск формирования алкогольной и никотиновой зависимости.

Результаты корреляционного анализа типов реагирования (таблицы 4.8.2-4.8.3) показали, что у РС имеется хотя и слабая, но высокодостоверная прямая корреляционная зависимость суицидального поведения от невротического и личностного типов реагирования, а у ИС – от невротического и аффективного типа. Этот факт следует учитывать при проведении психокоррекционных и, в случае необходимости, психотерапевтических мероприятий.

Таблица 4.8.2 – Результаты корреляционного анализа типов реагирования на стресс русскоязычных студентов-медиков

№ п/п	Корреляционные пары типов реагирования		r=	p=
1	Невротический	Личностный	0,580	0,000000
		Аффективный	0,597	0,000000
		Психосоматический	0,366	0,000000
		Суицидальный	0,328	0,000000
2	Личностный	Аффективный	0,678	0,000000
		Психосоматический	0,407	0,000000
		Прием лекарств	0,239	0,000000
		Суицидальный	0,379	0,000000
3	Аффективный	Психосоматический	0,419	0,000000
		Прием лекарств	0,271	0,000000
		Суицидальный	0,303	0,000000
4	Психосоматический	Суицидальный	0,229	0,000000

Следует обратить внимание на прямую корреляцию психосоматического типа реагирования с личностным, аффективным, невротическим и суицидальным типом реагирования у РС. У ИС психосоматический тип коррелировал с невротическим, аффективным и приемом алкоголя. Важно отметить, что наибольшая взаимосвязь приема алкоголя была именно с невротиче-

ским типом реагирования, что является фактором риска формирования аддиктивного поведения.

Таблица 4.8.3 – Результаты корреляционного анализа типов реагирования на стресс иностранных студентов-медиков

№	Корреляционные пары типов реагирования		r=	p=
1	Адаптивный	Компьютерные игры	0,351	0,000000
		Социальные сети	0,316	0,000000
		Прием лекарств	0,246	0,0002
2	Компьютерные игры	Социальные сети	0,409	0,000000
3	Прием алкоголя	Аффективный	0,258	0,000003
		Личностный	0,298	0,000000
		Невротический	0,330	0,000000
		Психосоматический	0,291	0,000000
4	Аффективный	Личностный	0,651	0,000000
		Невротический	0,608	0,000000
		Психосоматический	0,330	0,000000
		Суицидальный	0,362	0,000000
5	Невротический	Психосоматический	0,255	0,000004
		Суицидальный	0,253	0,000004

Проведенный кластерный анализ (Рисунки 4.8.1-4.8.2) для выявления взаимосвязи между типами реагирования, подтвердил результаты факторного анализа и выявил неконструктивные способы адаптации как у русскоязычных, так и у иностранных студентов-медиков.

Самостоятельным способом адаптации у РС и ИС является «Адаптивный». Причем у русскоязычных студентов он сочетается с приемом лекарств, суицидальным поведением и компьютерными играми, а у иностранных – является объединяющим для всех остальных (у РС таковым является – «Общение в социальных сетях»).

Одинаковыми для РС и ИС являются еще 2 кластера: первый из них включает невротический, личностный и аффективный типы реагирования, а второй – прием алкоголя, табакокурение и психосоматический тип реагирования. Первый кластер создает риск формирования непсихотических психических расстройств, а второй – психосоматической патологии и аддиктивного поведения.

У ИС выделен еще один кластер, включающий компьютерные игры и общение в социальных сетях. Наличие данного кластера вполне объяснимо, так как пребывание в чужой стране предполагает потребность общения с родными и друзьями, что реализуется посредством социальных сетей, а в структуру отдыха и развлечения входят компьютерные игры.

Особняком стоят еще 2 кластера – прием лекарств и суицидальное поведение. Значимый для совладания со стрессом прием лекарств был присущ для 20% русскоязычных студентов и 19,3% – иностранных.

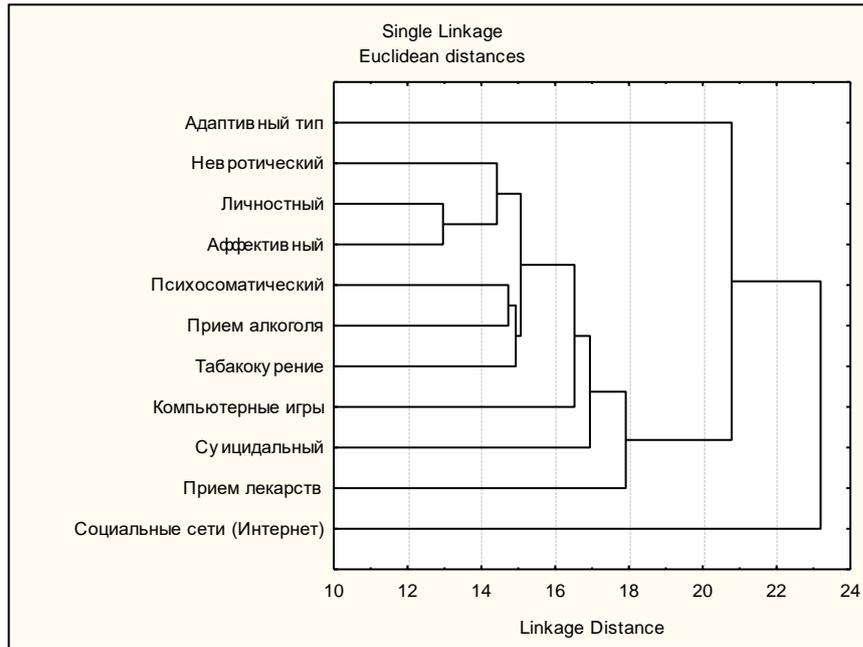


Рисунок 4.8.1 – Результаты кластерного анализа типов реагирования русскоязычных студентов-медиков на стресс

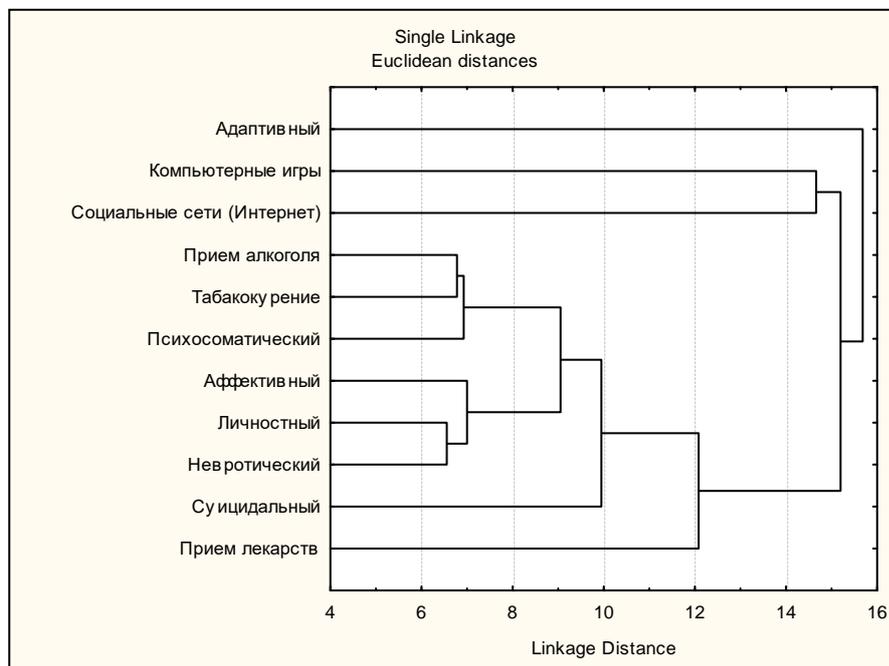


Рисунок 4.8.2 – Результаты кластерного анализа типов реагирования иностранных студентов-медиков на стресс

Суицидальное поведение, как отдельный кластер, не мотивируется проблемами в учебе, а было связано с более глубинными механизмами, о чем свидетельствуют его корреляции (таблицы 4.8.2-4.8.3) с личностным, аффективным и психосоматическим типом реагирования у русскоязычных студентов, а также невротическим и аффективным – у иностранных студентов.

Сравнительный анализ числа студентов, использующих различные способы адаптации к учебному стрессу, показал (таблицы 4.8.4-4.8.5), что адаптивный способ статистически значимо применяли большее число ИС, как со значимостью 5-7 баллов по 10-балльной шкале, так и максимальной адаптационной выраженности (8-10 баллов). Также большее число ИС применяли компьютерные игры. В то же время у большего числа русскоязычных, чем иностранных студентов, выявлялся невротический и аффективный тип реагирования, а также употребление алкоголя и суицидальное поведение.

Таблица 4.8.4 – Сравнительные характеристики числа студентов, применяющих способы адаптации со значимостью (5–7 баллов)

№ п/п	Тип реагирования	РС		ИС		χ^2	p=
		n	%	n	%		
1	Адаптивный	225	31,1	128	39,9	7,308	0,008
2	Аффективный	171	23,6	60	18,7	***	
3	Невротический	208	28,7	64	19,9	8,478	0,005
4	Личностный	185	25,5	65	20,2	***	
5	Психосоматический	72	9,9	25	7,8	***	
6	Употребление алкоголя	72	9,9	15	4,7	7,423	0,007
7	Табакокурение	37	5,1	15	4,7	***	
8	Прием седативных лекарств	87	12,0	35	10,9	***	
9	Компьютерные игры	78	10,8	61	19,0	12,358	0,001
10	Социальные сети	225	31,1	90	28,0	***	
11	Суицидальный	237	32,7	75	23,4	8,883	0,004

*** Различия статистически не значимые

Таблица 4.8.5 – Сравнительные характеристики числа студентов применяющих способы адаптации с максимальной значимостью (8-10 баллов)

№ п/п	Тип реагирования	РС		ИС		χ^2	p=
		n	%	n	%		
1	Адаптивный	47	6,5	57	17,8	30,250	0,0005
2	Аффективный	69	9,5	10	3,1	12,200	0,001
3	Невротический	54	7,5	10	3,1	***	
4	Личностный	31	4,3	8	2,5		
5	Психосоматический	15	2,1	4	1,2		
6	Употребление алкоголя	24	3,3	4	1,2		
7	Табакокурение	39	5,4	10	3,1		
8	Прием седативных лекарств	58	8,0	27	8,4	***	
9	Компьютерные игры	31	4,3	61	19,0		
10	Социальные сети	129	17,8	50	15,6	***	
11	Суицидальный	34	4,7	5	1,6	5,256	0,022

*** Различия статистически не значимые

Таким образом, исследование позволило выделить 7 преобладающих способов реагирования студентов-медиков на учебный стресс, имеющих различное значение для социально-психологической адаптации.

Наибольшее значение для студентов обеих групп имел аффективный способ, занимающий более 28-30% дисперсии. Химические аддикции (табакокурение и употребление алкоголя) – наиболее деструктивный способ, создавал риск формирования алкогольной и никотиновой зависимости и занимал фактически 11% дисперсии.

Риск психосоматических расстройств у русскоязычных студентов создают личностный, аффективный, невротический и суицидальный типы, а у иностранных – невротический, аффективный типы и прием алкоголя.

Кластерный анализ подтвердил одинаковую структуру способов реагирования на учебный стресс у РС и ИС, но с различным значением по степени выраженности составляющих. Адаптивный способ, а также компьютерные игры более характерны для иностранных студентов. У русскоязычных преобладали невротический и аффективный тип реагирования, а также употребление алкоголя и суицидальное поведение.

Установлено, что суицидальное поведение не мотивируется проблемами в учебе, а связано с более глубинными механизмами – связью с личностным компонентом, аффективным и психосоматическим типом реагирования у русскоязычных, а также невротическим и аффективным – у иностранных студентов.

4.9 Сравнительные характеристики значимости учебных стрессовых факторов и особенностей реагирования на учебный стресс русскоязычных и иностранных студентов-медиков с симптомами психических расстройств по результатам психометрического исследования

Установлено (таблицы 4.9.1-4.9.4), что при **депрессии** русскоязычные студенты более остро воспринимали все учебные стрессовые факторы, за исключением «жизни вдали от родителей» и «проблем проживания в общежитии», так как большинство проживали в домашних условиях. Иностранные студенты с депрессией реагировали так же остро на большинство учебных стрессовых факторов, за исключением «строгости преподавателей», «высокой учебной нагрузки» и проблем с учебными материалами. Все симптомы учебного стресса у русскоязычных и иностранных студентов были статистически значимо более выраженными, чем у их сверстников без симптомов депрессии. Для РС с депрессией для преодоления учебного стресса более значимыми, чем для сверстников без депрессии, были употребление алкоголя, табакоку-

рение, употребление наркотиков и лекарств, а для иностранных – употребление наркотиков и лекарств. Для студентов с депрессией обеих сравниваемых групп степень выраженности симптомов предэкзаменационного стресса была статистически значимо более выраженной, чем у сверстников без депрессии.

При **тревоге РС** более остро воспринимали все учебные стрессовые факторы, за исключением «жизни вдали от родителей». В отличие от них, у ИС более выраженными были стеснительность, страх перед будущим, проблемы в личной жизни, а также высокая учебная нагрузка. Все симптомы учебного стресса у РС и большинство у ИС были статистически значимо более выраженными, чем у их сверстников без симптомов тревоги. При тревоге у РС для преодоления учебного стресса значимыми были употребление алкоголя, табакокурение, употребление наркотиков и лекарств, а у ИС – употребление лекарств. Для студентов с тревогой обеих сравниваемых групп степень выраженности симптомов предэкзаменационного стресса была статистически значимо более выраженной, чем у сверстников без тревоги.

При **генерализованной тревоге** студенты обеих групп статистически значимо более остро реагировали на все учебные стрессовые факторы, чем сверстники без признаков генерализованной тревоги. У них же более выраженными были все симптомы учебного стресса. Выявлен высокий риск злоупотребления алкоголем русскоязычными студентами, в то время как для иностранных студентов более характерным была аддиктивная «размытость», заключающаяся в употреблении не столько алкоголя, сколько наркотиков и табакокурения. Обе сравниваемые группы статистически значимо чаще принимали лекарства для преодоления учебного стресса. Кроме того, у студентов обеих сравниваемых групп с признаками генерализованной тревоги были статистически значимо более выраженными все симптомы предэкзаменационного стресса, чем у сверстников без генерализованной тревоги.

При наличии **симптомов социофобии** студенты обеих сравниваемых групп более болезненно воспринимали практически все учебные стрессовые факторы со статистически значимо более выраженными симптомами учебного стресса, чем сверстники без симптомов социофобии. Они же для преодоления учебного стресса употребляли наркотики, больше пищи и лекарственных средств. У них же были статистически значимо более выраженными все симптомы предэкзаменационного стресса, чем у сверстников без симптомов социофобии.

РС с приступами паники более остро воспринимали учебные стрессовые факторы, а иностранные – только личностно обусловленные (стеснительность, страх перед будущим, проблемы в личной жизни и разочарование в профессии) бытовые проблемы.

Таблица 4.9.1 – Сравнительные характеристики значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных и иностранных студентов-медиков с психическими расстройствами на учебные стрессовые факторы

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	p=											
		Депрессия		Тревога		Ген. тревога		Социофобии		III			
		РС	ИС										
1	Строгие преподаватели	0,003	0,398	0,000	0,974	0,000	0,003	0,700	0,060	0,262	0,000	0,262	
2	Большая учебная нагрузка	0,019	0,123	0,009	0,504	0,000	0,008	0,291	0,006	0,947	0,000	0,947	
3	Отсутствие учебников	0,002	0,610	0,001	0,621	0,000	0,227	0,001	0,077	0,001	0,447		
4	Непонятные, скучные учебники	0,000	0,174	0,002	0,808	0,000	0,000	0,000	0,012	0,007	0,267		
5	Жизнь вдали от родителей	0,501	0,000	0,110	0,797	0,015	0,003	0,049	0,000	0,173	0,567		
6	Нехватка денег	0,000	0,002	0,012	0,151	0,012	0,001	0,036	0,003	0,790	0,702		
7	Трудности организовать режим дня	0,000	0,000	0,000	0,196	0,000	0,000	0,000	0,000	0,006	0,014		
8	Нерегулярное питание	0,000	0,004	0,000	0,023	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,327		
9	Проблемы проживания в общежитии	0,058	0,000	0,001	0,055	0,034	0,000	0,003	0,000	0,118	0,179		
10	Конфликты в группе	0,000	0,012	0,000	0,196	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,483		
11	Много времени готовится к занятиям	0,002	0,000	0,001	0,724	0,000	0,000	0,117	0,000	0,000	0,173		
12	Нежелание учиться	0,000	0,003	0,000	0,192	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,053		
13	Разочарование в будущей профессии	0,000	0,000	0,000	0,154	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,040		
14	Стеснительность, застенчивость	0,000	0,000	0,000	0,036	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003		
15	Страх перед будущим	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,007		
16	Проблемы в личной жизни	0,000	0,000	0,000	0,022	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003		
17	Нерациональное расписание занятий	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,028	0,621		
18	Много занятий в день	0,000	0,000	0,000	0,006	0,000	0,000	0,008	0,000	0,001	0,217		
19	Отработка пропусков	0,000	0,000	0,009	0,438	0,004	0,000	0,034	0,000	0,008	0,091		

Таблица 4.9.3
Сравнительные характеристики способов преодоления учебного стресса
в зависимости от наличия психических расстройств у русскоязычных и иностранных студентов-медиков

№ п/п	Способы совладания	p=											
		Депрессия		Тревога		Ген. тревога		Социофобия		ИШ			
		РС	ИС										
1	Употребляют алкоголь	0,001	0,173	0,000	0,755	0,020	0,021	0,209	0,961	0,170	0,689		
2	Табакокурение	0,019	0,153	0,007	0,653	0,496	0,026	0,714	0,470	0,323	0,279		
3	Употребляют наркотики	0,001	0,000	0,002	0,093	0,489	0,019	0,004	0,017	0,840	0,629		
4	Употребляют больше еды	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,056		
5	Смотрят телевизор	0,004	0,015	0,300	0,001	0,054	0,001	0,216	0,000	0,060	0,771		
6	Пропускают занятия	0,000	0,006	0,000	0,016	0,001	0,000	0,069	0,014	0,001	0,140		
7	Больше сплю	0,001	0,021	0,000	0,049	0,067	0,000	0,091	0,000	0,063	0,034		
8	Общение с друзьями	-0,002	0,155	0,750	0,695	0,296	0,207	0,056	0,120	0,280	0,421		
9	Поддержка родителей	-0,000	0,779	0,986	0,641	0,668	0,613	-0,014	0,071	0,305	0,911		
10	Прогулки на воздухе	-0,015	0,689	0,381	0,861	0,742	0,192	-0,021	0,046	0,066	0,384		
11	Физическая культура	-0,000	0,622	0,271	0,661	-0,003	0,858	-0,003	0,794	-0,036	0,441		
12	Посещают спортзал	-0,000	0,521	0,060	0,516	-0,013	0,584	-0,000	0,881	0,160	0,127		
13	Компьютерные игры	0,065	0,077	0,376	0,036	-0,001	0,013	0,845	0,295	0,119	0,778		
14	Интернет	0,000	0,021	0,000	0,033	-0,006	0,004	0,036	0,004	0,004	0,551		
15	Читают худ. литературу	0,102	0,340	0,005	0,347	0,572	0,134	0,104	0,067	0,690	0,837		
16	Лекарственные настойки	0,000	0,033	0,000	0,010	0,000	0,188	0,000	0,225	0,000	0,915		
17	Принимают лекарства	0,000	0,009	0,000	0,010	0,000	0,003	0,000	0,008	0,000	0,791		

Таким образом, доказано, что при наличии психических расстройств, выявленных психометрическим исследованием, русскоязычные и иностранные студенты статистически значительно более остро воспринимали все учебные стрессовые факторы с более выраженными симптомами учебного и предэкзаменационного стресса.

При депрессии и тревоге русскоязычные студенты чаще употребляют алкоголь, наркотики, курят табак и принимают лекарства препараты.

При депрессии, генерализованной тревоге и социофобии иностранные студенты чаще употребляют наркотики и лекарственные препараты.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНЫХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

5.1 Клиническая характеристика суицидального поведения

русскоязычных студентов-медиков и особенности реагирования на учебный стресс

Сравнительный анализ суицидального поведения русскоязычных студентов-медиков проводился в 2-х группах: первая – с суицидальным поведением в анамнезе – 271 (37,4%) человек (202 – женского и 69 мужского пола) и вторая – без суицидального поведения в анамнезе – 453 (62,6%) человека (335 женского и 118 – мужского пола). Кроме того, в группе с суицидальным поведением в анамнезе изучались гендерные различия.

Установлено, что суицидальные попытки в анамнезе встречались у 34 (4,7%) студентов, внутренние формы суицидального поведения – у 237 (32,7%) студентов. Суицидальные попытки у лиц женского пола встречались в 29 (5,4%) случаев, а у мужского – в 5 (2,7%) случаев. Внутренние формы суицидального поведения были у 173 (32,2%) женщин и 64 (34,2%) – мужчин.

Суицидальные попытки совершались в возрасте 10-23 (16,4±3,0) лет, а внутренние формы суицидального поведения возникали в возрасте 10-25 (16,5±2,9) лет.

Верификация мотивов суицидального поведения представлена в таблице 5.1.1.

Таблица 5.1.1 – Мотивы суицидального поведения русскоязычных студентов-медиков

№ п/п	Мотив	S-попытки		S мысли, замыслы, намерения		ВСЕГО	
		п	%	п	%	п	%
1	Конфликты с родителями	14	41,2	63	26,6	77	28,4
2	Конфликты со сверстниками, буллинг	8	23,5	44	18,6	52	19,2
3	Конфликты с учителями	2	5,9	18	7,6	20	7,4
4	Разрыв значимых отношений	4	11,8	32	13,5	36	13,3
5	Несчастливая любовь, отсутствие взаимности	3	8,8	21	8,8	24	8,9
6	Плохое настроение, утрата смысла жизни	3	8,8	18	7,6	21	7,7
7	Утрата значимого другого	–	–	12	5,1	12	4,4
8	«Беспричинно»	–	–	9	3,8	9	3,3
9	Неудачи на экзаменах	–	–	12	5,1	12	4,4
10	Страх наказания	–	–	8	3,3	8	3,0
ИТОГО		34	100,0	237	100,0	271	100,0

Установлено, что в большинстве случаев мотивом суицидального поведения были конфликты с родителями и сверстниками, а также разрыв значимых отношений и неудачи в интимной сфере (несчастливая любовь, отсутствие взаимности). Эти причины вполне понятны, так

как большинство как суицидальных попыток, так и внутренних форм суицидального поведения возникали в подростковом возрасте. Именно в период пубертатного криза обостряются отношения подростков с родителями, а также со сверстниками (борьба за лидерство), имеют место переживания влюбленности и обусловленная ею сложные формы интимно-коммуникативной деятельности.

Наиболее частым способом покушения на жизнь (таблица 5.1.2) были отравление медикаментами и порезы предплечий. Реже встречались отравления средствами бытовой химии.

Таблица 5.1.2 – Способы совершения суицидальных попыток русскоязычными студентами медиками

№	Способ суицидальной попытки	ЛМП		ЛЖП		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Отравление медикаментами	2	40,0	14	48,3	16	47,1
2	Отравление средствами бытовой химии	1	20,0	2	6,9	3	8,8
3	Порезы предплечий	1	20,0	11	38,0	12	35,4
4	Отравление бытовым газом	–	–	1	3,4	1	2,9
5	Утопление	–	–	1	3,4	1	2,9
6	Попытка повешения	1	20,0	–	–	1	2,9
ИТОГО		5	100,0	29	100,0	34	100,0

Суицидологический анализ попыток самоубийства по категории цели у русскоязычных студентов-медиков (таблица 5.1.3) показал, что наиболее часто мотивом было «избежание» (наказания, страдания) и призыв (о помощи). В 17,6% случаев встречались демонстративно-шантажные суицидальные попытки. Гендерные различия не выявлены.

Таблица 5.1.3 – Распределение суицидальных попыток у русскоязычных студентов-медиков по категории цели

№	Цель S-попытки	ЛМП		ЛЖП		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Призыв	1	20,0	4	13,8	5	14,8
2	Протест	–	–	3	10,3	3	8,8
3	Самонаказание	–	–	–	–	–	–
4	Мечь	–	–	2	6,9	2	5,9
5	Отказ	–	–	1	3,4	1	2,9
6	Избежание	3	60,0	14	48,3	17	50,0
7	Демонстративно-шантажные	1	20,0	5	17,2	6	17,6
ИТОГО		5	100,0	29	100,0	34	100,0

Клиническая структура психических расстройств у русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в период обследования представлена в таблице 5.1.4.

Установлено, что у студентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, преимущественно диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (65,3% случаев), расстройства личности (7,4%), аффективные расстройства настроения

(5,2%) и донозологические реакции (22,1%). При этом наиболее часто выявлялись социофобии (14%) и кратковременная депрессивная реакция.

Таблица 5.1.4 – Клиническая структура психических расстройств у русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе

№ п/п	Клиническая форма	S-попытки		S мысли, замыслы, намерения		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Неврастения	2	5,9	15	6,3	17	6,3
2	Кратковременная депрессивная реакция	8	23,5	29	12,2	37	13,6
3	Кратковременная тревожно-депрессивная реакция	7	20,6	17	7,2	24	8,9
4	Легкий депрессивный эпизод	3	8,8	11	4,6	14	5,2
5	Соматоформная вегетативная дисфункция	3	8,8	21	8,9	24	8,9
6	Дисморфофобия	2	5,9	13	5,5	15	5,5
7	Социофобия	3	8,8	35	14,8	38	14,0
8	Генерализованное тревожное расстройство	–	–	7	3,0	7	2,6
9	Изолированные фобии	–	–	15	6,3	15	5,5
10	Расстройство личности	6	17,6	14	5,9	20	7,4
	<i>Тревожное</i>	3	8,8	5	2,1	8	3,0
	<i>Эмоционально-неустойчивое</i>	2	5,9	6	2,5	8	3,0
	<i>Истерическое</i>	1	2,9	3	1,3	4	1,4
11	Донозологические реакции	–	–	60	25,3	60	22,1
	<i>Астено-вегетативная реакция</i>	–	–	18	7,6	18	6,6
	<i>Астено-невротическая реакция</i>	–	–	25	10,5	25	9,2
	<i>Характерологическая реакция у акцентуированной личности</i>	–	–	17	7,2	17	6,3
ИТОГО		34	100,0	237	100,0	271	100,0

Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов и симптомов учебного стресса представлены в таблице 5.1.5 и таблице 5.1.6.

Установлено, что для группы с суицидальным поведением в анамнезе фактически весь их перечень был статистически достоверно более значимым, чем для группы без суицидального поведения. Наиболее стрессогенными были: большая учебная нагрузка, необходимость затрат большого количества времени для подготовки к занятиям, трудности организации режима дня, дефицит учебников, а также страх перед будущим. Перечисленные учебные стрессовые факторы оценивались студентами первой группы в 5 и более баллов по 10-балльной шкале.

Статистически значимых различий в реагировании на учебный стресс между лицами с суицидальными попытками и внутренними формами суицидального поведения не выявлено, за исключением более высокой значимости для первых «необходимости изучения большого объема материала» ($p=0,024$). Установлено, что лица женского пола с суицидальным поведением (внутренние формы и суицидальные попытки) более выражено, чем мужчины, реагировали на некоторые учебные стрессовые факторы.

Таблица 5.1.5 – Сравнительная характеристика значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов-медиков

№	Стрессовый фактор	С S поведением		без S поведения		p=	Гр-Ж p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Строгие преподаватели	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-7,0	***	0,033
2	Большая учебная нагрузка	8,0	6,0-9,0	8,0	5,0-9,0	0,0152	0,000
3	Отсутствие учебников	5,0	3,0-9,0	5,0	2,0-7,0	0,0140	***
4	Непонятные, скучные учебники	5,0	3,0-7,0	4,0	2,0-6,0	0,0004	***
5	Жизнь вдали от родителей	1,0	0,0-5,0	2,0	0,0-6,0	***	***
6	Нехватка денег	4,0	1,0-7,0	3,0	0,0-7,0	0,0209	***
7	Трудности организовать свой режим дня	6,0	3,0-8,0	4,0	2,0-7,0	0,0000	0,010
8	Нерегулярное питание	5,0	2,0-8,0	4,0	2,0-7,0	0,0005	***
9	Проблемы проживания в общежитии	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	***	***
10	Конфликты в группе	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	***
11	Много времени готовиться к занятиям	7,0	5,0-8,0	5,0	3,0-8,0	0,0001	0,001
12	Нежелание учиться	3,0	2,0-6,0	1,0	0,0-3,0	0,0000	***
13	Разочарование в будущей профессии	3,0	0,0-5,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	***
14	Стеснительность, застенчивость	3,0	1,0-7,0	1,0	0,0-4,0	0,0000	0,038
15	Страх перед будущим	6,0	3,0-8,0	3,0	0,0-6,0	0,0000	0,001
16	Проблемы в личной жизни	4,0	1,0-7,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	***
17	Нерациональное расписание занятий	5,0	2,0-7,0	4,0	1,0-6,0	0,0003	***
18	Много часов занятий в день	4,0	2,0-7,0	3,0	1,0-6,0	0,0003	***
19	Необходимость отработки пропусков	5,0	2,0-8,0	4,0	0,0-7,0	0,0015	***

Гр-Ж – гендерные различия (женщины); ***Различия статистически не значимые

Таблица 5.1.6 – Сравнительная характеристика выраженности проявлений учебного стресса русскоязычных студентов-медиков

№	Симптом учебного стресса	С S поведением		Без S поведения		p=	Гр-Ж p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Ощущение беспомощности	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,000
2	Наплывы посторонних мыслей	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,007
3	Повышенная отвлекаемость	5,0	3,0-8,0	3,0	1,0-5,0	0,000	0,003
4	Раздражительность, обидчивость	4,0	2,0-6,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,000
5	Плохое настроение, депрессия	5,0	3,0-7,0	2,0	1,0-5,0	0,000	0,015
6	Страх, тревога	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,029
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	4,0	1,0-7,0	1,0	0,0-3,0	0,000	0,005
8	Постоянная нехватка времени, спешка	7,0	4,0-9,0	4,0	2,0-7,0	0,000	***
9	Плохой сон	6,0	3,0-8,0	3,0	1,0-6,0	0,000	***
10	Проблемы в общении с преподавателями	2,0	1,0-5,0	1,0	0,0-2,0	0,000	***
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-2,0	0,000	***
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	0,000	***
13	Проблемы с желудочно-кишечным трактом	1,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,000	***
14	Напряжение или дрожание мышц	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-2,0	0,000	***
15	Головные боли	4,0	2,0-8,0	2,0	0,0-5,0	0,000	0,000
16	Низкая работоспособность, утомляемость	6,0	3,0-8,0	3,0	1,0-5,0	0,000	0,002

Гр-Ж – гендерные различия (женщины); ***Различия статистически не значимые

Для русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе все симптомы учебного стресса были более значимыми, чем для обследованных второй группы (без суицидального поведения). Наиболее существенными (по медианному показателю) были: постоянная нехватка времени, спешка, низкая работоспособность, повышенная утомляемость, плохой сон, снижение способности к концентрации внимания, а также подавленное настроение.

При сравнении субъективной оценки степени выраженности проявлений учебного стресса лицами с суицидальными попытками и внутренними формами суицидального поведения оказалось, что у первых более выражены проблемы с желудочно-кишечным трактом ($p=0,013$) и напряжение мышц ($p=0,21$). Статистически значимо более выраженные психические симптомы стресса испытывали лица женского пола.

Факторный анализ симптомов учебного стресса представлен в таблице 5.1.7.

Таблица 5.1.7 – Факторы симптомов учебного стресса русскоязычных студентов с суицидальным поведением в анамнезе и без него

Название фактора	С S поведением			Без S поведения		
	Составляющие	СЗ	% Д	Составляющие	СЗ	% Д
Астения	Наплывы мыслей 0,802	7,2	44,7	Наплывы мыслей 0,747	7,3	45,4
	Ощущение беспомощности 0,756			Ощущение беспомощности 0,753		
	Тревога 0,753			Тревога 0,713		
	Потеря уверенности 0,713			Расстройство внимания 0,759		
Психосоматические симптомы	Затрудненное дыхание 0,856	1,8	11,2	Затрудненное дыхание 0,841	1,5	9,5
	Тахикардия 0,812			Тахикардия 0,738		
	Напряжение мышц 0,772			Напряжение мышц 0,815		
Цейтнот	Плохой сон 0,801	1,0	6,3	Плохой сон 0,747	1,2	7,5
	Нехватка времени 0,753			Нехватка времени 0,731		

СЗ – собственное значение фактора; %Д – процент дисперсии.

Выявлено по три значимых фактора: «астения» – фактически с одинаковым, максимальным вкладом в дисперсию в обеих группах (с суицидальным поведением и без суицидального поведения) и одинаковыми значениями составляющих фактора. На втором месте – фактор «психосоматические симптомы» (10-11% дисперсии) и на третьем – фактор «цейтнот»: нехватка времени с расстройством сна (с учетом астении: наплывов мыслей, чувства беспомощности и тревогия, обуславливающих затрудненное засыпание и тревожный сон). Выделенные факторы свидетельствуют о том, что учебный стресс и его симптомы определяют количественное, а не качественное реагирование. С другой стороны, учебный стресс не является самостоятельным суицидогенным фактором.

Среди приемов совладания с учебным стрессом (таблица 5.1.8) для лиц с суицидальным поведением в анамнезе наиболее предпочтительным было общение и «серфинг» (в сети Интернет) и сон, а также неконструктивные способы: употребление алкоголя, табакокурение и прием лекарств. Последние создают риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей. Установлено, что поддержка родителей, как один из важных антисуицидальных факторов, в группе с суицидальным поведением в анамнезе был статистически значимо ниже, чем в группе без него. В степени значимости способов преодоления учебного стресса различий между лицами с суицидальными попытками и суицидальными мыслями не выявлено. Изучение гендерных различий значимости способов преодоления учебного стресса в группе с суицидальным поведением в анамнезе показало, что лица мужского пола ($p=0,001$) большую значимость придавали употреблению наркотиков, занятиям физической культурой ($p=0,002$) и компьютерным играм ($p=0,000000$). Для лиц женского пола более значимыми были употребление большего количества еды ($p=0,002$), поддержка родителей ($p=0,002$), а также употребление настоек лекарственных трав ($p=0,007$).

Таблица 5.1.8 – Сравнение значимости приемов преодоления учебного стресса русскоязычными студентами-медиками с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№	Стрессовый фактор	С S поведением				Без S поведения				p=
		M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Употребление алкоголя	2,2	2,6	1,0	0,0-3,0	1,3	2,1	0,0	0,0-2,0	0,000
2	Табакокурение	1,4	2,7	0,0	0,0-1,0	0,9	2,3	0,0	0,0-0,0	0,000
3	Употребление наркотиков	0,1	0,8	0,0	0,0-0,0	0,1	0,8	0,0	0,0-0,0	***
4	Употребление больше еды	3,3	3,0	3,0	0,0-5,0	2,5	3,3	2,0	0,0-4,0	0,000
5	Смотрят телевизор	1,9	2,6	0,0	0,0-3,0	1,5	2,1	0,0	0,0-2,0	***
6	Пропуски занятий	0,9	1,8	0,0	0,0-1,0	0,5	1,3	0,0	0,0-0,0	0,000
7	Больше сплю	3,8	3,2	3,0	1,0-7,0	3,3	3,1	3,0	0,0-5,0	0,048
8	Общение с друзьями	3,8	2,9	4,0	1,0-6,0	4,1	3,1	4,0	1,0-6,0	***
9	Поддержка родителей	4,2	3,2	4,0	1,0-7,0	5,3	3,3	5,0	3,0-8,0	-0,000
10	Прогулки на воздухе	4,5	3,0	5,0	2,0-7,0	4,8	3,0	5,0	3,0-7,0	***
11	Занимаюсь спортом	3,3	3,1	3,0	0,0-5,0	3,6	3,3	3,0	0,0-6,0	***
12	Посещаю бассейн	2,8	3,3	1,0	0,0-5,0	3,2	3,4	2,0	0,0-6,0	***
13	Компьютерные игры	1,5	2,6	0,0	0,0-2,0	1,4	2,5	0,0	0,0-2,0	***
14	Интернет	5,2	2,8	5,0	3,0-7,0	4,2	2,7	4,0	2,0-6,0	0,000
15	Читают худ. литературу	3,8	3,1	4,0	1,0-6,0	3,6	3,0	3,0	1,0-6,0	***
16	Лекарственные настойки	2,1	2,9	0,0	0,0-4,0	1,2	2,1	0,0	0,0-1,0	0,000
17	Принимают лекарства	1,7	2,8	0,0	0,0-3,0	1,0	2,2	0,0	0,0-1,0	0,000

***Различия статистически не значимые

Выраженность симптомов предэкзаменационного стресса статистически значимо была выше у студентов с суицидальным поведением в анамнезе (таблица 5.1.9). По медианному показателю (выше 5 баллов по 10-балльной шкале) наиболее выраженными были учащенное сердцебиение, тревога, страх, затрудненное засыпание и подавленное настроение.

Сила волнения перед экзаменами у студентов с суицидальным поведением в анамнезе была статистически значимо выше, чем у студентов без него. Тем не менее, в обеих группах студентов-медиков самооценка степени волнения перед экзаменами в интерквартильном размахе достигала 7-10 баллов по 10-балльной шкале. В субъективной оценке степени выраженности предэкзаменационного стресса различий между лицами с суицидальными попытками и суицидальными мыслями не выявлено.

Таблица 5.1.9 – Сравнение степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса

№	Стрессовый фактор	С S поведением				Без S поведения				p=	Гр-Ж p=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅		
	Сила волнения перед экзаменами	8,2	2,2	9,0	7,0-10,0	7,8	2,4	8,0	7,0-10,0	0,0314	0,000
1	Учащенное сердцебиение	6,2	3,3	7,0	3,0-9,0	5,2	3,2	5,0	3,0-8,0	0,0000	0,000
2	Перебои в работе сердца	3,1	3,4	2,0	0,0-6,0	2,0	3,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,002
3	Затрудненное дыхание	2,8	3,2	2,0	0,0-5,0	1,9	2,9	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,048
4	Невозможность сделать глубокий вдох	2,1	2,9	1,0	0,0-4,0	1,4	2,6	0,0	0,0-1,0	0,0000	0,003
5	Неудовлетворенность вдохом	2,2	3,0	0,0	0,0-4,0	1,4	2,5	0,0	0,0-2,0	0,0001	0,006
6	Напряжение в мышцах тела	3,5	3,3	3,0	0,0-6,0	2,2	3,4	1,0	0,0-4,0	0,0000	0,015
7	Дрожание мышц	3,6	3,3	3,0	0,0-6,0	2,8	3,0	2,0	0,0-5,0	0,0062	0,000
8	Учащенное мочеиспускание	2,3	3,2	0,0	0,0-4,0	1,7	2,9	0,0	0,0-3,0	0,0021	0,000
9	Головные боли	4,6	3,5	5,0	1,0-8,0	3,3	3,3	3,0	0,0-6,0	0,0000	0,000
10	Тревога, страх	7,3	5,8	8,0	5,0-10,0	5,4	3,4	5,0	2,0-9,0	0,0000	0,000
11	Подавленное настроение	5,7	3,4	7,0	3,0-9,0	3,9	3,4	3,0	0,0-7,0	0,0000	0,001
12	Затрудненное засыпание	5,9	3,7	7,0	2,0-10,0	4,4	3,7	4,0	0,0-8,0	0,0000	0,000
13	Неприятные сновидения	3,5	3,8	2,0	0,0-7,0	2,4	3,4	0,0	0,0-4,0	0,0000	0,002

Гр-Ж – гендерные различия (женщины)

Изучение гендерных различий в группе с суицидальным поведением в анамнезе показало, что лица женского пола более значимо реагировали на предэкзаменационный стресс (8,5 баллов по медианному значению), чем лица мужского пола (6,5 баллов по медианному значению).

Изучение частоты социофобий представлено в таблице 5.1.10.

Таблица 5.1.10 – Сравнительные характеристики распространенности социофобии у русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень социофобии	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	136	50,2	357	78,8	0,0005	3,7	2,6-5,2
2	Опасения	64	23,6	59	13,0			
3	Субклинический	49	18,2	26	5,7			
4	Клинический умеренный	15	5,5	9	2,0			
5	Клинический выраженный	7	2,6	2	0,4			
ИТОГО		271	100,0	453	100,0			

Установлено, что в группе с суицидальным поведением в анамнезе социофобии встречались у 135 (49,8%) человек – статистически значимо чаще ($\chi^2=62,633$ p=0,0005; OR=3,7

95% CI=2,6-5,2), чем в группе без суицидального поведения – у 96 (21,2%) человек. Вероятность наличия социофобий у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 4 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

В группе с суицидальным поведением в анамнезе (таблица 5.1.11) симптомы генерализованной тревоги встречались у 193 (71,2%) человек, статистически значимо чаще ($\chi^2=47,420$ $p=0,0005$; OR=3,1 95% CI=2,2-4,3), чем в группе без суицидального поведения – у 202 (44,6%) человек. Вероятность наличия генерализованной тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе в 3 раза выше, чем без суицидального поведения.

Таблица 5.1.11 – Сравнительные характеристики распространенности генерализованной тревоги у русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень генерализованной тревоги	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95% CI
1	Отсутствие	78	28,8	251	55,4	0,0005	3,1	2,2-4,3
2	Легко выраженная	123	45,4	150	33,1			
3	Умеренная	44	16,2	36	7,9			
4	Выраженная	26	9,6	16	3,5			
ИТОГО		271	100,0	453	100,0			

У студентов с суицидальным поведением в анамнезе депрессия (таблица 5.1.12) встречалась статистически значимо чаще ($\chi^2=95,706$ $p=0,0005$; OR=5,3 95% CI=3,7-7,7), чем в группе без суицидального поведения: соответственно 136 (50,2%) и 72 (15,9%) человек. Более того, вероятность наличия депрессии у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 5 раз выше, чем без суицидального поведения. Кроме того, среди лиц с депрессией в группе с суицидальным поведением в анамнезе клинический ее уровень (умеренный, выраженный и крайне выраженный) встречался статистически значимо чаще – в 89 (32,8%) случаев ($\chi^2=7,689$ $p=0,006$; OR=2,4 95% CI=1,3-4,4), чем в группе без суицидального поведения – 32 (7,1%) случая. Вероятность наличия клинического уровня депрессии у студентов с суицидальным поведением в анамнезе в 2,4 раза выше, чем у студентов без него.

Таблица 5.1.12 – Сравнительные характеристики распространенности депрессии у русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень депрессии	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95% CI
1	Отсутствие	135	49,8	381	84,1	0,0005	5,3	3,7-7,7
2	Легко выраженная	47	17,3	40	8,8			
3	Умеренная	47	17,3	21	4,6	0,006	2,4	1,3-4,4
4	Выраженная	23	8,5	8	1,8			
5	Крайне выраженная	19	7,0	3	0,7			
ИТОГО		271	100,0	453	100,0			

У студентов с суицидальным поведением в анамнезе (таблица 5.1.13) тревога встречалась статистически значимо ($\chi^2=52,256$ $p=0,0005$; $OR=3,2$ $95\%CI=2,3-4,5$) чаще, чем у сверстников без суицидального поведения: соответственно 138 (50,9%) и 110 (24,3%) человек.

Отношение шансов свидетельствует, что вероятность наличия тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 3 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения. Клинически значимый уровень тревоги (умеренная, выраженная и крайне выраженная) у студентов с суицидальным поведением в анамнезе встречался статистически значимо чаще ($\chi^2=4,306$ $p=0,038$; $OR=1,8$ $95\%CI=1,0-3,0$), чем у студентов без него: соответственно 32,2% и 11,9%. Вероятность выявления клинического уровня тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 2 раза выше, чем у их сверстников без суицидального поведения.

Таблица 5.1.13 – Сравнительные характеристики распространенности тревоги у русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень тревоги	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	133	49,1	343	75,7	0,0005	3,2	2,3-4,5
2	Легко выраженная	51	18,8	56	12,4	0,038	1,8	1,0–3,0
3	Умеренная	37	13,7	31	6,8	0,038	1,8	1,0–3,0
4	Выраженная	20	7,4	9	2,0			
5	Крайне выраженная	30	11,1	14	3,1			
ИТОГО		271	100,0	453	100,0			

Изучение распространенности стресса (тест DASS-21) показал (таблица 5.1.14), что в группе студентов с суицидальным поведением в анамнезе дистресс регистрировался статистически значимо чаще ($\chi^2=67,648$ $p=0,0005$; $OR=3,8$ $95\%CI=2,7-5,3$), чем в группе без него: соответственно 145 (53,5%) и 105 (23,2%) человек. Клинически значимый (умеренный, выраженный и крайне выраженный) уровень дистресса также чаще ($\chi^2=4,7$ $p=0,03$; $OR=1,9$ $95\%CI=1,1-3,3$) регистрировался у студентов с суицидальным поведением в анамнезе – 107 (39,4%), чем без него – 63 (13,9%) случая.

Таблица 5.1.14 – Сравнительные характеристики распространенности стресса (дистресса) у русскоязычных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень стресса	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	126	46,5	348	76,8	0,0005	3,8	2,7-5,3
2	Легко выраженная	38	14,0	42	9,3	0,030	1,9	1,1-3,3
3	Умеренная	55	20,3	30	6,6	0,030	1,9	1,1-3,3
4	Выраженная	34	12,5	25	5,5			
5	Крайне выраженный	18	6,6	8	1,8			
ИТОГО		271	100,0	453	100,0			

Корреляционный анализ выявил слабую, но высокодостоверную прямую корреляционную зависимость суицидального поведения с большинством учебных стрессовых факторов, среди которых наиболее значимые: нежелания учиться ($r=0,319$ $p=0,000$), проблемами в личной жизни ($r=0,339$ $p=0,000$). Аналогичная корреляционная зависимость выявлена и с симптомами учебного стресса: ощущением беспомощности ($r=0,329$ $p=0,000$), подавленным настроением, депрессией ($r=0,360$ $p=0,000$), потерей уверенности, снижением самооценки ($r=0,351$ $p=0,000$), проблемами в общении с преподавателями ($r=0,325$ $p=0,000$) и низкой работоспособностью, утомляемостью ($r=0,308$ $p=0,000$). Приведенные цифры свидетельствуют, что учебный стресс в силу вызываемой им астенизации и эмоционального напряжения может увеличивать актуальных суицидогенных конфликтов. Сказанное требует организации медико-психологической консультативной помощи лицам подросткового и юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе.

Таким образом, в результате исследования установлено, что суицидальное поведение (внутренние и внешние формы) у студентов-медиков встречается в анамнезе у 37,4%, причем суицидальные попытки – у 4,7%, а внутренние формы суицидального поведения - у 32,7%. Суицидальные попытки у лиц женского пола встречались в 5,4% случаев, а у мужского – в 2,7%. Внутренние формы суицидального поведения соответственно имели место у 32,2% женщин и 34,2% – мужчин.

Лица юношеского и молодого возраста, имеющие в анамнезе суицидальное поведение, обладают более высокой чувствительностью к учебному стрессу, чем сверстники без суицидального поведения, что сопровождается высокой частотой депрессии (50,2%), тревоги (50,9%), дистресса (53,5%), а также социофобии (49,8%). Причем она (повышенная чувствительность) фактически одинакова как при суицидальных попытках, так и при внутренних формах суицидального поведения. Такая повышенная уязвимость создает предрасположенность к повторному суицидальному поведению и требует повышенного внимания не только к тем, у кого в анамнезе были суицидальные попытки, но и имели место внутренние формы суицидального поведения.

Вероятность выявления депрессии у лиц юношеского и молодого возраста с суицидальным поведением в анамнезе в 5 раз, тревоги в 3 раза, дистресса и социофобий в 4 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

Наиболее стрессогенными (5 и более баллов по 10-балльной шкале) для студентов с суицидальным поведением были: высокая учебная нагрузка, требующая большого количества времени для подготовки, трудности организации режима дня, дефицит учебников, а также страх перед будущим.

Среди симптомов учебного и предэкзаменационного стресса у студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе наиболее выраженными были нехватка времени, повышен-

ная утомляемость, низкая работоспособность, плохой сон, учащенное сердцебиение, снижение способности к концентрации внимания, подавленное настроение, тревога и страх. При этом базовым проявлением была выраженная астения. По всем параметрам предэкзаменационного стресса лица женского пола реагировали более выражено, чем мужского.

Среди способов совладания с учебным стрессом для лиц с суицидальным поведением наиболее предпочтительным было общение в социальных сетях и «серфинг» (в сети Интернет) и сон, а также неконструктивные способы: употребление алкоголя, табакокурение и прием лекарств, что создает риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей. При этом лица мужского пола чаще ($p=0,001$), чем женского, употребляли наркотики, а женщины – большее количество еды ($p=0,002$) и настойки лекарственных трав ($p=0,007$).

С учетом сказанного, требуется внедрение в школах и ВУЗах должностей медицинских психологов для реализации программ первичной профилактики суицидального поведения, непсихотических психических расстройств и аддиктивного поведения. Имеющаяся в настоящее время психиатрическая служба не в состоянии самостоятельно решить данную задачу – в силу законодательного ограничения деятельности и высокого уровня стигматизации.

5.2 Клиническая характеристика суицидального поведения иностранных студентов-медиков и особенности реагирования на учебный стресс

Сравнительный анализ суицидального поведения иностранных студентов-медиков проводился в 2-х группах: первая – с суицидальным поведением в анамнезе: 80 человек (20 лиц женского и 60 мужского пола) и вторая группа – без суицидального поведения: 241 человек (53 женского и 188 – мужского пола). Кроме того, изучались гендерные различия.

Суицидальное поведение имело место в анамнезе у 80 (24,9%) студентов: внутренние формы – в 75 (23,4%) случаях и внешние (суицидальные попытки) – в 5 (1,6%) случаев. Изучение гендерных различий показало, что в общей сложности (внутренние и внешние формы) суицидального поведения у лиц женского пола наблюдались в 27,4% и у мужского – 24,2% случаях, а суицидальные попытки соответственно в 2 (2,7%) и 3 (1,2%) – различия в обоих случаях статистически не значимые.

Суицидальные попытки совершались в возрасте 16-19 ($17,0\pm 1,4$) лет. Среди способов покушения на жизнь преобладали самоотравления средствами бытовой химии (3).

Верификация мотивов суицидального поведения¹ представлена в таблице 5.2.1.

¹ Выяснить мотивы суицидального поведения и провести клинико-психопатологическое обследование удалось только у 63 (79%) студентов-медиков из Индии. Остальные отказались в связи со страхом экстрадиции из страны и возможных проблем с учебой.

Таблица 5.2.1 – Мотивы суицидального поведения иностранных студентов-медиков

№ п/п	Мотив	S-попытки		S мысли, замыслы, намерения		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Конфликты с родителями	2	40,0	15	25,9	17	27,0
2	Конфликты со сверстниками		–	4	6,9	4	6,3
3	Конфликты с учителями		–	5	8,6	5	7,9
4	Разрыв значимых отношений	1	20,0	9	15,5	10	16,0
5	Несчастливая любовь, отсутствие взаимности	1	20,0	13	22,4	14	22,2
6	Плохое настроение, утрата смысла жизни	1	20,0	3	5,2	4	6,3
7	Неудачи на экзаменах	–	–	5	8,6	5	7,9
8	Страх наказания	–	–	4	6,9	4	6,4
ИТОГО		5	100,0	58	100,0	63	100,0

Суицидальные попытки наблюдались нами у 2 лиц женского пола в период обучения: в одном случае имел место завершённый суицид посредством падения с высоты (плохое настроение, утрата смысла жизни и отказ от обращения к психиатру – по сведениям сверстников), а в другом случае – попытка самоубийства посредством самоотравления (суицидогенный конфликт – разрыв значимых отношений). В последнем случае студентка получала терапию с диагнозом «Психогенная депрессивная реакция».

Еще в одном случае наблюдалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение у студента мужского пола, связанное с сочетанным конфликтом: «Несчастливая любовь, отсутствие взаимности» и связанные с этим – «Проблемы в учебе». Остальные 2 случая суицидального поведения у лиц мужского пола отмечались в связи с конфликтами с родителями и реализовались за несколько лет до поступления на учебу в медицинский институт.

Анализ мотивации внутренних форм суицидального поведения (таблица 5.2.2) показал, что наиболее частыми мотивами их были конфликты в семейной сфере (с родителями) и конфликты в интимной сфере («несчастливая любовь» и разрыв значимых отношений). Это связано с тем, что большинство внутренних форм суицидального поведения возникало в подростковом возрасте, для которого характерен пубертатный криз (способствующий конфликтам с родителями), а ведущей является интимно-коммуникативная деятельность, обуславливающая повышенную значимость даже легко выраженных конфликтов в личной и интимной сферах. Пассивные суицидальные мысли (уровня размышлений о ценности жизни и возможной смерти) чаще ($\chi^2=28,946$ $p=0,0005$ $OR=46,9$ $95\%CI=10,0-1014,3$) встречались у лиц мужского пола.

Таблица 5.2.2 – Гендерные особенности мотивации внутренних форм суицидального поведения иностранных студентов-медиков

№ п/п	Мотив	Мужчины		Женщины		ВСЕГО	
		п	%	п	%	п	%
1	Конфликты с родителями	11	24,4	4	30,8	15	25,9
2	Конфликты со сверстниками	3	6,6	1	7,7	4	6,9
3	Конфликты с учителями	4	9,0	1	7,7	5	8,6
4	Разрыв значимых отношений	6	13,3	3	23,1	9	15,5
5	Несчастливая любовь, отсутствие взаимности	12	26,7	1	7,7	13	22,4
6	Плохое настроение, утрата смысла жизни	1	2,2	2	15,3	3	5,2
7	Неудачи на экзаменах	4	8,9	1	7,7	5	8,6
8	Страх наказания	4	8,9	–	–	4	6,9
ИТОГО		45	100,0	13	100,0	58	100,0

Клиническая картина психических расстройств у иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением представлена в таблице 5.2.3.

Среди психических расстройств, связанных с суицидальным поведением у иностранных студентов-медиков, наиболее часто встречалась кратковременная депрессивная реакция, тревожно-депрессивная реакция и расстройства личности. Чаще всего имели место донозологические реакции. Это объясняется преобладанием внутренних форм суицидального поведения, не сопровождающихся выраженными конфликтами и значимой социальной дезадаптацией.

Таблица 5.2.3 – Клиническая структура психических расстройств у иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе

№ п/п	Клиническая форма	S-попытки		S мысли, замыслы, намерения		ВСЕГО	
		п	%	п	%	п	%
1	Кратковременная депрессивная реакция	2	40,0	7	12,1	9	14,3
2	Кратковременная тревожно-депрессивная реакция	1	20,0	5	8,6	6	9,5
3	Легкий депрессивный эпизод	1	20,0	2	3,4	3	4,8
4	Расстройство личности	1	20,0	3	5,2	4	6,3
	<i>Тревожное</i>	–	–	–	–	–	–
	<i>Эмоционально-неустойчивое</i>	–	–	1	1,7	1	1,6
	<i>Истерическое</i>	1	20,0	2	3,4	3	4,7
5	Донозологические реакции	–	–	41	70,7	41	65,0
	<i>Астено-вегетативная реакция</i>	–	–	11	19,0	11	17,5
	<i>Астено-невротическая реакция</i>	–	–	7	12,1	7	11,1
	<i>Характерологическая реакция у акцентуированной личности</i>	–	–	23	39,7	23	36,5
ИТОГО		5	100,0	58	100,0	63	100,0

Обращает на себя внимание высокий удельный вес характерологических реакций у акцентуированных личностей (36,5%), что обуславливало выраженный эгоцентризм и эгоистические установки (проявляющиеся и в процессе взаимодействия с преподавателями).

Значимость учебных стрессовых факторов представлена в таблице 5.2.4.

Таблица 5.2.4 – Значимость учебных стрессовых факторов для иностранных студентов-медиков

№	Стрессовый фактор	С S поведением				Без S поведения				p=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Строгие преподаватели	5,2	2,4	5,0	4,0-7,0	4,4	2,5	4,0	3,0-6,0	0,005
2	Большая учебная нагрузка	5,8	2,2	5,0	4,0-8,0	5,0	2,4	5,0	3,0-6,0	0,021
3	Отсутствие учебников	6,6	3,1	7,5	4,0-9,5	5,1	3,3	5,0	2,0-8,0	0,000
4	Непонятные, скучные учебники	5,0	3,0	5,0	3,0-7,0	3,7	2,8	3,0	1,0-5,0	0,001
5	Жизнь вдали от родителей	5,6	3,3	5,0	3,0-9,0	4,9	3,0	5,0	2,0-7,0	***
6	Нехватка денег	4,0	3,3	3,0	1,0-6,0	3,4	3,1	3,0	1,0-5,0	***
7	Трудности организовать свой режим дня	5,9	2,7	6,0	4,0-8,0	3,5	2,6	3,0	1,0-5,0	0,000
8	Нерегулярное питание	6,1	3,4	7,0	3,0-9,0	4,1	3,1	4,0	1,0-7,0	0,000
9	Проблемы проживания в общежитии	3,7	3,3	3,5	0,5-6,0	2,5	3,1	1,0	0,0-4,0	0,001
10	Конфликты в группе	2,9	2,9	2,0	0,0-5,0	2,0	2,4	1,0	0,0-4,0	0,029
11	Много времени готовиться к занятиям	4,2	3,1	4,0	1,0-6,5	2,7	2,5	2,0	0,0-4,0	0,000
12	Нежелание учиться	2,5	2,5	2,0	0,0-4,0	1,7	2,1	1,0	0,0-3,0	0,002
13	Разочарование в будущей профессии	2,6	2,9	2,0	0,0-4,0	1,7	2,4	0,0	0,0-3,0	0,003
14	Стеснительность, застенчивость	3,6	3,0	3,0	1,0-5,0	2,3	2,7	1,0	0,0-4,0	0,000
15	Страх перед будущим	4,9	3,2	5,0	2,0-8,0	2,8	2,9	2,0	0,0-5,0	0,000
16	Проблемы в личной жизни	3,8	3,0	3,0	1,0-5,5	2,0	2,6	1,0	0,0-3,0	0,000
17	Нерациональное расписание занятий	4,4	2,9	5,0	2,0-6,5	2,7	2,6	2,0	0,0-5,0	0,000
18	Много занятий в день (четыре и более пар)	4,5	4,3	4,0	2,0-7,0	2,8	2,6	2,0	0,0-5,0	0,000
19	Необходимость отработки пропусков	4,5	3,3	5,0	1,0-7,0	2,5	2,8	2,0	0,0-4,0	0,000

***Различия статистически не значимые

Установлено, что значимость фактически всех учебных стрессовых факторов для иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением была статистически значимо выше, чем иностранных студентов без него, за исключением «проживания вдали от родителей» и «нехватки денег». Изучение гендерных различий в значимости учебных стрессовых факторов в группе иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением показало, что для лиц женского пола более значимым ($p=0,039$), чем для мужского, была большая учебная нагрузка. По остальным стрессовым факторам без статистически значимых различий.

Изучение сравнительных характеристик выраженности проявлений учебного стресса (таблица 5.2.5) показало, что подавляющее большинство из них были статистически значимо более выраженными у иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе. Это свидетельствует о том, что лица юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе не только больше уязвимы к стрессу, но и реагируют с большей силой, чем сверстники без суицидального поведения.

Таблица 5.2.5 – Сравнительная характеристика проявлений учебного стресса у иностранных студентов-медиков (критерий Манна-Уитни)

№	Стрессовый фактор	С S поведением				Без S поведения				p=
		M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Ощущение беспомощности	3,6	2,6	3,0	2,0-5,0	2,0	2,3	1,0	0,0-3,0	0,000
2	Наплывы посторонних мыслей	3,6	2,8	3,0	1,0-5,5	1,8	2,0	1,0	0,0-3,0	0,000
3	Повышенная отвлекаемость	4,2	2,6	4,0	2,0-6,0	2,2	2,2	1,0	0,0-4,0	0,000
4	Раздражительность, обидчивость	3,9	2,8	4,0	1,5-6,0	1,8	2,1	1,0	0,0-3,0	0,000
5	Плохое настроение, депрессия	4,3	2,8	4,5	2,0-6,0	1,9	2,2	1,0	0,0-3,0	0,000
6	Страх, тревога	3,8	2,8	3,0	2,0-6,0	1,6	2,1	1,0	0,0-2,0	0,000
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	3,3	2,7	2,0	1,0-5,0	1,5	2,0	1,0	0,0-2,0	0,000
8	Постоянная нехватка времени, спешка	4,7	2,8	4,5	3,0-7,0	2,5	2,5	2,0	0,0-4,0	0,000
9	Плохой сон	4,6	2,9	5,0	2,0-7,0	2,5	2,6	2,0	0,0-4,0	0,000
10	Проблемы в общении с преподавателями	3,7	3,0	3,0	2,0-6,0	2,6	2,8	2,0	0,0-5,0	0,002
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	1,5	2,5	0,0	0,0-2,0	0,9	1,8	0,0	0,0-1,0	***
12	Затрудненное дыхание	1,2	2,2	0,0	0,0-1,0	0,8	1,7	0,0	0,0-1,0	***
13	Проблемы с желудочно-кишечным трактом	1,9	2,5	0,0	0,0-3,0	1,2	2,1	0,0	0,0-2,0	0,020
14	Напряжение или дрожание мышц	1,7	2,3	0,0	0,0-3,0	1,1	1,8	0,0	0,0-2,0	***
15	Головные боли	3,5	2,9	3,0	0,0-6,0	1,8	2,4	1,0	0,0-3,0	0,000
16	Низкая работоспособность, утомляемость	3,4	2,8	3,0	1,0-6,0	1,7	2,3	0,0	0,0-3,0	0,000

***Различия статистически не значимые

Для лиц женского пола более значимыми ($p=0,01$) были наплывы посторонних мыслей, от которых они не могли отвлечься. По остальным проявлениям учебного стресса статистически значимых различий не выявлено.

Факторный анализ проявлений учебного стресса (таблица 5.2.6) показал, что в группе с суицидальным поведением выделено 2 значимых фактора (57,3% дисперсии): «астено-невротический» и «психосоматические расстройства».

В группе иностранных студентов без суицидального поведения выделено 2 аналогичных фактора с практически одинаковыми составляющими. Однако, «Астено-невротический» фактор в группе с суицидальным поведением наибольшая значимость касалась «наплывов посторонних мыслей», а группе без него наибольшая значимость касалась «нехватки времени, спешке». Во втором факторе, «Психосоматическом», в группе с суицидальным поведением были затронуты 4 сферы – мышечная, сердечнососудистая, дыхательная и желудочно-кишечный тракт, а в группе без суицидального поведения – только 2 сферы: дыхательная и ЖКТ. То есть по качественному характеру симптомов учебного стресса группы между собою различаются незначительно. При этом имеются статистически значимые различия как в выраженности значимости учебных стрессовых факторов, так и в силе проявлений учебного стресса. Таким образом, закономерно заключить, что лица с суицидальным поведением в анамнезе более уязвимы к учебному стрессу.

Таблица 5.2.6 – Факторы симптомов учебного стресса иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе (первая группа) и без него (вторая группа)

Название Фактора	Первая группа – 57,3%			Вторая группа – 63,9%		
	Составляющие	СЗ	% Д	Составляющие	СЗ	% Д
АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ	Ощущение беспомощности 0,831	6,7	41,6	Ощущение беспомощности 0,740	8,5	53,4
	Наплывы мыслей 0,841			Наплывы мыслей 0,815		
	Р-во внимания 0,782			Р-во внимания 0,790		
	Плохое настроение 0,764			Плохое настроение 0,807		
	Страх, тревога 0,734			Страх, тревога 0,737		
	Потеря уверенности 0,765			Потеря уверенности 0,749		
	Нехватка времени 0,704			Нехватка времени 0,830		
			Раздражительность, обидчивость 0,744			
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ	Напряжение мышц 0,809	2,5	15,7		1,7	10,5
	Тахикардия 0,807					
	Затрудненное дыхание 0,760			Затрудненное дыхание 0,834		
	Проблемы с ЖКТ 0,720			Проблемы с ЖКТ 0,869		

СЗ – собственное значение фактора; %Д – процент дисперсии.

Сравнение значимости способов преодоления стресса представлено в таблице 5.2.7

Таблица 5.2.7 – Сравнение значимости приемов преодоления учебного стресса иностранными студентами-медиками

№	Стрессовый фактор	С S поведением				Без S поведения				p=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Употребление алкоголя	1,3	2,0	0,0	0,0-2,0	0,9	1,7	0,0	0,0-1,0	***
2	Табакокурение	1,1	2,4	0,0	0,0-1,0	0,8	2,0	0,0	0,0-0,0	***
3	Употребление наркотиков	0,3	1,2	0,0	0,0-0,0	0,3	1,3	0,0	0,0-0,0	***
4	Употребление больше еды	3,1	3,2	3,0	0,0-5,0	2,0	2,5	1,0	0,0-3,0	0,008
5	Смотрят телевизор	3,4	3,0	3,0	0,0-6,0	2,9	2,8	2,0	0,0-5,0	***
6	Пропуски занятий	2,2	2,7	1,0	0,0-3,0	1,6	2,1	1,0	0,0-3,0	***
7	Больше сплю	3,8	3,1	4,0	0,0-7,0	2,7	2,8	2,0	0,0-5,0	0,011
8	Общение с друзьями	4,8	3,1	5,0	3,0-8,0	3,8	3,0	3,0	1,0-6,0	0,014
9	Поддержка родителей	4,7	3,1	5,0	2,0-7,0	5,4	3,3	5,0	3,0-8,0	***
10	Прогулки на воздухе	5,6	3,2	6,0	3,0-8,0	5,5	3,0	6,0	3,0-8,0	***
11	Занимаюсь спортом	4,7	3,7	4,5	0,5-8,0	4,6	3,2	5,0	2,0-7,0	***
12	Посещаю бассейн	4,5	3,8	4,0	0,0-9,0	4,3	3,6	4,0	1,0-8,0	***
13	Компьютерные игры	4,1	3,5	4,0	0,5-7,0	3,4	3,4	3,0	0,0-6,0	***
14	Интернет	4,5	3,1	5,0	2,0-7,0	4,1	2,8	4,0	2,0-6,0	***
15	Читают худ. литературу	3,5	3,1	3,0	0,5-5,5	3,2	2,7	3,0	1,0-5,0	***
16	Лекарственные настойки	1,8	2,6	0,0	0,0-2,5	1,1	1,7	0,0	0,0-2,0	***
17	Принимают лекарства	2,0	2,9	0,0	0,0-3,0	1,1	1,9	0,0	0,0-2,0	***

***Различия статистически не значимые

Установлено, что для иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе более значимым, чем для иностранных студентов без него, было употребление большего количества пищи и большего времени, которое они выделяли на сон и общение с друзьями.

Для лиц мужского пола более значимым ($p=0,043$) было табакокурение и посещение спортзала ($p=0,02$), а для женщин – чтение книг ($p=0,003$).

Сравнительный анализ степени выраженности волнения перед экзаменами и симптомов предэкзаменационного стресса представлен в таблице 5.2.8.

Таблица 5.2.8 – Сравнение степени выраженности (в баллах: от 1 до 10) симптомов предэкзаменационного стресса, у иностранных студентов-медиков

№	Стрессовый фактор	С S поведением				Без S поведения				p=
		M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
Сила волнения перед экзаменами		6,7	2,3	7,0	5,0-9,0	5,6	2,8	6,0	4,0-8,0	0,002
1	Учащенное сердцебиение	3,1	3,0	2,5	0,0-5,0	1,9	2,4	1,0	0,0-3,0	0,002
2	Перебои в работе сердца	1,7	2,5	0,0	0,0-2,5	0,9	1,8	0,0	0,0-1,0	0,012
3	Затрудненное дыхание	1,5	2,2	0,0	0,0-2,0	0,7	1,6	0,0	0,0-1,0	0,000
4	Невозможность сделать глубокий вдох	1,7	2,4	0,0	0,0-3,0	0,7	1,6	0,0	0,0-1,0	0,000
5	Неудовлетворенность вдохом	1,5	2,1	0,0	0,0-2,0	0,7	1,4	0,0	0,0-0,5	0,000
6	Напряжение в мышцах тела	2,0	2,3	1,0	0,0-3,0	1,0	1,7	0,0	0,0-2,0	0,000
7	Дрожание мышц	2,1	2,4	1,0	0,0-3,0	1,1	1,9	0,0	0,0-1,0	0,000
8	Учащенное мочеиспускание	2,0	2,6	1,0	0,0-3,0	1,5	2,2	0,0	0,0-3,0	***
9	Головные боли	3,2	3,0	3,0	0,0-5,0	1,7	2,3	1,0	0,0-3,0	0,000
10	Тревога, страх	3,7	2,9	3,0	1,0-5,5	2,4	2,7	1,5	0,0-4,0	0,000
11	Подавленное настроение	3,3	3,0	3,0	0,0-5,0	1,8	2,3	1,0	0,0-3,0	0,000
12	Затрудненное засыпание	4,8	3,4	5,0	1,5-8,0	2,4	2,8	1,0	0,0-4,0	0,000
13	Неприятные сновидения	4,0	3,5	4,0	0,0-7,0	1,4	2,2	0,0	0,0-2,0	0,000

***Различия статистически не значимые

Установлено, что по всем параметрам иностранные студенты-медики с суицидальным поведением в анамнезе статистически значимо превосходили сверстников без него. Изучение гендерных различий выраженности симптомов предэкзаменационного стресса показал, что у лиц мужского пола более выраженным ($p=0,006$) было учащенное мочеиспускание.

Изучение частоты социофобий представлено в таблице 5.2.9.

Таблица 5.2.9 – Распространенности социофобии у иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень социофобии	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	43	53,8	188	78,0	0,000	4,7	2,8-8,0
2	Опасения	19	23,8	38	15,8	0,007	4,4	2,0-9,8
3	Субклинический	15	18,8	12	5,0			
4	Клинический умеренный	1	1,2	3	1,2			
5	Клинический выраженный	2	2,4	–	–			
ИТОГО		80	100,0	241	100,0			

Установлено, что в группе с суицидальным поведением социофобии встречались у 57(46,2%) человек – статистически значимо чаще ($\chi^2=20,052$ $p=0,0005$; $OR=4,7$ $95\%CI=2,8-8,0$), чем группе без него – у 53 (22,0%). Шанс наличия социофобий у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 5 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

В группе с суицидальным поведением в анамнезе (таблица 5.2.10) симптомы генерализованной тревоги встречались у 54 (67,5%) человек, причем статистически значимо чаще ($\chi^2=39,593$ $p=0,0005$; $OR=5,5$ $95\%CI=3,1-9,8$), чем группе без суицидального поведения в анамнезе – у 66 (27,4%). Вероятность наличия генерализованной тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе в 5,5 раза выше, чем без суицидального поведения.

Таблица 5.2.10 – Частота генерализованной тревоги у иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень генерализованной тревоги	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	26	32,5	175	72,6	0,000	5,5	3,1-9,8
2	Легко выраженная	39	48,8	46	19,1	0,000	5,5	3,1-9,8
3	Умеренная	12	15,0	18	7,5			
4	Выраженная	3	3,8	2	0,8			
ИТОГО		80	100,0	241	100,0			

Изучение частоты встречаемости тревожных пароксизмов (феноменологически сходных с паническими приступами) показало (таблица 5.2.11), что у иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе они встречались статистически значимо чаще ($\chi^2=10,615$ $p=0,002$; $OR=5,6$ $95\%CI=1,8-18,0$), чем в группе без него: соответственно 10 (12,5%) и 6 (2,5%) человек. Вероятность наличия тревожных пароксизмов у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 5 раз выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

Таблица 5.2.11 – Частота тревожных пароксизмов у иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень генерализованной тревоги	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	70	87,5	234	97,5	0,002	5,6	1,8-18,0
2	Субклинический уровень	6	7,5	1	0,4	0,002	5,6	1,8-18,0
3	Клинический уровень	4	5,0	5	2,1			
ИТОГО		80	100,0	241	100,0			

Изучение распространенности депрессии (тест DASS-21) показало (таблица 5.2.12), что у студентов с суицидальным поведением в анамнезе она встречалась статистически значимо чаще ($\chi^2=14,543$ $p=0,0008$; $OR=3,3$ $95\%CI=1,7-6,2$), чем у студентов без него: соответственно 26

(32,5%) и 31 (12,9%) человек. Более того, вероятность наличия депрессии у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 3 раз выше, чем без суицидального поведения.

Таблица 5.2.12 – Сравнительные характеристики распространенности депрессии у иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень депрессии	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	54	67,5	210	87,1	0,000	3,3	1,7-6,2
2	Легко выраженная	9	11,3	13	5,4			
3	Умеренная	11	13,8	16	6,7			
4	Выраженная	5	6,3	2	0,8			
5	Крайне выраженная	1	1,3	–	–			
ИТОГО		80	100,0	241	100,0			

Изучение распространенности тревоги (тест DASS-21) представлено в таблице 5.2.13.

Таблица 5.2.13 – Сравнительные характеристики распространенности тревоги у иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень тревоги	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	37	46,3	176	73,0	0,000	3,1	1,8-5,5
2	Легко выраженная	21	26,3	33	13,7			
3	Умеренная	6	7,5	17	7,1			
4	Выраженная	5	6,3	6	2,5			
5	Крайне выраженная	10	12,5	9	3,7			
ИТОГО		80	100,0	241	100,0			

Установлено, что у студентов с суицидальным поведением в анамнезе тревога встречалась статистически значимо ($\chi^2=18,113$ $p=0,0005$; $OR=3,1$ $95\%CI=1,8-5,5$) чаще, чем у сверстников без суицидального поведения: соответственно 43 (53,7%) и 65 (27,0%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность наличия тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 3 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

Изучение распространенности дистресса (тест DASS-21) показало (таблица 5.2.14), что в группе студентов с суицидальным поведением в анамнезе дистресс регистрировался статистически значимо чаще ($\chi^2=21,2068$ $p=0,0005$; $OR=4,1$ $95\%CI=2,1-7,8$), чем у студентов без суицидального поведения: соответственно 28 (35%) и 28 (11,6%). Вероятность дистресса при суицидальном поведении в анамнезе более чем в 4 раза выше, чем в группе без суицидального поведения.

Клинически значимый уровень дистресса также чаще ($\chi^2=24,328$ $p=0,0005$; $OR=6,4$ $95\%CI=2,8-14,9$) регистрировался у студентов с суицидальным поведением в анамнезе – 21

(26,3%), чем без него – 11 (4,5%) случая. Вероятность клинически значимого стресса у студентов с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 6 раз выше, чем у студентов без него.

Таблица 5.2.14 – Сравнительные характеристики распространенности дистресса у иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением в анамнезе и без него

№ п/п	Уровень стресса	С S поведением		Без S поведения		p=	OR	95%CI
1	Отсутствие	52	65,0	213	88,4	0,000	4,1	2,1-7,8
2	Легко выраженная	7	8,8	17	7,1	0,000	4,1	2,1-7,8
3	Умеренная	18	22,5	8	3,3			
4	Выраженная	3	3,8	3	1,2			
ИТОГО		80	100,0	241	100,0			

Корреляционный анализ выявил слабую прямую корреляционную зависимость суицидального поведения с «трудностями организации режима дня» ($r=0,353$). Это необходимо учитывать при разработке программы превенции суицидального поведения в аспекте включения занятий по правильной организации режима дня, то есть конструирование своеобразного «Тайм-менеджмент» для студентов-медиков.

Кроме того (таблица 5.2.15), выявлены слабые корреляционные связи суицидального поведения с большинством симптомов проявления учебного стресса.

Таблица 5.2.15 – Корреляционные связи суицидального поведения в анамнезе со степенью выраженности проявлений учебного стресса у иностранных студентов-медиков

№	Проявления учебного стресса	r=	p=
1	Ощущение беспомощности	0,300	0,00000
2	Наплывы посторонних мыслей	0,309	0,00000
3	Повышенная отвлекаемость	0,341	0,00000
4	Раздражительность, обидчивость	0,344	0,00000
5	Плохое настроение, депрессия	0,385	0,00000
6	Страх, тревога	0,382	0,00000
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	0,322	0,00000
8	Постоянная нехватка времени, спешка	0,336	0,00000
9	Плохой сон	0,321	0,00000
10	Низкая работоспособность, утомляемость	0,301	0,00000

Сказанное свидетельствует о том, что имеется необходимость обучения студентов способам адаптации к стрессовым воздействиям и совладания со стрессом – разработки и внедрения программы «Стресс-менеджмент». Это позволит не только снизить степень эмоционального напряжения, но и будет служить цели профилактики суицидального поведения.

Таким образом, установлено, что суицидальное поведение имело место в анамнезе у 24,9% иностранных студентов: внутренние формы – в 23,4% случаях и внешние (суицидальные попытки) – в 1,6%.

Значимость большинства учебных стрессовых факторов для студентов с суицидальным поведением была статистически значимо выше, чем для сверстников без суицидального поведения, за исключением одинаково значимых: «проживание вдали от родителей» и «нехватки денег». Для лиц женского пола с суицидальным поведением более значимой, чем для мужского, была большая учебная нагрузка.

Подавляющее большинство проявлений учебного стресса были статистически значимо выше у студентов с суицидальным поведением в анамнезе, а для лиц женского пола более значимыми были наплывы мыслей.

Факторный анализ проявлений учебного стресса выявил в обеих группах по 2 значимых фактора: «астено-невротический» и «психосоматические расстройства». По качественному характеру симптомов учебного стресса группы между собою фактически не различались. Однако, выявлены статистически значимые различия как в выраженности значимости учебных стрессовых факторов, так и в силе проявлений учебного стресса, что свидетельствует о том, что лица с суицидальным поведением в анамнезе более уязвимы к учебному стрессу.

Среди способов преодоления учебного стресса для иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе более значимым было употребление большего количества пищи, больше времени на сон и общение с друзьями. Для лиц мужского пола более значимым было табакокурение и посещение спортзала, а для женщин – чтение книг.

По степени выраженности волнения перед экзаменами и симптомов предэкзаменационного стресса студенты с суицидальным поведением в анамнезе статистически значимо превосходили сверстников без суицидального поведения. У лиц мужского пола более выраженным, чем у женского, было учащенное мочеиспускание.

Социфобии у студентов с суицидальным поведением в анамнезе встречались (46,2%) статистически значимо чаще, чем в группе без него (22,0%). Вероятность наличия социофобий у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 5 раз выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

Симптомы генерализованной тревоги также чаще встречались у студентов с суицидальным поведением с вероятностью ее наличия в 5,5 раза выше, чем в группе без суицидального поведения.

Тревожные пароксизмы (феноменологически сходные с паническими приступами) у студентов с суицидальным поведением встречались чаще, чем в группе без суицидального поведения: соответственно 12,5% и 2,5% человек с вероятностью их выявления более чем в 5 раз выше у студентов с суицидальным поведением.

Депрессия у студентов с суицидальным поведением также встречалась чаще: соответственно 32,5% и 12,9% с вероятностью более чем в 3 раз выше у студентов с суицидальным поведением.

Тревога у студентов с суицидальным поведением в анамнезе встречалась также чаще: 53,7% и 27,0% с вероятностью более чем в 3 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

Стресс аналогично регистрировался у лиц с суицидальным поведением в анамнезе чаще: соответственно 35% и 11,6% с вероятностью выявления дистресса более чем в 4 раза выше, чем в группе без суицидального поведения.

Иностранцы студенты с суицидальным поведением в анамнезе более уязвимы к учебному стрессу и выраженности симптомов учебного стресса, а также выявляют статистически значимо чаще симптомы тревоги, депрессии, социофобии и тревожные пароксизмы.

5.3 Сравнительные характеристики суицидального поведения и особенностей реагирования на учебный стресс русскоязычных и иностранных студентов-медиков

По количеству студентов, имеющих суицидальные попытки в анамнезе, русскоязычные студенты статистически значимо ($\chi^2=5,304$ $p=0,022$; OR=3,1 95% CI=1,2-9,2) превосходили иностранных: соответственно 34 (4,7%) и 5 (1,6%) суицидальных попыток. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность суицидальных попыток у русскоязычных студентов в 3 раза выше, чем у иностранных.

Внутренние формы суицидального поведения встречались у 237 (32,7%) русскоязычных и у 75 (23,4%) – иностранных студентов ($\chi^2=8,883$ $p=0,004$; OR=1,6 95% CI=1,2-2,2). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность возникновения внутренних форм суицидального поведения (мыслей, замыслов, намерений) у РС в 1,6 раза выше, чем у ИС.

Таким образом, установлено, что суицидальное поведение (внутренние и внешние его формы) статистически значимо встречается у русскоязычных студентов в 1,6-3,1 раза чаще, чем у иностранных.

Суицидальные попытки русскоязычными студентами совершались в возрасте 10-23 (16,4±3,0) лет, а иностранными - в 16-19 (17,0±1,4) лет.

Что касается клинической структуры психических расстройств, то у русскоязычных студентов с суицидальным поведением в анамнезе преимущественно диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (70,5%), расстройства личности (7,4%) и донозологические реакции (22,1%). При этом наиболее часто выявлялись социофобии

(14%) и кратковременная депрессивная реакция (13,6%). У иностранных студентов преимущественно диагностировались донозологические реакции (65,0%), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (28,5%) и расстройства личности (6,3%). Иными словами, у русскоязычных студентов с суицидальным поведением чаще ($\chi^2=36,567$ $p=0,0005$; $OR=5,9$ $95\%CI=3,1-11,5$) выявлялись непсихотические психические расстройства, чем у иностранных студентов.

Субъективная значимость учебных стрессовых факторов была статистически значимо более выраженной у РС и ИС с суицидальным поведением (по сравнению со сверстниками без суицидального поведения).

Сравнительный анализ значимости учебных стрессовых факторов и проявлений учебного стресса у лиц с суицидальным поведением в анамнезе представлен в таблице 5.3.1 и 5.3.2.

Установлено, что для РС большее значение имела высокая учебная нагрузка, нежелание учиться и разочарование в будущей профессии. Для ИС были значимы «отсутствие учебников» и бытовые «жизнь вдали от родителей», «нерегулярное питание» и «проблемы совместного проживания в общежитии».

Таблица 5.3.1 – Сравнительная характеристика значимости учебных стрессовых факторов для русскоязычных и иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением (критерий Манна-Уитни)

№	Стрессовый фактор	РС				ИС				p=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Строгие преподаватели	5,2	2,5	5,0	3,0-7,0	5,2	2,4	5,0	4,0-7,0	***
2	Большая учебная нагрузка	7,3	2,4	8,0	6,0-9,0	5,8	2,2	5,0	4,0-8,0	0,000
3	Отсутствие учебников	5,4	3,2	5,0	3,0-9,0	6,6	3,1	7,5	4,0-9,5	-0,003
4	Непонятные, скучные учебники	4,9	2,9	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0	5,0	3,0-7,0	***
5	Жизнь вдали от родителей	2,8	3,4	1,0	0,0-5,0	5,6	3,3	5,0	3,0-9,0	-0,000
6	Нехватка денег	4,4	3,5	4,0	1,0-7,0	4,0	3,3	3,0	1,0-6,0	***
7	Трудности организовать свой режим дня	5,7	3,0	6,0	3,0-8,0	5,9	2,7	6,0	4,0-8,0	***
8	Нерегулярное питание	5,3	3,3	5,0	2,0-8,0	6,1	3,4	7,0	3,0-9,0	-0,031
9	Проблемы проживания в общежитии	1,3	2,6	0,0	0,0-1,0	3,7	3,3	3,5	0,5-6,0	-0,000
10	Конфликты в группе	2,4	2,8	1,0	0,0-4,0	2,9	2,9	2,0	0,0-5,0	***
11	Много времени готовиться к занятиям	6,4	2,6	7,0	5,0-8,0	4,2	3,1	4,0	1,0-6,5	0,000
12	Нежелание учиться	4,0	4,0	3,0	2,0-6,0	2,5	2,5	2,0	0,0-4,0	0,000
13	Разочарование в будущей профессии	3,4	3,1	3,0	0,0-5,0	2,6	2,9	2,0	0,0-4,0	0,033
14	Стеснительность, застенчивость	3,9	3,3	3,0	1,0-7,0	3,6	3,0	3,0	1,0-5,0	***
15	Страх перед будущим	5,4	3,2	6,0	3,0-8,0	4,9	3,2	5,0	2,0-8,0	***
16	Проблемы в личной жизни	4,0	3,4	4,0	1,0-7,0	3,8	3,0	3,0	1,0-5,5	***
17	Нерациональное расписание занятий	4,9	3,1	5,0	2,0-7,0	4,4	2,9	5,0	2,0-6,5	***
18	Много занятий в день (четыре и более пар)	4,5	3,2	4,0	2,0-7,0	4,5	4,3	4,0	2,0-7,0	***
19	Необходимость отработки пропусков	4,9	3,5	5,0	2,0-8,0	4,5	3,3	5,0	1,0-7,0	***

Таблица 5.3.2 – Сравнительная характеристика выраженности проявлений учебного стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением (критерий Манна-Уитни)

№	Стрессовый фактор	РС				ИС				P=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Ощущение беспомощности	4,3	2,9	4,0	2,0-7,0	3,6	2,6	3,0	2,0-5,0	***
2	Наплывы посторонних мыслей	4,6	2,9	4,0	2,0-7,0	3,6	2,8	3,0	1,0-5,5	0,011
3	Повышенная отвлекаемость	5,1	2,9	5,0	3,0-8,0	4,2	2,6	4,0	2,0-6,0	0,017
4	Раздражительность, обидчивость	4,3	3,8	4,0	2,0-6,0	3,9	2,8	4,0	1,5-6,0	***
5	Плохое настроение, депрессия	4,9	2,8	5,0	3,0-7,0	4,3	2,8	4,5	2,0-6,0	***
6	Страх, тревога	4,1	3,1	4,0	2,0-7,0	3,8	2,8	3,0	2,0-6,0	***
7	Потеря уверенности, снижение самооценки	4,2	3,1	4,0	1,0-7,0	3,3	2,7	2,0	1,0-5,0	0,016
8	Постоянная нехватка времени, спешка	6,1	3,0	7,0	4,0-9,0	4,7	2,8	4,5	3,0-7,0	0,000
9	Плохой сон	5,4	3,2	6,0	3,0-8,0	4,6	2,9	5,0	2,0-7,0	0,051
10	Проблемы в общении с преподавателями	3,0	2,6	2,0	1,0-5,0	3,7	3,0	3,0	2,0-6,0	***
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	2,5	2,9	1,0	0,0-4,0	1,5	2,5	0,0	0,0-2,0	0,001
12	Затрудненное дыхание	1,7	2,5	0,0	0,0-3,0	1,2	2,2	0,0	0,0-1,0	***
13	Проблемы с желудочно-кишечным трактом	2,6	3,0	1,0	0,0-5,0	1,9	2,5	0,0	0,0-3,0	***
14	Напряжение или дрожание мышц	2,3	2,8	1,0	0,0-4,0	1,7	2,3	0,0	0,0-3,0	***
15	Головные боли	4,7	3,3	4,0	2,0-8,0	3,5	2,9	3,0	0,0-6,0	0,005
16	Низкая работоспособность, утомляемость	5,6	3,1	6,0	3,0-8,0	3,4	2,8	3,0	1,0-6,0	0,000

Степень выраженности проявлений учебного стресса по всем параметрам у русскоязычных студентов с суицидальным поведением статистически значимо превосходила сверстников без суицидального поведения. Иностранные студенты продемонстрировали аналогичные результаты, за исключением одинакового реагирования «тахикардией», «затрудненным дыханием», «напряжением и дрожанием мышц». В то же время русскоязычные студенты с суицидальным поведением обнаружили статистически значимо более выраженные симптомы учебного стресса (половина перечня), чем иностранные: «головные боли», «низкая работоспособность», «тахикардия», «плохой сон», «снижение уверенности» (таблица 5.3.2).

Факторный анализ симптомов учебного стресса выявил у русскоязычных студентов три значимых фактора: «астения», «психосоматические симптомы» и «цейтнот». У иностранных студентов выделено 2 значимых фактора: «астено-невротический» и «психосоматический». У ИС в первом факторе большее число невротических компонентов, хотя степень выраженности симптомов учебного стресса выше у русскоязычных.

Сравнение степени значимости приемов преодоления учебного стресса между русскоязычными и иностранными студентами с суицидальным поведением (таблица 5.3.3) показало, что русскоязычные чаще употребляли алкогольные напитки, а иностранные – наркотики, пропускали занятия, смотрели телевизор и развлекались (спорт, бассейн, прогулки).

Таблица 5.3.3 – Сравнение степени значимости приемов преодоления учебного стресса русскоязычными и иностранными студентами-медиками с суицидальным поведением (критерий Манна-Уитни)

№	Способ преодоления стресса	РС				ИС				p=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Употребление алкоголя	2,2	2,6	1,0	0,0-3,0	1,3	2,0	0,0	0,0-2,0	0,001
2	Табакокурение	1,4	2,7	0,0	0,0-1,0	1,1	2,4	0,0	0,0-1,0	***
3	Употребление наркотиков	0,1	0,8	0,0	0,0-0,0	0,3	1,2	0,0	0,0-0,0	-0,028
4	Употребление больше еды	3,3	3,0	3,0	0,0-5,0	3,1	3,2	3,0	0,0-5,0	***
5	Смотрят телевизор	1,9	2,6	0,0	0,0-3,0	3,4	3,0	3,0	0,0-6,0	-0,000
6	Пропуски занятий	0,9	1,8	0,0	0,0-1,0	2,2	2,7	1,0	0,0-3,0	-0,000
7	Больше сплю	3,8	3,2	3,0	1,0-7,0	3,8	3,1	4,0	0,0-7,0	***
8	Общение с друзьями	3,8	2,9	4,0	1,0-6,0	4,8	3,1	5,0	3,0-8,0	-0,014
9	Поддержка родителей	4,2	3,2	4,0	1,0-7,0	4,7	3,1	5,0	2,0-7,0	***
10	Прогулки на воздухе	4,5	3,0	5,0	2,0-7,0	5,6	3,2	6,0	3,0-8,0	-0,004
11	Занимаюсь спортом	3,3	3,1	3,0	0,0-5,0	4,7	3,7	4,5	0,5-8,0	-0,005
12	Посещаю бассейн	2,8	3,3	1,0	0,0-5,0	4,5	3,8	4,0	0,0-9,0	-0,000
13	Компьютерные игры	1,5	2,6	0,0	0,0-2,0	4,1	3,5	4,0	0,5-7,0	-0,000
14	Интернет	5,2	2,8	5,0	3,0-7,0	4,5	3,1	5,0	2,0-7,0	***
15	Читают худ. литературу	3,8	3,1	4,0	1,0-6,0	3,5	3,1	3,0	0,5-5,5	***
16	Лекарственные настойки	2,1	2,9	0,0	0,0-4,0	1,8	2,6	0,0	0,0-2,5	***
17	Принимают лекарства	1,7	2,8	0,0	0,0-3,0	2,0	2,9	0,0	0,0-3,0	***

Русскоязычные студенты с суицидальным поведением в анамнезе превосходили своих иностранных сверстников по степени выраженности фактически всего перечня симптомов предэкзаменационного стресса (таблица 5.3.4).

Таблица 5.3.4 – Сравнение степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса, у русскоязычных и иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением

№	Стрессовый фактор	РС				ИС				p=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
	Сила волнения перед экзаменами	8,2	2,2	9,0	7,0-10,0	5,6	2,8	6,0	4,0-8,0	0,000
1	Учащенное сердцебиение	6,2	3,3	7,0	3,0-9,0	1,9	2,4	1,0	0,0-3,0	0,000
2	Перебои в работе сердца	3,1	3,4	2,0	0,0-6,0	0,9	1,8	0,0	0,0-1,0	0,001
3	Затрудненное дыхание	2,8	3,2	2,0	0,0-5,0	0,7	1,6	0,0	0,0-1,0	0,003
4	Невозможность сделать глубокий вдох	2,1	2,9	1,0	0,0-4,0	0,7	1,6	0,0	0,0-1,0	***
5	Неудовлетворенность вдохом	2,2	3,0	0,0	0,0-4,0	0,7	1,4	0,0	0,0-0,5	***
6	Напряжение в мышцах тела	3,5	3,3	3,0	0,0-6,0	1,0	1,7	0,0	0,0-2,0	0,002
7	Дрожание мышц	3,6	3,3	3,0	0,0-6,0	1,1	1,9	0,0	0,0-1,0	0,001
8	Учащенное мочеиспускание	2,3	3,2	0,0	0,0-4,0	1,5	2,2	0,0	0,0-3,0	***
9	Головные боли	4,6	3,5	5,0	1,0-8,0	1,7	2,3	1,0	0,0-3,0	0,001
10	Тревога, страх	7,3	5,8	8,0	5,0-10,0	2,4	2,7	1,5	0,0-4,0	0,000
11	Подавленное настроение	5,7	3,4	7,0	3,0-9,0	1,8	2,3	1,0	0,0-3,0	0,000
12	Затрудненное засыпание	5,9	3,7	7,0	2,0-10,0	2,4	2,8	1,0	0,0-4,0	0,010
13	Неприятные сновидения	3,5	3,8	2,0	0,0-7,0	1,4	2,2	0,0	0,0-2,0	***

Степень выраженности волнения перед экзаменами у русскоязычных и иностранных студентов с суицидальным поведением была статистически значимо выше, чем у сверстников

без суицидального поведения. Аналогично выше была степень выраженности симптомов предэкзаменационного стресса.

Изучение частоты социофобий (таблица 5.3.5) показало, что они встречались фактически одинаково часто в обеих группах (РС и ИС): на уровне опасений – 23,6% у русскоязычных и 23,8% – у иностранных. Клинически выраженный уровень наблюдался соответственно у 8,1% и 3,6%.

Таблица 5.3.5 – Сравнительные характеристики распространенности социофобии у русскоязычных и иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением

№ п/п	Уровень социофобии	РС		ИС	
		п	%	п	%
1	Отсутствие	136	50,2	43	53,8
2	Опасения	64	23,6	19	23,8
3	Субклинический	49	18,2	15	18,8
4	Клинический	22	8,1	3	3,6
ИТОГО		271	100,0	80	100,0

Сравнительный анализ распространенности генерализованной тревоги представлен в таблице 5.3.6.

Таблица 5.3.6 – Сравнительные характеристики распространенности генерализованной тревоги у русскоязычных и иностранных студентов с суицидальным поведением

№ п/п	Уровень генерализованной тревоги	РС		ИС	
		п	%	п	%
1	Отсутствие	78	28,8	26	32,5
2	Легко выраженная	123	45,4	39	48,8
3	Умеренная	44	16,2	12	15,0
4	Выраженная	26	9,6	3	3,8
ИТОГО		271	100,0	80	100,0

Статистически значимых различий не выявлено. Клинически значимая генерализованная тревога встречалась у русскоязычных студентов с суицидальным поведением в анамнезе в 25,8% случаев и у иностранных – в 18,8%.

Результаты теста DASS-21 представлены в таблице 5.3.7.

Изучение распространенности депрессии у русскоязычных и иностранных студентов с суицидальным поведением показало, что она в совокупности встречалась у первых чаще ($\chi^2=7,078$ $p=0,009$; $OR=2,1$ $95\%CI=1,2-3,7$) – в 50,2% случаев, чем у вторых – в 32,5%. При этом клинически выраженная депрессия наблюдалась у 15,5% русскоязычных и 7,6% – иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе.

Таблица 5.3.7 – Сравнительный анализ распространенности депрессии, тревоги и стресса у русскоязычных и иностранных студентов-медиков с суицидальным поведением

№ п/п	Выраженность симптомов	РС		ИС	
		п	%	п	%
Депрессия					
1	Отсутствие	135	49,8	54	67,5
2	Легко выраженная	47	17,3	9	11,3
3	Умеренная	47	17,3	11	13,8
4	Выраженная	23	8,5	5	6,3
5	Крайне выраженная	19	7,0	1	1,3
Тревога					
1	Отсутствие	133	49,1	37	46,3
2	Легко выраженная	51	18,8	21	26,2
3	Умеренная	37	13,7	6	7,5
4	Выраженная	20	7,4	6	7,5
5	Крайне выраженная	30	11,1	10	12,5
Стресс					
1	Отсутствие	126	46,5	52	65,0
2	Легко выраженная	38	14,0	7	8,8
3	Умеренная	55	20,3	18	22,5
4	Выраженный	34	12,5	3	3,8
5	Крайне выраженный	18	6,6	–	–

Сравнительный анализ распространенности тревоги показал одинаковые результаты в обеих группах (РС и ИС): клинически значимая тревога регистрировалась у 32,2% русскоязычных и 27,5% иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе.

Сравнительный анализ распространенности дистресса показал, что он чаще встречался у русскоязычных, чем иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе: соответственно 53,5% и 35% ($\chi^2=7,739$ $p=0,006$; $OR=2,1$ $95\%CI=1,2-3,7$). Клинически значимый уровень дистресса наблюдался у 39,4% русскоязычных и 26,3% иностранных студентов с суицидальным поведением в анамнезе ($\chi^2=4,115$ $p=0,042$ $OR=1,8$ $95\%CI=1,0-3,3$).

Более выраженное реагирование на учебные стрессовые факторы, более выраженные симптомы учебного и предэкзаменационного стресса у русскоязычных студентов с суицидальным поведением в анамнезе при одинаковой распространенности непсихотических психических расстройств свидетельствует о степени личностного реагирования, более выраженного у русскоязычных студентов.

Таким образом, установлено, что по числу лиц, имеющих суицидальные попытки в анамнезе, русскоязычные студенты статистически значимо превосходили иностранных: соответственно 4,7% суицидальных попыток у русскоязычных и 1,6% – у иностранных (вероятность такого соотношения у русскоязычных студентов в 3 раза выше, чем у иностранных).

Внутренние формы суицидального поведения также чаще встречались у русскоязычных студентов: соответственно 32,7% у русскоязычных и 23,4% у иностранных студентов. Вероятность возникновения внутренних форм суицидального поведения у русскоязычных студентов-медиков в 1,6 раза выше, чем у иностранных.

Субъективная значимость учебных стрессовых факторов была статистически значимо более выраженной у студентов с суицидальным поведением обеих групп (РС и ИС), по сравнению со сверстниками без суицидального поведения. Из учебных стрессовых факторов для русскоязычных студентов большее значение имели: высокая учебная нагрузка, нежелание учиться и разочарование в будущей профессии, а для иностранных: «отсутствие учебников» и бытовые: «жизнь вдали от родителей», «нерегулярное питание» и «проблемы совместного проживания в общежитии».

Степень выраженности проявлений учебного стресса по всем параметрам у русскоязычных и иностранных студентов с суицидальным поведением статистически значимо превосходила сверстников без суицидального поведения. Русскоязычные студенты с суицидальным поведением обнаружили статистически значимо более выраженные симптомы учебного стресса, чем иностранные (половина перечня): «головные боли», «низкая работоспособность», «тахикардия», «плохой сон», «снижение уверенности».

Факторный анализ симптомов учебного стресса выявил у русскоязычных студентов три значимых фактора: «астения», «психосоматические симптомы» и «цейтнот», а у иностранных – два: «астено-невротический» и «психосоматический» с одинаковой дисперсией в группе с суицидальным поведением и без него. Значимость имели только большая степень выраженности симптомов у лиц с суицидальным поведением, что дает основание утверждать о большей чувствительности этих лиц к учебному стрессу.

Русскоязычные студенты с суицидальным поведением чаще, чем их сверстники без суицидального поведения, употребляли алкоголь, курили сигареты, больше употребляли пищи, а также принимали лекарства, а иностранные – больше принимали пищи, спали и общались с друзьями. По сравнению с иностранными, большее число русскоязычных употребляли алкогольные напитки, а иностранных – наркотики, при этом пропускали занятия и проводили время праздно.

Выраженность волнения и симптомов предэкзаменационного стресса у русскоязычных и иностранных студентов с суицидальным поведением была выше, чем у сверстников без суицидального поведения. Русскоязычные превосходили иностранных по выраженности волнения и симптомов предэкзаменационного стресса.

Социофобии, генерализованная тревога и тревожные пароксизмы встречались одинаково часто у русскоязычных и иностранных студентов. В то же время частота депрессии, тревож-

ных пароксизмов и дистресса, обусловленные ситуационно, у русскоязычных студентов была выше, чем у иностранных студентов.

Исследование показало, что вне зависимости от культуральных особенностей, лица с суицидальным поведением более чувствительны к учебному стрессу, чем их сверстники без суицидального поведения, и обнаруживают более выраженные симптомы учебного и предэкзаменационного стресса. Русскоязычные студенты как в совокупности, так и с суицидальным поведением, более сенситивны к учебному стрессу, чем иностранные, что связано с культуральными особенностями, определяющими отношение к учебе.

5.4 Влияние домашнего насилия, перенесенного в дошкольном возрасте, на социальную адаптацию и суицидальное поведение студентов-медиков

Установлено, что из 275 русскоязычных студентов-медиков старших курсов 85 (30,9%) человек перенесли физическое насилие до 7-летнего возраста (основная группа) и 157 (57,1%) человек не испытывали насилия в семье в дошкольном возрасте (группа сравнения). По субъективной оценке степени выраженности физического насилия основная группа разделена на 2 подгруппы: 1-я подгруппа – с выраженным (по самооценке 5-10 баллов) – 25 человек; 2-я подгруппа – с легким (2-4 балла) насилием – 60 человек. Оставшиеся 33 (12%) человека указывали на наличие в дошкольном возрасте только психологического давления со стороны родителей, поэтому в исследование не включались.

Сочетание физического насилия, перенесенного в дошкольном возрасте в основной группе, с психологическим и сексуальным видами насилия представлено в таблице 5.4.1.

Таблица 5.4.1 – Сочетание физического насилия с другими видами

Тип насилия (выраженность в баллах)	Физическое 2-4 балла n=60		Физическое 5-10 баллов n=25	
	n	%	n	%
Психологическое (2-4.)	22	36,7	6	24,0
Психологическое (5-10)	15	25,0	19	76,0
Сексуальное (2-4)	1	1,7	2	8,0
Сексуальное (5-10)	2	3,3	1	4,0

Установлено, что *во всех случаях выраженное физическое насилие сочеталось с психологическим*: в 76% случаев с выраженным (5-10 баллов) и в остальных 24% – с легким (1-4 балла). Кроме того, в 1 (4%) случае имело место выраженное сексуальное насилие (10 баллов) и в 2 (8%) – легкое (2 балла). Легкое физическое насилие (2-4 балла) в 25% случаев сочеталось с

выраженным психологическим и в 36,7% – легким психологическим насилием. Кроме того, в 3-х случаях наблюдалось сексуальное насилие.

Анализ содержания перенесенного **физического насилия** (5-10 баллов) показал, что в 11 (44%) случаях обследуемые часто (10 человек или 40%) периодически получали шлепки, удары ремнем, подзатыльники; 10 человек (40%) периодически избивались рукой и ремнем. Кроме того, их ставили в угол за проступок, обращались грубо и жестоко с принуждением; оказывали психологическое давление (угрозы, оскорбления, унижения). При легком физическом насилии обследуемые претерпевали те же действия, только в более мягкой форме.

Изучение враждебности по шкале Кука (таблица 5.4.2) показало, что в подгруппе с перенесенным выраженным насилием высокий уровень цинизма наблюдался в 16% случаев, а в группе сравнения (без перенесенного насилия) – только у 1,9% ($\chi^2=8,08$ $p=0,005$; OR=9,8 95% CI=1,7-60,3). Причем вероятность формирования высокого уровня цинизма при воспитании в неблагоприятных условиях (жестокость в семье до 7-летнего возраста) почти в 10 раз выше, чем при воспитании в нормальной семейной обстановке. Статистически значимых различий между подгруппами с перенесенным выраженным и легким насилием не выявлено.

Таблица 5.4.2 – Уровни цинизма, агрессивности и враждебности в группах с перенесенным насилием и без него

Уровень	Основная группа				3		Различия [1-3]		Различия [2-3]	
	1		2		Группа сравнения					
	п	%	п	%	п	%	χ^2	р	χ^2	р
Цинизм										
Высокий	4	16,0	2	3,4	3	1,9	8,080	0,005	***	***
Средний	19	76,0	53	88,3	130	82,8	***	***	***	***
Тенденция к низкому	2	8,0	5	8,3	24	15,3	***	***	***	***
Агрессивность										
Высокая	–	–	–	–	2	1,3	***	***	***	***
Средняя	11	44,0	24	40,0	69	43,9	***	***	***	***
Тенденция к низкой	13	52,0	36	60,0	82	52,2	***	***	***	***
Низкая	1	4,0	–	–	4	2,5	***	***	***	***
Враждебность										
Высокая	1	4,0	–	–	8	5,1	***	***	***	***
Средняя	14	56,0	40	66,7	47	29,9	5,457	0,02	22,879	0,0005
Тенденция к низкой	8	32,0	17	28,3	88	56,1	4,087	0,043	12,269	0,001
Низкая	2	8,0	3	5,0	14	8,9	***	***	***	***

*** Различия статистически не значимые

Основная группа – студенты, перенесшие физическое насилие до 7 лет;

1 подгруппа – выраженное насилие, 2 подгруппа – легкое (по самооценке);

группа сравнения – без перенесенного в детстве насилия

В общей сложности **в основной группе** преобладал средний уровень враждебности – 54 (63,5%) человека, а в группе сравнения только у 47 (29,9%) человек. Различия статистически

значимые ($\chi^2=24,229$ $p=0,0005$; $OR=4,1$ $95\%CI=2,3-7,4$). Таким образом, установлено, что при воспитании в дошкольном возрасте в семьях с жестоким обращением почти в 2/3 случаев формируется личность со средним уровнем враждебности. Вероятность формирования среднего уровня враждебности при воспитании с насилием более чем в 4 раза выше, чем при благоприятных условиях. Аналогичные данные получены и *в первой подгруппе* ($OR=2,98$ $95\%CI=1,2-7,6$).

Уровень враждебности *во второй подгруппе* по сравнению с группой сравнения оказался выше ($\chi^2=22,879$ $p=0,0005$; $OR=4,7$ $95\%CI=2,4-9,3$). Более того, легкое физическое насилие в семье в дошкольном возрасте обуславливает вероятность формирования среднего уровня враждебности более чем в 4 раза, чем при воспитании в благоприятных условиях. При благоприятных условиях воспитания более чем в половине случаев (56,1%) враждебность характеризовалась тенденцией к низкой интенсивности ($\chi^2=12,269$ $p=0,001$; $OR=3,2$ $95\%CI=1,6-6,5$) с вероятностью более чем в 3 раза превышающей аналогичный показатель при воспитании даже с легким насилием. Выявленные личностные особенности будут затруднять социально-психологическую адаптацию.

Результаты шкалы изучения социальной фрустрации Вассермана представлены в таблице 5.4.3.

Таблица 5.4.3 – Сравнительные характеристики социальной фрустрированности в основной и группе сравнения (критерий Манна-Уитни)

Сфера социальной фрустрации	Основная группа			Группа сравнения			p=
	Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
Своим образованием	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0091
Отношениями с коллегами	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0000
Взаимоотношениями с администрацией	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0009
Взаимоотношениями с преподавателями	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0003
Содержанием своей работы (учебы) в целом	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	0,0003
Условиями профессиональной деятельности	2,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0263
Своим положением в обществе	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0001
Материальным положением	2,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0221
Жилищно-бытовыми условиями	2,0	1,0	3,0	2,0	1,0	2,0	***
Отношениями с родителями	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	0,0002
Обстановкой в обществе (государстве)	3,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0025
Отношениями с друзьями, знакомыми	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	0,0010
Сферой услуг и бытового обслуживания	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	***
Сферой медицинского обслуживания	3,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0087
Проведением досуга	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0059
Возможностью проводить отпуск (каникулы)	2,0	2,0	4,0	2,0	1,0	3,0	0,0182
Возможность выбора места работы	3,0	2,0	4,0	3,0	2,0	4,0	***
Своим образом жизни в целом	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0001

*** Различия статистически не значимые

Установлено, что обследуемые основной группы фактически по всем социальным параметрам были статистически значимо более фрустрированы, чем в группе сравнения. Интерквартильный размах у них был в диапазоне от «скорее удовлетворен» до «затрудняюсь ответить» и «скорее неудовлетворен». Одинаковая степень неудовлетворенности выявлена по параметрам неудовлетворенности: жилищно-бытовыми условиями, сферой услуг и возможностью выбора места работы. В первой подгруппе, по сравнению со второй, обследуемые были в большей степени не удовлетворены отношениями с родителями ($p=0,04$).

Результаты исследования самоуважения по шкале Розенберга представлены на рис. 5.4.1.



Рисунок 5.4.1 – Уровень самоуважения в основной и группе сравнения

Установлено, что у студентов, перенесших в дошкольном возрасте физическое и психологическое насилие, уровень самоуважения ($Me=29$; $Q_{25}-Q_{75}=27-32$) статистически значимо ниже ($p=0,000000$), чем у воспитывающихся в благоприятных условиях ($Me=32$; $Q_{25}-Q_{75}=29-36$). Если в группе сравнения в большинстве случаев – 100 (63,7%) человек он был высоким, то в основной – только у 30 человек (35,3%): $\chi^2=16,767$ $p=0,0006$; $OR=3,2$ $95\% CI=1,8-5,8$). Таким образом, воспитание в условиях жестокого обращения более чем в 3 раза повышает вероятность формирования личности с низким самоуважением.

Изучение **суицидального поведения** представлено в таблице 5.4.4.

Таблица 5.4.4 – Суицидальное поведение в основной и контрольной группах

Тип суицидального поведения	Основная группа				3 группа сравнения		Различия [1-3]		Различия [2-3]	
	1 подгруппа		2 подгруппа		п	%	χ^2	р	χ^2	р
	п	%	п	%						
Суицидальные замыслы	11	44,0	25	41,7	30	19,1	6,297	0,012	7,799	0,006
Суицидальные намерения	1	4,0	3	5,0	4	2,5	–	–	–	–
Суицидальные попытки	3	12,0	2	3,3	–	–	–	–	–	–
Суицид. замыслы в текущем году	7	28,0	10	16,7	8	5,1	–	–	–	–

Установлено, что в общей совокупности в основной группе все виды суицидального поведения наблюдались у 45 (52,9%) студентов, причем суицидальные попытки имели место в 5 (8,3%) случаях. Кроме того, в течение последнего года суицидальное поведение (внутренние формы), имели место у 17 (20%) студентов основной группы.

Суицидальное поведение *в первой подгруппе* возникало в общей сложности (все формы) в 15 (60%) случаях и было в возрастном диапазоне 13-24 (17,6±3,0) года. Кроме того, в текущем году суицидальные замыслы были у 28% студентов и в 1 (4%) случае – имела место суицидальная попытка.

Наиболее часто – 10 (66,7%) случаев - причиной возникновения суицидального поведения были конфликты с родителями, зачастую в сочетании с проблемами в учебе, конфликтами со сверстниками, конфликтами в интимной сфере (несчастливая любовь, разрыв отношений). Нередко – 5 (33,3%) случаев - суицидальное поведение мотивировалось утратой смысла жизни, подавленным настроением, проблемами со здоровьем. Характерно, что в данной подгруппе в 6 (40,0%) случаях суицидальное поведение мотивировалось сочетанием суицидогенных конфликтов, число которых колебалось от 2 до 5.

Суицидальное поведение *во второй подгруппе* (без статистически значимых различий с первой) наблюдалось у 30 (50%) студентов и проявлялось в возрасте 8-24 (14,9±3,6) года. В текущем году внутренние формы суицидального поведения имели место в 16,7% случаев. Суицидальное поведение мотивировалось в 11 (36,7%) случаях конфликтами с родителями. В остальных случаях это были конфликты со сверстниками, проблемы с собственным здоровьем, утрата смысла жизни, беспричинное снижение настроения. Характерно, что только в 5 (16,6%) случаях суицидальное поведение обуславливало сочетание конфликтов – от 2 до 3.

В *группе сравнения* суицидальное поведение наблюдалось в 34 (21,7%) случаях, в текущем году – в 8 (5,1%) случаях. Конфликты с родителями, как причина суицидального поведения, были в 4 (11,8%) случаев.

Сравнение частоты всех видов суицидального поведения в основной группе – 45 (52,9%) человек - и в группе сравнения – 34 (21,7%) человек - показало статически значимые различия ($\chi^2=23,145$ $p=0,0005$; $OR=4,1$ $95\%CI=2,2-7,5$). Другими словами, перенесенное физическое насилие в дошкольном возрасте более, чем в 4 раза, чем у воспитывающихся в благоприятных условиях, повышает вероятность суицидального поведения. Более того, частота суицидального поведения в *1 подгруппе* (60%) статистически значимо выше ($\chi^2=14,227$ $p=0,0008$; $OR=5,4$ $95\%CI=2,1-14,4$), чем в группе сравнения (21,7%). Другими словами, выраженное физическое насилие, перенесенное в дошкольном возрасте, более чем в 5 раз повышает вероятность суицидального поведения, чем у воспитывающихся в благоприятных условиях.

Характерно, что конфликты с родителями, как мотив суицидального поведения в 1 подгруппе (66,7%), были статистически значимо чаще ($\chi^2=4,882$ $p=0,028$; $OR=5,0$ $95\%CI=1,2-23,1$), чем в группе сравнения (11,8%). Приведенные цифры свидетельствуют, что вероятность формирования суицидального поведения под влиянием конфликтов с родителями у лиц, перенесших выраженное физическое насилие в дошкольном возрасте, в 5 раз выше, чем у воспитывающихся в благоприятных условиях. Сходные результаты получены и во второй подгруппе: соответственно 36,7% и 11,8% ($\chi^2=4,207$ $p=0,040$; $OR=4,3$ $95\%CI=1,1-19,2$).

В первой подгруппе корреляционный анализ выявил слабую прямую корреляционную зависимость суицидального поведения со степенью неудовлетворенности отношениями с родителями ($r=0,401$ $p=0,047$), а во второй – обратная корреляционная зависимость степени выраженности суицидального поведения с уровнем самоуважения по шкале Розенберга ($r= -0,403$ $p=0,001$).

Таким образом, установлено, что перенесенное в дошкольном возрасте физическое насилие обуславливает вероятность формирования высокого уровня цинизма почти в 10 раз чаще, чем при воспитании в благоприятных условиях. Жестокое обращение способствовало формированию личности со средним уровнем враждебности по отношению к окружающим. Перенесшие в детстве насилие были более фрустрированы в большинстве социальных сфер и обнаруживали статистически значимо более низкий уровень самоуважения, чем сверстники из благополучных семей. Установлено, что более чем в половине случаев (52,9%) социальная дезадаптация и конфликтные отношения в семье обуславливали формирование суицидального поведения (внутренних форм – 47,1% и суицидальных попыток – 8,3% случаев). Корреляционный анализ выявил слабую прямую зависимость суицидального поведения со степенью неудовлетворенности отношениями с родителями и обратную – с уровнем самоуважения. Полученные данные могут быть положены в основу дифференцированного подхода к профилактике суицидального поведения и социально-психологической дезадаптации лиц юношеского возраста, воспитанных в условиях семейной жестокости.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОГО СТРЕССА
НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 1 И 5 КУРСА,
ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВУЗах
(результаты межрегионального исследования)**

Сравнение мотивов поступления в медицинский ВУЗ показало, что в НИУ БелГУ поступили по собственной инициативе 86,3% первокурсников и 78,9% – пятикурсников (в среднем 82,7%), а в АГМУ – соответственно 71,7% и 63,5% (67,3%). Поступили не по собственной инициативе (по совету родителей, знакомых и случайно) в АГМУ – большее число студентов (32,7%), чем в НИУ БелГУ – 17,3% ($\chi^2=15,027$ $p=0,0007$ $OR=2,3$ $95\%CI=1,5-3,6$). Отношение шансов свидетельствует, что указанная вероятность более чем в 2 раза выше в АГМУ, по сравнению с НИУ БелГУ.

Сравнительные характеристики убежденности в правильности выбора врачебной профессии и ее привлекательности у студентов 1 и 5 курса НИУ БелГУ и АГМУ представлены на рисунке 6.1.

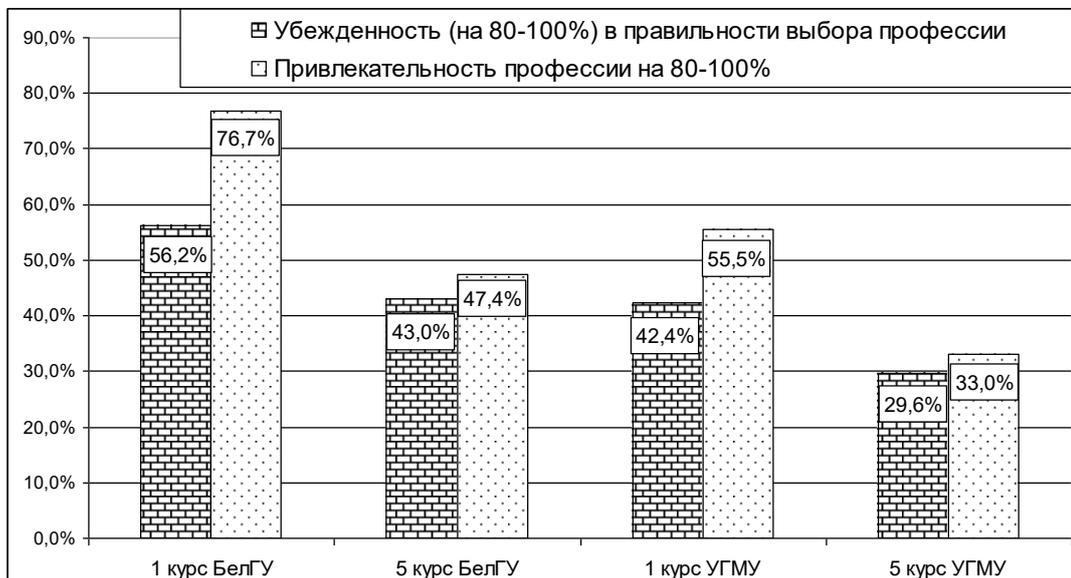


Рисунок 6.1 – Сравнительные характеристики убежденности в правильности выбора врачебной профессии и ее привлекательности у студентов 1 и 5 курса НИУ БелГУ и АГМУ

Установлено, что убеждены на 80-100% в правильности выбора врачебной профессии 56,2% студентов 1 курса НИУ БелГУ и только 43% – пятого ($\chi^2=4,341$ $p=0,037$ $OR=1,7$ $95\%CI=1,0-2,8$). Среди учащихся АГМУ эти цифры составили соответственно: 42,4% на первом курсе и 29,6% – на пятом ($\chi^2=3,840$ $p=0,05$). Таким образом, отмечается значимое снижение

числа студентов, полностью (на 80-100%) убежденных в правильности выбора профессии в течение 5-летнего периода обучения. Среди учащихся в НИУ БелГУ убежденных в правильности выбора врачебной профессии статистически значимо большее число как на первом, так и на пятом курсах.

Привлекательной (на 80-100%) профессия врача была для 76,7% учащихся 1 курса в НИУ БелГУ со статистически значимым ($\chi^2=24,609$ $p=0,0005$ $OR=3,6$ $95\%CI=2,1-6,3$) снижением (в 1,6 раза) на 5 курсе – до 47,4%. Среди учащихся АГМУ эти цифры составили соответственно: 55,5% на 1 курсе, со статистически значимым ($\chi^2=10,076$ $p=0,002$ $OR=2,5$ $95\%CI=1,4-4,6$) снижением (в 1,7 раза) на 5 курсе – до 33%.

Таким образом, в течение 5-летнего периода обучения врачебной профессии теряется убежденность в правильности ее выбора и привлекательности в 1,6-1,7 раза у студентов-медиков, обучающихся в различных медицинских ВУЗах.

Верификация приверженности профессии врача: ответ на вопрос – «Если бы сейчас стоял выбор, то вы поступили бы вы медицинский институт (МИ), или выбрали другую профессию?» (рисунок 6.2) показала, что большинство студентов первого курса в обоих ВУЗах преданы врачебной профессии, причем статистически значимо ($\chi^2=13,872$ $p=0,0008$) большее число в НИУ БелГУ. Спустя 5-летний период обучения число приверженных профессии в обоих учебных заведениях снизился и, фактически одинаковое число студентов-медиков обеих ВУЗов: 35-37,4% выбрали бы другую профессию.

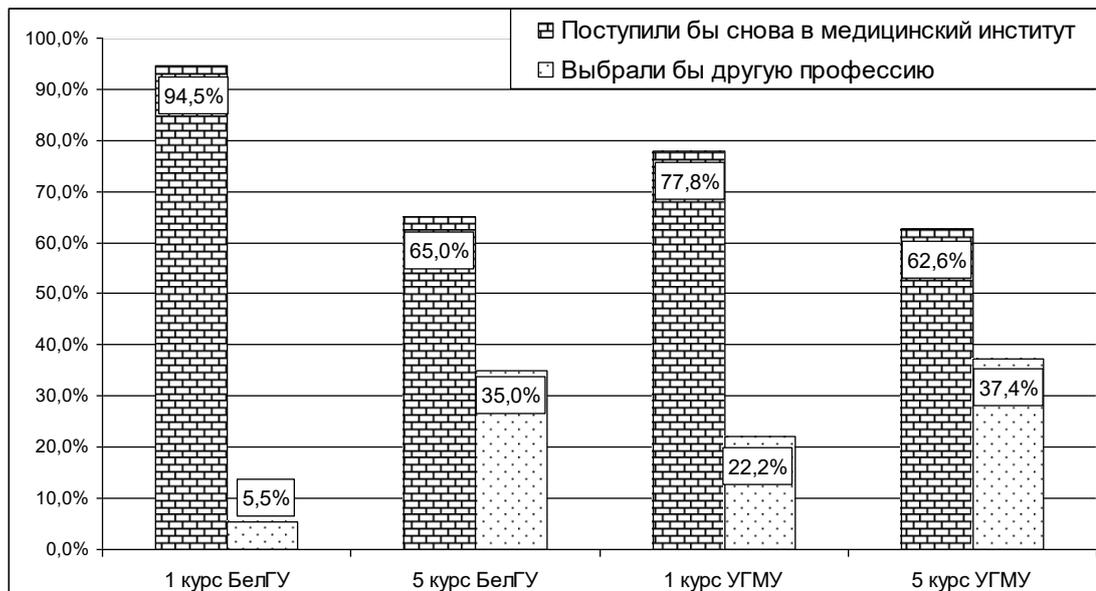


Рисунок 6.2 – Динамика числа приверженных врачебной профессии за 5-летний период обучения студентов-медиков НИУ БелГУ и АГМУ

Таким образом, вне зависимости от места обучения, более трети студентов-медиков кардинально отрицательно относятся к врачебной профессии. Сказанное свидетельствует о негативных явлениях, происходящих в практическом здравоохранении и утрате престижности врачебной профессии. Более того, события последних 2-3 лет, обусловленные непоследовательным законодательством и непродуманным введением уголовной ответственности и последующего уголовного преследования врачей по надуманным поводам с реальными сроками заключения. Все это фактически снижает престижность и популярность профессии.

Изучение динамики оценки студентами условий обучения (таблица 6.1) показало, что студенты первого курса обоих ВУЗов высоко оценивали условия и качество обучения (по медианному значению все показатели 7-8 баллов в НИУ БелГУ и 6-7 в АГМУ), причем первые большую часть оценивали статистически значимо выше, чем вторые, за исключением удобства расписания занятий. Студенты 5 курса по критерию «комфортность», «качество (понятность) лекций», «соответствие ожиданий реальности» и «качество преподавания» оценивали одинаково (5-6 баллов медианное значение по 10-балльной шкале). В то же время «удобство расписания занятий», «полезность получаемых знаний» и «желание учиться» было выше в НИУ БелГУ. Студенты АГМУ дали более высокую оценку учебным материалам.

Таблица 6.1 – Динамика оценки студентами условий обучения (в баллах: от 1 до 10)

№ п/п	Условия обучения	НИУ БелГУ					АГМУ				
		1 курс		5 курс		p=	1 курс		5 курс		p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Комфортность	7,0	6,0-8,0	5,0	4,0-7,0	0,000	7,0	5,0-8,0	5,0	4,0-7,0	0,000
2	Удобство расписания занятий	5,0	4,0-7,0	6,0	4,0-8,0	***	6,0	5,0-8,0	5,0	3,0-7,0	0,003
3	Понятность лекций	8,0	6,0-9,0	6,0	5,0-7,0	0,000	7,0	5,0-8,0	6,0	3,0-7,0	0,009
4	Соответствие учебников тематике занятий	7,0	4,0-9,0	3,0	2,0-5,0	0,000	6,0	5,0-8,0	5,0	3,0-7,0	0,001
5	Соответствие ожиданий реальности	8,0	6,0-8,0	5,0	3,0-7,0	0,000	6,0	5,0-8,0	5,0	3,0-7,0	0,001
6	Полезность получаемых знаний	8,0	7,0-9,0	8,0	6,0-9,0	0,029	7,0	6,0-9,0	6,0	4,0-8,0	0,008
7	Желание учиться в последние 2 недели	8,0	6,0-9,0	7,0	5,0-7,0	0,000	7,0	4,0-8,0	5,0	3,0-7,0	0,004
8	Качество преподавания	8,0	7,0-9,0	6,0	5,0-8,0	0,000	7,0	6,0-9,0	7,0	4,0-8,0	0,000

***Различия статистически не значимы

Из таблицы 6.1 видна отрицательная динамика оценки студентами условий и качества образования. По всем параметрам студенты пятого курса обеих медицинских ВУЗов статистически значимо ниже оценили условия и качество обучения, чем на первом курсе – по первому впечатлению. Требуется дальнейшее изучение причин данного явления и разработка мероприятий по улучшению условий и качества медицинского образования. Перечисленные негативные факторы (разочарование в профессии и неудовлетворенность условиями и качеством образования) могут служить источником эмоционального выгорания и завершения формирования не-

психотических психических и психосоматических расстройств. Это может негативно отразиться как на качестве оказания медицинской помощи, так и на состоянии здоровья будущих врачей.

Изучение значимости учебных стрессовых факторов (таблица 6.2) для студентов 1 курса показало, что по параметру «строгость преподавателей» учащиеся НИУ БелГУ статистически значимо превосходила сверстников из АГМУ. По всем остальным показателям статистически значимо студенты АГМУ превосходили учащихся НИУ БелГУ. Во многом это объясняется тем фактом, что среди студентов АГМУ статистически значимо большее число поступивших не по собственной инициативе и имеющих проблемы адаптации к учебному процессу.

Таблица 6.2 – Динамика значимости учебных стрессовых факторов для студентов-медиков

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	НИУ БелГУ				p=	АГМУ				p=
		1 курс		5 курс			1 курс		5 курс		
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Строгие преподаватели	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-7,0	***	4,0	2,0-6,0	3,0	1,0-5,0	0,009
2	Большая учебная нагрузка	8,0	6,0-9,0	8,0	6,0-9,0	***	8,0	6,0-10,0	5,0	2,0-7,0	0,000
3	Отсутствие учебников	5,0	2,0-7,0	6,0	4,0-9,0	-0,003	4,0	2,0-7,0	1,0	0,0-3,0	0,000
4	Непонятные учебники	3,0	1,0-5,0	5,0	3,0-8,0	-0,000	5,0	3,0-6,0	3,0	1,0-6,0	0,003
5	Жизнь вдали от родителей	0,0	0,0-4,0	2,0	0,0-7,0	-0,015	4,0	1,0-8,0	2,0	0,0-4,0	0,000
6	Нехватка денег	2,0	0,0-6,0	4,0	1,0-8,0	-0,000	5,0	2,0-9,0	4,0	2,0-8,0	***
7	Трудность организации режим дня	4,0	2,0-7,0	5,0	3,0-8,0	***	5,0	3,0-9,0	4,0	1,0-7,0	0,001
8	Нерегулярное питание	4,0	2,0-7,0	5,0	3,0-8,0	-0,006	5,0	3,0-8,0	3,0	1,0-6,0	0,000
9	Проблемы в общении	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-2,0	-0,000	2,0	0,0-6,0	0,0	0,0-3,0	0,008
10	Конфликты в группе	0,0	0,0-1,0	1,0	0,0-4,0	-0,000	0,5	0,0-2,0	1,0	0,0-3,5	***
11	Много времени готовиться к занятиям	7,0	4,0-8,0	6,0	4,0-8,0	***	7,0	4,0-9,0	3,0	1,0-6,0	0,000
12	Нежелание учиться	1,0	0,0-3,0	2,5	1,0-4,5	-0,003	3,0	1,0-5,0	2,0	0,0-5,0	***
13	Разочарование в профессии	0,0	0,0-1,0	2,0	1,0-5,0	-0,000	1,0	0,0-4,0	2,0	1,0-6,0	-0,004
14	Стеснительность	1,0	0,0-4,0	3,0	1,0-6,0	-0,000	2,0	0,0-5,0	2,0	1,0-5,0	***
15	Страх перед будущим	2,0	0,0-5,0	5,0	3,0-8,0	-0,000	4,0	1,0-6,0	3,0	1,0-6,0	***
16	Проблемы в личной жизни	0,0	0,0-3,0	2,0	0,0-6,0	-0,000	1,0	0,0-4,0	2,0	0,0-4,5	***
17	Нерациональное расписание	4,0	1,0-7,0	3,0	2,0-6,0	***	3,0	1,0-6,0	3,0	1,0-5,0	0,130
18	Много занятий в день	4,0	1,0-7,0	4,0	1,0-7,0	***	3,0	1,0-6,0	2,0	0,0-4,5	0,036

***Различия статистически не значимы

Студенты 1 курса НИУ БелГУ, поступившие на учебу не по собственному убеждению, более болезненно, чем поступившие по собственной инициативе, воспринимали «строгость преподавателей» ($p=0,033$), нерегулярное питание ($p=0,012$), а также необходимость проработки большого объема учебного материала ($p=0,007$), нежелание учиться ($p=0,008$), разочарование в профессии ($0,001$), а также стеснительность ($p=0,01$) и страх будущего ($p=0,01$).

Студенты АГМУ, поступившие «по совету», чаще испытывали проблемы при совместном проживании в общежитии ($p=0,049$), конфликты в группе ($p=0,000$), нежелание учиться

($p=0,000$), разочарование в профессии ($p=0,000$), имели проблемы в личной жизни ($p=0,000$), они были неудовлетворены расписанием занятий ($p=0,009$) и необходимостью отработки пропущенных занятий ($p=0,008$).

Субъективная оценка стрессогенности учебных факторов студентами 5 курса, учащимися НИУ БелГУ статистически значимо оценивалась более высоко (таблица 6.2).

В первую очередь это касается «строгости преподавателей», высокой учебной нагрузки, нерационального расписания занятий и учебы более 6 часов в день, а также недостатков учебников. Это влекло за собою трудности организации режима дня, нерегулярное питание и страх перед будущим. Если в НИУ БелГУ этот параметр («страх перед будущим») составлял по медианному значению 5 баллов, то в АГМУ – на 2 пункта ниже (3 балла). Анализ таблицы 2 вывил парадоксальное явление: если у студентов-медиков, учащихся АГМУ на пятом курсе, по сравнению с первым, стрессогенность подавляющего большинства учебных факторов статистически значимо снижалась, то в НИУ БелГУ наоборот, статистически значимо возрастала. Выше-сказанное требует более тщательного изучения организации учебного процесса и внесения необходимых корректив.

Изучение сравнительных характеристик выраженности симптомов учебного стресса (таблица 6.3) показало, что у студентов первого курса АГМУ по всем параметрам (и психические симптомы и психосоматические) они статистически значимо были более выраженными, чем у учащихся Медицинского института НИУ БелГУ.

Таблица 6.3 – Сравнительные характеристики выраженности симптомов учебного стресса

№ п/п	Симптомы учебного стресса	НИУ БелГУ				p=	АГМУ				p=
		1 курс		5 курс			1 курс		5 курс		
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Ощущение беспомощности	2,0	0,0-5,0	3,0	2,0-5,0	-0,012	3,0	1,0-5,0	2,0	0,0-4,0	0,016
2	Наплывы посторонних мыслей	2,0	1,0-4,0	3,0	1,0-5,0	***	3,0	1,0-6,0	2,0	0,0-4,0	0,000
3	Повышенная отвлекаемость	3,0	1,0-5,0	4,0	2,0-7,0	-0,000	3,5	1,0-6,0	2,0	1,0-4,0	0,006
4	Раздражительность	2,0	0,0-4,0	3,0	2,0-5,0	-0,000	2,0	1,0-5,0	2,0	0,0-4,0	***
5	Плохое настроение, депрессия	2,0	1,0-4,0	4,0	2,0-6,0	-0,000	3,0	2,0-7,0	2,0	1,0-4,0	0,000
6	Страх, тревога	2,0	0,0-4,0	3,0	1,0-5,0	-0,047	3,0	1,0-6,0	1,0	0,0-3,0	0,002
7	Потеря уверенности	1,0	0,0-3,0	3,0	1,0-6,0	-0,000	3,0	1,0-6,0	2,0	0,0-4,0	0,037
8	Нехватка времени, спешка	4,0	2,0-7,0	6,0	4,0-8,0	-0,001	6,0	3,0-8,0	2,5	1,0-5,0	0,000
9	Плохой сон	3,0	1,0-6,0	5,0	2,0-8,0	-0,011	5,5	2,0-9,0	3,0	1,0-6,0	0,000
10	Проблемы в общении с преподавателями	0,0	0,0-2,0	2,0	0,0-4,0	-0,000	2,0	0,0-4,0	2,0	0,0-3,0	***
11	Учащенное сердцебиение	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	-0,024	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-2,0	***
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-2,0	***	1,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***
13	Проблемы с ЖКТ	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-4,5	-0,008	2,0	0,0-5,0	1,0	0,0-2,0	0,018
14	Напряжение мышц	0,0	0,0-3,0	0,5	0,0-2,0	***	1,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,001
15	Головные боли	2,0	0,0-6,0	4,0	1,0-7,0	***	5,0	2,0-7,0	2,0	0,0-5,0	0,000
16	Низкая работоспособность	3,0	1,0-6,0	5,0	3,0-7,0	-0,000	5,0	2,0-7,0	3,0	1,0-5,0	0,000

***Различия статистически не значимы

В то же время, спустя 5 лет обучения, у студентов 5 курса НИУ БелГУ статистически значимо, чем у АГМУ, были более выраженными все психические симптомы учебного стресса (чувство беспомощности, нарушения внимания, раздражительность, обидчивость, сниженное настроение, снижение самооценки, плохой сон, головные боли и повышенная утомляемость), а также «постоянная нехватка времени и спешка». Последнее, с нашей точки зрения, связано с различиями в учебных планах БелГУ и АГМУ: общее количество часов в обоих ВУЗах одинаковое, но количество контактных часов в БелГУ в 1,2 раза превышает таковое в АГМУ. Вследствие этого, в БелГУ шестидневная учебная неделя, больше часов занятий в день, не выделяются часы для ликвидации академических задолженностей, меньшая продолжительность каникул, а также, «плавающее», не утвержденное расписание занятий,

Сравнение динамики выраженности симптомов учебного стресса у студентов НИУ БелГУ и АГМУ показало, что в первом случае у пятикурсников степень тяжести их была статистически значимо более высокой, чем у первокурсников. В то же время у студентов АГМУ отмечалась положительная динамика – статистически значимое снижение степени выраженности симптомов учебного стресса на 5 курсе, по сравнению с первым. Такая динамика является закономерной, так как за 5-летний период обучения учащиеся адаптируются к учебному стрессу и вырабатывают успешные способы совладания. В причинах усиления симптомов учебного стресса у студентов 5 курса НИУ БелГУ по сравнению с первым, необходимо исследовать более подробно и выработать адекватные способы снижения эмоционального напряжения у учащихся.

Верификация применяемых студентами способов совладания с учебным стрессом (таблица 4) показала, что статистически значимо большее значение для студентов 1 курса АГМУ, чем в НИУ БелГУ – имело употребление алкогольных напитков, курение табака, а также пропуски занятий и прием нерецептурных седативных лекарственных препаратов.

Соответственно для пятикурсников АГМУ статистически значимо более важным, чем для студентов НИУ БелГУ было употребление наркотиков, пропуски занятий, компьютерные игры, а также прием седативных лекарств для совладания с учебным стрессом.

Студенты НИУ БелГУ, поступившие не собственной инициативе, чаще, чем те кто сделал выбор профессии осознанно, для преодоления учебного стресса: больше спали ($p=0,02$) и играли в компьютерные игры ($p=0,02$). Во второй группе: употребляли наркотики ($p=0,03$), смотрели телевизор ($p=0,003$), пропускали занятия ($p=0,004$) и играли в компьютерные игры ($p=0,02$).

Более половины студентов 5 курса обеих ВУЗов для преодоления стресса принимали алкогольные напитки и треть – курили табак. При этом число студентов со степенью значимости в 6-10 баллов (по 10-балльной шкале) приема алкоголя для преодоления стресса в НИУ БелГУ

было 10,2% и АГМУ –13,9% человек. Для преодоления стрессового напряжения 29,9% человек из НИУ БелГУ и 44,3% – АГМУ, принимали нерце́птурные седативные лекарства ($\chi^2=5,005$ $p=0,026$). Кроме того, принимали насто́йки лекарственных трав соответственно 43,8% и 51,3%.

Таблица 6.4 – Сравнительные характеристики степени значимости способов преодоления учебного стресса

№ п/п	Способ преодоления учебного стресса	НИУ БелГУ				p=	АГМУ				p=
		1 курс		5 курс			1 курс		5 курс		
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Употребление алкоголя	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	-0,000	0,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	***
2	Табакокурение	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	-0,001	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	***
3	Употребляют наркотики	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	-0,039	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	-0,005
4	Употребляю больше еды	2,0	0,0-4,0	3,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	***
5	Смотрят телевизор	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-3,0	-0,002
6	Пропуски занятий	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	-0,000	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	***
7	Больше сплю	3,0	0,5-5,0	4,0	1,0-6,0	-0,036	2,0	0,0-5,0	3,0	1,0-6,0	-0,036
8	Общение с друзьями	5,0	2,0-7,0	4,0	1,0-6,0	***	4,0	1,0-7,0	3,0	1,0-7,0	***
9	Поддержка родителей	6,0	3,0-8,0	5,0	2,5-8,0	***	5,0	2,0-8,0	3,0	1,0-6,0	0,007
10	Прогулки на воздухе	5,0	3,0-8,0	5,0	2,0-6,0	0,018	5,0	3,0-8,0	3,0	1,0-6,0	0,030
11	Занимаюсь спортом	4,0	1,0-7,0	2,0	0,0-5,0	0,001	3,0	0,0-5,0	2,0	1,0-5,0	***
12	Посещаю бассейн	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	***	0,0	0,0-4,0	2,0	0,0-5,0	-0,021
13	Компьютерные игры	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	***	0,0	0,0-3,0	1,0	0,0-5,0	-0,023
14	Интернет	5,0	2,0-7,0	4,0	2,0-7,0	***	4,0	2,0-6,0	4,0	2,0-7,0	***
15	Читают худ. литературу	3,0	1,0-5,0	3,0	1,0-5,0	***	3,0	0,0-6,0	3,0	1,0-5,0	***
16	Лекарственные насто́йки	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	***	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	***
17	Принимают лекарства	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-1,0	***	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-2,0	***

***Различия статистически не значимы

Верификация динамики значимости способов совладания со стрессом показала, что для студентов 5 курса НИУ БелГУ, по сравнению с первокурсниками, более значимыми были употребление алкоголя, табакокурение, употребление наркотиков, пропуски занятий и сон. В то же время первокурсники больше времени уделяли прогулкам на свежем воздухе и занятиям спортом.

Для студентов 5 курса АГМУ, по сравнению с первым, более значимыми для совладания со стрессом были: употребление наркотиков, просмотр телепередач, сон, посещение бассейна и компьютерные игры. Первокурсники больше пользовались поддержкой родителей и совершали прогулки на свежем воздухе.

Изучение самооценки студентами 1 курса степени выраженности волнения перед экзаменами показало одинаковые цифры в обеих ВУЗах: Me=8,0 Q₂₅₋₇₅=7,0-10,0 баллов (по 10-балльной шкале). Причем максимальные цифры волнения (9-10 баллов) были характерны для 44,5% человек, учащихся НИУ БелГУ и 36,4% – АГМУ. Самооценка степени волнения перед экзаменами студентами 5 курса показала, что у студентов НИУ БелГУ она была более высокой ($p=0,00003$): 9,0 баллов и 7,0 – в АГМУ. Таким образом, если у студентов АГМУ степень вол-

нения перед экзаменами на 5 курсе снизилась по сравнению с 1 курсом с 8 баллов до 7, то в НИУ БелГУ – наоборот, увеличилась в 8 баллов до 9.

Крайне высокий (8-10 баллов) уровень волнения перед экзаменами у студентов 5 курса был характерен для 104 (75,9%) студентов НИУ БелГУ и 51 (44,3%) – АГМУ ($\chi^2=24,994$ $p=0,0005$ $OR=4,0$ $95\%CI=2,2-7,0$). Отношение шансов показало, что вероятность высокого более высокого уровня волнения перед экзаменами в 4 раза выше у студентов НИУ БелГУ. Сказанное свидетельствует о наличии определенных психологических проблем в организации учебного процесса, требующих своего выявления с последующим устранением.

Степень выраженности большинства симптомов учебного стресса (таблица 6.5) была более высокой у студентов 1 курса АГМУ, чем у НИУ БелГУ. Это касалось симптомов со стороны дыхательной системы, подавленности, неприятных сновидений. Тревога и страх были выражены одинаково у студентов обеих ВУЗов и достигали уровня от 3 до 9 баллов (медианное значение 6-7 баллов).

Среди студентов 5 курса по симптомам предэкзаменационного стресса: со стороны сердечнососудистой системы, мышечной и аффективных нарушений учащиеся НИУ БелГУ статистически значимо превосходили сверстников с АГМУ. Наиболее значимыми (5 баллов и выше) симптомами стресса, возникающими перед экзаменами, у студентов НИУ БелГУ были: тахикардия, тревога, страх, подавленное настроение и затрудненное засыпание. У студентов АГМУ столь значимых симптомов предэкзаменационного стресса не выявлено.

Таблица 6.5 – Сравнительные характеристики степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса

№ п/п	Симптомы	НИУ БелГУ				p=	АГМУ				p=
		1 курс		5 курс			1 курс		5 курс		
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Учащенное сердцебиение	5,0	2,0-8,0	7,0	4,0-9,0	-0,000	6,0	2,0-8,0	4,0	0,0-8,0	0,026
2	Перебои в работе сердца	0,0	0,0-3,0	3,0	0,0-6,0	-0,000	3,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,003
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-3,0	1,0	0,0-5,0	***	2,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,008
4	Невозможно глубоко вдохнуть	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-3,0	0,0	0,0-2,0	0,044
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	***	1,0	0,0-3,0	0,0	0,0-2,0	***
6	Напряжение в мышцах тела	2,0	0,0-5,0	3,0	0,0-6,0	***	3,0	0,0-6,0	0,0	0,0-3,0	0,000
7	Дрожание мышц	2,0	0,0-5,0	3,0	0,0-6,0	***	3,0	0,0-6,0	1,0	0,0-4,0	0,001
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-5,0	-0,000	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-4,0	***
9	Головные боли	3,0	0,0-6,0	3,0	0,0-6,0	***	4,0	1,0-8,0	2,0	0,0-5,0	0,002
10	Тревога, страх	6,0	3,0-9,0	8,0	5,0-10,0	-0,002	7,0	3,0-9,0	5,0	1,0-8,0	0,024
11	Подавленное настроение	3,0	0,0-8,0	6,0	2,0-8,0	-0,001	5,0	1,0-8,0	2,0	0,0-7,0	0,003
12	Затрудненное засыпание	4,0	1,0-8,0	5,0	2,0-9,0	***	5,0	2,0-8,0	3,5	0,0-8,0	0,026
13	Неприятные сновидения	0,0	0,0-4,0	2,5	0,0-7,0	-0,001	2,0	0,0-6,0	1,0	0,0-5,0	***

***Различия статистически не значимы

Из таблицы 6.5 видно, что у студентов 5 курса, учащихся в медицинском институте НИУ БелГУ, по сравнению с первым курсом наблюдается нарастание степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса (психосоматических: тахикардия, ощущение перебоев в работе сердца, учащенном мочеиспускании и психических: тревога, страх, подавленное настроение и неприятные сновидения). В то же время у студентов 5 курса, учащихся в АГМУ отмечается статистически значимое снижение степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса по сравнению с 1 курсом.

Сравнительные характеристики распространенности и степени выраженности социофобии представлены в таблице 6.

Верификация числа студентов 1 курса с социофобиями (таблица 6.6) показала, что в АГМУ число студентов с субклиническим (легкая) и клиническим (умеренная, выраженная и крайне выраженная) уровнем они встречались статистически значимо чаще ($\chi^2=5,521$ $p=0,02$ $OR=2,0$ $95\%CI=1,1-3,6$), чем в НИУ БелГУ – соответственно 40,4% и 25,3%. Клинический уровень встречался одинаково часто – 12,3% в НИУ БелГУ и 17,1% – в АГМУ.

Таблица 6.6 – Сравнительные характеристики распространенности и степени выраженности социофобии

№ п/п	Выраженность социофобии	НИУ БелГУ				АГМУ			
		1 курс		5 курс		1 курс		5 курс	
		п	%	п	%	п	%	п	%
1	Отсутствие	109	74,7	74	54,0	59	59,6	68	59,1
2	Легкая	19	13,0	30	21,9	22	22,2	25	21,7
3	Умеренная	13	8,9	22	16,1	12	12,1	15	13,0
4	Выраженная	5	3,4	7	5,1	4	4,0	4	3,5
5	Крайне выраженная	-	-	4	2,9	1	1,0	3	2,6
ИТОГО		146	100,0	137	100,0	99	100,0	115	100,0

У студентов 5 курса симптомы социофобии встречались с одинаковой частотой – соответственно 46% у НИУ БелГУ и 40,9% – АГМУ. Причем клинически значимый уровень (умеренная, выраженная и крайне выраженная) – 24,1% в НИУ БелГУ и 19,1% – АГМУ.

Сравнение динамики социофобии от 1 курса к пятому показало, что у студентов НИУ БелГУ отмечается рост ($\chi^2=11,796$ $p=0,001$ $OR=2,5$ $95\%CI=1,5-4,2$) социофобий от 25,3% до 46%, а клинического уровня соответственно с 12,3% до 24,1% ($\chi^2=5,844$ $p=0,016$ $OR=2,3$ $95\%CI=1,2-4,4$). У студентов АГМУ уровень социофобий оставался стабильным.

Изучение распространенности генерализованной тревоги (таблица 6.7) показало, что у студентов 1 курса АГМУ она встречалась статистически значимо ($\chi^2=5,521$ $p=0,02$ $OR=2,0$ $95\%CI=1,1-3,6$) у большего числа студентов, чем НИУ БелГУ: соответственно 65,7% и 50%.

У студентов 5 курса генерализованная тревога наблюдалась у 58,4% студентов НИУ БелГУ и 57,4% – АГМУ (различия статистически не значимые). Легко выраженная тревога, как психологический феномен, присуща немногим более 40% студентов обеих групп. В то же время умеренная и выраженная тревога наблюдалась у 16,8% студентов НИУ БелГУ и 14,7% – АГМУ (различия статистически не значимые).

Таблица 6.7 – Результаты теста GAD-7

№ п/п	Степень выраженности	НИУ БелГУ				АГМУ			
		1 курс		5 курс		1 курс		5 курс	
		п	%	п	%	п	%	п	%
1	Отсутствует	73	50,0	57	41,6	34	34,3	49	42,6
2	Легкая	58	39,8	57	41,6	40	40,4	49	42,6
3	Умеренная	11	7,5	18	13,2	21	21,2	15	13,0
4	Выраженная	4	2,7	5	3,6	4	4,0	2	1,7
ИТОГО		146	100,0	137	100,0	99	100,0	115	100,0

Изучение распространенности тревожно-фобических приступов (феноменологически сходных с приступами паники) у студентов 1 курса показали, что в обеих ВУЗах (таблица 6.8) они встречались одинаково часто – соответственно клинический уровень 7,5% и 11,1% (различия статистически не значимые).

Таблица 6.8 – Результаты теста на приступы паники

№ п/п	Степень выраженности	НИУ БелГУ				АГМУ			
		1 курс		5 курс		1 курс		5 курс	
		п	%	п	%	п	%	п	%
1	Отсутствует	117	80,2	77	56,2	70	70,7	99	86,1
2	Субклинический	18	12,3	22	16,1	18	18,2	9	7,8
3	Клинический	11	7,5	38	27,7	11	11,1	7	6,1
ИТОГО		146	100,0	137	100,0	99	100,0	115	100,0

Изучение распространенности приступов паники у студентов 5 курса показало, что среди учащихся НИУ БелГУ они наблюдались в совокупности у 43,8% студентов, а в АНМУ – у 13,9% ($\chi^2=25,106$ $p=0,0005$ $OR=4,8$ $95\%CI=2,2-9,5$). При этом клинически значимые (умеренной степени выраженности) панические приступы отметили 27,7% студентов НИУ БелГУ и 6,1% – АГМУ ($\chi^2=18,530$ $p=0,0005$ $OR=5,9$ $95\%CI=2,4-15,3$). Отношение шансов свидетельствует, что у студентов НИУ БелГУ вероятность выявления клинически значимых (приносящих дискомфорт и усложняющих адаптацию) приступов паники почти в 6 раз выше, чем у их сверстников из АГМУ.

Более того, если у студентов НИУ БелГУ на 1 курсе приступы паники регистрировались в совокупности у 19,8% студентов, то на 5 курсе уже у 43,8% ($\chi^2=17,685$ $p=0,0006$ $OR=3,1$

95% CI=1,8-5,5). В то же время у студентов АГМУ эта динамика совершенно противоположная – 29,3% на первом и 13,9% – на пятом курсе ($\chi^2=6,681$ $p=0,01$ OR=2,6 95% CI=1,2-5,4).

Верификация распространенности депрессии (таблица 6.9) по тесту DASS-21 у студентов 1 курса показала, что в совокупности она выявлялась у 19,2% студентов НИУ БелГУ и более чем в 2 раза чаще (44,5%) – АГМУ ($\chi^2=13,826$ $p=0,0008$ OR=3,1 95% CI=1,7-5,7). При этом клинически значимая депрессия (умеренная, выраженная и тяжелая) у студентов НИУ БелГУ выявлена у 8,2% и АГМУ у 33,4% ($\chi^2=23,171$ $p=0,0005$ OR=5,6 95% CI=2,6-12,3). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления клинического уровня депрессии у студентов-медиков 1 курса, обучающихся в Алтайском государственном медицинском институте более чем в 5 раз выше, чем у их сверстников, учащихся медицинского института НИУ БелГУ. Этот факт требует дальнейшего изучения и тщательного анализа, для выяснения причин такого значительного числа студентов с депрессией. Предполагается, что здесь играют свою роль климатогеографические факторы.

Верификация частоты депрессии у студентов 5 курса показала, что она в общей совокупности (доклинический и клинический уровни) в НИУ БелГУ и АГМУ встречалась одинаково часто: соответственно 41,6% и 40% случаев. При этом клинический уровень наблюдался соответственно у 22,6% и 32,2% (различия статистически не значимые).

Таблица 6.9 – Частота депрессии у студентов 1 и 5 курсов

№ п/п	Степень выраженности	НИУ БелГУ				АГМУ			
		1 курс		5 курс		1 курс		5 курс	
		п	%	п	%	п	%	п	%
1	Норма	118	80,8	80	58,4	55	55,5	69	60,0
2	Легкая	16	11,0	26	19,0	11	11,1	9	7,8
3	Умеренная	6	4,1	21	15,3	17	17,2	24	20,9
4	Выраженная	4	2,7	6	4,4	6	6,1	7	6,1
5	Тяжелая	2	1,4	4	2,9	10	10,1	6	5,2
ИТОГО		146	100,0	137	100,0	99	100,0	115	100,0

Изучение динамики депрессии от 1 курса к пятому показало, что у студентов АГМУ показатель распространенности ее стабильный (44,5% на первом и 40% на пятом курсах). В то же время у студентов НИУ БелГУ частота депрессии нарастает от 19,2% на первом курсе, – до 41,6% на пятом ($\chi^2=15,868$ $p=0,0006$ OR=3,0 95% CI=1,7-5,3).

Тревога (субклинический и клинический уровень) у студентов 1 курса АГМУ (таблица 6.10) регистрировалась чаще ($\chi^2=8,392$ $p=0,005$ OR=2,2 95% CI=1,3-3,9), чем у учащихся НИУ БелГУ: соответственно у 32,2% и 51,5% студентов.

Клинически выраженная тревога регистрировалась соответственно у 38,3% студентов АГМУ и у – 21,9% НИУ БелГУ ($\chi^2=7,052$ $p=0,009$ OR=2,2 95% CI=1,2-4,1). Отношение шансов

показывает, что вероятность выявления клинического уровня тревоги у студентов 1 курса АГМУ более чем в 2 раза выше, чем в НИУ БелГУ.

Таблица 6.10 – Частота тревоги у студентов 1 и 5 курсов

№ п/п	Степень выраженности	НИУ БелГУ				АГМУ			
		1 курс		5 курс		1 курс		5 курс	
		п	%	п	%	п	%	п	%
1	Норма	99	67,8	76	55,5	48	48,6	64	55,7
2	Легкая	15	10,3	31	22,6	13	13,1	19	16,5
3	Умеренная	18	12,3	13	9,5	14	14,1	12	10,4
4	Выраженная	6	4,1	5	3,6	13	13,1	8	7,0
5	Тяжелая	8	5,5	12	8,8	11	11,1	12	10,4
ИТОГО		146	100,0	137	100,0	99	100,0	115	100,0

У студентов 5 курса тревога (в совокупности) регистрировалась у 44,5% в НИУ БелГУ и 44,3% – в АГМУ, а клинически значимый ее уровень соответственно 21,9% и 27,8% (различия статистически не значимые).

Верификация динамики частоты тревоги у студентов АГМУ от 1 курса к пятому показала относительную стабильность ее частоты: 51,5% на первом курсе и 44,3% – на пятом. В то же время у студентов НИУ БелГУ отмечался рост тревоги от 32,2% на 1 курсе до 44,5% – на пятом ($\chi^2=4,049$ $p=0,044$ $OR=1,7$ $95\%CI=1,0-2,8$).

Частота стресса и дистресса (таблица 6.11) у студентов 1 курса АГМУ оказалась выше – у 50,5% студентов в совокупности, чем в НИУ БелГУ – 31,5% ($\chi^2=8,157$ $p=0,006$ $OR=2,2$ $95\%CI=1,3-3,9$). Соответственно клинически значимый уровень дистресса также был выше ($\chi^2=8,157$ $p=0,006$ $OR=2,2$ $95\%CI=1,3-3,9$) у студентов 1 курса АГМУ: соответственно 36,3% и 17,8%. Таким образом, вероятность ($OR=2,2$) формирования клинического уровня дистресса у студентов АГМУ более чем в 2 раза выше, чем у учащихся НИУ БелГУ.

Таблица 6.11 – Частота стресса (дистресса) у студентов 1 и 5 курсов

№ п/п	Степень выраженности	НИУ БелГУ				АГМУ			
		1 курс		5 курс		1 курс		5 курс	
		п	%	п	%	п	%	п	%
1	Норма	100	68,5	85	62,1	49	49,5	75	65,2
2	Легкая	20	13,7	14	10,2	14	14,1	12	10,4
3	Умеренная	16	11,0	15	10,9	18	18,2	13	11,3
4	Выраженная	6	4,1	20	14,6	14	14,1	8	7,0
5	Тяжелая	4	2,7	3	2,2	4	4,0	7	6,1
ИТОГО		146	100,0	137	100,0	99	100,0	115	100,0

У студентов 5 курса стресс в совокупности выявлен у 37,9% в АГМУ и в 34,8% – в НИУ БелГУ, а клинический уровень, соответственно у 23,7% и 24,4% (различия статистически не значимые).

Динамика числа студентов с дистрессом от 1 курса к пятому показала, что их число среди учащихся НИУ БелГУ оставалось стабильным – соответственно 31,5% и 38%; в то же время частота регистрации дистресса у студентов 5 курса АГМУ по сравнению с 1 курсом снизилась с 50,5% до 34,8% ($\chi^2=4,771$ $p=0,029$ $OR=1,9$ $95\%CI=1,1-3,4$).

Таким образом, среди первокурсников почти каждый третий (28,3%) студент АГМУ и восьмой (13,7%) – НИУ БелГУ, поступили в медицинский ВУЗ не по собственной инициативе. На восьмом месяце учебы только 56,2% студентов НИУ БелГУ и 42,4% АГМУ были убеждены на 80-100% в правильности выбора врачебной профессии.

По степени убежденности в правильности выбора профессии, ее привлекательности и приверженности студенты обеих групп, поступившие по собственной инициативе статистически значимо превосходили тех, кто поступил «по совету».

Студенты обеих ВУЗов высоко оценивали условия и качество обучения (по медианному значению 7-8 баллов в НИУ БелГУ и 6-7 в АГМУ). Студенты НИУ БелГУ более болезненно воспринимали «строгость преподавателей».

По степени выраженности симптомов учебного стресса (психическим симптомам и психосоматическим) студенты АГМУ превосходили сверстников из НИУ БелГУ. Для преодоления учебного стресса большее число студентов АГМУ, по сравнению с НИУ БелГУ употребляли алкогольные напитки, курили табак, а также пропускали занятия и принимали нерецептурные седативные лекарственные препараты.

В НИУ БелГУ студенты, поступившие не по собственной инициативе, чаще, чем те кто сделал выбор профессии осознанно, для преодоления учебного стресса: больше спали и играли в компьютерные игры, а в АГМУ – употребляли наркотики, смотрели телевизор, пропускали занятия и играли в компьютерные игры.

Степень выраженности волнения перед экзаменами у первокурсников была одинаковой ($Me=8,0$ $Q_{25-75}=7,0-10,0$ баллов). При этом степень выраженности большинства симптомов учебного стресса (со стороны дыхательной системы, подавленности, неприятных сновидений) была более высокой у студентов АГМУ, а тревога и страх были выражены одинаково.

В общей совокупности социофобии (субклинический и клинический уровень) у студентов АГМУ встречались чаще, чем в НИУ БелГУ: соответственно 40,4% и 25,3%, а клинический уровень одинаково часто – 17,1% и 12,3%. Генерализованная тревога в АГМУ она встречалась чаще, чем в НИУ БелГУ: соответственно 65,7% и 50%. Депрессии (субклинический уровень и клинический) выявлялась у 19,2% студентов НИУ БелГУ и более чем в 2 раза чаще (44,4%) – в

АГМУ. Клинический уровень соответственно 21,9% и 8,2%. Тревога (субклинический и клинический уровень) в АГМУ (51,5%) регистрировалась чаще, чем в НИУ БелГУ (32,2%), а клинически выраженная соответственно у 38,3% и 21,9%. Частота дистресса у студентов АГМУ также оказалась выше – 50,5% и 31,5%.

У старшекурсников – учащихся 5 курса, каждый пятый студент НИУ БелГУ и каждый третий АГМУ поступили в медицинский ВУЗ не по собственной инициативе. На пятом году обучения убеждены в правильности выбора врачебной профессии менее половины (43%) студентов НИУ БелГУ и менее трети (30,4%) АГМУ. Разочарованы в профессии врача примерно одинаковое число студентов обеих ВУЗов: 35 и 37,4% – если бы был выбор, они избрали бы другую профессию.

Большинство учебных стрессовых факторов студенты НИУ БелГУ воспринимали более неблагоприятно, чем учащиеся АГМУ. В первую очередь это касается «строгости преподавателей», высокой учебной нагрузки, нерационального расписания занятий и учебы более 6 часов в день, а также недостатков учебников. Это влекло за собою трудности организации режима дня, нерегулярное питание и страх перед будущим. Результатом учебных стрессовых факторов у студентов-медиков НИУ БелГУ были более выраженными все психические симптомы учебного стресса, а также «постоянная нехватка времени и спешка». Последнее, с нашей точки зрения, связано с нерациональным расписанием и часовой перегрузкой в день.

В то же время студенты АГМУ статистически значимо чаще для преодоления учебного стресса употребляли наркотики, пропускали занятия, увлекались компьютерными играми и принимали седативные лекарства. Степень волнения перед экзаменами у студентов НИУ БелГУ была более высокой (9 баллов), чем у их сверстников из УГМУ (7 баллов). Крайне высокий (8-10 баллов) уровень волнения перед экзаменами был характерен соответственно для 75,9% и 44,3% учащихся. У первых также были более выраженными симптомы предэкзаменационного стресса.

Частота клинически значимого уровня социофобий была примерно одинаковой – соответственно 24,1% и 19,1%. Клинически значимые редуцированные приступы паники чаще беспокоили студентов НИУ БелГУ – 27,7% и только 6,1% – АГМУ.

Учитывая высокую частоту социофобий (24,1% и 19,1%), депрессии (22,6-32,2%) и тревоги (21,9-27,8%) у студентов обеих групп, а также приступов паники, требуется разработка и реализация психокоррекционных программ, для студентов-медиков, направленных на формирование адаптивных способов преодоления стресса, снижение уровня тревожности и депрессии, что позволит предупредить развитие психосоматических расстройств и аддикций.

Выявлены принципиальные различия в динамике основных показателей психического здоровья между студентами, учащимися в НИУ БелГУ и АГМУ. По всем параметрам студенты

пятого курса обеих медицинских ВУЗов статистически значимо ниже оценили условия и качество обучения, чем на первом курсе – по первому впечатлению.

У студентов-медиков, учащихся АГМУ на пятом курсе, по сравнению с первым, стрессогенность подавляющего большинства учебных факторов статистически значимо снижалась, то в НИУ БелГУ наоборот, статистически значимо возрастала.

У студентов 5 курса НИУ БелГУ статистически значимо, чем у АГМУ, были более выраженными все психические симптомы учебного стресса (чувство беспомощности, нарушения внимания, раздражительность, обидчивость, сниженное настроение, снижение самооценки, плохой сон, головные боли и повышенная утомляемость), а также «постоянная нехватка времени и спешка». Причем у пятикурсников степень тяжести их была статистически значимо более высокой, чем у первокурсников. В то же время у студентов АГМУ отмечалась положительная динамика – статистически значимое снижение степени выраженности симптомов учебного стресса на 5 курсе, по сравнению с первым.

Более половины студентов 5 курса обеих ВУЗов для преодоления стресса принимали алкогольные напитки и треть – курили табак. При этом число студентов со степенью значимости в 6-10 баллов (по 10-балльной шкале) приема алкоголя для преодоления стресса в НИУ БелГУ было 10,2% и АГМУ – 13,9% человек. Для преодоления стрессового напряжения 29,9% человек из НИУ БелГУ и 44,3% – АГМУ, принимали нерецептурные седативные лекарства. Кроме того, принимали настойки лекарственных трав соответственно 43,8% и 51,3%.

У студентов НИУ БелГУ степень волнения перед экзаменами была более высокой: 9,0 баллов и 7,0 – в АГМУ. У студентов АГМУ волнения перед экзаменами на 5 курсе снизилась по сравнению с 1 курсом с 8 баллов до 7, то в НИУ БелГУ – наоборот, увеличилась в 8 баллов до 9.

Студенты 5 курса НИУ БелГУ по симптомам предэкзаменационного стресса: со стороны сердечнососудистой системы, мышечной и аффективных нарушений статистически значимо превосходили сверстников с АГМУ. Наиболее значимыми (5 баллов и выше) симптомами стресса, возникающими перед экзаменами у студентов НИУ БелГУ были: тахикардия, тревога, страх, подавленное настроение и затрудненное засыпание. У студентов АГМУ столь значимых симптомов предэкзаменационного стресса не выявлено.

У студентов 5 курса, учащихся в медицинском институте НИУ БелГУ, по сравнению с первым курсом наблюдается нарастание степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса. В то же время у студентов 5 курса, учащихся в АГМУ отмечается статистически значимое снижение их степени выраженности по сравнению с 1 курсом.

У студентов НИУ БелГУ отмечается рост числа социофобий от 1 курса к пятому: от 25,3% до 46%, а клинического уровня соответственно с 12,3% до 24,1%. У студентов АГМУ уровень социофобий оставался стабильным.

У студентов НИУ БелГУ отмечался рост числа студентов с приступами паники с 19,8% студентов на 1 курсе до 43,8% – на пятом. В то же время у студентов АГМУ эта динамика совершенно противоположная – 29,3% на первом и 13,9% – на пятом курсе.

У студентов АГМУ показатель распространенности депрессии на 1 и 5 курсах был стабильным (44,5% на первом и 40% на пятом курсах). В то же время у студентов НИУ БелГУ частота депрессии нарастала от 19,2% на первом курсе, – до 41,6% на пятом.

У студентов АГМУ от 1 курса к пятому частота тревоги была относительно стабильной: 51,5% на первом курсе и 44,3% – на пятом. В то же время у студентов НИУ БелГУ отмечался рост тревоги от 32,2% на 1 курсе до 44,5% – на пятом.

Динамика числа студентов с дистрессом от 1 курса к пятому показала, что их число среди учащихся НИУ БелГУ оставалось стабильным – соответственно 31,5% и 38%; в то же время частота регистрации дистресса у студентов 5 курса АГМУ по сравнению с 1 курсом снизилась с 50,5% до 34,8%.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИИ
К УЧЕБНОМУ СТРЕССУ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА**

**7.1 Сравнительная оценка состояния психического здоровья
и распространенности непсихотических психических расстройств
у студентов, поступивших на 1 курс в медицинский и педагогический институты**

Среди студентов-медиков, поступивших на обучение на 1-й курс, в детстве обращались с различными проблемами со здоровьем за помощью к народным целителям («бабкам», «ясновидящим») 21 (21%) человек. Чаще всего (14 случаев или 14%) - это были разнообразные страхи (темноты, собак, огня, «испуг»), а также (3 случая или 3%) - «ночные крики», «беспокойство» и (2 случая или 2%) – бессонница, а также (2 случая или 2%) - «проблемы со здоровьем». Среди студентов педагогического института (различия статистически не значимые) таких случаев было 12 (20%) случаев: страхи – 6 (10%) человек, нарушения сна – 3 (5%) человека, «испуг» – 3(5%) человека.

Таким образом, те или иные проблемы с состоянием психического здоровья в дошкольном возрасте испытывали 20-21% студентов медицинского и педагогического институтов – фактически каждый пятый. Это свидетельствует об определенном неблагополучии в раннем детстве и возможность неблагоприятного влияния этого обстоятельства на последующее формирование непсихотических психических расстройств.

У студентов-медиков в 9 (9%) случаях врачами неврологами выставлялся диагноз вегето-сосудистая дистония, что являлось фактором риска формирования соматоформной вегетативной дисфункции. У студентов педагогического института диагноз вегето-сосудистой дистонии был установлен в 5 (8,3%) случаев. Таким образом, среди поступающих на обучение в высшие учебные заведения лица юношеского возраста в 8-9% случаев обнаруживают признаки вегетативной дисфункции.

Изучение распространенности суицидального поведения (таблица 7.1.1) показало, что в совокупности внутренние формы суицидального поведения (мысли, замыслы, намерения) встречались у 46,3% случаев, а суицидальные попытки – в 3,1% случаев.

Наши данные по распространенности суицидального поведения у лиц юношеского возраста совпадают с данными зарубежных (Rosiek A. et al., 2016) и отечественных (Хритинин Д.Ф. с соавт., 2016) авторов.

Таблица 7.1.1 – Структура суицидального поведения, имевшего место в анамнезе у студентов медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Тип суицидального Поведения	МИ*		ПИ*		ВСЕГО	
		п	%	п	%	п	%
1	S-мысли	32	32,0	14	23,3	46	28,8
2	S-замыслы	15	15,0	5	8,3	20	12,5
3	S-намерения	5	5,0	3	5,0	8	5,0
4	S-попытки	4	4,0	1	1,7	5	3,1
5	S мысли в последний месяц	8	8,0	1	1,7	9	5,6

МИ* – медицинский институт; ПИ* – педагогический институт

Сравнительный анализ показал, что различия в частоте вариантов суицидального поведения у студентов 1-го курса, поступивших в медицинский и педагогический институт, отсутствуют. Другими словами, у лиц юношеского возраста в 46,3% случаев наблюдаются суицидальные мысли, замыслы и намерения, а в 3,1% – суицидальные попытки.

Учитывая, что суицидальное поведение, с позиции концепции А.Г. Амбрумовой (1980), является результатом социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею субъективно неразрешимого конфликта (а молодые люди будут испытывать значимый учебный стресс), требуется разработка программ оптимизации адаптации студентов к учебному процессу для профилактики дезадаптации и, соответственно, непсихотических психических расстройств и суицидального поведения.

Изучение распространенности социофобий (таблица 7.1.2) показало, что у студентов медицинского института социофобии различной степени выраженности наблюдались в 28% случаев, а у педагогического – в 19,3% (различия статистически не значимы). При этом слабая выраженность симптомов, фактически не влияющая на социальное функционирование, также наблюдалась в одинаковом числе случаев (12% и 10%). В то же время значимо были выражены симптомы социофобии у 16% студентов медицинского и 5% – педагогического институтов получали своё отражение в характере социального функционирования.

Таблица 7.1.2 – Распространенность социофобий у студентов 1 курса медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Выраженность социофобии	МИ		ПИ		ВСЕГО	
		п	%	п	%	п	%
1	Отсутствие	72	72,0	49	81,7	121	75,6
2	Легко	12	12,0	6	10,0	18	11,3
3	Умеренно	11	11,0	3	5,0	14	8,8
4	Выражено	3	3	1	1,7	4	2,5
5	Крайне выражено	3	3	1	1,7	4	2,5
ИТОГО		100	100,0	60	100,0	160	100,0

Таким образом, в совокупности социофобические симптомы наблюдались у 24,4% лиц юношеского возраста. Клинически значимые – затрудняющие социальное функционирование – имели место в 13,5% случаев. Наши данные по распространенности клинически значимого уровня социофобии совпадают с данными зарубежных авторов – 12,7% (Schneier F.R., Goldmark J., 2015).

Изучение распространенности депрессии при помощи теста DASS-21 (таблица 7.1.3) показало, что у студентов-медиков она регистрировалась у 34%, а у их сверстников из педагогического института – только в 11,7% случаев ($\chi^2=8,678$ $p=0,004$; $OR=3,9$ $95\%CI=1,5-10,5$). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность выявления депрессии у студентов, поступивших в медицинский институт, почти в 4 раза выше, чем у их сверстников, учащихся в педагогическом институте. Распространенность депрессии у студентов-медиков, по нашим данным, совпадает с данными зарубежных авторов (Winzer R. et al., 2014, 2018).

Клинически значимый уровень депрессии диагностировался соответственно у 27% медиков и 6,7% – педагогов ($\chi^2=11,126$ $p=0,002$; $OR=6,1$ $95\%CI=1,9-21,58$). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность диагностики депрессии клинического уровня у студентов-медиков более чем в 6 раз выше, чем у их сверстников, поступивших на учебу в педагогический институт.

Таблица 7.1.3 – Распространенность депрессии у студентов 1 курса медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Выраженность депрессии	МИ		ПИ		ВСЕГО	
		п	%	п	%	п	%
1	Отсутствие	66	66,0	53	88,3	119	74,4
2	Легко	7	7,0	3	5,0	10	6,3
3	Умеренно	16	16,0	2	3,3	18	11,3
4	Выражено	4	4,0	1	1,7	5	3,0
5	Крайне выражено	7	7,0	1	1,7	8	5,0
ИТОГО		100	100,0	60	100,0	160	100,0

В общей сложности депрессии встречалась у 25,6% обследованных, а клинически значимый ее уровень – у 19,3%. Такой значительный удельный вес студентов с клинически выраженной депрессией, поступивших на первый курс медицинского и педагогического институтов, требует разработки и внедрения программ своевременной диагностики и оказания психокоррекционной (а в случае необходимости – и психотерапевтической) помощи.

Изучение распространенности тревоги при помощи теста DASS-21 (таблица 7.1.4) показало, что у студентов-медиков тревога выявлялась в 33%, а у студентов-педагогов – в 25% случаев (различия статистически не значимые). Клинически выраженная тревога выявлялась у 16% студентов-медиков и 13,4% студентов-педагогов (различия статистически не значимые).

Распространенность тревоги у студентов-медиков, по нашим данным, совпадает с данными зарубежных авторов (Winzer R. et al., 2014, 2018).

Таблица 7.1.4 – Распространенность тревоги у студентов 1 курса медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Выраженность депрессии	МИ		ПИ		ВСЕГО	
		n	%	n	%	N	%
1	Отсутствие	67	67,0	45	75,0	112	70,0
2	Легко	17	17,0	7	11,7	24	15,0
3	Умеренно	4	4,0	4	6,7	8	5,0
4	Выражено	4	4,0	1	1,7	5	3,1
5	Крайне выражено	8	8,0	3	5,0	11	6,9
ИТОГО		100	100,0	60	100,0	160	100,0

В общей совокупности тревога регистрировалась у 30% лиц юношеского возраста, а клинически значимый уровень – у 15%.

Изучение распространенности стресса (дистресса) при помощи теста DASS-21 (таблица 7.1.5) показало, что у студентов-медиков он наблюдался в 31% случаев, а у студентов-педагогов – в 16,7% ($p=0,044$ [по критерию χ^2 без поправки Йетса]). Таким образом, дистресс более характерен для студентов-медиков.

Таблица 7.1.5 – Распространенность стресса (дистресса) у студентов 1 курса медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Выраженность депрессии	МИ		ПИ		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Отсутствие	69	69,0	50	83,3	119	74,4
2	Легко	6	6,0	3	5,0	9	5,6
3	Умеренно	15	15,0	5	8,3	20	12,5
4	Выражено	5	5,0	2	3,3	7	4,4
5	Крайне выражено	5	5,0	–	–	5	3,1
ИТОГО		100	100,0	60	100,0	160	100,0

Наши данные фактически совпадают с результатами зарубежных исследователей, выявивших, что распространенность хронического стресса среди студентов-медиков выше, чем у населения в целом и составляет от 38% до 62% (El-Gilany A.H. et al., 2008; Qamar K. et al., 2015; Saeed A.A. et al., 2016).

Изучение тревоги и депрессии при помощи шкалы HADS показало (таблица 7.1.6), что по наличию субклинического и клинического уровня тревоги студенты медицинского института статистически значимо ($\chi^2=12,836$ $p=0,001$ $OR=5,9$ $95\%CI=2,0-18,6$) превосходят студентов педагогического института: соответственно 35% и 8,3%. Более того, вероятность тревоги у сту-

дентов-медиков почти в 6 раз выше, чем у студентов-педагогов. По уровню депрессии различия статистически не значимы.

Таблица 7.1.6 – Результаты шкалы HADS студентов медицинского и педагогического институтов

УРОВЕНЬ	Отсутствие		Субклинический		Клинический	
	п	%	п	%	п	%
<i>Студенты-медики</i>						
Депрессия	75	75,0	12	12,0	13	13,0
Тревога	65	65,0	20	20,0	15	15,0
<i>Студенты-педагоги</i>						
Депрессия	50	83,3	6	10,0	4	6,7
Тревога	55	91,7	2	3,3	3	5,0

Характерно, что субклинический и клинический уровень депрессии по шкале HADS встречался статистически достоверно чаще ($\chi^2=5,530$ $p=0,019$ $OR=3,96$ $95\%CI=1,2-13,04$) у тех студентов-медиков, которые поступили в институт не по собственной инициативе: соответственно 15 (18,5%) и 8 (42,1%). Более того, вероятность депрессии у поступивших не по собственной инициативе в 4 раза выше, чем у поступивших по собственному решению. Тревога также была более характерной ($\chi^2=9,77$ $p=0,0026$ $OR=5,8$ $95\%CI=1,8-19,9$) для студентов-медиков, которые выбрали специальность по совету (13 или 68,4%) случаев, а не самостоятельно (22 или 27,2%) случая.

Интересно, что степень выраженности депрессии ($p=0,021$) и тревоги ($p=0,004$) по тесту HADS у первокурсников, поступивших «по совету», статистически значимо выше, чем у тех, кто поступил по собственной инициативе (рисунки 7.1.1–7.1.2). Это свидетельствует о том, что симптомы психического нарушения у них имели место до поступления в медицинский институт и они проявляли несостоятельность в самостоятельном выборе профессии. У студентов педагогического института такая закономерность не выявлена.

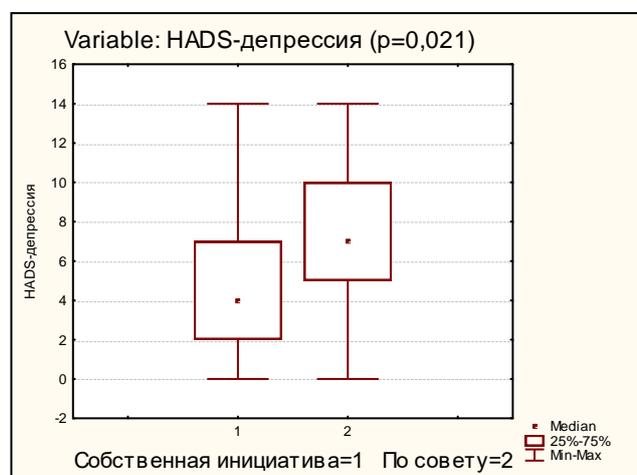


Рисунок 7.1.1 – Диапазон депрессии у студентов-медиков

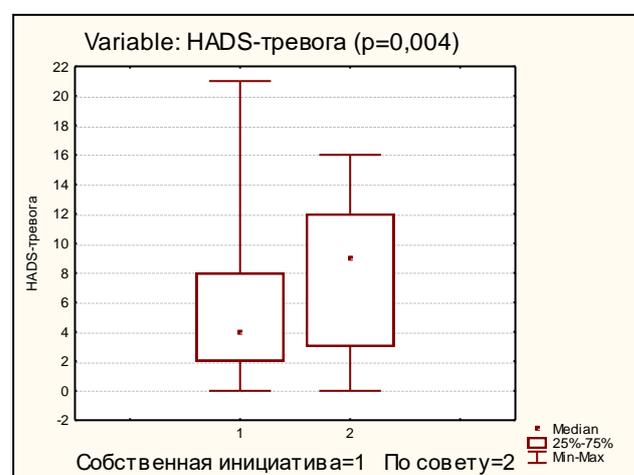


Рисунок 7.1.2 – Диапазон тревоги у студентов-медиков

Обследование при помощи теста GAD-7 на генерализованную тревогу (таблица 7.1.7) показало, что симптомы генерализованной тревоги различной степени выраженности выявлены у 42% студентов-медиков и у 33,3% – студентов-педагогов (различия статистически не значимы). В то же время, в общей совокупности симптомы генерализованной тревоги наблюдались у 38,7% лиц юношеского возраста. Причем в 25,6% случаев тревога была легкой и не оказывала влияния на социальное функционирование. В то же время в 13,1% случаев генерализованная тревога была умеренной и выраженной и оказывала влияние на адаптационные способности.

Таблица 7.1.7 – Распространенность генерализованной тревоги у студентов 1 курса медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Выраженность генерализованной тревоги	МИ		ПИ		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Отсутствие	58	58,0	40	66,7	98	61,3
2	Легко	26	26,0	15	25,0	41	25,6
3	Умеренно	11	11,0	3	5,0	14	8,8
4	Выраженно	5	5,0	2	3,3	7	4,3
ИТОГО		100	100,0	60	100,0	160	100,0

Анализ результатов скрининг теста на панические приступы (таблица 7.1.8) показал, что у студентов медицинского и педагогического института в подавляющем большинстве случаев (78-78,3%) приступов паники не встречалось. Легко и умеренно выраженные приступы паники наблюдались у них одинаково часто. Другими словами, у лиц юношеского возраста, избравших профессию врача и педагога, в 15% случаев встречаются приступы паники, провоцирующиеся ситуационно и наблюдающиеся не более 2-4 раз в течение года.

Таблица 7.1.8 – Результаты теста на панические приступы

№ п/п	Выраженность приступов паники	МИ		ПИ		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Отсутствие	78	78,0	47	78,3	125	78,1
2	Легко	5	5,0	6	10,0	11	6,9
3	Умеренно	17	17,0	7	11,7	24	15,0
ИТОГО		100	100,0	60	100,0	160	100,0

Результаты теста опросника общего психического здоровья (GHQ-12) представлены в таблице 7.1.9.

Установлено, что у 53% студентов-медиков имеется снижение уровня общего здоровья, причем эта цифра выше ($\chi^2=17,4$ $p<0,0006$; OR=5,9 95% CI=2,4-15,3), чем отмечаемая у студентов педагогического института – 30%.

Таблица 7.1.9 – Результаты теста GHQ-12 (на общее состояние психического здоровья)

Степень выраженности	Норма		Легкое снижение		Умеренное снижение		Выраженное снижение	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Студенты-медики	47	47,0	39	39,0	11	11,0	3	3,0
Студенты-педагоги	42	70,0	15	25,0	3	5,0	0	0,0
ВСЕГО	89	55,6	54	33,8	14	8,8	3	1,9

В общей совокупности только у 55,6% лиц юношеского возраста состояние психического здоровья можно квалифицировать как норму. В 33,8% случаев отмечаются легкие проблемы, которые могут иметь обратное развитие. В то же время в 10,7% случаев отмечается умеренное и выраженное снижение общего состояния психического здоровья.

Таким образом, установлено, что значительное число (20-21% студентов), поступивших на 1-й курс в медицинский и педагогический институты, в дошкольном возрасте испытывали проблемы психологического плана и родители обращались с ними за помощью к народным целителям. В 8-9% случаев у студентов обеих ВУЗов в тот или иной период диагностировалась вегето-сосудистая дистония.

Внутренние формы суицидального поведения в общей совокупности встречались у 46,3% случаев, а суицидальные попытки – в 3,1%.

У студентов медицинского института социофобии различной степени выраженности наблюдались в 28% случаев, а у педагогического – в 19,3%. Значимо были выражены симптомы социофобии у 16% студентов медицинского и 5% – педагогического институтов.

Депрессия у студентов-медиков регистрировалась чаще – 34% случаев, а у их сверстников из педагогического института – только в 11,7% случаев.

Вероятность выявления депрессии у студентов, поступивших в медицинский институт, почти в 4 раза выше, чем у их сверстников, учащихся педагогического института. Клинически значимый уровень депрессии диагностировался соответственно чаще (у 27% студентов-медиков), чем студентов-педагогов (6,7%).

Клинически выраженная тревога выявлялась у 16% студентов-медиков и 13,4% студентов-педагогов. В общей совокупности тревога регистрировалась у 30% лиц юношеского возраста, а клинически значимый уровень – у 15%. Дистресс у студентов-медиков он наблюдался чаще (31% случаев), чем у студентов-педагогов (16,7%). Генерализованная тревога различной степени выраженности выявлялась одинаково часто у студентов-медиков (42%) и студентов-педагогов (33,3%).

У лиц юношеского возраста, избравших профессию врача и педагога, в 15% случаев встречаются приступы паники, провоцирующиеся ситуационно и наблюдающиеся не более 2-4 раз в течение года.

У большинства (53% студентов-медиков) выявлено снижение уровня общего здоровья, причем эта цифра выше, чем у студентов педагогического института (30%).

В общей совокупности только у 55,6% лиц юношеского возраста, поступивших на учебу в медицинский и педагогический институты, состояние психического здоровья можно квалифицировать как норму. В 33,8% случаев отмечаются легкие проблемы, которые могут иметь обратное развитие. В то же время в 10,7% случаев отмечается умеренное и выраженное снижение общего состояния психического здоровья.

Таким образом, по частоте депрессии и дистресса студенты-медики превосходят своих сверстников из педагогического института, что обуславливает более низкий их общий уровень психического здоровья.

7.2 Сравнительные характеристики отношения к профессии и реагирования на учебный стресс поступивших на первый курс студентов медицинского и педагогического институтов

Установлено (таблица 7.2.1), что мотивом поступления в институт у 81% студентов-медиков и 85% студентов-педагогов были собственные убеждения. Тем не менее, в течение первого месяца обучения разочаровались в выбранной профессии (не поступали бы вновь на данную специальность) 21% студентов-медиков и 30% студентов-педагогов (различия статистически не значимы).

Таблица 7.2.1 – Мотивы поступления в ВУЗ студентов-медиков и студентов-педагогов

Мотивы поступления	Медики		Педагоги	
	n	%	n	%
По собственному убеждению	81	81,0	51	85,0
По совету родителей	13	13,0	5	8,3
По совету знакомых	2	2,0	3	5,0
Случайно	4	4,0	1	1,7
ИТОГО	100	100,0	60	100,0

Среди студентов-медиков, поступивших в институт по собственной инициативе (69 человек или 85,2%), не изменили бы своего первоначального решения поступать в медицинский институт, если бы возникала такая необходимость, и только 12 (14,8%) человек – выбрали бы другую профессию. В то же время среди поступивших по другим мотивам, только 10 (52,6%) человек поступили бы вновь, а 9 (47,4%) человек – выбрали бы другую профессию ($\chi^2=7,967$ $p=0,0057$; $OR=5,2$ $95\%CI=1,5-17,7$). Таким образом, вероятность того, что поступившие в медицинский институт не по собственной инициативе, на первых месяцах обучения разочаруются в профессии в 5 и более раз выше, чем среди тех, кто поступил по собственной инициативе.

Среди студентов педагогического института, поступивших по собственной инициативе, 37 (72,5%) человек поступили бы вновь, а 14 (27,5%) человек – выбрали бы другую профессию. Среди поступивших по совету – 5 (55,5%) человек поступили бы снова, а 4 (44,5%) человека – выбрали бы другую специальность. Различия статистически не значимы.

К моменту исследования в обеих группах (студенты-медики и студенты-педагоги) высокая степень (80% и выше) убежденности в правильности выбора профессии и ее привлекательности была присуща немногим более половины обследуемых (различия статистически не значимы). Треть студентов обеих специальностей были не уверены в правильности выбора и привлекательности профессии, а 17-18% – испытывали разочарование.

Изучение оценки степени тяжести обучения (таблица 7.2.2) показало, что субъективно более тяжело учеба давалась студентам медицинского института.

Таблица 7.2.2 – Сравнительные характеристики субъективной оценки степени тяжести обучения студентами медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Степень тяжести обучения	МИ*		ПИ*		χ^2	p<
		n	%	n	%		
1	Легко	3	3,0	7	11,7	29,33	0,001
2	Незначительные трудности	35	35,0	43	71,7		
3	Средние затруднения	45	45,0	9	15,0	13,78	0,001
4	Серьезные трудности	17	17,0	1	1,6	7,36	0,01

*МИ – студенты медицинского института; ПИ – студенты педагогического института

В будни большая часть студентов-медиков и студентов-педагогов (соответственно 86% и 78,3%) не уделяли ночному отдыху должного времени, спали от 4 до 6-7 часов в сутки. В выходные 48,3% студентов педагогического института спали 8-9 часов, а 53% студентов медицинского института – 10 часов и более.

В силу необходимости готовиться к занятиям следующего дня, ложились спать в 1-2 часа ночи и позже более трети (39%) студентов-медиков ($\chi^2=6,52$ p<0,01) и 18,3% – студентов-педагогов.

Время подготовки к занятиям следующего дня представлено в таблице 7.2.3.

Таблица 7.2.3 – Время, затрачиваемое на подготовку к занятиям студентами медицинского и педагогического институтов

Контингент	1-2		3-4		5		6 и более	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Медицинский институт	6	6,0	39	39,0	32	32,0	23	23,0
Педагогический институт	19	31,7	29	48,3	8	13,3	4	6,7

Как видно из таблицы 7.2.3, большинство (55%) студентов-медиков затрачивают на подготовку к занятиям 5 и более часов ($\chi^2=17,46$ p<0,0006; OR=4,8 95% CI=2,2-11,1). Вероятность

затрачивать на подготовку к занятиям более 5 часов в день почти в 5 раз превышает у них аналогичный шанс студентов педагогического института. В то же время почти треть студентов педагогов готовится к занятиям 1-2 часа ($\chi^2=16,84$ $p<0,0006$; $OR=7,3$ $95\%CI=2,5-22,1$). Вероятность затрачивать на подготовку к занятиям лишь 1-2 часа в день более чем в 7 раз характерна для студентов педагогического института.

В силу учебной нагрузки студенты-медики чаще, чем студенты-педагоги, испытывали чувство беспомощности ($p=0,036$), рассеянность внимания ($p=0,031$), страх и беспокойство ($p=0,035$) и ощущение нехватки времени ($p=0,008$).

В первый месяц обучения у 26 (26%) студентов-медиков и у 7 (11,7%) студентов-педагогов возникали мысли о нежелании жить ($\chi^2=5,754$ $p<0,017$; $OR=3,2$ $95\%CI=1,2-8,6$). Вероятность формирования суицидальных мыслей у студентов-медиков более чем в 3 раза выше, чем у студентов-педагогов.

Одним из способов совладания со стрессом у студентов обеих специальностей было общение в социальных сетях. Время, проводимое в социальных сетях, представлено в таблице 7.2.4.

Таблица 7.2.4 – Количество часов в социальных сетях, проводимых в сутки студентами-медиками и студентами-педагогами

ДНИ	Контингент	1 час		2 часа		3 часа		4 и более	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Будни	Медики	17	17,0%	27	27,0%	27	27,0%	28	28,0%
	Педагоги	5	8,3%	11	18,3%	17	28,3%	27	45,0%
Выходные	Медики	10	10,0%	17	17,0%	20	20,0%	53	53,0%
	Педагоги	6	10,0%	8	13,3%	13	21,7%	33	41,7%

Как видно из таблицы 7.2.4, студенты педагогического института практически одинаковое количество времени общаются в социальных сетях в рабочие и в выходные дни. В то же время в выходные дни более 4 часов в социальных сетях проводят почти вдвое большее число студентов-медиков (53%), чем в будни 28% ($\chi^2=11,95$ $p<0,001$). При этом, в рабочие дни в социальных сетях более 4 часов проводит 45% студентов-педагогов и 28% студентов-медиков ($\chi^2=4,1$ $p<0,05$). Кроме того, большинство студентов медицинского и педагогического институтов ежедневно затрачивают 3 и более часов на общение в социальных сетях, что является фактором риска формирования Интернет-зависимости.

Изучение оценки первого впечатления об условиях обучения в медицинском и педагогическом институтах представлены в таблице 7.2.5 – студенты педагогического института были статистически значимо более удовлетворены условиями обучения по большинству параметров.

Таблица 7.2.5 – Сравнительная характеристика оценка (в баллах: от 1 до 10) студентами медицинского и педагогического институтов условий обучения (Mann-Whitney U test)

№ п/п	Точка зрения студентов на условия обучения	Студенты-медики			Студенты-педагоги			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Комфортность условий	7,0	6,0	8,0	8,0	6,0	9,0	0,032
2	Удобство расписания занятий	5,0	4,5	7,0	6,5	5,0	8,0	0,050
3	Понятность лекций	7,5	5,0	9,0	7,0	6,0	8,0	0,368
4	Соответствие учебников	6,0	4,0	8,0	8,0	5,0	9,0	0,001
5	Оправдание ожиданий	7,0	5,0	9,0	8,0	7,0	9,0	0,026
6	Полезность получаемых знаний	8,0	6,0	10,0	9,0	7,0	10,0	0,084
7	Желание учиться	7,0	5,0	8,0	8,0	7,0	9,0	0,024
8	Качество преподавания	8,5	6,0	9,0	8,0	8,0	9,0	0,409

Изучение оценки факторов учебного стресса, который студенты стали испытывать в период учебы, представлено в таблице 7.2.6, из которой видно, что студенты-медики более подвержены учебному стрессу, чем студенты педагогического института. Причем некоторые стрессовые факторы могут быть существенно снижены посредством оптимизации учебного процесса: обеспечение качественными учебниками, обучение правильному планированию времени, невключение в расписание более 3- «лекционных пар» в день.

Таблица 7.2.6 – Сравнительная характеристика вклада (в баллах: от 1 до 10) отдельных проблем в общую картину стресса у студентов медицинского и педагогического институтов (Mann-Whitney U test)

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	МИ			ПИ			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Строгие преподаватели	5,0	3,0	7,0	4,0	2,0	5,0	0,093
2	Большая учебная нагрузка*	8,0	6,5	10,0	5,0	3,5	7,0	0,000
3	Отсутствие учебников*	5,0	3,0	8,0	1,0	0,0	3,0	0,000
4	Непонятные, скучные учебники	4,0	1,0	7,0	2,0	1,0	4,0	0,007
5	Жизнь вдали от родителей	2,0	0,0	8,0	3,0	0,0	5,0	0,670
6	Нехватка денег	3,0	0,0	7,0	3,0	0,0	5,0	0,690
7	Трудности организовать режим дня*	5,0	2,0	8,0	3,0	1,0	5,0	0,010
8	Нерегулярное питание	4,0	1,0	7,0	2,0	0,0	5,0	0,061
9	Конфликты в группе	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,0	0,721
10	Много времени готовиться к занятиям*	7,0	4,0	9,0	3,0	1,0	5,0	0,000
11	Нежелание учиться*	2,0	0,0	5,0	1,0	0,0	2,0	0,003
12	Разочарование в будущей профессии	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0	0,288
13	Стеснительность, застенчивость	1,0	0,0	4,0	1,0	0,0	3,0	0,641
14	Страх перед будущим	2,0	0,0	5,0	3,0	0,0	4,0	0,714
15	Проблемы в личной жизни	0,0	0,0	3,5	2,0	0,0	5,0	0,091
16	Нерациональное расписание занятий	3,0	0,0	5,0	1,0	0,0	4,0	0,181
17	Много занятий в день (четыре и более пар)*	5,0	1,0	7,0	2,0	0,0	3,0	0,000
18	Отработка пропущенных занятий*	5,0	0,0	9,0	1,0	0,0	4,0	0,001

Факторный анализ выявил 4 значимых фактора учебного стресса на первом месяце обучения (59,5% дисперсии) у студентов-медиков и 3 фактора (55,3% дисперсии) у студентов педагогического института (таблица 7.2.7).

Таблица 7.2.7 – Результаты факторного анализа стрессогенных учебных факторов

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
СТУДЕНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА – 59,5% дисперсии				
1. Большая учебная нагрузка	Большая учебная нагрузка	0,835	5,4	33,5
	Строгие преподаватели	0,796		
2. Неуверенность в будущем	Страх будущего	0,848	1,8	9,7
	Стеснительность	0,766		
	Нежелание учиться	0,765		
3. Бытовые проблемы	Проблемы совместного проживания в общежитии	0,731	1,6	8,3
4. Трудности режима дня	Нерациональное расписание	0,789	1,5	8,0
	Много занятий в день	0,712		
СТУДЕНТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА – 55,3% дисперсии				
1. Разочарование в профессии	Разочарование в профессии	0,867	6,4	33,5
	Нежелание учиться	0,846		
2. Сложности усвоения учебного материала	Отсутствие учебников	0,872	2,3	12,3
	Непонятные учебники	0,786		
	Строгие преподаватели	0,715		
3. Проблемы в личной жизни	Проблемы в личной жизни	0,751	1,8	9,4

Из таблицы 7.2.7 видно, что для студентов медицинского института наиболее значимыми были факторы учебного стресса – в первую очередь большая учебная нагрузка и строгость преподавателей. Последняя составляющая фактора имеет особое значение, так как известно всем тем, кто учился в медицинском институте, что многие учебные факторы, оказывающие стрессогенное воздействие на учащихся, могут быть легко устранимыми. С отношением преподавателей (своего рода чрезмерной «строгостью») непосредственно связана неуверенность у учащихся в будущем (страх будущего и *нежелание учиться*). Для студентов педагогического института наиболее значимым фактором было разочарование в профессии.

Изучение способов преодоления учебного стресса (таблица 7.2.8) показало, что студенты педагогического института используют более рациональные, чем студенты-медики, приемы преодоления учебного стресса: прогулки на свежем воздухе, занятия физической культурой, общение с друзьями.

Таблица 7.2.8 – Сравнительные характеристики приемов устранения симптомов учебного стресса студентами медицинского и педагогического институтов (Mann-Whitney U test)

№ п/п	Применяемые способы совладания со стрессом	Медики			Педагоги			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Употребляют алкогольные напитки	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,0	0,510
2	Курят сигареты	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,323
3	Употребляют наркотики	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,887
4	Употребляют больше еды	2,0	0,0	5,0	2,0	0,0	4,0	0,734
5	Смотрят телевизор	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	3,0	0,002
6	Пропускают занятия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,631
7	Больше спят	2,0	0,0	5,0	2,0	0,0	5,0	0,929
8	Больше общаются с друзьями	4,0	1,0	6,0	5,0	3,0	8,0	0,015
9	Пользуются поддержкой родителей	5,0	3,0	8,0	5,0	3,0	9,0	0,434
10	Прогулки на свежем воздухе	5,0	2,0	8,0	6,0	3,0	8,0	0,035
11	Занимаются физкультурой	3,0	0,0	5,5	5,0	2,0	9,0	0,004
12	Посещают спортзал, бассейн	2,0	0,0	5,5	5,0	1,0	9,0	0,002
13	Играют в компьютерные игры	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,974
14	Проводят время в Интернет	3,0	1,0	5,0	3,5	2,0	6,0	0,332
15	Читают художественную литературу	2,0	0,0	5,0	3,0	1,0	5,0	0,273
16	Принимают лекарства	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,841

Наряду с этим, выявлена высокая частота неконструктивных способов совладания со стрессом у студентов медицинского и педагогического институтов (таблица 7.2.9).

Таблица 7.2.9 – Частота неконструктивных способов преодоления стресса у студентов медицинского и педагогического институтов

№ п/п	Способ	МИ*		ПИ*		Различия статистически не значимы
		п	%	п	%	
1	Употребление алкоголя	37	37,0	23	38,3	
2	Табакокурение	16	16,0	5	8,3	
3	Употребление наркотиков	4	4,0	3	5,0	
4	Прием настоев трав	27	27,0	23	38,3	
5	Прием нерецептурных седативных	27	27,0	16	26,7	

*МИ – студенты медицинского института; ПИ – студенты педагогического института

Наиболее часто студенты (и медики и педагоги) употребляли алкогольные напитки и принимали седативные настои трав и нерецептурные седативные лекарства, а также курили табак. Реже встречалось употребление наркотиков.

Употребление алкоголя у студентов-медиков со степенью значимости 5 баллов и выше (по 10-балльной шкале) наблюдалось у 14 (14%) человек. Выявлены слабые прямые корреляционные зависимости самооценки степени значимости алкоголя для преодоления стресса со значимостью учебных стрессовых факторов: непонятные учебники ($r=0,368$ $p=0,0002$), нежелание учиться ($r=0,307$ $p=0,002$), проблемы в личной жизни ($r=0,331$ $p=0,0008$), разочарование в профессии ($r=0,268$ $p=0,007$), а также плохое настроение ($r=0,360$ $p=0,002$). Среди студентов-

медиков переедание встречалось у 72 (72%) человек, а со степенью значимости 5 баллов и выше – у 34 (34%) человек. Переедание у студентов-медиков коррелировало с большой учебной нагрузкой ($r=0,351$ $p=0,0003$), трудностями режима дня ($r=0,418$ $p=0,0002$), большим объемом материала для учебы ($r=0,487$ $p=0,000$), нежеланием учиться ($r=0,350$ $p=0,0004$), высокой дневной учебной нагрузкой ($r=0,425$ $p=0,000$), а также страхом будущего ($r=0,319$ $p=0,001$). Кроме того, выявлены корреляционные зависимости переедания с выраженностью симптомов стресса: ощущение беспомощности ($r=0,473$ $p=0,0000$), расстройство внимания ($r=0,512$ $p=0,0000$), плохое настроение ($r=0,438$ $p=0,0000$), тревога ($r=0,447$ $p=0,0000$), ощущение нехватки времени ($r=0,489$ $p=0,0000$) и низкая работоспособность ($r=0,423$ $p=0,0000$); высокий уровень тревоги – GAD-7 ($r=0,397$ $p=0,000$), депрессии – DASS-21 ($r=0,329$ $p=0,008$) и стресса ($r=0,334$ $p=0,0007$).

Употребление алкоголя у студентов-педагогов коррелировало с трудностями режима дня ($r=0,310$ $p=0,017$), страхом будущего ($r=0,313$ $p=0,017$). Табакокурение коррелировало с разочарованием в профессии ($r=0,392$ $p=0,002$) и нежеланием учиться ($r=0,340$ $p=0,008$). Употребление наркотиков у студентов педагогического института коррелировало с высокой учебной нагрузкой ($r=0,306$ $p=0,017$), «непонятными» учебниками ($r=0,325$ $p=0,011$), нежеланием учиться ($r=0,326$ $p=0,011$), разочарованием в профессии ($r=0,336$ $p=0,009$) и стеснительностью ($r=0,366$ $p=0,004$). Кроме того, употребление наркотиков коррелировало ($r=0,408$ $p=0,001$) с депрессией (DASS-21) и тревогой ($r=0,316$ $p=0,012$).

Среди студентов-педагогов 45 (75%) человек при стрессе употребляли больше пищи, причем со степенью стрессовой значимости 5 баллов и выше (по 10-балльной шкале) – 13 (21,7%) человек. Выявлена слабая прямая корреляционная зависимость самооценки степени выраженности переедания с трудностями режима дня ($r=0,314$ $p=0,015$).

Таким образом, в результате исследования установлено, что большая учебная нагрузка, трудности организации режима дня, сокращение ночного сна вызывают у студентов-медиков, поступивших на 1-й курс, более высокий уровень учебного стресса ($Me=5$ баллов и выше), чем у студентов-педагогов. В первый месяц обучения разочаровались в выбранной профессии 21% студентов-медиков и 30% студентов-педагогов. Субъективно более тяжело учеба давалась студентам медицинского института. Они затрачивали на подготовку к занятиям больше времени и ложились спать позже (в 1-2 часа ночи), чем педагоги. В силу учебной нагрузки студенты-медики чаще, чем студенты-педагоги, испытывали чувство беспомощности, рассеянность внимания, страх, беспокойство и ощущение нехватки времени. В первый месяц обучения у 26% студентов-медиков и у 11,7% студентов-педагогов возникали мысли о нежелании жить ($p<0,017$). Наиболее значимыми факторами учебного стресса для студентов-медиков были высокая учебная нагрузка (в особенности - «строгость преподавателей»), что вызывало у них неуверенность в будущем. Меньшее значение имели бытовые проблемы и трудности организации

режима дня, а для студентов-педагогов – разочарование в профессии. Малозначимыми были сложности учебы и проблемы в личной жизни. Выявлена высокая частота неконструктивных способов совладания со стрессом: наибольшее число (37%-38%) студентов (среди медиков и педагогов) употребляли алкогольные напитки, принимали седативные настои трав (27%-38%) и нерецептурные седативные лекарства (27%), а также курили табак (16%-8%). Реже встречалось употребление наркотиков (4%-5%). Кроме того 2/3 студентов проводили в социальных сетях Интернет более 3 часов в сутки. Перечисленное создает высокий риск формирования аддиктивного поведения, химических и нехимических зависимостей. Наряду с этим, выявлено значительное число студентов, принимающих больше пищи: среди студентов-медиков переедание встречалось у 72% человек, а со степенью значимости 5 баллов и выше – у 34%, а у студентов-педагогов соответственно 75% и 21,7%. Переедание у студентов-медиков коррелировало с большой учебной нагрузкой, трудностями режима дня, большим объемом материала для учебы, а также с выраженностью симптомов стресса.

Выявлена прямая корреляционная зависимость субъективной оценки степени сложности учебы в медицинском институте с уровнем стресса, депрессии и тревоги. У студентов педагогического института аналогичная зависимость отсутствовала.

7.3 Влияние учебного стресса на отношение к профессии и непсихотические психические расстройства у студентов педагогического института (сравнение 1 и 5 курса)

Подавляющее большинство (таблица 7.3.1) студентов 1-го и 5-го курсов педагогического института утверждали, что поступили на обучение по собственному желанию. Обращает на себя внимание факт, что более 15% первокурсников и 29,1% учащихся 5-го курса (каждый третий) поступили в ВУЗ не по собственной инициативе.

Таблица 7.3.1 – Мотивы поступления в ВУЗ студентов

Мотив поступления	1 курс		5 курс	
	п	%	п	%
Собственное убеждение	51	85,0	39	70,9
По совету родителей	5	8,3	10	18,2
По совету знакомых	3	5,0	4	7,3
Случайно	1	1,7	2	3,6
ИТОГО	60	100,0	55	100,0

Верификация степени убежденности в правильности выбора и привлекательности профессии на пятом году учебы показала, что только для 34,5% студентов педагогического института выбранная профессия являлась привлекательной на 80-100%. Аналогичные цифры полу-

чены и в отношении убежденности в правильности выбора профессии. Прогностически это может свидетельствовать о риске эмоционального выгорания или отказе от карьеры учителя.

Корреляционный анализ между степенью убежденности в правильности выбора профессии и ее привлекательностью показал высокую связь ($r=0,943$ $p=0,000$), что косвенно свидетельствует об откровенности ответов студентов на вопросы анкеты.

Изучение приверженности выбора профессии (ответ на вопрос: «Если бы время вернуть назад и у Вас был выбор, то Вы: поступили бы вновь, или выбрали бы другую профессию?») (рисунок 7.4.1) показало, что более половины студентов педагогического института – 52,7% выбрали бы другую профессию.

Среди студентов педагогического института, поступивших самостоятельно, 61,5% поступили бы вновь в изначально выбранный институт, и 38,5% – выбрали бы другую профессию. В то же время, из поступивших в институт по совету, только 12,5% поступили бы вновь в изначально выбранный институт, а 87,5% – отдали бы предпочтение другой профессии ($\chi^2=9,067$ $p=0,0035$ $OR=11,2$ $95\% CI=2,0-83,3$).

Изучение гендерных различий показало, что большинство (81% лиц женского пола) поступили по собственной инициативе, а мужского – только 38,5% ($\chi^2=6,751$ $p=0,01$ $OR=6,8$ $95\% CI=1,5-33,5$). Вероятность поступить на учебу в педагогический институт не по собственной инициативе у лиц мужского пола более чем в 6 раз, выше, чем у женского пола.

Анализ оценки студентами условий обучения в ВУЗе представлен в таблице 7.3.2.

Таблица 7.3.2 – Сравнительная оценка (критерий Манна-Уитни) студентами условий обучения (Mann-Whitney U test)

№ п/п	Точка зрения студентов на условия обучения	1 курс			5 курс			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Комфортность условий	8,0	6,0	9,0	7,0	6,0	8,0	***
2	Удобство расписания занятий	6,5	5,0	8,0	5,0	4,0	6,0	0,011
3	Понятность лекций	7,0	6,0	8,0	8,0	7,0	9,0	– 0,004
4	Соответствие учебников	8,0	5,0	9,0	7,0	4,0	8,0	0,032
5	Оправдание ожиданий	8,0	7,0	9,0	6,0	4,0	8,0	0,001
6	Полезность получаемых знаний	9,0	7,0	10,0	8,0	6,0	9,0	0,016
7	Желание учиться	8,0	7,0	9,0	5,0	3,0	8,0	0,000
8	Качество преподавания	8,0	8,0	9,0	9,0	7,0	9,0	***

По большинству параметров студенты 1-го курса давали более высокие оценки. Студенты 5-го курса более высоко оценили только «понятность лекций». Сравнительный анализ оценки студентами условий обучения в зависимости от того, поступили они на обучения самостоятельно или по совету, показал, что среди студентов педагогического института, поступивших по совету, разочарование в учебе ($p=0,034$) и нежелание учиться ($p=0,0004$) были статистически значимо выше, чем у сверстников, поступивших на обучение по собственной инициативе.

Верификация характеристик степени значимости учебных стрессовых факторов представлено в таблице 7.3.3.

Таблица 7.3.3 – Сравнительная характеристика значимости учебных стрессовых факторов для студентов 1 и 5 курсов педагогического института

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	1 курс			5 курс			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Строгие преподаватели	4,0	2,0	5,0	5,0	3,0	7,0	***
2	Большая учебная нагрузка	5,0	3,5	7,0	8,0	5,0	9,0	-0,000
3	Отсутствие учебников	1,0	0,0	3,0	2,0	0,0	5,0	-0,039
4	Непонятные, скучные учебники	2,0	1,0	4,0	3,0	1,0	5,0	***
5	Жизнь вдали от родителей	3,0	0,0	5,0	4,0	0,0	6,0	***
6	Нехватка денег	3,0	0,0	5,0	6,0	3,0	9,0	-0,001
7	Трудности организовать режим дня	3,0	1,0	5,0	4,0	1,0	7,0	***
8	Нерегулярное питание	2,0	0,0	5,0	5,0	1,0	7,0	-0,016
9	Конфликты в группе	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,0	***
10	Много времени готовиться к занятиям	3,0	1,0	5,0	0,0	0,0	4,0	***
11	Нежелание учиться	1,0	0,0	2,0	6,0	3,0	9,0	-0,000
12	Разочарование в будущей профессии	0,0	0,0	1,0	4,0	1,0	7,0	-0,000
13	Стеснительность, застенчивость	1,0	0,0	3,0	3,0	1,0	6,0	-0,000
14	Страх перед будущим	3,0	0,0	4,0	3,0	1,0	5,0	-0,042
15	Проблемы в личной жизни	2,0	0,0	5,0	4,0	0,0	7,0	-0,039
16	Нерациональное расписание занятий	1,0	0,0	4,0	3,0	0,0	6,0	***
17	Много занятий в день (четыре и более пар)	2,0	0,0	3,0	4,0	1,0	7,0	-0,000
18	Отработка пропущенных занятий	1,0	0,0	4,0	4,0	2,0	7,0	-0,000

Из таблицы 7.3.3 видно, что субъективная значимость большинства учебных факторов более высоко оценивалась студентами 5-го курса.

Студенты педагогического института, поступившие на обучение не по собственной инициативе, более высоко, чем выбравшие профессию самостоятельно, оценивали учебные стрессовые факторы: строгость преподавателей ($p=0,015$), отдаленность от родителей ($p=0,025$), нехватка денег ($p=0,019$) и страх будущего ($p=0,042$).

Изучение сравнительных характеристик выраженности симптомов учебного стресса (таблица 7.3.4) показало, что степень выраженности большинства симптомов учебного стресса была одинаковой у студентов как 1-го, так и 5-го курсов, за исключением чувства затрудненного дыхания и проблем с пищеварением у пятикурсников.

У студентов, поступивших на обучение не по собственной инициативе, были более выражены симптомы учебного стресса: чувство беспомощности ($p=0,016$), рассеянность внимания ($p=0,003$), тревога ($p=0,009$), чувство нехватки времени ($p=0,007$), учащенное сердцебиение ($p=0,004$) и затрудненное дыхание ($p=0,006$).

Таблица 7.3.4 – Структура и выраженность (в баллах) симптомов учебного стресса у студентов 1 и 5 курсов педагогического института

№ п/п	Симптомы учебного стресса	1 курс			5 курс			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Ощущение беспомощности	2,0	0,0	3,0	2,0	1,0	7,0	***
2	Наплывы посторонних мыслей	2,0	0,0	4,0	3,0	0,0	6,0	***
3	Повышенная отвлекаемость	2,0	0,0	4,0	3,0	1,0	6,0	***
4	Раздражительность, обидчивость	2,0	0,0	3,0	2,0	0,0	5,0	***
5	Плохое настроение, депрессия	2,0	0,0	4,0	2,0	0,0	5,0	***
6	Страх, тревога	1,0	0,0	2,0	1,0	0,0	5,0	***
7	Потеря уверенности	1,0	0,0	3,0	1,0	0,0	4,0	***
8	Спешка, ощущение нехватки времени	2,5	1,0	6,0	5,0	1,0	8,0	***
9	Плохой сон	2,0	0,0	6,0	3,0	1,0	7,0	***
10	Проблемы в общении с преподавателями	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	5,0	***
11	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	***
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	-0,042
13	Проблемы с пищеварением	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	5,0	-0,006
14	Напряжение или дрожание мышц	1,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,0	***
15	Головные боли	2,0	0,0	3,0	2,0	0,0	7,0	***
16	Низкая работоспособность	2,0	1,0	3,0	3,0	0,0	6,0	***

***Различия статистически не значимые

С целью преодоления стресса (таблица 7.3.5), для студентов 1-го и 5-го курсов одинаково значение имели употребление алкоголя, табакокурение, наркотики и еда. Первокурсники, по сравнению с 5-м курсом, больше предпочитали активный отдых (прогулки и занятия спортом). Для студентов 5-го курса более значимым было серфинг в сети Интернет и чтение художественной литературы.

Таблица 7.3.5 – Приемы устранения (в баллах: от 1 до 10) симптомов учебного стресса (сравнение по критерию Манна-Уитни)

№ п/п	Приемы совладания с учебным стрессом	1 курс			5 курс			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
1	Употребление алкоголя	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	3,0	***
2	Табакокурение	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	***
3	Употребление наркотики	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	***
4	Употребление еды	2,0	0,5	3,5	2,0	0,0	5,0	***
5	Просмотр телепередач	1,0	0,0	3,0	0,0	0,0	4,0	***
6	Пропуск занятий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	-0,009
7	Больше спят	2,0	0,0	5,0	3,0	0,0	5,0	***
8	Больше общаются с друзьями	5,0	3,0	8,0	5,0	2,0	9,0	***
9	Поддержка родителей	5,0	3,0	9,0	5,0	2,0	8,0	***
10	Совершают прогулки	6,0	3,0	8,0	3,0	0,0	8,0	0,012
11	Занимаются физкультурой	5,0	2,0	9,0	2,0	0,0	6,0	0,015
12	Посещение спортзал, бассейн	5,0	1,0	9,0	1,0	0,0	4,0	0,000
13	Компьютерные игры	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	***
14	Интернет	3,5	2,0	6,0	5,0	3,0	9,0	-0,008
15	Чтение литературы	3,0	1,0	5,0	5,0	2,0	7,0	-0,015
16	Прием лекарственных настоек	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	***
17	Прием седативных лекарств	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,0	***

Изучение степени выраженности предэкзаменационного стресса (таблица 7.3.6) показало, что сила волнения перед экзаменами оставалась одинаковой как при обучении на первом, так и на пятом курсах.

Таблица 7.3.6 – Сравнительная характеристика субъективной оценки степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса

№ п/п	Симптомы предэкзаменационного стресса	1 курс			5 курс			p=
		Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
#	Сила волнения перед экзаменами	7,0	5,0	10,0	8,0	3,0	10,0	***
1	Тахикардия	4,0	2,0	7,0	5,0	1,0	8,0	***
2	Ощущение перебоев в работе сердца	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	4,0	-0,038
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	6,0	***
4	Затруднен глубокий вдох	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	***
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	***
6	Напряжение в мышцах	1,0	0,0	5,0	2,0	0,0	7,0	***
7	Дрожание мышц	1,0	0,0	3,0	2,0	0,0	5,0	***
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	***
9	Головные боли	1,0	0,0	3,0	2,0	0,0	7,0	***
10	Тревога	3,0	0,0	6,0	6,0	2,0	9,0	-0,007
11	Подавленное настроение	1,0	0,0	5,0	5,0	0,0	8,0	-0,012
12	Затрудненное засыпание	3,0	0,0	7,0	5,0	0,0	9,0	-0,021
13	Неприятные сны	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	8,0	***

По степени выраженности большинство симптомов предэкзаменационного стресса у учащихся 1-го и 5-го курсов не различались. Статистически значимо у студентов пятого курса педагогического института были более выраженными, чем у первокурсников, тревога, подавленное настроение и затрудненное засыпание, а также ощущение перебоев в работе сердца.

Верификация распространенности социофобии показала (таблица 7.3.7), что в совокупности у первокурсников социофобии выявлялись в 18,3% случаев, а у пятикурсников – 27,3% (различия статистически не значимые). При этом клинически значимый уровень был соответственно у 5% и 7,3%

Таблица 7.3.7 – Результаты SPIN-теста на социофобию

Степень выраженности	1 курс		5 курс	
	n	%	n	%
Отсутствие	49	81,7	40	72,7
Легко выраженная	6	10,0	11	20,0
Умеренная	3	5,0	4	7,3
Выраженная	1	1,7	–	–
Крайне выраженная	1	1,7	–	–

Результаты теста GAD-7 (таблица 7.3.8) показали, что генерализованная тревога у первокурсников выявлялась в 31,7% случаев, а у пятикурсников – в 61,8% случаев ($\chi^2=9,321$ $p=0,003$ $OR=3,5$ $95\%CI=1,5-8,1$).

Таблица 7.3.8 – Результаты теста GAD-7

Степень выраженности	1 курс		5 курс	
	п	%	п	%
Отсутствует	41	68,3	21	38,2
Легкая	15	25,0	45	43,6
Умеренная	3	5,0	3	5,5
Выраженная	1	1,7	7	12,7

Причем клинически значимый уровень генерализованной тревоги был соответственно у 6,7% первокурсников и 12,7% – пятикурсников.

Изучение частоты приступов паники (таблица 7.3.9) показало, что у 23,3% студентов первого курса имели место приступы паники: в 10% случаев субклинического и 13,3% – клинического уровня. У 14,5% пятикурсников приступы паники были клинически значимые (различия статистически не значимые).

Таблица 7.3.9 – Удельный вес студентов с приступами паники

Степень выраженности	1 курс		5 курс	
	п	%	п	%
Отсутствует	46	76,7	47	85,5
Субклинический	6	10,0	–	–
Клинический	8	13,3	8	14,5

Результаты теста опросника GHQ-12 (таблица 7.3.10) показали, что общее состояние психического здоровья за 5-летний период у студентов педагогического института ухудшилось. Так, норма психического функционирования была у 70% первокурсников и только у 50,9% – пятикурсников (различия статистически значимые по χ^2 без поправки Йетса ($\chi^2=4,39$ $p=0,036$)).

Таблица 7.3.10 – Результаты теста GHQ-12 по степени выраженности

Степень выраженности	1 курс		5 курс	
	п	%	п	%
0-9 Норма	42	70,0	28	50,9
10-18 Легкое снижение	15	25,0	23	41,8
19-27 Умеренное снижение	3	5,0	4	7,3
28-36 Выраженное снижение	–	–	–	–
ИТОГО	60	100,0	55	100,0

Распространенность депрессии представлена в таблице 7.3.11.

Таблица 7.3.11 – Результаты теста DASS-21 на депрессию

Степень выраженности	1 курс		5 курс	
	n	%	n	%
Норма	53	88,3	42	76,4
Легко	3	5,0	8	14,5
Умеренная	2	3,3	1	1,8
Выраженная	1	1,7	–	–
Тяжелая	1	1,7	4	7,3

Из таблицы 7.3.11 видно, что депрессия в совокупности регистрировалась у 11,7% первокурсников и 23,6% – пятикурсников (различия статистически не значимые).

Распространенность тревоги (тест DASS-21) представлена в таблице 7.3.12.

Таблица 7.3.12 – Результаты теста DASS-21 на тревогу

Степень выраженности	1 курс		5 курс	
	n	%	n	%
Норма	45	75,0	38	69,1
Легкая	7	11,7	8	14,5
Умеренная	4	6,7	5	9,1
Выраженная	1	1,7	1	1,8
Тяжелая	3	5,0	3	5,5

Из таблицы 7.3.12 видно, что частота тревоги клинического уровня у студентов педагогического института обеих курсов одинаковая – соответственно 14,4% на 1-м курсе и 16,2% – у пятикурсников. Различия статистически не значимые.

Распространенность стресса (тест DASS-21) представлена в таблице 7.3.13.

Таблица 7.3.13 – Результаты теста DASS-21 на стресс

Степень выраженности	1 курс		5 курс	
	n	%	n	%
Норма	50	83,3	37	67,3
Легко	3	5,0	5	9,1
Умеренная	5	8,3	3	5,5
Выраженная	2	3,3	7	12,7
Тяжелая	–	–	3	5,5

Установлено, что в общей сложности у первокурсников стресс был в 16,7% случаев, а у пятикурсников – 32,7%: различия статистически значимые по χ^2 без поправки Йетса ($\chi^2=4,02$ $p=0,045$). При этом клинически значимый уровень стресса выявлен в 23,7% случаев у студентов 5-го курса и 11,6% – первого (различия статистически не значимые). Как видно, хотя и у пятикурсников стресс был более выраженным, клинически значимый его уровень встречался фактически одинаково часто как на 1-м, так и на 5-м курсе обучения.

Таким образом, сравнительный анализ приверженности профессии, уровня реагирования на учебный стресс и распространенности непсихотических психических расстройств показал, что более 15% первокурсников и 29,1% учащихся 5-го курса (каждый третий) поступили в ВУЗ не по собственной инициативе.

Только для 34,5% студентов 5-го курса педагогического институты выбранная профессия являлась привлекательной (на 80-100%), в то время, как более половины (52,7%) студентов выбрали бы другую профессию. При этом вероятность отказа от профессии у поступивших не по собственной инициативе более чем в 11 раз выше, что при осознанном выборе профессии.

По оценке большинства параметров условий обучения в институте студенты 5-го курса давали более низкие оценки, чем первокурсники.

У поступивших по совету, разочарование в учебе и нежелание учиться были статистически значимо выше, чем у поступивших на обучение по собственной инициативе.

Субъективная значимость стрессогенности большинства учебных факторов более высоко оценивалась студентами 5-го курса. Причем поступившие на обучение не по собственной инициативе более остро, чем выбравшие профессию самостоятельно, воспринимали учебные стрессовые факторы: строгость преподавателей, отдаленность от родителей, нехватку денег и страх будущего.

Степень выраженности большинства симптомов учебного стресса была одинаковой у студентов как 1-го так и 5-го курсов, за исключением чувства затрудненного дыхания и проблем с пищеварением, более выраженных у пятикурсников.

У студентов, поступивших на обучение не по собственной инициативе, были более выражены: чувство беспомощности, рассеянность внимания, тревога, нехватка времени, учащенное сердцебиение и затрудненное дыхание.

В способах преодоления учебного стресса существенных различий у студентов 1-го и 5-го курса педагогического института не выявлено.

По степени выраженности большинства симптомов предэкзаменационного стресса учащиеся 1-го и 5-го курсов не различались. Статистически значимо у студентов пятого курса педагогического института были более выраженными, чем у первокурсников, тревога, подавленное настроение и затрудненное засыпание, а также ощущение перебоев в работе сердца.

Распространенность социофобии, депрессии, тревоги и приступов паники была одинаковой у студентов 1-го и 5-го курсах. Генерализованная тревога выявлялась чаще у пятикурсников (61,8%), чем у первокурсников (31,7%) случаев. Аналогично стресс (дистресс) был у большего числа пятикурсников (32,7%), чем первокурсников (16,7%) случаев.

Общее состояние психического здоровья было более низким у пятикурсников.

7.4 Сравнительные характеристики влияния учебного стресса на динамику отношения к профессии и непсихотические психические расстройства у студентов 5 курса медицинского и педагогического института

Подавляющее большинство пятикурсников медицинского и педагогического институтов (соответственно 78,9% и 76,4%) поступили на обучение по собственному желанию. Обращает на себя внимание факт, что более 21% (каждый пятый) медицинского и 29% (почти каждый третий) педагогического институтов поступили в ВУЗ не по собственной инициативе.

Верификация степени убежденности в правильности выбора и привлекательности профессии на пятом году учебы показала, что только для 47,4% студентов медицинского и 34,5% педагогического институтов выбранная профессия являлась привлекательной на 80-100%. Аналогичные цифры получены и в отношении убежденности в правильности выбора профессии. Прогностически этот факт может свидетельствовать о риске эмоционального выгорания либо отказе в дальнейшем от карьеры врача и учителя. Корреляционный анализ между степенью убежденности в правильности выбора профессии и ее привлекательностью показал высокую связь у студентов-медиков ($r=0,766$ $p=0,000$) и студентов педагогического института ($r=0,943$ $p=0,000$), что косвенно свидетельствует об откровенности ответов на вопросы анкеты.

Изучение приверженности выбора профессии (ответ на вопрос: «Если бы время вернуть назад и у Вас был выбор, то Вы: поступили бы вновь, или выбрали бы другую профессию?») (рисунок 7.4.1) показало, что более половины (52,7%) студентов 5-го курса педагогического института ($\chi^2=3,943$ $p=0,047$ $OR=2,0$ $95\%CI=1,0-4,0$) и более трети медицинского (35%), выбрали бы другую профессию. Вероятность разочарования в профессии у студентов педагогического института в 2 раза выше, чем у медицинского.

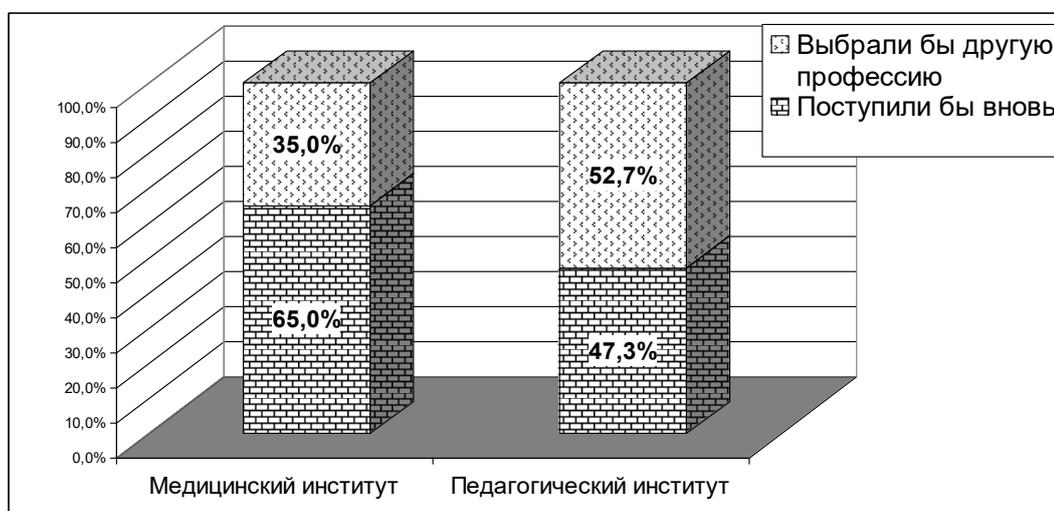


Рисунок 7.4.1 – Приверженность студентов выбранной профессии

На пятом году обучения среди студентов-медиков, поступивших по собственной инициативе, только 70,4% сделали бы вновь выбор в пользу врачебной профессии, а треть – 29,6% выбрали бы другую. Среди поступивших «по совету» выбрали бы врачебную специальность 44,8% человек, а остальные 55,2% – отдали бы предпочтение другой специальности ($\chi^2=5,479$ $p=0,02$ $OR=2,9$ $95\%CI=1,2-7,4$). Вероятность отказа от профессии врача у поступивших не по собственной инициативе почти в 3 раза выше, чем у сделавших выбор осознанно.

Среди студентов педагогического института поступивших самостоятельно 61,5% поступили бы вновь и 38,5% – выбрали бы другую профессию. В то же время, из поступивших по совету, только 12,5% поступили бы вновь, а 87,5% – отдали бы предпочтение другой профессии ($\chi^2=9,067$ $p=0,0035$ $OR=11,2$ $95\%CI=2,0-83,3$). Вероятность отказа от профессии у поступивших не по собственной инициативе более чем в 11 раз выше, что при осознанном выборе профессии.

Изучение гендерных различий в отношении профессии у студентов педагогического института показало, что большинство (81% лиц женского пола) поступили по собственной инициативе, а мужского – только 38,5% ($\chi^2=6,751$ $p=0,01$ $OR=6,8$ $95\%CI=1,5-33,5$). Цифры свидетельствуют (OR), что вероятность поступить на учебу в педагогический институт не по собственной инициативе у лиц мужского пола более чем в 6 раз выше, чем у женского.

Изучение оценки студентами на 5-м году обучения условий в ВУЗе (таблица 7.4.1) показало, что по критерию «комфортность», «качество (понятность) лекций», «соответствие учебников тематике занятий» и «качество преподавания» оценки учащимися педагогического института были статистически значимо выше, чем медицинского. В то же время отношение к учебе, «желание учиться» было выше у студентов-медиков. Наиболее низкую оценку (3 балла из 10 возможных по медианному значению), студенты-медики дали учебным материалам.

Таблица 7.4.1 – Сравнительная оценка (критерий Манна-Уитни) студентами условий обучения (в баллах: от 1 до 10)

№ п/п	Условия обучения	МИ		ПИ		p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Комфортность	5,0	4,0-7,0	7,0	6,0-8,0	0,000000
2	Качество (понятность) лекций	6,0	5,0-7,0	8,0	7,0-9,0	0,000000
3	Соответствие учебников тематике занятий	3,0	2,0-5,0	7,0	4,0-8,0	0,000000
4	Соответствие ожиданий реальности	5,0	3,0-7,0	6,0	4,0-8,0	0,0004
5	Желание учиться в последние 2 недели	7,0	5,0-7,0	5,0	3,0-8,0	0,032
6	Качество преподавания	6,0	5,0-8,0	9,0	7,0-9,0	0,000000

Сравнительный анализ оценки студентами условий обучения в зависимости от того, поступил на обучения самостоятельно или по совету, показал, что среди студентов педагогического института, поступивших по совету, разочарование в учебе ($p=0,034$) и нежелание учиться

($p=0,0004$) были статистически значимо выше, чем у сверстников, поступивших на обучение по собственной инициативе. Студенты-медики не показали значимых различий.

У студентов-медиков в 63 (46%) случаях имели место суицидальные мысли, в том числе у 36 (26,3%) – суицидальные замыслы и в 6 (4,4%) – суицидальные намерения в возрасте 14-21 год (в более зрелом возрасте, чем у студентов педагогического института). Более того, у 4 (2,9%) студентов-медиков в анамнезе были суицидальные попытки.

Среди студентов педагогического института 22 (40%) студента имели в анамнезе суицидальные мысли, возникающие в возрастном диапазоне 10-14 лет, в том числе в 4 (7,3%) случаях были суицидальные замыслы. Суицидальные попытки не регистрировались.

Верификация сравнительных характеристик степени значимости учебных стрессовых факторов (таблица 7.4.2) показала, что по большинству параметров группы между собою не различались. Для пятикурсников медицинского института более значимым, чем для пятикурсников педагогического института, были несовершенство учебников (отсутствие их или несоответствие тематике занятий) и страх перед будущим, а для студентов педагогического института – нехватка денег (с медианной оценкой в 6 баллов, Q_{25-75} – в диапазоне 3-9 баллов). Степень «учебной нагрузки» студенты обеих групп оценили одинаково: $Me=8,0$ баллов, Q_{25-75} – в диапазоне 6-9 баллов.

Таблица 7.4.2 – Сравнительная (критерий Манна-Уитни) характеристика значимости учебных стрессовых факторов (приводятся только статистически значимые различия)

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	МИ		ПИ		p=
		Me	Q_{25-75}	Me	Q_{25-75}	
1	Отсутствие учебников	6,0	4,0-9,0	2,0	0,0-5,0	0,000
2	Непонятные, скучные учебники	5,0	3,0-8,0	3,0	1,0-5,0	0,001
3	Нехватка денег	4,0	1,0-8,0	6,0	3,0-9,0	-0,044
4	Страх перед будущим	5,0	3,0-8,0	4,0	0,0-7,0	0,025

Факторный анализ субъективной значимости учебных стрессовых факторов (таблица 7.4.3) выявил 2 значимых фактора (41,3% дисперсии): большая учебная нагрузка и разочарование в профессии для пятикурсников медицинского института и 3 фактора (56,4% дисперсии): нежелание учиться, бытовые конфликты и проблемы – для пятикурсников педагогического института.

Для пятикурсников педагогического института наиболее значимым являлось нежелание учиться, во многом связанное с разочарованием в профессии, несовершенством учебных материалов и высокой учебной нагрузкой. Значимыми были и проблемы межличностного взаимодействия, сопровождающиеся конфликтами. В то же время для пятикурсников-медиков более

значимой была высокая учебная нагрузка и на втором месте – разочарование в профессии, сопровождающееся нежеланием учиться.

Таблица 7.4.3 – Результаты факторного анализа стрессогенных учебных факторов

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	% Дисперсии
СТУДЕНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА – 41,3% дисперсии			
Большая учебная нагрузка	Много занятий в день	0,713	29,7%
	Нерациональное расписание	0,704	
Разочарование в профессии	Разочарование в профессии	0,823	11,6%
	Нежелание учиться	0,730	
	Страх будущего	0,723	
СТУДЕНТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА – 56,3% дисперсии			
Нежелание учиться	Нежелание учиться	0,775	39,0
	Непонятные учебники	0,754	
	Много готовить к занятиям	0,736	
	Страх будущего	0,731	
	Разочарование в профессии	0,718	
	Необходимость ликвидировать задолженности	0,713	
Бытовые конфликты	Проблемы совместного проживания в общежитии	0,780	9,9
	Конфликты в группе	0,733	
Бытовые проблемы	Строгие преподаватели	0,811	8,4
	Скука по родителям	0,739	

Изучение сравнительных характеристик выраженности симптомов учебного стресса на 5-м курсе (таблица 7.4.4) показало, что у студентов-медиков более выраженными были нарушения внимания, раздражительность, обидчивость, сниженное настроение, снижение самооценки, ощущение нехватки времени и повышенная утомляемость. По остальным показателям симптомов учебного стресса статистически значимых различий не выявлено. Более того, медианное значение степени выраженности симптомов учебного стресса у студентов-медиков достигает максимума в 5-6 баллов только по 3 параметрам: спешка, плохой сон и повышенная утомляемость.

Таблица 7.4.4 – Структура и выраженность (в баллах) симптомов учебного стресса (приводятся только статистически значимые различия)

№ п/п	Симптомы учебного стресса	МИ		ПИ		p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Отвлекаемость, плохая концентрация внимания	4,0	2,0-7,0	3,0	1,0-6,0	0,023
2	Раздражительность, обидчивость	3,0	2,0-5,0	2,0	0,0-5,0	0,02
3	Плохое настроение, депрессия	4,0	2,0-6,0	2,0	0,0-5,0	0,005
4	Потеря уверенности, снижение самооценки	3,0	1,0-6,0	1,0	0,0-4,0	0,013
5	Спешка, постоянная нехватка времени	6,0	4,0-8,0	5,0	1,0-8,0	0,034
6	Низкая работоспособность, утомляемость	5,0	3,0-7,0	3,0	0,0-6,0	0,0003

Студенты педагогического института, поступившие на обучение не по собственной инициативе, более высоко, чем выбравшие профессию самостоятельно, оценивали учебные стрессовые факторы: строгость преподавателей ($p=0,015$), отдаленность от родителей ($p=0,025$), нехватку (стипендии) денег ($p=0,019$) и страх будущего ($p=0,042$). Кроме того, у них были более выраженными симптомы учебного стресса: чувство беспомощности ($p=0,016$), рассеянность внимания ($p=0,003$), тревога ($p=0,009$), чувство нехватки времени ($p=0,007$), учащенное сердцебиение ($p=0,004$) и затрудненное дыхание ($p=0,006$).

Факторный анализ симптомов учебного стресса представлен в таблице 7.4.5

Таблица 7.4.5 – Результаты факторного анализа симптомов учебного стресса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	% дисперсии
СТУДЕНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА – 61,4% дисперсии			
Астения	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	0,834;	42,8%
	Нарушение внимания	0,812	
Психосоматические симптомы	Затрудненное дыхание	0,869	11,5%
	Учащенное сердцебиение	0,808	
	Мышечное напряжение	0,776	
Цейтнот	Головная боль	0,746	7,1%
	Нехватка времени	0,713	
СТУДЕНТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА – 76,5% дисперсии			
Астения	Расстройство внимания	0,930	58,8%
	Ощущение беспомощности	0,811	
	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	0,794	
	Тревога	0,788	
	Нехватка времени	0,729	
Психосоматические симптомы	Проблемы с ЖКТ	0,873	10,1%
	Головные боли	0,841	
	Плохое настроение	0,735	
Мышечные симптомы	Напряжение мышц	0,856	7,6%
	Затруднение дыхания	0,768	

Анализ факторов проявления симптомов учебного стресса показал, что у студентов обеих групп факторы симптомов учебного стресса были одинаковыми. Наибольшую значимость представляли усталость и психосоматические симптомы.

По способам преодоления учебного стресса в основном группы между собою статистически значимо не отличались. Однако пятикурсники педагогического института более часто пропускали занятия, общались с друзьями, в том числе и в сети Интернет, а также читали художественную литературу.

С целью преодоления стресса студенты обеих групп периодически употребляли алкогольные напитки, курили табак и некоторые употребляли легкие наркотики (таблица 7.4.6). При

этом пятикурсники-медики статистически значимо чаще, чем их сверстники из педагогического института, употребляли алкоголь. Причем удельный вес студентов со степенью значимости алкоголя и табакокурения в 6-10 баллов был одинаковым для обеих групп (в диапазоне 7-9%).

Таблица 7.4.6 – Химические аддикции, как способ преодоления стресса

Институт	МИ		ПИ		χ^2	p=
	n	%	n	%		
Алкоголь	80	58,4	22	40,0	4,620	0,032
Наркотики	4	2,9	4	7,3	Различия статистически не достоверные	
Табакокурение	37	27,0	12	21,8		

Кроме того, более трети студентов обеих групп принимали как нерецептурные седативные лекарства, так и настойки трав. Со степенью значимости 6-10 баллов 3,6% студентов медицинского института принимали лекарства и 9,5% - настойки трав, а педагогического – соответственно 20% и 16,4% (различия статистически не значимые).

Самооценка степени волнения перед экзаменами (таблица 5) показала, что в обеих группах оно было выше среднего (медиана 9,0 баллов у студентов-медиков и 8,0 – у студентов-педагогов), причем студенты-медики оценивали ее более высоко.

Таблица 7.4.7 – Степень выраженности волнения перед экзаменами (критерий Манна-Уитни)

Институт	M	m	σ	Me	Q25	Q75	U=	p=
Медицинский	8,2	0,2	2,2	9,0	8,0	10,0	3040,5	0,031
Педагогический	7,1	0,4	3,0	8,0	4,0	10,0		

Крайне высокий (8-10 баллов) уровень волнения перед экзаменами был характерен для 75,2% студентов медицинского и 58,2% – педагогического института ($\chi^2=4,002$ p=0,046 OR=2,1 95%CI=1,0-4,3). Отношение шансов показало, что вероятность высокого уровня волнения перед экзаменами в 2 раза выше у студентов-медиков (по сравнению со студентами-педагогами).

Наиболее значимыми симптомами стресса, возникающими перед экзаменами в обеих группах, были тревога, страх и затруднение засыпания, а также ощущение перебоев в работе сердца. Статистически значимо чаще студенты-медики испытывали ощущение перебоев в работе сердца и учащенное мочеиспускание.

Факторный анализ симптомов предэкзаменационного стресса представлен в таблице 7.4.8.

Сравнительный анализ значимости факторов проявления симптомов предэкзаменационного стресса показал, что для студентов-медиков более значимыми были психосоматические симптомы, а для их сверстников из педагогического института – аффективные расстройства.

Таблица 7.4.8 – Результаты факторного анализа симптомов предэкзаменационного стресса

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКТОРА	Составляющие	r=	% дисперсии
СТУДЕНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА – 68,1% дисперсии			
Психосоматические дыхательные симптомы	Невозможность глубокого вдоха	0,877	46,1
	Неудовлетворенность вдохом	0,857	
	Затрудненное дыхание	0,834	
Аффективные расстройства	Затрудненное засыпание	0,790	14,0
	Тревога	0,759	
	Неприятные сны	0,739	
	Подавленное настроение	0,719	
Психосоматические мышечные симптомы	Учащенное сердцебиение	0,700	8,0
	Напряжение в мышцах	0,835	
	Дрожание мышц	0,784	
СТУДЕНТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА – 74,3% дисперсии			
Тревожная депрессия	Подавленное настроение	0,884	51,6
	Тревога	0,858	
	Напряжение в мышцах	0,774	
Психосоматические дыхательные симптомы	Невозможность глубокого вдоха	0,970	14,4
	Неудовлетворенность вдохом	0,941	
	Перебои в деятельности сердца	0,823	
	Затрудненное дыхание	0,729	
Дизурические симптомы	Учащенное мочеиспускание	0,744	8,2

Верификация распространенности социофобии на 5-м курсе показала, что у студентов-медиков симптомы социофобии – 46% случаев встречаются статистически значимо чаще ($\chi^2=4,948$ $p=0,027$ $OR=2,3$ $95\%CI=1,1-4,8$), чем у студентов педагогов – 27,3%.

Вероятность наличия социофобий у студентов-медиков более чем в 2 раза, выше, чем у студентов-педагогов. Причем легкая степень выраженности (фактически не психопатологический симптом, а психологически понятные опасения) присутствовали с одинаковой частотой в обеих группах: 21,9% в первой и 20% – во второй. В то же время у студентов медицинского института клинический уровень социофобии (умеренный, выраженный и крайне выраженный) встречался статистически значимо чаще (24,1%), чем у сверстников из педагогического института – 7,3% ($\chi^2=64,093$ $p=0,014$ $OR=4,0$ $95\%CI=1,3-14,3$). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность диагностики клинического уровня социофобии у студентов-медиков в 4 раза выше, чем у студентов педагогического института.

Результаты теста DASS-21 у студентов 5-го курса медицинского и педагогического институтов представлены в таблицах 7.4.6 -7.4.8.

Депрессия выявлена у 43% студентов-медиков, статистически значимо чаще, чем у педагогов (23,6%) с вероятностью ее регистрации более, чем в 2 раза чаще, у студентов-медиков. Тревога имела место у 44,5% студентов-медиков и у 30,9% студентов педагогического института (различия статистически не значимые). Состояние стресса испытывали одинаково часто сту-

денты обеих групп – соответственно 37,9% студентов-медиков и 32,7% – студентов педагогического института.

Таблица 7.4.6 – Результаты теста DASS-21 на депрессию

Степень выраженности	МИ		ПИ		$\chi^2=$	p=	OR	95%CI
	n	%	n	%				
Норма	80	58,4	42	76,4	4,722	0,030	2,3	1.1-5,0
Легко	26	19,0	8	14,5	Различия статистически не значимы			
Умеренная	21	15,3	1	1,8	3,874	0,049	2,9	1,0-9,1
Выраженная	6	4,4	–	–				
Тяжелая	4	2,9	4	7,3				

Таблица 7.4.7 – Результаты теста DASS-21 на тревогу

Степень выраженности	МИ		ПИ	
	n	%	n	%
Норма	76	55,5	38	69,1
Легкая	31	22,6	8	14,5
Умеренная	13	9,5	5	9,1
Выраженная	5	3,6	1	1,8
Тяжелая	12	8,8	3	5,5

Таблица 7.4.8 – Результаты теста DASS-21 на стресс

Степень выраженности	МИ		ПИ	
	n	%	n	%
Норма	85	62,1	37	67,3
Легко	14	10,2	5	9,1
Умеренная	15	10,9	3	5,5
Выраженная	20	14,6	7	12,7
Тяжелая	3	2,2	3	5,5

Результаты теста GAD-7 (таблица 7.4.9) показали, что генерализованная тревога отсутствовала у 58,4% студентов-медиков и у 61,8% – студентов-педагогов на 5-м курсе. Легко выраженная тревога как психологический феномен присуща немногим более 40% студентов обеих групп. В то же время умеренная и выраженная тревога наблюдалась у 16,8% студентов-медиков и 18,2% – студентов педагогического института (различия статистически не значимые).

Таблица 7.4.9 – Результаты теста GAD-7

Степень выраженности	МИ		ПИ	
	n	%	n	%
Отсутствует	57	41,6	21	38,2
Легкая	57	41,6	45	43,6
Умеренная	18	13,2	3	5,5
Выраженная	5	3,6	7	12,7

Изучение распространенности приступов паники, спровоцированных эмоциональным напряжением, показало, что их наличие отметили 60 (43,85%) студентов-медиков, причем у 16,1% в структуре приступов преобладал аффективный компонент, а у остальных 27,7% – вегетативный компонент. В то же время у студентов педагогического института приступы паники встречались в 14,5% случаев ($\chi^2=8,457$ $p=0,0009$ $OR=4,0$ $95\%CI=1,3-14,3$), а с вегетативным компонентом – в 7,3% случаев ($\chi^2=13,429$ $p=0,005$ $OR=4,6$ $95\%CI=1,9-11,4$). Таким образом, распространенность панических приступов у студентов-медиков статистически значимо более высокая, чем у сверстников, обучающихся в педагогическом институте, причем вероятность формирования приступов паники у студентов-медиков более, чем в 4 раза выше, чем у студентов-педагогов.

Результаты теста опросника GHQ-12 (рисунок 7.4.1) показали, что в совокупности общий уровень здоровья у студентов педагогического института (1 группа) выше, чем у медицинского (2 группа) при $p = 0,034$.

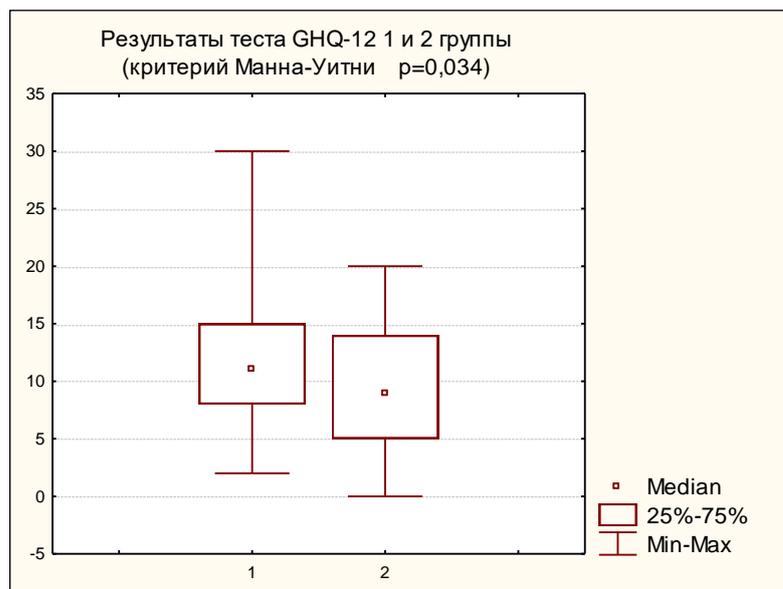


Рисунок 7.4.1 – Результаты теста опросника GHQ-12

Распределение студентов по уровню общего здоровья представлено в таблице 7.4.10.

Таблица 7.4.10 – Результаты теста GHQ-12 по степени выраженности

Степень выраженности	МИ		ПИ	
	n	%	n	%
Норма	55	40,2	28	50,9
Легкое снижение	62	45,3	23	41,8
Умеренное снижение	18	13,1	4	7,3
Выраженное снижение	2	1,4	–	–
ИТОГО	137	100,0	55	100,0

Установлено, что, что нормальный уровень функционирования был характерен для 40,2% студентов медицинского и 50,9% – педагогического институтов. Некоторое снижение функционального уровня выявлено немногим более чем у 40% студентов обеих групп. Умеренное нарушение общего здоровья выявлено у 14,5% студентов-медиков и 7,3% – студентов-педагогов (различия статистически не значимые).

Таким образом, установлено, что приверженных выбранной профессии среди студентов-медиков оказалось 65%, то есть больше, чем среди студентов педагогического института (47,3%). В то же время отказались бы при возможности от профессии 35% студентов-медиков и 52,7% – студентов-педагогов. При этом вероятность отказа от профессии у поступивших не по собственной инициативе, чем у сделавших выбор осознанно, почти в 3 раза выше у студентов-медиков и в 11 раз – у студентов-педагогов.

У значительного числа (46%) студентов-медиков в анамнезе имели место суицидальные мысли и у 2,9% – суицидальные попытки. У студентов педагогического института суицидальные мысли наблюдались у 40%. Суицидальные попытки не регистрировались.

Наиболее значимыми учебными стрессовыми факторами для студентов педагогического института было нежелание учиться, во многом связанное с разочарованием в профессии, несовершенством учебных материалов и высокой учебной нагрузкой, а также проблемами межличностного взаимодействия и конфликтами. В то же время для студентов-медиков более значимой была высокая учебная нагрузка и на втором месте – разочарование в профессии, сопровождающееся нежеланием учиться. Основными факторами проявления симптомов учебного стресса у студентов обеих групп были усталость и психосоматические симптомы.

Крайне высокий (8-10 баллов) уровень волнения перед экзаменами был более характерен для студентов медицинского (75,2%), чем педагогического института (58,2%). Среди симптомов предэкзаменационного стресса для студентов-медиков более значимыми были психосоматические симптомы, а для сверстников из педагогического института – аффективные расстройства.

Для преодоления стресса студенты периодически употребляли алкогольные напитки (чаще студенты-медики) и курили табак. Удельный вес студентов со степенью значимости алкоголя и табакокурения в 6-10 баллов был одинаковым и составлял в диапазоне от 7% до 9%. Со степенью значимости 6-10 баллов - 3,6% студентов медицинского института принимали лекарства и 9,5% настойки трав, а педагогического – соответственно 20% и 16,4%.

У 46% студентов-медиков встречаются симптомы социофобии, статистически значимо чаще, чем у педагогов (27,3%). Вероятность формирования социофобий у студентов-медиков более, чем в 2 раза, выше, чем у студентов-педагогов. Легкая степень выраженности социофобии (как психологически понятные опасения) присутствовали с одинаковой частотой в обеих

группах студентов: соответственно 21,9% и 20%. Клинический уровень социофобии (умеренный, выраженный и крайне выраженный) был более характерен для студентов-медиков (24,1%), чем для сверстников из педагогического института (7,3%). Вероятность диагностики клинического уровня социофобии у студентов-медиков в 4 раза выше, чем у студентов педагогического института.

Генерализованная тревога (тест GAD-7) выявлена у 58,4% студентов-медиков и у 61,8% – студентов-педагогов. При этом клинически значимый ее уровень (умеренная и выраженная) наблюдался одинаково часто: соответственно 16,8% и 18,2%. Несколько ниже распространенность тревоги выявлена по тесту DASS-21: у 44,5% студентов-медиков и 30,9% студентов педагогического института. Клинически значимый ее уровень (умеренная, выраженная и тяжелая) был, соответственно, у 21,9% студентов-медиков и у 16,4% студентов-педагогов.

Депрессия (тест DASS-21) у студентов-медиков регистрировалась чаще (43%), чем у студентов-педагогов (23,6%). Вероятность ее формирования у них более, чем в 2 раза, выше, чем у студентов педагогических специальностей. При этом клинически значимый (умеренная, выраженная и тяжелая) уровень депрессии у студентов-медиков наблюдался чаще (22,6%), чем у студентов-педагогов (9,1%), с вероятностью в 3 раза выше.

Состояние стресса испытывали одинаково часто студенты обеих групп – соответственно 37,9% студентов-медиков и 32,7% – студентов педагогического института.

Значительная распространенность депрессии у студентов-медиков, высокий уровень тревоги и стресса приводили к тому, что почти у трети (27,7%) из них имели место провоцирующие приступы паники с вегетативным компонентом, при этом статистически значимо чаще, чем у студентов-педагогов (7,3%).

В совокупности общий уровень здоровья (тест GHQ-12) у студентов 5-го курса педагогического института оказался выше, чем у медицинского.

С учетом высокого уровня учебного стресса, сопровождающегося социофобией, тревогой и депрессией, а также значительного числа студентов, разочаровавшихся в профессии, как для студентов-медиков, так и для учащихся педагогического института требуется разработка и реализация психокоррекционных программ, направленных на формирование адаптивных способов преодоления стресса, снижение уровня тревожности и депрессии, оптимизацию выбора жизненного пути, что позволит предупредить развитие психосоматических расстройств и аддикций, а также повысит уровень социальной адаптации и успешности в будущем.

Глава 8**ПРОГРАММА ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ
ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

Для снижения уровня учебного стресса и его последствий у студентов-медиков нами разработана медико-психологическая программа, состоящая из 2 частей.

Первая часть – «Тайм менеджмент» – программа обучения правильному планированию времени учебы, отдыха (досуга) и самостоятельной работы с учебной литературой (Рисунок 8.1).

Вторая часть – «Стресс менеджмент» – программа обучения приема совладания со стрессовыми ситуациями (как учебными, так и внеучебными – бытовыми в широком понимании).

Важно отметить, что реализуемая программа (1-я и 2-я части) носила характер психокоррекционной и реализовывалась в форме поведенческой терапии (бихевиоральной) с использованием психотехнологий нейролингвистического программирования. Это позволяло в более короткий промежуток времени реализовать содержание программы и фактически обучить большее число студентов стратегии и тактике планирования времени, а также привить навыки совладания со стрессовыми ситуациями.

8.1 «Тайм менеджмент» для студентов-медиков

С целью повышения уровня адаптации студентов 1-го курса к учебе в Медицинском институте была введена дисциплина: «Введение в специальность» объемом 3 ЗЕТ = 108 часов:

Из них 54 часа аудиторных занятий– (36 часов лекции, 18 часов – практические занятия) и 54 часа самостоятельной работы.

Цель дисциплины: Формирование у студентов целостного представления о системе высшего медицинского образования и образе будущей специальности.

В задачи дисциплины, наряду с информационными, мы включили темы, направленные на обучение студентов правильному планированию времени учебы и отдыха, здоровому образу жизни (в том числе профилактики табакокурения, употребления алкоголя и приема лекарственных препаратов, используемых студентами для снижения уровня стрессового напряжения).

Тема: Тайм-менеджмент

В основу данной темы была положена цель – научить студентов навыкам планирования времени и целеполагания. Студенты познакомились с различными вариантами планирования вре-

мени (регулярность, приоритетность, гибкость, реалистичность, фиксация планов в письменном виде – в блокноте, ежедневнике или смартфоне). Изучались способы избегания ненужных трат времени и т.н. «поглотители времени». Прививались навыки основных принципы планирования, расстановки приоритетов. Акцентировалось внимание на известном экономическом принципе – законе Парето. Рассматривались понятия лени, творческая и нетворческая лень.

Тема: Здоровый образ жизни

В этом разделе студенты познакомились со здоровьесберегающие технологиями обучения в ВУЗе. В частности, акцентировалось внимание на дефиниции «здоровый образ жизни» и его преимуществах. Это особенно актуально, так как половина студентов прибегают к приему как лекарственных препаратов, так и алкоголя для преодоления учебного стресса. Рассматривались стратегии избегания эмоциональных, физических и психических перегрузок во время обучения в медицинском вузе. Как эффективный вариант отдыха и преодоления стресса рассматривались физические упражнения, занятия спортом. В этом аспекте акцентировалось внимание на необходимости физической активности и правильного питания в условиях интенсивных умственных нагрузок. Изучались правила организации режима дня, эффективного отдыха. Студентов познакомили с типами биоритмов: «сова» и «жаворонок». Акцентировалось внимание на важности ритма сон-бодрствование для психического и физического здоровья будущего врача.

Тема: Аддиктивное поведение

и его влияние на профессиональную деятельность

Продолжением темы здорового образа жизни была проблема аддиктивного поведения. Являясь для студентов одним из способов преодоления стресса, употребление алкоголя, табакокурение, бессистемное употребление седативных лекарственных препаратов создавало угрозу формирования зависимостей. Рассматривались следующие аспекты: определение понятие аддиктивное поведение, виды аддикций, их клинические и социальные последствия. Отдельно рассматривались табакокурение, употребление алкоголя и злоупотребление алкоголем; алкоголизм и его последствия. Студенты познакомились с проблемой наркомании, факторами риска и этапами формирования наркомании. Кроме того, рассматривались польза и вред употребления кофе и шоколада. Особое внимание акцентировалось на недопустимости бессистемного и бесконтрольного применения седативных лекарственных препаратов.

Тема: Стратегия и тактика конспектирования

Одной из важных проблем, связанных с эффективным использованием времени, является навык правильного поиска необходимой информации и ее конспектирования. Студентам представлялась информация о правилах конспектирования текста (при работе с письменным источником – книгой, статьей и т.д.), видах конспектов (плановый, схематически плановый, текстуальный, тематический, свободный); конспектирования лекции (общие рекомендации).

Отдельно изучали правила оформления рефератов. Кроме того, для эффективного и рационального использования библиотечного фонда представлялась информация о работе с каталогами библиотеки, электронном поиске и его алгоритме.

Для подготовки студентов к изучению дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний» в рамках проведения тренинга «Тайм-менеджмент» в обзорном варианте изучалась проблема «**Психологический кризис и суицидальное поведение**». Рассматривались следующие вопросы: определение и виды психологического кризиса; суицидальное поведение как результат социально-психологической дезадаптации в условиях переживаемого субъективно неразрешенного конфликта; способы противостояния суицидальным намерениям; методы преодоления кризисных ситуаций; конфликт и способы разрешения конфликтов. Поскольку почти у четвертой части студентов в первые месяцы обучения возникало субъективное чувство разочарования в будущей профессии, вкратце проводилось знакомство с синдромом эмоционального выгорания и способами его профилактики. Кроме того, давалась информация об особенностях социальной адаптации первокурсника в ВУЗе.

В дополнение к данной дисциплине на практических занятиях реализовывалась в виде тренинга программа «Тайм менеджмент» для студентов-медиков.

В апробации программы «Тайм-менеджмент» (сентябрь-ноябрь 2017 года) участвовали 166 первокурсников в возрасте от 17 до 22 ($18,0 \pm 0,9$) лет: 38 (22,9%) лиц мужского и 128 (77,1%) лиц женского пола.

Программа «Тайм менеджмент» состояла из 2 частей: первая часть – собственно рекомендации студентам-медикам 1-го курса по правильному планированию времени; вторая часть – тренинговая, направленная на обучение студентов всесторонней оценке учебной ситуации, методам оценки и ранжирования приоритетов, способам правильной формулировки ожидаемых результатов, выделения главного и второстепенного.

Программа «Тайм менеджмент» реализовывалась в рамках дисциплины «Введение в специальность» на 1-м курсе в 1-м семестре – т.е. в начале обучения. Кроме самой программы «Тайм менеджмент», рабочая программа дисциплины «Введение в специальность» была ориентирована на оказание максимально возможной помощи студентам к адаптации к учебным условиям Медицинского института.

Программа реализовывалась в три этапа: исследовательский, информационно-коррекционный и контрольный.



Рисунок 8.1 – Алгоритм реализации программы «Тайм-менеджмент»

Первый этап – исследовательский

На первом этапе исследования была изучена степень значимости учебных стрессовых факторов для студентов первого курса и выделены актуальные симптомы-мишени, которые подвластны коррекции программой «Тайм-менеджмент». Ими оказались следующие:

- Затруднения в планировании времени;
- Трудности в освоении большого объема учебного материала;
- Использование табакокурения, употребления алкоголя и лекарств для преодоления тревоги;

Второй этап – собственно реализация программы «Тайм менеджмент» (Приложение 1)

Третий этап – контрольный

На контрольном (третьем) этапе, после реализации программы и сдачи зачета по дисциплине, через 1 месяц (после каникул) было проведено повторное анонимное анкетирование студентов исследователями (сотрудниками кафедры), не принимавшими участия в реализации дисциплины «Введение в специальность».

Результативность реализации дисциплины «Введение в специальность» и программы «Тайм менеджмент» представлена в таблице 8.1.1.

Таблица 8.1.1 – Оценка студентами изменений вследствие реализации программы тайм-менеджмента в рамках дисциплины «Введение в специальность»

№	Вопрос	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Q₂₅</i>	<i>Q₇₅</i>
1	Стало легче планировать свое время	4,4	5,0	2,0	6,0
2	Стало легче учиться в целом	3,8	4,0	1,0	6,0
3	Стали увереннее себя чувствовать	4,8	5,0	2,0	7,0
4	Появилось больше свободного времени	2,6	1,5	0,0	5,0
5	Стали спокойнее перед экзаменами	2,8	2,0	0,0	5,0
6	Стали осведомленнее в будущей профессии врача	6,1	6,0	4,0	9,0
7	Уверенность в правильности выбора профессии	7,4	9,0	6,0	10,0
8	Проще искать необходимую литературу	5,3	6,0	2,5	8,0
9	Яснее стали перспективы будущей профессии	6,5	7,0	5,0	9,0
10	Легче стало принимать решения	5,1	6,0	2,0	7,0

По мнению студентов, после тренингов по тайм-менеджменту им стало значительно легче планировать и распределять время, появилось чувство уверенности в своих силах, стало проще искать литературу, необходимую для подготовки к занятиям. Вследствие этого, несмотря на сохранившуюся высокую учебную нагрузку, у студентов появилось больше свободного времени и, в целом, им стало легче учиться. Кроме того, они стали спокойнее чувствовать себя в период экзаменов.

Динамика учебных стрессовых факторов после реализации программы «Тайм-менеджмент» представлена в таблице 8.1.2.

Таблица 8.1.2 – Динамика значимости учебных стрессовых факторов в результате реализации программы «Тайм-менеджмент»

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	До тренинга				После тренинга				p=
		М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Строгие преподаватели	5,2	2,7	5,0	3,0-7,0	3,9	2,2	4,0	2,0-5,0	0,0003
2	Большая учебная нагрузка	7,6	2,2	8,0	6,0-9,0	6,6	2,4	7,0	5,0-8,0	0,01
3	Отсутствие учебников	4,3	3,5	4,0	1,0-8,0	4,4	3,1	4,0	2,0-7,0	0,077
4	Непонятные, скучные учебники	4,1	2,9	4,0	1,0-6,0	3,6	2,8	3,0	1,0-5,0	0,316
5	Жизнь вдали от родителей	4,5	3,7	5,0	1,0-7,5	3,2	3,6	2,0	0,0-5,0	0,027
6	Нехватка денег	3,6	3,2	3,0	1,0-6,0	3,7	3,3	3,0	0,5-6,0	0,974
7	Трудности организовать свой режим дня	5,2	3,2	5,0	2,5-8,0	3,3	2,3	4,0	1,0-5,0	0,0001
8	Нерегулярное питание	4,2	3,4	4,0	1,0-6,0	5,0	2,9	5,0	3,0-8,0	0,134
9	Проблемы проживания в общежитии	1,4	2,4	0,0	0,0-2,0	1,0	2,3	0,0	0,0-0,5	0,251
10	Конфликты в группе	1,8	2,5	0,0	0,0-3,0	1,4	2,3	0,0	0,0-2,0	0,181
11	Много времени готовиться к занятиям	6,3	2,9	7,0	5,0-8,0	6,9	2,7	8,0	5,0-9,0	0,243
12	Нежелание учиться	2,9	3,2	2,0	0,0-4,0	2,7	2,8	2,0	0,0-4,0	0,715
13	Разочарование в будущей профессии	1,3	2,4	0,0	0,0-1,0	1,6	2,6	0,0	0,0-3,0	0,342
14	Стеснительность, застенчивость	2,5	2,9	1,0	0,0-4,0	2,0	2,4	1,0	0,0-3,0	0,358
15	Страх перед будущим	3,6	3,2	3,0	0,0-6,0	3,1	2,8	3,0	1,0-5,0	0,322
16	Проблемы в личной жизни	2,9	3,2	2,0	0,0-5,0	1,9	2,6	1,0	0,0-3,0	0,025

Установлено, что достоверно снизился уровень значимости строгости преподавателей ($p < 0,0003$) как стрессового фактора, легче стало справляться с учебной нагрузкой ($p < 0,01$), хотя обследование проводилось незадолго до экзаменов по анатомии и гистологии, (отсутствие учебников и непонятные учебники осталось на прежнем уровне). Студенты указали, что им легче стали переносить разлуку с родителями ($p < 0,027$), уменьшился вклад проблем в личной жизни ($p < 0,025$). Последние 2 изменения скорее можно отнести к артефакту или побочному влиянию тренинга, поскольку такая цель не ставилась. Наиболее важным результатом тренинга, на что, собственно, он и был направлен – явился тот факт, что студентам стало более легко организовывать свой режим дня ($p = 0,0001$).

Кроме того, снизилось ощущение беспомощности ($p < 0,01$), улучшился сон ($p < 0,04$). В то же время психосоматические симптомы остались на прежнем уровне, что свидетельствует о необходимости проведения специализированного тренинга навыков преодоления стресса.

Таким образом, реализация программы «Тайм менеджмент» показала, что студентам субъективно стало легче учиться, они грамотно распределяли время учебы и отдыха, появилось чувство уверенности в своих силах, стало проще искать литературу, необходимую для подготовки к занятиям. Кроме того, они спокойнее чувствовали себя в период экзаменов. Другими словами, обучение студентов грамотному планированию времени, методам оптимальной самостоятельной работы с учебной литературой, информирование о здоровом образе жизни с учетом биоритмов, режима дня и особенностей питания, в определенной степени способствует преодолению учебного стресса.

8.2 Программа «Стресс-менеджмент» и ее эффективность

Программа «Стресс-менеджмент» для студентов-медиков реализовывалась на 2-м курсе обучения в рамках реализации дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний» («ПККС») в три этапа.

На **первом этапе**, во втором семестре второго курса обучения, было обследовано 124 студента медицинского института.

На **втором этапе осуществлялась** разработка и реализация программы. При этом студенты были разделены на 2 группы: 1 – экспериментальную, в которой, помимо предусмотренных учебным планом лекций и практических занятий, реализовывалась программа «Стресс-менеджмент» и 2 – группу сравнения, в которой занятия реализовывались в соответствии с учебным планом, и не использовалась программа «Стресс-менеджмент».

Программа разрабатывалась и ее реализовывалась в виде тренинга в рамках дисциплины «ПККС». Программа дисциплины (курс по выбору) разрабатывалась с участием автора диссертационного исследования с учетом результатов, полученных на предварительных этапах проведения настоящего исследования. Дисциплина ПККС включала в себя 2 ЗЕТ (72 часа): 60 часов аудиторной (12 часов лекции и 48 – практические занятия) и 12 – самостоятельной работы. Цель дисциплины – информирование студентов о кризисных ситуациях и обучение приемам их преодоления.

Практические занятия продолжительностью 4 академических часа были разделены на две части. Первая была одинаковой для обеих групп студентов и включала в себя теоретическую работу над проблемами: ознакомление с методами помощи человеку в кризисном состоянии, ситуации горя, конструктивным техникам борьбы со стрессом, методам выхода из конфликтных ситуаций. Вторая часть проводилась в виде тренинга в основной группе и была лишь теоретически обсуждаемой – во второй. Лекционный курс, практические занятия и тренинг проводились одним преподавателем, имеющим опыт работы психотерапевтом и соответствующий сертификат специалиста.

Тематика лекций и практических занятий включала следующие темы: понятие кризиса и кризисной ситуации, типология кризисов; стресс: виды стресса, способы адаптации и преодоления; конфликты: общие характеристики и способы разрешения; фрустрация и ее роль в формировании конфликтных и кризисных ситуаций; психологические защитные механизмы и копинг-поведение; психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство; ауто- и гетероагрессивное поведение; аддиктивное поведение; суицидальное поведение; социальная стигматизация как психотравмирующий фактор; оказание экстренной психологической помощи при кризисных ситуациях

Тренинговая часть проводилась в форме групповой психотерапии. В группу (до 12 человек) отбирались студенты по желанию и готовности раскрывать свои проблемы и переживания. Основное внимание было направлено на повышение уровня адаптивных способностей, моделирование конфликтов и обучение способам их разрешения, преодоления ауто- и гетероагрессивных тенденций, методам релаксации. Важное внимание уделялось ознакомлению с видами кризисных состояний и формированию базовых навыков психологической помощи лицам, оказавшимся в кризисной ситуации. В ряде случаев применялись методики (чаще метод эпистемологической метафоры) для устранения последствий перенесенных ранее психических травм. Использовались приемы бихевиоральной психотерапии, которые реализовывались в виде игры, в значительной части занятий применялись бихевиоральные техники нейролингвистического программирования как простые в использовании, занимающие мало времени и позволяющие вовлечь в тренинг большее число студентов. Для отреагирования негативных эмоций и конфликтов применялись техники гештальт-терапии и методика эпистемологической метафоры.

На начало проведения курса «ПККС» и тренинга «Стресс-менеджмент» значимость учебных стрессовых факторов, физиологические проявления стресса и симптомы предэкзамениционного стресса для экспериментальной и контрольной группы были одинаковыми (статистически значимых различий не выявлено).

Описание реализуемой программы-тренинга «Стресс-менеджмент» приведено в Приложении 2.

На третьем этапе проводилось контрольное анкетирование и психометрическое обследование, которое осуществлялось через 1 и 2 года после завершения студентами тренинга. Часть студентов (17 человек или 13,7%) не участвовали в повторном тестировании. В итоге в исследовании приняли участие 107 студентов: 83 (77,6%) – женского и 24 (22,4%) – мужского пола в возрасте 18-24 ($19,5 \pm 0,1$) лет. В первую (экспериментальную) группу вошло 55 студентов: 41 (74,5%) – женского и 14 (25,5%) – мужского пола, во вторую (группу сравнения) вошло 52 человека: 42 (80,7%) – женского и 10 (19,3%) – мужского пола. Группы были сопоставимыми по возрасту и полу.

Результаты клинико-психопатологического исследования студентов-медиков, участвовавших в реализации программы «Стресс-менеджмент», представлены в таблице 8.2.1.

Субклинические астено-вегетативные реакции выявлялись у 9 студентов (5 – из экспериментальной и 4 – из группы сравнения), субклинические астено-невротические реакции с заострением преморбидных личностных черт наблюдались у 12 студентов (6 – из экспериментальной и 6 – из группы сравнения).

Непсихотические психические расстройства выявлены у 17 студентов (9 – из экспериментальной и 8 – из группы сравнения).

Таблица 8.2.1 – Клиническая структура психических расстройств у русскоязычных студентов-медиков, участвовавших в реализации программы «Стресс-менеджмент»

Клинический диагноз	Эксперимент				Всего		Гр. сравнения				Всего		Всего	
	М		Ж				М		Ж					
	п	%	п	%	п	п	п	%	п	%	п	%	п	%
Психически здоровые	10	71,4	25	61,0	35	63,6	7	70,0	27	64,3	34	65,3	69	64,5
Субклиническая астено-вегетативная реакция	1	7,1	4	9,8	5	9,1	–	–	4	9,5	4	7,7	9	8,4
Субклиническая астено-невротическая реакция с заострением преморбидных личностных черт	1	7,1	5	12,2	6	10,9	1	1,0	5	11,9	6	11,5	12	11,2
Органические психические р-ва	–	–	2	4,9	2	3,6	–	–	2	4,8	2	3,8	4	3,7
Аффективные р-ва настроения	1	7,1	–	–	1	1,8	1	10,0	1	2,4	2	3,8	3	2,8
Расстройства личности	1	7,1	1	2,4	2	3,6	1	10,0	–	–	1	1,9	3	2,8
Неврастения	–	–	2	4,9	2	3,6	–	–	2	4,8	2	3,8	4	3,7
Соматоформная вегетативная дисфункция	–	–	1	2,4	1	1,8	–	–	–	–	–	–	1	0,9
Расстройства адаптации	–	–	1	2,4	1	1,8	–	–	1	2,4	1	1,9	2	1,9
ИТОГО	14	100	41	100	55	100	10	100	42	100	52	100	107	100

Субъективная оценка студентами изменений после дисциплины «ПККС» представлена в таблице 8.2.2.

Таблица 8.2.2 – Субъективная оценка студентами психологических изменений после прохождения дисциплины «ПККС» (критерий χ^2)

№ п/п	Показатель	Эксперимент		Гр. сравнения		p=	OR	95% CI
		п	%	п	%			
1	Понимание причин возникновения проблем	51	92,7	40	76,9	0,043	3,8	1,0-15,3
2	Легче справляться с проблемами	49	89,1	37	71,2	0,037	3,3	1,1-10,7
3	Более устойчивые к конфликтам	44	80,0	31	59,6	0,037	2,7	1,1-7,0
4	Разобрались с личными проблемами	46	83,6	33	63,5	0,031	2,9	1,1-8,1
5	Находят выход из конфликтов	43	78,2	30	57,7	0,039	2,6	1,0-6,7
6	Осознали способности и проблемы	45	81,8	32	61,6	0,034	2,8	1,1-7,5

В общей сложности, большая часть студентов отметила субъективное улучшение своего психологического статуса после изучения дисциплины. При этом большее число студентов экспериментальной группы статистически достоверно утверждали, что они стали лучше понимать причины возникновения проблемных ситуаций, осознали свои способности и возможности справляться с ними, научились решать проблемы повседневной жизни и находить выходы из конфликтных ситуаций и стали более устойчивыми к ним. Отношение шансов свидетельствует, что вероятность формирования таких изменений более чем в 2-3 раза выше у тех, кто проходил тренинг «Стресс-менеджмент».

Сравнение восприятия учебных стрессовых факторов в экспериментальной и группе сравнения спустя год после реализации программы (таблица 8.2.3) показало, что в группе, в которой реализовывалась программа «Стресс-менеджмент», по сравнению с группой сравнения, достоверно снизилась значимость таких учебных стрессовых факторов, как «строгие преподаватели», «большая учебная нагрузка», «трудности организации режима дня», «жизнь вдали от родителей», «необходимость тратить много времени на подготовку к занятиям» и «нехватка денег».

Таблица 8.2.3 – Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для студентов-медиков через год после коррекции (критерий Манна-Уитни)

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	Эксперимент			Гр. сравнения			p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Строгие преподаватели	5,0	3,0	6,0	5,0	5,0	7,0	0,041
2	Большая учебная нагрузка	7,0	5,0	9,0	8,0	7,0	9,0	0,043
3	Отсутствие учебников	5,0	2,0	7,0	4,0	2,0	6,0	0,473
4	Непонятные, скучные учебники	4,0	2,0	7,0	4,0	2,0	5,5	0,410
5	Жизнь вдали от родителей	1,0	0,0	5,0	4,0	0,0	8,0	0,041
6	Нехватка денег	3,0	0,0	5,0	5,5	3,0	6,5	0,047
7	Трудности организации режима дня	4,0	3,0	6,0	5,0	4,0	7,0	0,04
8	Нерегулярное питание	4,0	2,0	7,0	4,0	2,0	6,5	0,943
9	Проблемы проживания в общежитии	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,727
10	Конфликты в группе	1,0	0,0	4,0	1,0	0,0	4,0	0,630
11	Много времени готовиться к занятиям	5,0	4,0	7,0	6,0	5,0	8,0	0,031
12	Нежелание учиться	3,0	1,0	5,0	2,0	0,0	5,0	0,267
13	Разочарование в будущей профессии	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	2,0	0,562
14	Стеснительность, застенчивость	2,0	1,0	5,0	2,0	0,0	4,0	0,262
15	Страх перед будущим	3,0	1,0	6,0	2,0	0,0	6,0	0,150
16	Проблемы в личной жизни	1,0	0,0	5,0	0,5	0,0	4,5	0,234
17	Нерациональное расписание занятий	4,0	1,0	6,0	3,5	1,0	5,5	0,630
18	Много занятий в день	2,0	1,0	6,0	2,0	0,0	4,5	0,574

Изучение изменений в восприятии учебных стрессовых факторов у студентов экспериментальной группы представлено в таблице 8.2.4.

После реализации программы «Стресс-менеджмент» достоверно снизилась значимость большой учебной нагрузки, трудности организации режима дня, необходимость тратить много времени на подготовку к занятиям, нерациональное расписание, большое количество занятий в день, нерегулярное питание, нежелание учиться, страх перед будущим. Кроме того, выявлена тенденция к повышению значимости конфликтов в группе и нежелания учиться, как избегание дополнительного стрессогенного фактора.

Таблица 8.2.4 – Динамика значимости учебных стрессовых факторов у студентов экспериментальной группы через год после реализации программы «Стресс-менеджмент» (критерий Вилкоксона) (приводятся только статистически значимые результаты)

№ п/п	Стрессовый фактор	До тренинга			После тренинга			p
		Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
1	Большая учебная нагрузка	8,0	7,0	9,0	7,0	5,0	9,0	0,034
2	Трудности организации режима дня	5,0	3,0	7,0	4,0	3,0	6,0	0,033
3	Нерегулярное питание	5,0	2,0	7,0	4,0	2,0	7,0	0,034
4	Конфликты в группе	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	4,0	0,009
5	Много времени готовиться к занятиям	6,0	5,0	8,0	5,0	4,0	7,0	0,019
6	Нежелание учиться	2,0	1,0	5,0	3,0	1,0	5,0	0,045
7	Страх перед будущим	4,0	1,0	8,0	3,0	1,0	6,0	0,046
8	Нерациональное расписание занятий	5,0	3,0	8,0	4,0	1,0	6,0	0,009
9	Много занятий в день	4,0	1,0	6,0	2,0	1,0	6,0	0,014

Изучение изменений в восприятии учебных стрессовых факторов у студентов группы сравнения представлено в таблице 8.2.5.

Установлено, что у студентов, не проходивших тренинг, а только изучающих дисциплину «ПККС» изменилось отношение к восприятию высокой учебной нагрузки, снизился страх перед будущим.

Таблица 8.2.5 – Динамика значимости учебных стрессовых факторов у студентов группы сравнения через год после реализации дисциплины «ПККС» (критерий Вилкоксона) (приводятся только статистически значимые результаты)

№ п/п	Стрессовый фактор	До тренинга			После тренинга			p
		Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
1	Страх перед будущим	3,0	1,0	7,0	2,0	0,0	6,0	0,045
2	Много занятий в день	3,0	1,0	6,0	2,0	0,0	4,5	0,030

Сравнение восприятия учебных стрессовых факторов в экспериментальной и группе сравнения спустя 2 года после реализации программы (таблица 8.2.6) показало, что различия между группами по большинству показателей сгладились.

Таблица 8.2.6 – Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для студентов-медиков через 2 года после коррекции (критерий Манна-Уитни) (приводятся только статистически значимые различия)

№ п/п	Учебные стрессовые факторы	Эксперимент			Гр. сравнения			p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Строгие преподаватели	4,0	3,0	5,0	5,0	3,0	6,0	0,044
2	Большая учебная нагрузка	6,0	4,0	7,0	6,0	5,0	7,0	0,047
15	Страх перед будущим	3,0	1,0	5,0	4,0	2,0	6,0	0,041

Тем не менее, для студентов, проходивших тренинг «Стресс-менеджмент», были менее значимы такие учебные стрессовые факторы как строгие преподаватели, большая учебная нагрузка и страх перед будущим.

Анализ выраженности симптомов учебного стресса в экспериментальной и группе сравнения через год после реализации программы (таблица 8.2.7), показал, что в экспериментальной группе значимо менее выражено ощущение беспомощности, подавленное настроение, тревога и страх, тахикардия, головные боли, нарушение сна и снижение уверенности и самооценки.

Таблица 8.2.7 – Выраженность симптомов учебного стресса у студентов-медиков через год после коррекции (критерий Манна-Уитни)

№ п/п	Симптомы учебного стресса	Эксперимент			Гр. сравнения			p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Ощущение беспомощности	2,0	0,0	5,0	4,0	2,0	6,0	0,048
2	Наплывы посторонних мыслей	2,0	0,0	4,0	1,0	0,0	4,5	0,318
3	Повышенная отвлекаемость	3,0	1,0	5,0	3,0	1,0	5,5	0,835
4	Раздражительность, обидчивость	2,0	1,0	5,0	2,0	0,0	4,0	0,366
5	Плохое настроение, депрессия	2,0	1,0	5,0	4,0	1,5	6,0	0,039
6	Страх, тревога	2,0	0,0	4,0	4,0	0,0	6,0	0,047
7	Потеря уверенности, сниж. самооценки	2,0	0,0	4,0	4,0	0,5	5,5	0,031
8	Постоянная нехватка времени, спешка	4,0	2,0	6,0	3,0	1,0	5,5	0,301
9	Плохой сон	3,0	1,0	6,0	5,0	2,0	7,0	0,039
10	Проблемы общения с преподавателями	1,0	0,0	3,0	0,5	0,0	3,0	0,254
11	Тахикардия, боли в сердце	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	4,0	0,036
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5	0,148
13	Проблемы с ЖКТ	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	1,0	0,094
14	Напряжение или дрожание мышц	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0	0,186
15	Головные боли	3,0	0,0	5,0	5,0	2,0	6,0	0,048
16	Повышенная утомляемость	3,0	1,0	6,0	3,0	0,0	5,0	0,436

Верификация изменений в характеристиках проявлений учебного стресса у студентов экспериментальной группы представлено в таблице 8.2.8.

Таблица 8.2.8 – Динамика проявлений учебного стресса у студентов экспериментальной группы через год после реализации программы «Стресс менеджмент» (критерий Вилкоксона) (приводятся только статистически значимые результаты)

№ п/п	Симптом учебного стресса	До тренинга			После тренинга			p=
		Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
1	Ощущение беспомощности	4,0	1,0	7,0	2,0	0,0	5,0	0,004
2	Наплывы посторонних мыслей	4,0	1,0	7,0	2,0	0,0	4,0	0,002
3	Повышенная отвлекаемость	4,0	2,0	7,0	3,0	1,0	5,0	0,002
4	Плохое настроение	3,0	1,0	7,0	2,0	1,0	5,0	0,044
5	Тревога, страх	3,0	1,0	6,0	2,0	0,0	4,0	0,001
6	Потеря уверенности	4,0	1,0	7,0	2,0	0,0	4,0	0,000
7	Спешка, нехватка времени	6,0	3,0	8,0	4,0	2,0	6,0	0,001
8	Плохой сон	4,0	2,0	8,0	3,0	1,0	6,0	0,006
9	Тахикардия, боли в сердце	1,0	0,0	4,0	0,0	0,0	2,0	0,032
10	Напряжение мышц	1,0	0,0	4,0	0,0	0,0	2,0	0,047
11	Головные боли	4,0	2,0	6,0	3,0	0,0	5,0	0,039

Из таблицы 8.2.8 видно, что реализация дисциплины «ПККС» и тренинга статистически значимо снизила интенсивность выраженности психических (чувство беспомощности, расстройство внимания, подавленное настроение, тревога, страх, неуверенность, низкая самооценка, расстройства сна) и психосоматических (учащенное сердцебиение, боли в области сердца, мышечное напряжение, головные боли) симптомов учебного стресса.

Изучение изменений в характеристиках проявлений учебного стресса у студентов группы сравнения представлено в таблице 8.2.9.

Таблица 8.2.9 – Динамика проявлений учебного стресса у студентов группы сравнения после реализации дисциплины «ПККС» (критерий Вилкоксона) (приводятся только статистически значимые результаты)

№ п/п	Симптом учебного стресса	До тренинга			После тренинга			Р
		Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
1	Повышенная отвлекаемость	4,0	1,0	5,5	3,0	1,0	5,5	0,033

Из таблицы 8.2.9 видно, что реализация дисциплины «ПККС» позволила студентам избавиться от рассеянного внимания.

Сравнение выраженности симптомов учебного стресса у студентов экспериментальной и группы сравнения через 2 года после реализации программы (таблица 8.2.10) показало, что различия между группами по большинству показателей сгладились. Тем не менее, даже через 2 года после реализации программы, у студентов экспериментальной группы было менее выражено ощущение беспомощности, тревога и потеря уверенности.

Таблица 8.2.10 – Выраженность симптомов учебного стресса у студентов-медиков через 2 года после коррекции (критерий Манна-Уитни) (приводятся только статистически значимые различия)

№ п/п	Симптомы учебного стресса	Эксперимент			Гр. сравнения			p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Ощущение беспомощности	2,0	1,0	4,0	4,0	2,0	5,0	0,046
6	Страх, тревога	2,0	0,0	4,0	4,0	0,0	6,0	0,041
7	Потеря уверенности, сниж. самооценки	2,0	0,0	4,0	4,0	0,5	5,0	0,037

Анализ различий в способах преодоления учебного стресса в экспериментальной и группе сравнения (таблица 8.2.11) показал, что студенты экспериментальной группы чаще стали гулять и читать художественную литературу.

Таблица 8.2.11 – Преобладающие приемы совладания с учебным стрессом студентами медиками через год после коррекции (критерий Манна-Уитни)

№ п/п	Способы преодоления учебного стресса	Эксперимент			Гр. сравнения			p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
1	Употребление алкоголя	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,0	0,234
2	Табакокурение	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,648
3	Употребляют наркотики	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,874
4	Употребляю больше еды	2,0	0,0	4,0	2,5	1,0	5,0	0,447
5	Смотрят телевизор	1,0	0,0	3,0	0,0	0,0	2,0	0,144
6	Пропуски занятий	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,0	0,978
7	Больше сплю	2,0	0,0	6,0	3,0	1,0	5,0	0,566
8	Общение с друзьями	3,0	0,0	7,0	4,0	1,5	7,0	0,693
9	Поддержка родителей	5,0	2,0	8,0	5,0	2,0	7,0	0,520
10	Прогулки на воздухе	6,0	3,0	9,0	5,0	3,0	8,0	0,043
11	Занимаюсь физкультурой	4,0	1,0	7,0	4,5	2,0	8,0	0,541
12	Посещаю бассейн	2,0	0,0	6,0	2,0	0,0	6,0	0,943
13	Компьютерные игры	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	3,0	0,436
14	Интернет	4,0	2,0	6,0	4,0	2,0	5,5	0,635
15	Читают худ. литературу	3,0	1,0	7,0	3,0	0,0	5,0	0,046
16	Лекарственные настойки	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,993
17	Лекарства	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,286

Верификация изменений в приемах преодоления учебного стресса студентами экспериментальной группы представлено в таблице 8.2.12.

Таблица 8.2.12 – Изменения в приемах преодоления учебного стресса студентами экспериментальной группы через год после реализации программы «Стресс менеджмент» (критерий Вилкоксона) (приводятся только статистически значимые результаты)

№ п/п	Стрессовый фактор	До тренинга			После тренинга			p
		Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
1	Употребление алкоголя	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	1,0	0,021
2	Прогулки на свежем воздухе	5,0	2,0	7,0	6,0	3,0	9,0	0,0003
3	Прием лекарственных настоек	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0	0,04
4	Прием седативных лекарств	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,047

Из таблицы 8.2.12 видно, что в результате реализации программы «Стресс менеджмент» у студентов экспериментальной группы статистически значимо снизилась актуальность употребления алкоголя и приема лекарственных препаратов для преодоления учебного стресса и повысилась значимость прогулок на свежем воздухе. Этот факт является положительным в аспекте предупреждения формирования аддиктивного поведения и зависимостей. Студенты группы сравнения статистически значимо ($p=0,0004$) чаще стали читать художественную литературу для преодоления учебного стресса. В то же время, употребление алкоголя и лекарств у них осталось на прежнем уровне, что создает угрозу формирования аддиктивного поведения и химических зависимостей.

Сравнение приемов преодоления учебного стресса у студентов экспериментальной и группы сравнения через 2 года после реализации программы показало, что различия между группами сгладились.

Анализ выраженности симптомов предэкзаменационного стресса через год после реализации программы (таблица 8.2.13) показал, что в экспериментальной и группе сравнения сила волнения перед экзаменами осталась одинаковой, но у студентов экспериментальной группы достоверно значимо улучшился сон в сессионный период.

Таблица 8.2.13 – Изменения в проявлениях предэкзаменационного стресса у студентов-медиков через год после коррекции (критерий Манна-Уитни)

№ п/п	Симптомы предэкзаменационного стресса	Эксперимент			Гр. сравнения			p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
	Сила волнения перед экзаменами	8,0	6,0	9,0	8,0	6,5	9,0	0,312
1	Учащенное сердцебиение	4,0	1,0	8,0	5,0	0,5	7,0	0,948
2	Перебои в работе сердца	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	3,0	0,835
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	3,0	0,484
4	Затруднен глубокий вдох	1,0	0,0	3,0	0,0	0,0	4,0	0,473
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	3,0	0,481
6	Напряжение в мышцах тела	1,0	0,0	4,0	1,0	0,0	4,0	0,933
7	Дрожание мышц	1,0	0,0	4,0	1,0	0,0	4,0	0,759
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	0,224
9	Головные боли	4,0	1,0	6,0	3,0	0,0	7,0	0,520
10	Тревога, страх	5,0	2,0	8,0	5,0	2,0	8,0	0,707
11	Подавленное настроение	4,0	1,0	7,0	3,5	0,0	7,0	0,826
12	Затрудненное засыпание	4,0	1,0	6,0	5,0	3,0	7,5	0,047
13	Неприятные сновидения	1,0	0,0	4,0	3,0	0,0	6,0	0,045

Верификация изменений в проявлениях предэкзаменационного стресса у студентов экспериментальной группы представлено в таблице 8.2.14.

Таблица 8.2.14 –Изменения в проявлениях предэкзаменационного стресса у студентов экспериментальной группы после реализации программы «Стресс менеджмент» (критерий Вилкоксона) (приводятся только статистически значимые результаты)

№ п/п	Стрессовый фактор	До тренинга			После тренинга			P
		Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	
1	Выраженность волнения перед экзаменами	8,0	6,0	10,0	8,0	6,0	9,0	0,038
2	Трудно глубоко вдохнуть	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	3,0	0,028
3	Напряжение в мышцах	2,0	0,0	5,0	1,0	0,0	4,0	0,026
4	Дрожание мышц	2,0	0,0	6,0	1,0	0,0	4,0	0,005
5	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0	0,047
6	Тревога, страх	6,0	3,0	9,0	5,0	2,0	8,0	0,009
7	Подавленное настроение	6,0	3,0	8,0	4,0	1,0	7,0	0,011
8	Затрудненное засыпание	5,0	0,0	9,0	4,0	1,0	6,0	0,021

Реализации программы «Стресс менеджмент» статистически значимо снизила у студентов экспериментальной группы выраженность психологических (волнение перед экзаменами, подавленное настроение, тревога, страх, затрудненное засыпание) и психосоматических (учащенное мочеиспускание, напряжение, дрожание мышц, трудность глубокого вдоха) симптомов предэкзаменационного учебного стресса. В то же время у студентов группы сравнения статистически значимо ($p=0,033$) снизилась частота психосоматического симптома – «учащенное мочеиспускание», как реакции на экзаменационный стресс.

Динамика показателей теста GAD-7 у студентов экспериментальной и группы сравнения следующая. После реализации программы «Стресс-менеджмент» в экспериментальной группе статистически достоверно увеличилось число студентов с отсутствием «генерализованной тревоги» – с 32,7% до 63,6% ($\chi^2=4,950$ $p=0,026$ $OR=3,75$ $95\%CI=1,1-13,0$). Кроме того, статистически значимо снизилось число студентов с умеренной и высокой степенью выраженности тревоги с 27,2% до 9,1% ($\chi^2=9,322$ $p=0,003$ $OR=3,6$ $95\%CI=1,5-8,6$). Отношение шансов (OR) свидетельствует, что проведение тренинга «Стресс-менеджмент» более чем в 3 раза снижает как общее число лиц с тревогой, так и с умеренной и выраженной ее степенью. В то же время у студентов группы сравнения незначительно (различия статистически не значимые) увеличилось число студентов без генерализованной тревоги – с 22 (42,3%) до 27 (51,9%).

По тесту DASS-21 у студентов экспериментальной группы депрессия до тренинга была у 15 (27,3%) студентов, после – у 14 (25,5%) – различия статистически не значимые. Тревога регистрировалась у 22 (40%) до тренинга и у 18 (32,7%) – после тренинга (различия статистически не значимые). Снизилось количество студентов со стрессом ($\chi^2=4,190$ $p=0,040$ $OR=2,6$ $95\%CI=1,0-6,5$) с 23 (41,8%) до 12 (21,8%). Таким образом, установлено, что в результате проведения тренинга в 2,6 раза повышается вероятность снижения числа студентов со стрессом.

В группе сравнения отмечалось увеличение числа студентов с депрессией – с 7 (13,5%) до 14 (26,1%), тревогой с 36 (69,2%) до 39 (75%) и уменьшение со стрессом с 15 (28,8%) до 13 (25%) – различия статистически не значимые.

Анализ изменения значимости учебных стрессовых факторов после реализации программы «Стресс-менеджмент» (Таблица 8.2.15) показал, что в группе студентов с выявленными психическими расстройствами, после реализации программы значимо снизилось значение таких стрессогенных факторов как «высокая учебная нагрузка», «нерациональное расписание», «отсутствие учебников», «непонятные учебники». В группе с субклиническими реакциями снизилось значение «трудностей организации режима дня», но увеличилась значимость «конфликтов внутри группы» - студенты начали их активно избегать. Среди психически здоровых студентов снизилась значимость «большой учебной нагрузки» и «нерегулярного питания», но возросла значимость «нежелания учиться».

Таблица 8.2.15 Сравнительные характеристики субъективной значимости учебных стрессовых факторов для студентов-медиков экспериментальной группы в зависимости от наличия психических расстройств до и после коррекции

№ п/п	Учебные стрессовые факторы										ПЗ		ПЗ		ПЗ		ПР		ПР		СКР		СКР	
	до		после		до-после		до-после		до-после		до-после		до-после		до-после		до-после		до-после		до-после			
	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me	коррекции	Me
1	Строгие преподаватели	5,0	4,0-7,0	4,5	3,0-6,0	0,324	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-7,0	0,612	6,0	4,0-7,0	6,0	4,0-7,0	0,612	6,0	4,0-7,0	6,0	4,0-7,0	0,612	6,0	4,0-7,0	0,612
2	Большая учебная нагрузка	8,0	7,0-9,0	7,0	5,0-8,0	0,047	9,0	7,0-10,0	9,0	7,0-9,0	0,007	8,0	6,0-9,0	8,0	6,0-10,0	0,007	8,0	6,0-9,0	8,0	6,0-10,0	0,007	8,0	6,0-10,0	0,916
3	Отсутствие учебников	5,0	2,0-7,0	5,0	2,0-7,0	0,861	7,0	2,0-9,0	4,0	0,0-5,0	0,049	7,0	3,0-9,0	7,0	3,0-9,0	0,049	7,0	3,0-9,0	7,0	3,0-9,0	0,049	7,0	3,0-9,0	0,893
4	Непонятные, скучные учебники	5,0	1,0-6,0	4,0	1,0-6,0	0,989	9,0	5,0-9,0	3,0	3,0-6,0	0,021	5,0	4,0-9,0	6,0	3,0-8,0	0,021	5,0	4,0-9,0	6,0	3,0-8,0	0,021	5,0	4,0-9,0	0,798
5	Жизнь вдали от родителей	0,0	0,0-5,0	0,5	0,0-5,0	0,844	4,0	0,0-6,0	1,0	1,0-7,0	0,612	4,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	0,612	4,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	0,612	4,0	0,0-5,0	1,0
6	Нехватка денег	2,0	0,0-5,0	2,5	0,0-5,0	1,0	7,0	5,0-9,0	8,0	4,0-10,0	0,612	4,0	0,0-8,0	2,0	0,0-7,0	0,612	4,0	0,0-8,0	2,0	0,0-7,0	0,612	4,0	0,0-8,0	0,272
7	Трудности организации режима дня	4,0	2,0-6,0	4,0	3,0-5,0	0,658	8,0	5,0-10,0	8,0	5,0-9,0	0,402	8,0	6,0-9,0	5,0	3,0-5,0	0,402	8,0	6,0-9,0	5,0	3,0-5,0	0,402	8,0	6,0-9,0	0,005
8	Нерегулярное питание	5,0	1,0-7,0	4,0	1,0-6,0	0,046	7,0	7,0-9,0	7,0	5,0-8,0	0,046	7,0	7,0-9,0	7,0	5,0-8,0	0,046	7,0	7,0-9,0	7,0	5,0-8,0	0,046	7,0	7,0-9,0	0,812
9	Проблемы проживания в общежитии	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	1,0	0,0	0,0-6,0	0,0	0,0-5,0	0,855	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-5,0	0,855	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-5,0	0,855	0,0	0,0-3,0	0,422
10	Конфликты в группе	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-2,0	0,197	1,0	0,0-2,0	1,0	0,0-4,0	0,715	3,0	0,0-5,0	6,0	0,0-8,0	0,715	3,0	0,0-5,0	6,0	0,0-8,0	0,715	3,0	0,0-5,0	-0,012
11	Много времени готовиться к занятиям	6,0	5,0-7,0	5,0	3,0-6,0	0,058	9,0	5,0-10,0	8,0	5,0-9,0	0,345	8,0	5,0-9,0	6,0	3,0-9,0	0,345	8,0	5,0-9,0	6,0	3,0-9,0	0,345	8,0	5,0-9,0	0,183
12	Нежелание учиться	1,0	0,0-4,0	2,0	1,0-5,0	-0,009	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-8,0	-0,009	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-8,0	-0,009	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-8,0	-0,009	5,0	3,0-8,0	0,905
13	Разочарование в будущей профессии	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,93	3,0	2,0-7,0	4,0	0,0-6,0	0,161	3,0	0,0-3,0	2,0	0,0-5,0	0,161	3,0	0,0-3,0	2,0	0,0-5,0	0,161	3,0	0,0-3,0	0,674
14	Стеснительность, застенчивость	2,0	0,0-3,0	1,0	0,0-4,0	0,386	6,0	2,0-9,0	8,0	4,0-9,0	0,398	4,0	1,0-10,0	5,0	3,0-9,0	0,398	4,0	1,0-10,0	5,0	3,0-9,0	0,398	4,0	1,0-10,0	0,575
15	Страх перед будущим	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	0,297	9,0	8,0-9,0	8,0	6,0-9,0	0,528	7,0	4,0-10,0	6,0	3,0-8,0	0,528	7,0	4,0-10,0	6,0	3,0-8,0	0,528	7,0	4,0-10,0	0,097
16	Проблемы в личной жизни	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	0,862	6,0	2,0-9,0	8,0	1,0-10,0	0,735	8,0	0,0-10,0	5,0	2,0-5,0	0,735	8,0	0,0-10,0	5,0	2,0-5,0	0,735	8,0	0,0-10,0	0,102
17	Нерациональное расписание занятий	4,0	2,0-6,0	3,0	1,0-3,0	0,1	7,0	4,0-8,0	4,0	0,0-7,0	0,046	8,0	5,0-9,0	8,0	3,0-8,0	0,046	8,0	5,0-9,0	8,0	3,0-8,0	0,046	8,0	5,0-9,0	0,332
18	Много занятий в день	4,0	1,0-5,0	2,0	1,0-5,0	0,2	6,0	1,0-6,0	2,0	1,0-6,0	0,345	7,0	2,0-8,0	2,0	0,0-7,0	0,345	7,0	2,0-8,0	2,0	0,0-7,0	0,345	7,0	2,0-8,0	0,277

Здесь и далее: ПЗ – психически здоровые; ПР – психические расстройства; СКР – субклинические реакции.

Анализ изменения выраженности симптомов учебного стресса после реализации программы «Стресс-менеджмент» (Таблица 8.2.16) показал, что основные изменения произошли в группе студентов с психическими расстройствами. У них снизилась выраженность отвлекаемости, наплывов посторонних мыслей, подавленного настроения, тревоги, сниженной самооценки, затрудненного дыхания и дискомфорта в области сердца. В группе студентов с субклиническими реакциями снизилось ощущение беспомощности, отвлекаемости, наплывов посторонних мыслей, тревоги и ощущения нехватки времени. Среди психически здоровых студентов уменьшилось ощущение нехватки времени, снижение самооценки.

Анализ изменения значимости приемов совладания с учебным стрессом после реализации программы «Стресс-менеджмент» (таблица 8.2.17) показал, что в группе студентов с психическими расстройствами выросла значимость чтения художественной литературы, среди лиц с субклиническими реакциями – выросла значимость прогулок на свежем воздухе и снизилась значимость приема настоев лекарственных трав. Среди психически здоровых студентов возросла значимость прогулок на свежем воздухе.

Анализ изменения выраженности симптомов предэкзаменационного стресса после реализации программы «Стресс-менеджмент» (Таблица 8.2.18) показал, что в группе студентов с психическими расстройствами снизилась выраженность напряжения в мышцах тела, а среди лиц с субклиническими реакциями – снизилась выраженность тревоги.

Таблица 8.2.16 – Выраженность симптомов учебного стресса у студентов-медиков экспериментальной группы в зависимости от наличия психических расстройств до и после коррекции

№ п/п	Симптомы учебного стресса	ПЗ				ПЗ				ИР				ИР				СКР				СКР до-после p=
		до		после		до		после		до		после		до		после		до		после		
		Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	
1	Ощущение беспомощности	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	0,281	7,0	4,0-9,0	6,0	1,0-6,0	0,128	7,0	4,0-8,0	3,0	2,0-5,0	0,009						
2	Напады посторонних мыслей	2,0	1,0-5,0	2,0	0,0-4,0	0,294	8,0	6,0-9,0	2,0	0,0-6,0	0,025	5,0	4,0-8,0	4,0	1,0-6,0	0,015						
3	Повышенная отвлекаемость	2,0	1,0-5,0	3,0	1,0-5,0	0,437	7,0	5,0-8,0	5,0	2,0-8,0	0,043	7,0	5,0-8,0	4,0	2,0-5,0	0,005						
4	Раздражительность, обидчивость	2,0	1,0-4,0	2,0	0,0-4,0	0,668	7,0	5,0-7,0	2,0	1,0-7,0	0,068	3,0	1,0-8,0	4,0	1,0-6,0	0,812						
5	Плохое настроение, депрессия	2,0	1,0-4,0	2,0	0,0-4,0	0,684	7,0	6,0-9,0	4,0	2,0-4,0	0,042	5,0	2,0-9,0	5,0	2,0-6,0	0,109						
6	Страх, тревога	1,0	0,0-4,0	1,0	0,0-4,0	0,135	7,0	6,0-8,0	4,0	2,0-5,0	0,029	5,0	2,0-9,0	4,0	0,0-6,0	0,022						
7	Потеря уверенности, сниж самооценки	2,0	0,0-4,0	0,0	0,0-3,0	0,007	8,0	7,0-8,0	5,0	3,0-7,0	0,036	5,0	3,0-9,0	4,0	2,0-5,0	0,052						
8	Постоянная нехватка времени, спешка	3,0	2,0-6,0	3,0	1,0-5,0	0,034	9,0	7,0-9,0	8,0	3,0-9,0	0,441	7,0	6,0-10,0	6,0	4,0-7,0	0,045						
9	Плохой сон	3,0	1,0-6,0	2,0	0,0-5,0	0,121	9,0	7,0-9,0	2,0	2,0-8,0	0,058	5,0	2,0-10,0	4,0	2,0-5,0	0,197						
10	Проблемы общения с преподавателями	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-2,0	0,485	2,0	1,0-5,0	1,0	0,0-5,0	0,418	1,0	0,0-7,0	2,0	0,0-5,0	0,866						
11	Тахикардия, боли в сердце	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-2,0	0,601	4,0	2,0-5,0	1,0	0,0-3,0	0,018	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-2,0	0,173						
12	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-3,0	0,362	2,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,043	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	0,855						
13	Проблемы с ЖКТ	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,266	1,0	0,0-5,0	2,0	0,0-3,0	0,799	0,0	0,0-5,0	0,0	0,0-5,0	0,285						
14	Напряжение или дрожание мышц	0,5	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,695	4,0	2,0-6,0	0,0	0,0-3,0	0,176	2,0	0,0-5,0	0,0	0,0-0,0	0,075						
15	Головные боли	3,0	1,0-5,0	3,0	0,0-5,0	0,262	5,0	2,0-7,0	1,0	0,0-9,0	0,192	4,0	3,0-7,0	4,0	2,0-5,0	0,221						
16	Повышенная утомляемость	2,0	1,0-5,0	3,0	0,0-4,0	0,367	5,0	3,0-10,0	8,0	3,0-9,0	0,674	5,0	4,0-6,0	3,0	2,0-7,0	0,085						

Таблица 8.2.17 – Преобладающие приемы совладания с учебным стрессом студентами экспериментальной группы медиками в зависимости от наличия психических расстройств до коррекции

№ п/п	ПЗ				ПЗ				ИП				ИП				СКР				СКР до-после р=
	до коррекции		после коррекции		до коррекции		после коррекции		до коррекции		после коррекции		до коррекции		после коррекции		до коррекции		после коррекции		
	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	Me	Q25-75	
1	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-2,0	0,08	1,0	0,0-5,0	0,0	0,0-3,0	0,5	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	0,144						
2	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	1,0	0,0	0,0-5,0	0,0	0,0-5,0	–	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	–						
3	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	–	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	–	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	–						
4	2,0	0,0-4,0	2,0	0,0-4,0	0,058	2,0	0,0-8,0	1,0	0,0-6,0	0,345	2,0	0,0-4,0	3,0	0,0-6,0	0,262						
5	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	0,627	0,0	0,0-5,0	1,0	0,0-4,0	0,5	3,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	0,483						
6	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	0,08	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	0,589	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	0,5						
7	1,0	0,0-4,0	2,0	1,0-5,0	0,292	6,0	0,0-8,0	1,0	1,0-8,0	0,779	1,0	0,0-7,0	1,0	0,0-8,0	0,685						
8	4,0	2,0-7,0	4,0	1,0-7,0	0,673	1,0	0,0-4,0	2,0	0,0-7,0	0,446	2,0	0,0-5,0	3,0	0,0-5,0	0,262						
9	5,0	4,0-8,0	7,0	3,0-9,0	0,718	1,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	0,787	7,0	4,0-10,0	5,0	4,0-8,0	0,26						
10	5,0	3,0-7,0	6,5	4,0-9,0	-0,002	2,0	0,0-6,0	2,0	0,0-9,0	0,463	6,0	3,0-7,0	8,0	4,0-10,0	-0,042						
11	3,0	0,0-7,0	4,0	1,0-8,0	0,238	3,0	0,0-6,0	3,0	1,0-7,0	0,675	4,0	2,0-7,0	3,0	1,0-7,0	0,767						
12	2,0	0,0-6,0	2,0	0,0-6,0	0,789	1,0	0,0-5,0	5,0	0,0-6,0	0,225	4,0	1,0-8,0	5,0	0,0-7,0	0,514						
13	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,451	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	0,109	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-3,0	0,402						
14	3,0	2,0-5,0	4,0	1,0-6,0	0,592	4,0	3,0-7,0	3,0	2,0-6,0	0,477	6,0	2,0-9,0	5,0	3,0-7,0	0,476						
15	3,0	1,0-5,0	3,0	1,0-5,0	0,737	2,0	0,0-4,0	6,0	2,0-7,0	-0,017	7,0	0,0-8,0	4,0	1,0-8,0	0,674						
16	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	0,701	0,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,345	4,0	1,0-7,0	1,0	0,0-5,0	0,035						
17	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	0,398	0,0	0,0-6,0	0,0	0,0-0,0	0,108	0,0	0,0-4,0	0,0	0,0-1,0	0,236						

Таблица 8.2.18 – Выраженность симптомов предэкзаменационного стресса у студентов-медиков экспериментальной группы в зависимости от наличия психических расстройств до и после коррекции

№ п/п	Учебные стрессовые факторы			ПЗ			ПЗ			ИП			ИП			СКР			СКР до-после р=		
				до коррекции		после коррекции	до коррекции		после коррекции	до коррекции		после коррекции	до коррекции		после коррекции	до коррекции		после коррекции			
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me		Q ₂₅₋₇₅	Me		Q ₂₅₋₇₅	Me		Q ₂₅₋₇₅	Me		Q ₂₅₋₇₅	Me			Q ₂₅₋₇₅	
	8,0	6,0-10,0	7,0	5,0-8,0	0,063	9,0	8,0-10,0	8,0	7,0-9,0	0,345	10,0	8,0-10,0	10,0	9,0-10,0	0,789						
1	Учащенное сердцебиение	4,0	2,0-6,0	3,0	1,0-7,0	0,387	6,0	5,0-9,0	7,0	1,0-8,0	0,271	7,0	4,0-8,0	7,0	3,0-8,0	0,362					
2	Перебои в работе сердца	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,381	3,0	2,0-3,0	3,0	0,0-7,0	0,294	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	0,401					
3	Затрудненное дыхание	0,0	0,0-4,0	0,0	0,0-3,0	0,807	5,0	3,0-7,0	3,0	0,0-7,0	0,248	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-3,0	0,916					
4	Затруднен глубокий вдох	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-2,0	0,062	1,0	0,0-5,0	5,0	0,0-7,0	0,529	0,0	0,0-4,0	2,0	0,0-4,0	0,554					
5	Неудовлетворенность вдохом	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-2,0	0,601	3,0	1,0-5,0	2,0	0,0-6,0	0,674	0,0	0,0-4,0	2,0	0,0-3,0	0,916					
6	Напряжение в мышцах тела	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-4,0	0,581	7,0	5,0-8,0	2,0	0,0-3,0	0,017	1,0	0,0-6,0	1,0	0,0-5,0	0,313					
7	Дрожание мышц	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-4,0	0,963	6,0	2,0-9,0	2,0	0,0-7,0	0,128	7,0	0,0-9,0	1,0	0,0-7,0	0,075					
8	Учащенное мочеиспускание	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-1,0	0,196	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-3,0	0,361	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-1,0	0,172					
9	Головные боли	3,0	0,0-5,0	3,0	1,0-5,0	0,568	6,0	6,0-8,0	3,0	0,0-8,0	0,224	7,0	3,0-8,0	6,0	4,0-8,0	0,612					
10	Тревога, страх	4,0	2,0-6,0	3,0	0,0-7,0	0,147	9,0	7,0-9,0	8,0	5,0-9,0	0,208	8,0	8,0-10,0	7,0	5,0-8,0	0,012					
11	Подавленное настроение	4,0	1,0-7,0	3,0	0,0-6,0	0,143	9,0	7,0-9,0	7,0	4,0-8,0	0,085	8,0	5,0-10,0	7,0	5,0-8,0	0,058					
12	Затрудненное засыпание	3,0	0,0-6,0	3,0	0,0-6,0	0,281	9,0	5,0-10,0	6,0	5,0-7,0	0,293	9,0	0,0-10,0	4,0	1,0-5,0	0,083					
13	Неприятные сновидения	1,0	0,0-3,0	0,0	0,0-3,0	0,489	5,0	0,0-9,0	2,0	0,0-4,0	0,076	7,0	0,0-10,0	3,0	2,0-8,0	0,514					

Таким образом, что в экспериментальной и в группе сравнения большая часть студентов отметили субъективное улучшение своего психологического статуса. При этом большинство число студентов экспериментальной группы стали лучше понимать причины возникновения проблемных ситуаций, осознали свои способности и возможности справляться с ними, научились решать проблемы повседневной жизни и находить выходы из конфликтных ситуаций. При этом вероятность формирования таких изменений более чем в 2 раза выше у тех, кто проходил тренинг. У студентов экспериментальной группы достоверно снизилась значимость большой учебной нагрузки, трудности организации режима дня, необходимость тратить много времени на подготовку к занятиям, нерациональное расписание, большое количество занятий в день, нерегулярное питание, конфликты в группе, нежелание учиться, страх перед будущим. Значимо снизилась выраженность психических (чувство беспомощности, расстройство внимания, подавленное настроение, тревога, страх, неуверенность, низкая самооценка, расстройства сна) и психосоматических (учащенное сердцебиение, боли в области сердца, мышечное напряжение, головные боли) симптомов учебного стресса. Значимо снизилась актуальность употребления алкоголя и приема лекарственных препаратов для преодоления учебного стресса и повысилась значимость прогулок на свежем воздухе. У них же снизилась выраженность психологических (волнение перед экзаменами, подавленное настроение, тревога, страх, затрудненное засыпание) и психосоматических (учащенное мочеиспускание, напряжение, дрожание мышц, трудность глубокого вдоха) симптомов предэкзаменационного стресса. Улучшилось общее самочувствие.

Значимо увеличилось число студентов с отсутствием «генерализованной тревоги» – с 32,7% до 63,6% и снизилось число студентов с умеренной и высокой степенью ее выраженности: с 27,2% до 9,1%. Отношение шансов (OR) свидетельствует, что проведение тренинга «Стресс-менеджмент» более чем в 3 раза снижает как общее число лиц с тревогой, так и с умеренной и выраженной ее степенью. Снизилось количество студентов со стрессом с 41,8% до 21,8%. Установлено, что в результате проведения тренинга в 2,6 раза повышается вероятность снижения числа студентов со стрессом.

В то же время у студентов группы сравнения, изучающих дисциплину ПККС в соответствии с учебным планом (не проходившим тренинг) изменилось отношение к восприятию учебной нагрузки, снизился страх перед будущим. У них улучшилась способность к концентрации внимания, значимо снизилась частота психосоматического симптома – «учащенное мочеиспускание» как реакции на экзаменационный стресс. Они чаще стали читать художественную литературу для преодоления учебного стресса. В то же время, употребление алкоголя и лекарств у них осталось на прежнем уровне, что создает угрозу формирования аддиктивного поведения и химических зависимостей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью определения условий формирования и динамики непсихотических психических расстройств и суицидального поведения у студентов-медиков (с учетом транскультуральных различий и доминирующих стратегий реагирования учащихся на стресс) и разработки (на материале студентов-медиков) дифференцированных программ первичной и вторичной психопрофилактики непсихотических психических расстройств, в рамках биопсихосоциального подхода в течение 2010-2018 гг. обследовано 2034 студентов: 735 (36,1%) лиц мужского и 1299 (63,9%) женского пола в возрасте 16-30 ($21,0 \pm 2,2$) лет. Из них: 1384 русскоязычных и 321 иностранный студент медицинского института НИУ БелГУ, 214 русскоязычных студентов Алтайского государственного медицинского университета и 115 – студентов педагогического института НИУ БелГУ.

Исследование проводилось в три этапа:

1 этап – диагностический; 2 этап – выделение симптомов мишеней для психокоррекционной работы, разработка программ «Тайм-менеджмент» и «Стресс-менеджмент». На третьем этапе проводилась реализация и проверка эффективности программ.

В апробации программы «Тайм-менеджмент» участвовали 166 первокурсников в возрасте от 17 до 22. Спустя 1 год в катamnестическом обследовании участвовали 96 второкурсников.

В апробации программы «Стресс-менеджмент» приняли участие 107 студентов в возрасте 18-24 года. В экспериментальную группу вошло 55 студентов, а в контрольную – 52 человека. Группы сопоставимы по возрасту, полу и клинической структуре психических расстройств.

Основными методами исследования были: медико-социологический, психометрический, клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический. Статистическая обработка базы данных проводилась методами непараметрической статистики при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

В результате исследования установлено следующее. Верификация распространенности и клинической структуры психических расстройств у русскоязычных студентов-медиков показала, что в общей сложности они диагностированы у 20% обследованных, причем чаще у студентов 5 курса – 24,4%, чем у первого – 16,2%. Шанс выявления психических расстройств у студентов старших курсов в 1,7 раза выше, чем у младших. В значительном числе случаев – 18,9% регистрировались субклинические донологические реакции, одинаково часто у первокурсников (18,1%) и учащихся 5 курса (19,8%), без гендерных различий.

Среди психических расстройств наиболее часто (без статистически значимых различий) выявлялись резидуально-органические психические расстройства (5,0%), расстройства личности (3,7%), расстройства адаптации (3,5%), неврастения (3,3%), аффективные расстройства настроения (2,7%) и соматоформная вегетативная дисфункция (1,7%). Почти половину среди всех психических расстройств занимали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

У первокурсников с диагнозом «Психически здоров» у 21,3% отмечались явные акцентуации характера: в 17,2% случаях – тревожная, в 1,7% истерическая и по 1,1% – астеническая и гипертимная. У пятикурсников явные акцентуации характера выявлены в 28,1% случаях: тревожные – в 20,7% случаев, истерические – в 4,1% и астенические – 3,3%.

Установлено, что посредством кесарева сечения родились 2,3% психически здоровых первокурсников и 33,3% – с субклиническими реакциями. Различия статистически значимы ($p=0,0005$ OR=21,3).

Треть (32,6%) первокурсников с установленным психиатрическим диагнозом и 2,3% психически здоровых обращались в дошкольном возрасте к представителям «народной медицины» ($p=0,0005$; OR=20,5). Проблемы, с которыми родители обращались к представителям «народной медицины», отражали наличие у детей различных эпизодических проявлений т.н. «психического диатеза» (Коцюбинский А.П., 2017; Незнанов Н.Г. с соавт, 2020): «испуг», «боязнь темноты», «страх огня», «ночные крики», «боязнь собак», «сглаз». Аналогичные данные получены и в отношении студентов с субклиническими реакциями – 27,1% ($p=0,0005$ OR=15,8).

По самооценке психического статуса 26,8% студентов-медиков 1 курса отметили наличие «проблем психологического уровня», а 5,3% – «симптомов расстройств психической сферы», в то время как пятикурсники – соответственно 58,3% и 10,3% ($p=0,000$). При этом студенты 5-го курса в 9,2% обращались за помощью к частнопрактикующим врачам-психиатрам, психотерапевтам и психологам, а 12,9% – за психиатрической помощью к сотрудникам кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии НИУ БелГУ.

Изучение субъективной значимости учебных стрессовых факторов показало, что для студентов-медиков 1 курса с НПР, по сравнению с психически здоровыми, более значимыми были «строгость преподавателей» ($p=0,003$), затруднения в освоении учебного материала ($p=0,000$), «трудности организации режима дня» ($p=0,000$), «застенчивость и стеснительность» ($p=0,000$) и конфликты ($p=0,000$), а при субклинических реакциях – «строгость преподавателей» ($p=0,05$) и «проблемы в личной жизни» ($p=0,001$).

Для студентов-медиков 5 курса с НПР, по сравнению с психически здоровыми, более значимыми были «высокая учебная нагрузка» ($p=0,003$), «трудности организации режима дня» ($p=0,009$), «нежелание учиться» ($p=0,008$), «разочарование в профессии» ($p=0,000$), а также

«страх перед будущим» ($p=0,000$). Аналогичные данные получены и у студентов с субклиническими реакциями ($p<0,03$).

Среди факторов учебного стресса для психически здоровых студентов-медиков 1 курса, по сравнению с 5 курсом, большее значение имели высокая учебная нагрузка ($p=0,000$), трудности организации режима дня ($p=0,017$), нерациональное расписание ($p=0,034$) и «жизнь вдали от родителей» ($p=0,006$), а для пятикурсников – нежелание учиться ($p=0,019$), разочарование в профессии ($p=0,000$), страх перед будущим ($p=0,001$) и конфликты со сверстниками ($p=0,009$).

Установлено, что если студенты-медики 1 курса с НПП более остро воспринимали строгость преподавателей ($p=0,013$), жизнь вдали от родителей ($p=0,046$), конфликты со сверстниками ($p=0,023$) и высокую учебную нагрузку ($p=0,007$), то для пятикурсников с НПП наиболее значимым было нежелание учиться ($p=0,009$) и разочарование в профессии ($p=0,000$).

Анализ субъективной оценки степени выраженности симптомов учебного стресса показал, что у студентов-медиков 1 курса с НПП и с субклиническими реакциями, по сравнению со здоровыми, все жалобы носили более дифференцированный характер ($p<0,045$). Кроме того, при НПП, по сравнению с субклиническими реакциями, были более выраженными «ощущение беспомощности» ($p=0,012$), «тематический ментизм» ($p=0,011$), «мышечное напряжение» ($p=0,026$) и «проблемы общения с преподавателями» ($p=0,047$).

У студентов-медиков 5 курса, при НПП и субклинических реакциях, по сравнению со здоровыми, были более выраженными все симптомы учебного стресса ($p<0,001$). У студентов с НПП по сравнению с субклиническими реакциями более выраженными были: «плохое настроение» ($p=0,001$), «тревога» ($p=0,000$), «потеря уверенности» ($p=0,002$), «нехватка времени» ($p=0,036$), а также «повышенная утомляемость» ($p=0,009$), «боли в области сердца» ($p=0,003$) и «дрожание мышц» ($p=0,01$).

Факторный анализ симптомов учебного стресса у студентов-медиков 1-го курса с НПП выявил 3 значимых фактора (59,6% дисперсии): «Астения», «Психосоматические симптомы» и «Головная боль». У психически здоровых выделено 4 фактора (63,4% дисперсии): «Тревожная субдепрессия», «Психосоматические симптомы», «Отвлекаемость внимания» и «Нарушения сна».

У студентов 5-го курса с НПП выделено 5 факторов (73,3% дисперсии): «Расстройство внимания», «Психосоматические симптомы», «Нарушение сна и его последствия», «Проблемы общения с преподавателями» и «Раздражительность». У психически здоровых выделено 4 фактора (66,2% дисперсии): «Астения», «Психосоматические симптомы», «Тематический ментизм» и «Тревога».

Среди **способов совладания с учебным стрессом** у психически здоровых студентов-медиков 1 курса более значимыми, чем для сверстников с НПП, были «поддержка родителей»

($p=0,000$), «прогулки на воздухе» ($p=0,021$) и «занятия спортом» ($p=0,018$). Больше число студентов с НПП прибегали к табакокурению ($p=0,016$), серфингу в сети Интернет ($p=0,048$) и приему нерецептурных седативных препаратов ($p=0,001$).

Пятикурсники-медики с НПП чаще принимали лекарственные препараты ($p=0,000$) и настои трав ($p=0,000$), чем психически здоровые, которые предпочитали использовать конструктивные способы адаптации.

Факторный анализ способов преодоления учебного стресса студентами-медиками 1-го курса с НПП выявил 4 фактора (55,2% дисперсии): «Физическая активность», «Времяпрепровождение в сети Интернет», «Прием нерецептурных седативных лекарств» и «Употребление алкоголя». У психически здоровых первокурсников выявлено 7 факторов (65,5% дисперсии) – кроме способов, аналогичных выявленным у первокурсников с НПП, значимость имели «Компьютерные игры», «Общение с друзьями» и «Прием транквилизаторов».

У пятикурсников с НПП выявлено 5 факторов (73,3% дисперсии), преимущественно неконструктивных: «Физическая пассивность», «Употребление алкоголя» и «Табакокурение», «Прием седативных лекарств» и «Общение с друзьями». У психически здоровых студентов 5 курса выявлено 6 факторов (68,2% дисперсии): «Физкультура», «Прием лекарств», «Общение с друзьями». Значительную часть занимали 3 фактора пассивного времяпрепровождения – 23,8% дисперсии.

Степень выраженности предэкзаменационного напряжения у первокурсников-медиков была 9,0 баллов по медианному показателю, более выраженная ($p=0,017$) у лиц с субклиническими реакциями ($Q_{25-75} = 8,0-10,0$), чем у психически здоровых ($Q_{25-75} = 7,0-9,0$). У студентов с НПП, по сравнению с психически здоровыми, были более выраженными «затрудненное дыхание» ($p=0,000$), «дрожание мышц» ($p=0,026$), «учащенное мочеиспускание» ($p=0,01$), «головные боли» ($p=0,004$), «подавленное настроение» ($p=0,011$) и «неприятные сновидения» ($p=0,000$), а в сравнении с субклиническими реакциями – «неудовлетворенность вдохом» ($p=0,025$) и «неприятные сновидения» ($p=0,035$).

Выраженность волнения перед экзаменами у студентов-медиков 1-го и 5-го курса была одинаковой – 9 баллов (Me). При этом у лиц с НПП все симптомы предэкзаменационного стресса были более выраженными ($p<0,001$), чем у психически здоровых, и половина – по сравнению с лицами с субклиническими реакциями (преимущественно психосоматические симптомы со стороны дыхательной системы и аффективные нарушения). У студентов с субклиническими реакциями, по сравнению со здоровыми, были более выраженными подавленное настроение ($p=0,003$), расстройства сна ($p=0,011$), головные боли ($p=0,015$), учащенное мочеиспускание ($p=0,015$) и тахикардия ($p=0,01$).

Факторный анализ симптомов предэкзаменационного стресса у студентов-медиков 1-го курса с НПР выявил 3 фактора (62,5% дисперсии): «Психосоматические симптомы мышечные», «Тревожность» и «Нарушения сна». У психически здоровых выявлено 4 фактора (62,6% дисперсии) – Психосоматические симптомы («Легочной системы», «Мочевыделительной системы» и «Дрожание мышц»), а также «Подавленное настроение».

У студентов 5-го курса с НПР выявлено 4 значимых фактора (74,1% дисперсии): Психосоматические симптомы отдельно дыхательной и мышечной системы, «Нарушения сна» и «Тревожность». У психически здоровых выявлено 3 фактора (69,1% дисперсии): «Тревога с расстройством сна» и «Психосоматические симптомы» отдельно дыхательной системы и мышечной.

Психометрическое обследование 724 русскоязычных (РС) и 321 – иностранных (ИС) студентов-медиков показало следующее.

Депрессия (по DASS-21) выявлялась у 28,7% РС и 17,8% ИС ($p=0,0009$ OR=1,9), клинического уровня – в 7,3% и 2,5% случаев соответственно. У 3% РС выявлена крайне тяжелая депрессия, которая мешала им справляться с повседневными делами и учебой. Изучение 6-летней динамики выраженности депрессии показало, что на 1 курсе клинический ее уровень выявлялся одинаково часто у РС и ИС.

В дальнейшем у РС отмечался рост числа студентов с клинически выраженной депрессией до 16,9% к пятому курсу и 12,3% – к шестому курсу. У ИС ее частота оставалась одинаковой (от 2,4% на 1 курсе до отсутствия на 6 курсе). Депрессия в совокупности у РС нарастала с 19,2% на 1 курсе до 37,8% – у шестикурсников. У ИС наоборот, выявлена четкая тенденция к снижению числа студентов с депрессией с 31% (на первом курсе) до 5% на шестом курсе.

У РС депрессия сочеталась с тревогой реже ($p=0,003$ OR=3,1) – 60,1% случаев, чем у ИС (82,5%), чаще ($p=0,009$ OR=2,3) оказывалась имплицитированным со стрессом – соответственно 70,7% и 50,8% случаев и одинаково часто с социофобией – 60,6% и 56,1%.

Тревога (по DASS-21) выявлялась одинаково часто: 34,3% – у РС и 34% – ИС, а клинический ее уровень у 10,1% и 9,6% соответственно. У РС тревога чаще ($p=0,006$ OR=1,7) выявлялась среди лиц женского пола – 37,2% случаев, чем мужского – 25,7% (с шансом в 1,7 раза выше).

Верификация динамики тревоги показала, что на 1 курсе она встречалась чаще ($p=0,019$ OR=2,0) у ИС – 48,8% случаев, чем у РС – в 32,2% – что связано с синергизмом миграционного и учебного стресса.

Ко второму курсу распространенность тревоги была одинаковой (35-35,5%), с 3 по 5-й – без значимых различий, а на шестом – статистически значимо ($p=0,003$ OR=5,1) превалировала у РС – 31,7% случаев, чем у ИС – 8,4%. Некоторое повышение клинического уровня тревоги на

3 курсе у ИС было связано с необходимостью нового для них характера учебной деятельности – необходимости общаться на клинических кафедрах с пациентами.

У РС и ИС тревога сочеталась с депрессией и социофобией одинаково часто: 50,4% – 43,1% и 56,5% – 51,4% случаев соответственно. Тревога чаще ($p=0,0005$; $OR=2,9$) сочеталась со стрессом у РС – 66,9% случаев, чем у ИС – 40,4%.

Симптомы социофобии (по SPIN) выявлялись одинаково часто у РС – 33,7% и ИС – 28%. У РС социофобии чаще ($p=0,003$ $OR=1,9$) наблюдались у лиц женского пола – 37,1% человек, чем мужского – 24,1%. Клинически значимый уровень социофобии регистрировался у 15% РС и 10,6% ИС.

Изучение динамики социофобий в зависимости от курса обучения студентов показало, что если на 1 курсе они выявлялись одинаково часто у РС и ИС: 33,6% и 45,2% – то на 5 и 6 курсах у РС их частота была статистически значимо выше: соответственно 46% и 27,7% ($p=0,043$ $OR=2,2$) и 42,7% и 10% ($p=0,0006$ $OR=6,7$).

Социофобии были ассоциированы с депрессией в 53,3% случаев у РС и 58,9% – у ИС, и тревогой 61,9% случаев у РС и 62,2% – у ИС. У РС социофобии чаще ($p=0,003$ $OR=2,2$), чем у ИС, сочетались с дистрессом – соответственно в 60,7% и 41,1%.

Изучение суицидального поведения показало, что по числу студентов, имеющих суицидальные попытки в анамнезе, РС статистически значимо ($p=0,022$ $OR=3,1$) превосходили ИС: соответственно 4,7% и 1,6% случаев (с шансом в 3 раза выше). Внутренние формы суицидального поведения (Амбрумова А.Г., 1980) также встречались чаще ($p=0,004$; $OR=1,6$) у РС – 32,7% случаев, чем у ИС – 23,4% (с шансом в 1,6 раза выше). Суицидальные попытки совершались до поступления в медицинский институт как РС, так и ИС: в возрасте соответственно 10-23 ($16,4\pm 3,0$) и 16-19 ($17,0\pm 1,4$) лет (различия статистически не значимые).

У РС с суицидальным поведением в анамнезе (таблица 3) преимущественно диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 70,5%, расстройства личности – 7,4%, и донозологические реакции – 22,1%. При этом наиболее часто выявлялись социофобии – 14% и кратковременная депрессивная реакция (13,6%).

У ИС с суицидальным поведением в анамнезе преимущественно диагностировались донозологические реакции – 65,0%, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 28,5% и расстройства личности – 6,3%.

Значимость учебных стрессовых факторов была статистически значимо более выраженной у РС и ИС с суицидальным поведением в анамнезе, по сравнению со сверстниками без суицидального поведения. Для РС большее значение имела высокая учебная нагрузка, нежелание учиться и разочарование в будущей профессии, а для ИС – «отсутствие учебников», «жизнь

вдали от родителей», «нерегулярное питание» и «проблемы совместного проживания в общезжитии».

Степень выраженности симптомов учебного стресса у РС и ИС с суицидальным поведением в анамнезе статистически значимо превосходила таковую у сверстников без него. При этом РС обнаруживали более выраженные симптомы, чем ИС.

Факторный анализ симптомов учебного стресса у РС выявил 3 фактора: «астения» (44,7%), «психосоматические симптомы» (11,2%) и «цейтнот» (6,3%) с одинаковой дисперсией в группе с суицидальным поведением и без него. Значимость имели только большая степень выраженности симптомов у лиц с суицидальным поведением в анамнезе, что дает основание утверждать о более высокой чувствительности их к учебному стрессу.

У ИС с суицидальным поведением в анамнезе выделено 2 фактора: «астено-невротический» (41,6%) и «психосоматический» (15,7%) с одинаковой дисперсией как в группе с суицидальным поведением, так и без него.

Для устранения симптомов учебного стресса РС с суицидальным поведением в анамнезе чаще, чем их сверстники без суицидального поведения, употребляли алкоголь, курили сигареты, а также принимали лекарства. ИС чаще употребляли настои трав и нерецептурные седативных препараты.

Выраженность волнения перед экзаменами у РС ($Me=9,0$) и ИС ($Me=7,0$) с суицидальным поведением в анамнезе была статистически значимо выше, чем у сверстников без суицидального поведения: соответственно $Me=8,0$ ($p=0,031$) и $Me=6,0$ ($p=0,002$). Выше была и степень выраженности симптомов предэкзаменационного стресса у РС и ИС с суицидальным поведением в анамнезе.

У РС с суицидальным поведением в анамнезе степень волнения перед экзаменами была статистически значимо выше ($p=0,000$) чем у ИС ($Me=9,0$ и $Me=6,0$), также как и выраженность всех симптомов предэкзаменационного стресса.

Клинически выраженная депрессия наблюдалась у 15,5% РС и 7,6% – ИС с суицидальным поведением в анамнезе, а тревога соответственно у 32,2% и 27,5%. Дистресс наблюдался чаще ($p=0,042$ OR=1,8) у РС – 39,4%, чем ИС – 26,3% случаев.

Для верификации **влияния физического насилия, перенесенного в дошкольном возрасте** на формирование личностных особенностей и суицидального поведения обследовано 275 русскоязычных студентов-медиков 5 курса. Установлено, что в 30,9% случаев в дошкольном возрасте они перенесли физическое насилие: выраженное (5-10 баллов) – 9,1% и легкое (2-4 балла) – 21,8%. Во всех случаях выраженное физическое насилие сочеталось с психологическим: в 76% случаев с выраженным и в остальных 24% – с легким.

Перенесшие насилие по всем социальным параметрам были статистически значимо более фрустрированы, чем сверстники из благополучных семей. У них чаще ($p=0,0005$ $OR=4,1$) – в 63,5% случаев – выявлялся средний уровень враждебности, чем у проживающих в благоприятных условиях – 29,9%.

У перенесших насилие уровень самоуважения ($Me=29$) был статистически значимо ниже ($p=0,000$), чем у воспитывающихся в благоприятных условиях ($Me=32$). Он был высоким у 63,7% проживающих в гармоничных семьях и 35,3% – перенесших насилие ($p=0,001$ $OR=3,2$).

В группе с перенесенным насилием чаще (52,9% случаев при $p=0,0005$ $OR=4,1$) регистрировалось суицидальное поведение в анамнезе (в т.ч. – 8,3% суицидальные попытки), чем в случае отсутствия насилия в преморбиде (21,7%). В течение последнего года у 20% лиц, перенесших насилие, имели место суицидальные мысли.

Изучение факторов риска формирования НПР показало, что общий дистресс был присущ 34,5% РС и 17,1% – ИС ($p=0,002$ $OR=1,6$). В динамике на 1-м курсе уровень дистресса у РС и ИС был примерно одинаков, а начиная со второго курса выраженность у ИС снижалась, доходя до минимума к 6-у курсу, а у РС оставалась на одном уровне.

Факторный анализ учебных стрессовых факторов показал, что у РС 1-го курса 5 факторов – «трудности режима», «бытовые проблемы», «низкая мотивация», «высокая нагрузка» и «жесткие требования» объясняли 66,6% дисперсии. У РС 6 курса 69,7% дисперсии объясняли 4 фактора – «учебная нагрузка», «личные проблемы», «учебные проблемы» и «разочарование в профессии».

Для ИС 1-го курса выявлено 5 факторов (60,6% дисперсии) – «сложность обучения», «разочарование в профессии», «жесткие требования», «личные проблемы» и «трудности режима». У ИС 6-го курса выявлено 4 фактора (65,7% дисперсии) – «личные проблемы», «напряженность учебного процесса», «сложность учебного процесса», «жесткие требования».

Факторный анализ симптомов учебного стресса показал, что сквозным для РС всех курсов был фактор «психосоматические симптомы», к которому добавлялись на 1-3 и 6-м курсах фактор «астено-депрессивные состояния», на 4 – «напряженность» и «тревога», на 5 – «расстройства внимания» и «дефицит времени». У ИС фактор «психосоматические симптомы» также был сквозным для всех курсов, к которому на 1-2 и 4-5 курсах присоединялся фактор «астено-депрессивные состояния», на 3-м – «астения» и «расстройства сна», на 5-м – «астения».

Наряду с конструктивными способами адаптации, значительное число РС и ИС курили табак – 22,6% и 22,4%; употребляли алкоголь – 49,0% РС и 26,5% ИС ($p=0,0005$ $OR=2,7$), принимали седативные препараты – 45,6% РС и 52,0% ИС.

Степень волнения перед экзаменами у РС на всех курсах было 8-9 баллов, статистически значимо выше ($p=0,000$), чем у ИС – 5-7 баллов.

Для 18,3% РС, поступивших в ВУЗ по совету родных, учебные стрессовые факторы воспринимались более остро: нежелание учиться ($p=0,000$), разочарование в профессии ($p=0,000$) и страх перед будущим ($p=0,001$). У них же были более выраженными симптомы учебного стресса: ощущение беспомощности ($p=0,001$), раздражительность ($p=0,000$), подавленное настроение ($p=0,002$), тревога ($p=0,012$), снижение самооценки ($p=0,007$), проблемы с ЖКТ ($p=0,027$). Они чаще употребляли алкоголь ($p=0,008$), курили табак ($p=0,022$), пропускали занятия ($p=0,002$). У них чаще ($p=0,002$; $OR=2,0$) выявлялась депрессия (40,9%), чем у самостоятельно выбравших специальность (26,0%), а также тревога – 43,9% и 32,1% случаев соответственно ($p=0,013$ $OR=1,7$); и симптомы социофобии соответственно 40,9% и 29,9% ($p=0,019$ $OR=1,6$).

Для 25,3% ИС, поступивших по совету родственников, также более значимыми были нежелание учиться ($p=0,011$) и нехватка денег ($p=0,012$), более выраженными оказывались симптомы учебного стресса: тахикардия ($p=0,012$), затрудненное дыхание ($p=0,045$), проблемы с ЖКТ ($p=0,006$), утомляемость ($p=0,017$). У них чаще ($p=0,013$ $OR=2,0$) выявлялись симптомы социофобии (39,5% против 24,2%).

Среди РС разочаровались в профессии врача 21% (от 5,5% на 1 курсе до 32,9% – на шестом), были более значимы все факторы учебного стресса и более выраженные его симптомы ($p<0,03$). Они чаще употребляли алкоголь ($p=0,000$), курили табак ($p=0,003$), пропускали занятия ($p=0,000$). У большего числа из них отмечались головные боли ($p=0,023$), перебои в работе сердца ($p=0,031$), тревога ($p=0,005$), подавленное настроение ($p=0,000$), расстройства сна ($p=0,027$) перед экзаменами. Кроме того, у них чаще ($p=0,004$ $OR=1,8$) выявлялась депрессия (38,8% случаев против 26%), а также тревога ($p=0,002$) – 46,1% и 31,1% случаев, дистресс ($p=0,001$) – 47,4% – 31,1% и симптомы социофобии: соответственно 44,7% и 28,5% ($p=0,008$).

Среди ИС разочаровались во врачебной профессии 16,5%, для них более значимыми, чем для приверженных выбранной профессии, были учебные стрессовые факторы и проблемы общения с преподавателями из-за пропуска занятий ($p=0,041$). Они прибегали к приему седативных лекарственных средств ($p=0,035$).

РС и ИС с депрессией, тревогой и социофобией более остро, чем сверстники без них, воспринимали учебные стрессовые факторы. У них были более выражены все симптомы учебного и предэкзаменационного стресса. Для его преодоления они чаще принимали лекарственные препараты ($p=0,000$), пропускали занятия ($p=0,011$) и употребляли алкоголь ($p=0,000$).

В общей совокупности треть (31,2%) ИС и 17% РС уделяли подготовке к занятиям 1-2 часа в день ($p=0,0005$). Наряду с этим ИС чаще пропускали занятия, имели задолженности с угрозой отчисления из института. Для РС важным было получение хороших оценок, они чаще ($\chi^2=8,412$ $p=0,005$) испытывали средние затруднения при обучении, чем ИС – 37,8% и 28,3% соответственно.

Анализ **способов реагирования на учебный стресс** РС и ИС позволил выделить 7 типов: адаптивный (спорт, прогулки, поддержка родителей), невротический, аффективный, личностный, аддиктивный, психосоматический и суицидальный. Кластерный анализ выявил взаимосвязи между типами реагирования у РС и у ИС. Установлено, что самостоятельным способом адаптации у РС и ИС являлся «Адаптивный». Причем у РС он сочетался с приемом лекарств, суицидальным поведением и компьютерными играми, а у ИС – он являлся объединяющим для всех остальных (у русскоязычных такой – «Общение в социальных сетях»).

Общими для обеих групп были еще два кластера: один включал невротический, личностный и аффективный типы реагирования, а второй – прием алкоголя, табакокурение и психосоматические симптомы, что свидетельствует об однотипности реакций на учебный стресс РС и ИС.

У ИС выделен кластер, включающий компьютерные игры и общение в социальных сетях. Наличие его вполне объяснимо, так как пребывание в чужой стране предполагает потребность общения с родными и друзьями, что реализуется посредством социальных сетей, а в структуру отдыха и развлечения входят компьютерные игры.

В обеих группах особняком стоят еще 2 кластера – прием лекарств и суицидальное поведение. Значимый для совладания со стрессом прием лекарств был присущ для 20% русскоязычных и 19,3% – иностранных студентов.

Суицидальное поведение, как отдельный кластер, в нашей выборке не мотивировалось проблемами в учебе, а было связанным с более глубинными механизмами, о чем свидетельствуют корреляции его с личностным, аффективным и психосоматическим типом реагирования - у русскоязычных студентов и невротическим и аффективным – у иностранных студентов. Адаптивный тип статистически значимо применяло большее число иностранных студентов. В то же время у большего числа русскоязычных студентов выявлялся невротический и аффективный тип реагирования, а также употребление алкоголя и суицидальное поведение.

Сравнительный анализ состояния психического здоровья **поступивших на 1 курс и спустя 5 лет от начала учебы русскоязычных студентов медицинского и педагогического институтов**, показал, что мотивом поступления в ВУЗ у 81% студентов-медиков и 85% студентов-педагогов были собственные убеждения. В течение первого месяца обучения разочаровались в профессии 21% студентов-медиков и 30% студентов-педагогов.

Для студентов-медиков половина учебных стрессовых факторов были более значимой ($p < 0,01$), чем для студентов-педагогов. Для преодоления учебного стресса студенты-медики и студенты-педагоги употребляли алкогольные напитки (37% и 38,3% соответственно), настои трав (27% и 38,3%) и нерецептурные седативные лекарства (27% и 28,7%), курили табак (16% и 8,3%).

Выявлены слабые прямые корреляционные зависимости степени значимости алкоголя со стрессовыми факторами у студентов-медиков: непонятные учебники ($r=0,368$ $p=0,0002$), нежелание учиться ($r=0,307$ $p=0,002$), а у студентов педагогического института – трудности режима дня ($r=0,310$ $p=0,017$) и страх будущего ($r=0,313$ $p=0,017$).

На первом курсе у 52% студентов-медиков и 36,6% студентов-педагогов имели место внутренние формы суицидального поведения в анамнезе, а у 4% и 1,7% соответственно – суицидальные попытки.

На 1-м курсе клинически значимая депрессия выявлялась чаще ($p=0,002$; $OR=6,1$) у студентов-медиков (27%), чем у студентов-педагогов (6,7%), а тревога одинаково часто – соответственно 16% и 13,4%. Дистресс был более характерен для студентов-медиков – 31% случаев, чем для студентов-педагогов – 16,7% ($p=0,044$). Клинически выраженные социофобии выявлялись у 17% студентов-медиков и 8,4% студентов-педагогов.

Депрессия выявлялась статистически достоверно чаще ($p=0,019$) и была более выраженной ($p=0,021$) у студентов-медиков 1 курса, поступивших в институт не по собственной инициативе. У них также чаще выявлялась ($p=0,003$) и была более выраженной ($p=0,004$) тревога. Это свидетельствует о том, что симптомы психического нарушения у них имели место до поступления в ВУЗ и они проявляли несостоятельность в самостоятельном выборе профессии.

Изучение приверженности выбору профессии на 5 курсе показало, что 52,7% студентов педагогического 35,0% – медицинского института ($p=0,047$ $OR=2,0$) выбрали бы другую профессию.

Факторный анализ симптомов учебного стресса у студентов-медиков 5 курса выявил 3 значимых фактора (61,4% дисперсии): астения, психосоматические симптомы и цейтнот. Почти такие же 3 фактора выявлены у студентов педагогического института (76,5% дисперсии): астения, психосоматические и мышечные симптомы.

Установлено, что пятикурсники медицинского института чаще ($p=0,032$), чем педагогического института для преодоления стресса употребляли алкоголь: 58,4% и 40% соответственно, курили табак (27% и 21,8%). Более трети студентов обеих групп принимали нерецептурные седативные лекарства.

Сравнительный анализ состояния психического здоровья студентов-медиков, **обучающихся в медицинских ВУЗах в различных регионах РФ**, показал, что в АГМУ поступили не по собственной инициативе большее число студентов (32,7%), чем в НИУ БелГУ (17,3%). Убеждены на 80-100% в правильности выбора врачебной профессии 56,2% студентов 1 курса НИУ БелГУ и только 43% – пятого ($p=0,037$), а в АГМУ эти цифры составили соответственно: 42,4% на первом курсе и 29,6% – на пятом ($p=0,05$), то есть оказались более низкими, чем в НИУ БелГУ.

По значимости учебных стрессовых факторов для студентов 1 курса по параметру «строгость преподавателей» учащиеся НИУ БелГУ превосходили сверстников из АГМУ, а по всем остальным показателям – наоборот, что связано с большим в АГМУ, чем в НИУ БелГУ, числом поступивших не по собственной инициативе и имеющих в связи с этим проблемы адаптации к учебному процессу.

Выраженность симптомов учебного стресса у первокурсников АГМУ по всем параметрам статистически значимо была более выраженной, чем в НИУ БелГУ, а у студентов 5 курса эти показатели оказались «первернутыми». Более высокие показатели выраженности симптомов учебного стресса у пятикурсников НИУ БелГУ связано с более высоким уровнем учебного стресса у них по сравнению со студентами АГМУ.

Сказанное подтверждается различиями в учебных планах БелГУ и АГМУ: общее количество часов в обоих ВУЗах одинаковое, но количество контактных часов в БелГУ в 1,2 раза превышает таковое в АГМУ. В БелГУ шестидневная учебная неделя, больше часов занятий в день, «плавающее» расписание занятий, не выделяются часы для ликвидации академических задолженностей, меньшая продолжительность каникул.

Выраженность волнения перед экзаменами у студентов 5 курса АГМУ снизилась по сравнению с волнением перед экзаменами студентов первого курса с 8 баллов до 7, а в НИУ БелГУ – наоборот, увеличилась с 8 баллов до 9. Крайне высокий (8-10 баллов) уровень волнения перед экзаменами был характерен для 75,9% студентов НИУ БелГУ и 44,3% – АГМУ. Для совладания с учебным стрессом большее число студентов 1 курса АГМУ, чем студентов 1 курса НИУ БелГУ, употребляли алкоголь – соответственно 18,2% и 4,1%, а на пятом курсе эта разница нивелировалась – соответственно 17,4% и 16,1%.

Депрессия (в совокупности) у студентов 1 курса НИУ БелГУ выявлялась в 19,2% случаев, а у студентов АГМУ более чем в 2 раза чаще – в 44,4% случаев ($p=0,0008$). Клинический уровень депрессии также был более распространен у первокурсников АГМУ, чем НИУ БелГУ (соответственно 33,4% и 8,2%; $p=0,0005$). На 5 курсе клинический уровень депрессии вырос у студентов НИУ БелГУ до 22,6% ($p=0,0006$), а у АГМУ остался на прежнем уровне – 32,2%.

Тревога (в совокупности) у студентов 1 курса АГМУ (51,4%) регистрировалась чаще ($p=0,005$), чем у студентов НИУ БелГУ (32,2%). Аналогично и клинический ее уровень был более распространенным у студентов АГМУ (соответственно 38,3% и 21,9%; $p=0,009$). У студентов АГМУ от 1 курса к пятому отмечалось снижение распространенности клинического уровня тревоги с 38,3% до 27,8%, а у студентов НИУ БелГУ он был стабильным – 21,9%.

Клинический уровень социофобий на 1 курсе встречался одинаково часто у студентов НИУ БелГУ и АГМУ (соответственно 12,3% и 17,1%), однако к 5 курсу в НИУ БелГУ отмечал-

ся рост распространенности социофобий в 2 раза – до 24,1%, а в АГМУ оставался прежний уровень – 19,1%.

С целью первичной и вторичной психопрофилактики формирования НПР и состояний риска дезадаптации, нами разработана программа «**Тайм-менеджмент**» и реализована в рамках дисциплины «Введение в специальность».

Симптомами мишенями были трудности организации режима дня, постоянная нехватка времени, затруднения в выборе литературы для подготовки к занятиям и длительность подготовки к занятиям.

В рамках реализации программы «Тайм-менеджмент» важными аспектами были: ранжирование дел по значимости, организация рабочего места, разбиение задачи на части. Актуализировались способы организации отдыха, экономии времени, выбора собственного ритма работы, дифференциации учебы и личной жизни, структурирования выходных дней и планирования деятельности. Наряду с этим важным было освоение основных стратегий: важность изучаемых дисциплин, стратегия отдыха и развлечений, здорового образа жизни, борьбы с бессонницей и эффективного взаимодействия. Студенты обучались широко известным подходам тайм-менеджмента: методика планирования времени Айви Ли, диаграмма Ганта, матрица Эйзенхауэра, способы преодоления прокрастинации, а также способы визуализации задач и закон Парето.

Контрольное анкетирование после реализации программы показало, что студентам стало значительно легче планировать и распределять время, появилась уверенность в своих силах, стало проще искать литературу, необходимую для подготовки к занятиям, спокойнее чувствовали себя в период экзаменов. У них появилось больше свободного времени, стало легче учиться, и достоверно снизилась значимость учебных стрессовых факторов (строгости преподавателей, высокой нагрузки, трудностей в организации режима дня и проблем в личной жизни).

Программа «**Стресс-менеджмент**» реализована в рамках дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний».

Участвующие в программе были разделены при условии рандомизированного подхода на две группы: основная (экспериментальная) и группа сравнения. Практические занятия были разделены на 2 части. Первая – была одинаковой для студентов обеих групп и заключалась в изучении дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний». Вторая часть проводилась в виде тренинга в основной группе и была теоретической – во второй. Все занятия и тренинг проводились лично автором. В тренинговой части применялись мультимодальные техники психотерапии (когнитивно-бихевиоральные, НЛП, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, эпистемологическая метафора, символдрама) с учетом преобладающего типа реагирования (таблица 5).

Катамнез (1 год) после реализации программы «Стресс-менеджмент» показал, что в основной (экспериментальной) группе по сравнению с контрольной, достоверно снизилась значимость учебных стрессовых факторов: строгость преподавателей ($p=0,041$), большая учебная нагрузка ($p=0,043$), жизнь вдали от родителей ($p=0,041$), трудности организации режима дня ($p=0,04$) и необходимость тратить много времени на подготовку к занятиям ($p=0,031$).

Анализ выраженности **симптомов учебного стресса** показал, что в экспериментальной группе, по сравнению с группой сравнения, снизилась выраженность ощущения беспомощности ($p=0,048$), подавленного настроения ($p=0,039$), тревоги и страха ($p=0,047$), тахикардии ($p=0,036$), головных болей ($p=0,048$), нарушений сна ($p=0,039$) и повысилась уверенность в себе ($p=0,031$).

Среди **способов преодоления учебного стресса** студенты экспериментальной группы по сравнению с группой сравнения чаще стали гулять ($p=0,043$) и читать художественную литературу ($p=0,046$).

В обеих группах сила волнения перед экзаменами осталась одинаковой, что обусловлено высоким уровнем учебного стресса, но в экспериментальной – достоверно значимо улучшился сон в сессионный период ($p=0,047$).

Катамнез (2 года) показал, что различия в восприятии учебных стрессовых факторов, симптомов учебного стресса, значимости способов борьбы со стрессом и симптомов предэкзаменационного стресса между группами по части показателей сгладились. Тем не менее, для проходивших тренинг, по сравнению с группой сравнения, были менее значимы учебные стрессовые факторы: «строгость преподавателей» ($p=0,044$), «большая учебная нагрузка» ($p=0,047$) и «страх перед будущим» ($p=0,041$), а также симптомы учебного стресса «ощущение беспомощности» ($p=0,046$), «тревога» ($p=0,041$) и «потеря уверенности» ($p=0,037$).

Таким образом, тренинг «Стресс-менеджмент» в основном направлен на изменение восприятия стрессовых факторов. Эффективное терапевтическое действие он оказывал на студентов с субклиническими реакциями и непсихотическими психическими расстройствами и может быть рекомендован для широкого внедрения.

ВЫВОДЫ

1. Непсихотические психические расстройства (НПР) у русскоязычных студентов-медиков в общей совокупности выявляются в 20% случаев (чаще у студентов 5 курса – 24,4% случаев, чем первого – 16,2% случаев; $p=0,034$ $OR=1,7$), а донозологические субклинические реакции – в 18,8% (одинаково часто у первокурсников и пятикурсников без гендерных различий).

1.1. Категориальная клиническая структура НПР представлена резидуально-органическими психическими расстройствами (5%), расстройствами личности (3,7%) и в 8,7% – невротическими расстройствами: неврастения – 3,3%; связанные со стрессом расстройства адаптации – 3,7%; соматоформная вегетативная дисфункция – 1,7%.

1.2. Синдромальная клиническая характеристика НПР представлена депрессивными (чаще выявляется у русскоязычных, чем иностранных студентов – 28,7% против 17,8% при $p=0,0009$), тревожными симптомокомплексами (выявляются у трети русскоязычных и иностранных студентов) и социофобией (выявляется у трети русскоязычных и иностранных студентов), частота встречаемости которых нарастает от первого к шестому курсу у русскоязычных студентов и снижается – у иностранных.

1.3. Все студенты (русскоязычные и иностранные) с непсихотическими психическими расстройствами и субклиническими реакциями более остро, чем психически здоровые, реагировали на учебные стрессовые факторы, у них были более выраженными все симптомы учебного и предэкзаменационного стресса и высокая частота использования аддиктивного способа его преодоления (алкоголь, табакокурение, прием седативных лекарств).

2. Суицидальное поведение у русскоязычных студентов-медиков встречается в анамнезе чаще, чем у иностранных: 37,4% и 25% случаев соответственно. Шанс формирования суицидального поведения у русскоязычных студентов в 3,1-1,6 раза выше, чем у иностранных ($p<0,022$).

2.1. Клиническая структура психических расстройств у русскоязычных и иностранных студентов-медиков с суицидальными попытками в анамнезе одинакова и включает невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (82,4% и 80,0%), а также расстройства личности (17,6% и 20%). При внутренних формах суицидального поведения невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства преобладали у русскоязычных студентов (68,8% против 24,1% у иностранных), расстройства личности выявлялись одинаково часто (5,9% и 5,2%), донозологические реакции выявлялись у русскоязычных студентов реже (25,3%), чем у иностранных (70,7%).

2.2. Русскоязычные и иностранные студенты с суицидальным поведением в анамнезе более остро реагировали на учебные стрессовые факторы, обнаруживали более выраженные симптомы учебного и предэкзаменационного стресса.

3. Факторами риска формирования у русскоязычных студентов непсихотических психических расстройств, сопровождающихся депрессией, тревогой, социофобией, дистрессом являются:

а) наличие в дошкольном и раннем школьном возрасте фрагментированных невротических симптомов (проявлений эпизодической формы психического диатеза) с обращением за помощью к представителям «народной медицины»;

б) ассоциированность неблагоприятных семейных воздействий, имевшихся у обследованных в дошкольном возрасте (физическое и психологическое насилие), с повышенной во взрослом возрасте личностной тревожностью, высоким уровнем фрустрации, низкой самооценкой и самоуважением, а также склонностью к суицидальному реагированию;

в) поступление в ВУЗ не по собственной инициативе, разочарование в профессии и учебный стресс.

3.1. Учебный стресс играет существенную роль в формировании непсихотических психических расстройств и суицидального поведения, являясь в одних случаях патогенетическим фактором, в других – триггером, способствующим их проявлению у «уязвимых» индивидуумов.

3.2. У иностранных студентов отмечаются более низкие показатели учебного и предэкзаменационного стресса, меньшая выраженность тревожных и депрессивных симптомокомплексов, чем у русскоязычных. Это связано с меньшей значимостью учебного процесса для иностранных студентов.

4. Психическое состояние студентов медицинского и педагогического институтов различается: у поступивших в медицинский ВУЗ почти в 3 чаще, чем поступивших в педагогический, регистрируется клинически значимая депрессия (34% и 11,7%) и в 4 раза – тревога (35% и 8,3%); для большинства (75,2%) студентов-медиков 5 курса по сравнению со студентами педагогического института (58,2%) характерен крайне высокий уровень предэкзаменационного стресса.

4.1. Наиболее значимыми факторами учебного стресса для студентов-медиков в первый месяц обучения были: высокая учебная нагрузка, неуверенность в будущем, бытовые проблемы и трудности организации режима дня, а для студентов педагогического института – разочарование в профессии, сложности учебы и проблемы в личной жизни.

5. Состояние психического здоровья и выраженность реакций на учебный стресс у студентов, обучающихся в различных регионах, в большей степени зависят от исходного адаптив-

но-компенсаторного уровня индивидуумов, мотивов их поступления в ВУЗ и степени индивидуальной значимости учебных стрессовых факторов.

6. Закономерности реагирования на учебный стресс оказались общими для русскоязычных и иностранных студентов, а также для студентов различных специальностей, обучающихся в разных ВУЗах и регионах, и включают 7 его типов (адаптивный, аффективный, невротический, личностный, аддиктивный, психосоматический и суицидальный), отличаясь только степенью выраженности.

6.1. Однотипность реакций на учебный стресс позволяет экстраполировать результаты настоящего исследования на более широкий контекст и служить основой для разработки мер первичной и вторичной психопрофилактики непсихотических психических расстройств у лиц подросткового и юношеского возраста.

7. Новая организационная форма первичной и вторичной психопрофилактики непсихотических психических расстройств, состояний дезадаптации и суицидального поведения – программа «Тайм-менеджмент» (снижившая значимость учебных стрессовых факторов и выраженность предэкзаменационного стресса) и «Стресс-менеджмент» (оптимизирующая адаптацию к учебному стрессу и снижающая выраженность психических и психосоматических симптомов, особенно у студентов с субклиническими реакциями и психическими расстройствами непсихотического уровня), реализуемая в форме учебной дисциплины как вариативный компонент учебного плана – показала свою эффективность и рекомендуется для широкого внедрения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для профилактики непсихотических психических расстройств и суицидального поведения у студентов ВУЗов целесообразно:

1. Проведение конфиденциальной скрининг-диагностики непсихотических, невротических и связанных со стрессом психических расстройств среди студентов на каждом курсе;
2. Организация системы психологической поддержки студентов с привлечением высококвалифицированных психотерапевтов и клинических психологов;
3. Введение в учебные планы дисциплин, направленных на обучение студентов планированию времени, конструктивным способам преодоления стресса и решения конфликтов;
4. Эргономизация расписания для равномерного распределения нагрузки в течение всех лет обучения в ВУЗе.

Список сокращений

- АГМУ – Алтайский государственный медицинский университет;
НИУ БелГУ – Белгородский государственный национальный исследовательский университет;
ВУЗ – высшее учебное заведение;
РС – русскоязычные студенты;
ИС – иностранные студенты;
МИ – медицинский институт
ПИ – педагогический институт;
СКР – субклинические реакции;
НПР – непсихотические психические расстройства;
ПР – психическое расстройство;
ГТР – генерализованное тревожное расстройство;
СФ – социофобии;
СВД – соматоформная вегетативная дисфункция;
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;
ЛМП – лица мужского пола;
ЛЖП – лица женского пола;
ПККС – психокоррекция кризисных состояний.

Список литературы

1. Абасова, Г. Б. Проблема тревожно-депрессивных расстройств у студентов высшего учебного медицинского заведения / Г. Б. Абасова, Г. А. Диханбаева, А. Абдихадирова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2012. – № 4, спец. вып. – URL: <https://kaznmu.kz/press/2012/09/28/проблема-тревожно-депрессивных-расс> (дата обращения 14.01.2020).
2. Агаджанян, Н. А. Проблема здоровья студентов и перспектива развития / Н. А. Агаджанян, В. В. Пономарева, Н. В. Ермакова // Образ жизни и здоровье студентов : материалы 1-й всерос. науч. конф., Москва, 21-23 нояб. 1995 г. / Рос. ун-т дружбы народов [и др.]. – Москва, 1995. – С. 5-9.
3. Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты / Н. А. Бохан, И. В. Воеводин, Н. А. Лукьянова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 3. – С. 38–45.
4. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – Москва : Зевс ; Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. – 571 с. – ISBN 5-85880-449-7.
5. Александровский, Ю. А. Социальные изменения в обществе и психическое здоровье / Ю. А. Александровский // Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты : сборник материалов науч.-практ. конф., Москва, 31 окт. 2016 г. / МГУ им. М.В. Ломоносова, Рос. о-во психиатров, Федер. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского ; под ред. Г. П. Костюка. – Москва, 2017. – С. 46-51.
6. Амбрумова, А. Г. Превентивная суицидологическая служба : принципы и формы мед.-соц. помощи населению / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии : сборник статей / отв. ред. А. А. Портнов. – Москва, 1978. – С. 198-214. – (Труды Моск. НИИ психиатрии ; т. 82).
7. Афанасенкова, Е. Л. Жестокое обращение в семье как причина социальной дезадаптации детей и подростков / Е. Л. Афанасенкова // Психология семьи в современном мире : материалы междунар. науч.-практ. конф., Екатеринбург, 18-19 окт. 2017 г. / Уральский гос. пед. ун-т ; ред. кол.: Н. Н. Васягина, Е. А. Казаева. – Екатеринбург, 2017. – С. 24-33.
8. Бадмаева, В. Д. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних: по материалам посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз / В. Д. Бадмаева, Е. Ю. Шкитырь // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – Т. 5, № 4. – С. 117-128.

9. Батова, Е. А. Организационно-педагогические условия и факторы, определяющие адаптацию студенток к учебно-профессиональной деятельности средствами ритмической гимнастики : специальность 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. пед. наук / Е. А. Батова. – Москва, 2003. – 22 с.
10. Биологические основы суицидального поведения / М. С. Зинчук, А. Б. Гехт, Н. В. Гуляева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 8. – С. 94-101.
11. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований / Н. Г. Незнанов, Г. В. Рукавишников, Е. Д. Касьянов [и др.] // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2020. – № 2. – С. 3-15.
12. Бодалев, А. А. Общая психодиагностика / А. А. Бодалев, В. В. Столин, В. С. Аванесов. – Санкт-Петербург : Речь, 2000. – 440 с – ISBN 5-9268-0026-1.
13. Бойцов, А. И. Преступления против собственности / А. И. Бойцов. – Санкт-Петербург : Юрид. центр Пресс, 2002. – 773 с. – (Теория и практика уголовного права и уголовного процесса). – ISBN 5-94201-062-5.
14. Бохан, Н. А. Диссоциация, как механизм психологической защиты при адаптации в иную культурную среду / Н. А. Бохан, А. А. Овчинников, А. Н. Султанова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. –2017. – № 1. – С. 26-30.
15. Брагина, К. Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения / К. Р. Брагина // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – Т. 7, вип. 2/2. – С. 849-851.
16. Булгакова, Я. В. Мотивационные особенности российских и иностранных студентов при адаптации к учебному процессу / Я. В. Булгакова, В. А. Семилетова, А. А. Натарова // Организационные и методические основы учебно-воспитательной работы в медицинском вузе : сборник науч. статей / Воронежская гос. мед. акад. им. Н. Н. Бурденко Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию ; гл. ред. И. Э. Есауленко. – Воронеж, 2010. – Вып. 2. – С. 186-187.
17. Бурлачук, Л. Ф. «Опросник общего здоровья»: предварительные итоги русскоязычной адаптации / Л. Ф. Бурлачук, В. Н. Духневич, Г. Р. Дубровинский // Журнал практикующего психолога. – 2005. – Вып. 11. – С. 49-57.
18. Бухановская, О. А. Взаимосвязь между удовлетворенностью результатами обучения и психическим здоровьем у студентов медицинского и технического вузов / О. А. Буханов-

ская, Н. К. Демчева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. – № 1. – С. 70-78.

19. Бухановская, О. А. Психопатологическая характеристика невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у студентов медицинского ВУЗа / О. А. Бухановская, Н. К. Демчева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 9. – С. 20-33.

20. Васильев, В. В. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме / В. В. Васильев, Ю. В. Ковалев, Э. Р. Имашева // Суицидология. – 2014. – № 1. – С. 30-35.

21. Великанова, Л. П. Первичная профилактика психосоматических расстройств. Ч. III / Л. П. Великанова, Ю. С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 114-121.

22. Величковская, С. Б. Особенности развития учебного стресса у студентов разных специальностей / С. Б. Величковская // Вестник Московского государственного лингвистического университета. – 2014. – Вып. 16 (702). – С. 75-87.

23. Вельтищев, Д. Ю. Прошлое и настоящее диагноза неврастения / Д. Ю. Вельтищев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 4-6.

24. Вельтищев, Д. Ю. Связь профессионального выгорания с депрессией : обзор зарубежных исследований / Д. Ю. Вельтищев, О. Б. Ковалевская, О. Ф. Серавина // Психиатрия. – 2017. – № 2. – С. 62-68.

25. Возрастные особенности психического развития и состояния несовершеннолетних, совершивших суициды / Е. В. Макушкин, В. Д. Бадмаева, Е. Г. Дозорцева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 7, спец. вып. – С. 20-24.

26. Гавенко, В. Л. Ранняя диагностика как фактор превенции непсихотических психических расстройств у лиц молодого возраста / В. Л. Гавенко, И. В. Лещина, Т. П. Мозговая // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, вип. 3. – С. 59-63.

27. Глазачев, О. С. Психосоматическое здоровье студентов-медиков: возможности коррекции на основе оптимизации образовательных технологий / О. С. Глазачев // Вестник МГТУ им. М.А. Шолохова. Сер. Социально-экологические технологии. – 2011. – № 1. – С. 63-78.

28. Голенков, А. В. Психологическая склонность студентов-медиков к алкоголизации / А. В. Голенков, А. П. Андреева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2010. – № 6. – С. 37-45.

29. Горбылева, К. В. Соотношение психофизиологических особенностей студентов военного и медицинского ВУЗов / К. В. Горбылева, С. Е. Бебинов, А. Г. Зарифьян // Вестник кыргызско-российского славянского университета. – 2014. – Т. 14, № 5. – С. 39-42.

30. Горобей, Н. П. Проблемы вредных привычек и зависимостей студентов / Н. П. Горобей // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2011. – № 11. – С. 33-36.
31. Гусейнов, А. А. Понятия насилия и ненасилия / А. А. Гусейнов // Вопросы философии. – 1994. – № 6. – С. 35-41.
32. Гусейнов, А. А. Террористические акты 11 сентября и идеал ненасилия / А. А. Гусейнов // Насилие и ненасилие: философия, политика, этика : материалы междунар. интернет-конф., проходившей 15 мая – 31 июля 2002 г. на информ.-образоват. портале www.auditorium.ru / Ин-т «Открытое о-во» (Фонд Сороса) ; под ред. Р. Г. Апресяна. – Москва, 2003. – С. 71-85.
33. Демчева, Н. К. Психические расстройства доклинического уровня у учащихся медицинского и технического вузов в сравнительном аспекте / Н. К. Демчева, О. А. Бухановская // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 8. – С. 3-15.
34. Демчева, Н. К. Распространенность и структура психических расстройств у учащихся медицинского и технического ВУЗов / Н. К. Демчева, О. А. Бухановская // Психическое здоровье. – 2019. – № 11. – С. 23-29.
35. Депрессия и риск развития соматических заболеваний : руководство для врачей / под ред. Н. Г. Незнанова, Г. Э. Мазо, А. О. Кибитова. – Москва : Медкнига, 2018. – 248 с. – ISBN 978-5-91894-067-9.
36. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска / О. Ю. Казьмина, Т. И. Медведева, О. А. Щелокова, В. Г. Каледа // Психиатрия. – 2014. – № 4 (64). – С. 11-20.
37. Детская психиатрическая служба страны : моногр. / Е. В. Макушкин, Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашов [и др.]. – Москва : Юрайт, 2019. – 258 с. – ISBN 978-5-534-11130-9.
38. Диагностика суицидального поведения : метод. рекомендации / Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР ; сост.: А. Г. Амбурова, В. А. Тихоненко. – Москва, 1980. – 48 с.
39. Дьячкова, С. Ю. Социально-экономические детерминанты развития донологических состояний у студентов медицинского вуза : специальность 14.02.05 «Социология медицины» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук / С. Ю. Дьячкова. – Волгоград, 2010. – 25 с.
40. Егорова, П. Л. Психосоциальная реабилитация учащихся средне-специальных учреждений / П. Л. Егорова, А. А. Портнова // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее : материалы VI нац. конгр. по социальной психиатрии и наркологии, Уфа, 18-20 мая 2016 г. / Федер. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского ; под ред. З. И. Кекелидзе. – Москва, 2016. – С. 125-126.

41. Ефимова, Л. А. Оценка влияния стрессовых факторов на учебное поведение студентов: на примере студентов ТГУ им. Г. Р. Державина / Л. А. Ефимова // Общество, общности, человек: в поисках «вечного мира» : материалы I всерос. науч. студ. Интернет-конф., 20-22 мая 2015 г. / Тамбовский гос. ун-т им. Г. Р. Державина. – Тамбов, 2015. — URL: http://www.tsutmb.ru/nayk/nauchnyie_meropriyatiya/int_konf/vseross/i_vserossijskaya_nauchnaya_studencheskay/oczenka_vliyaniya_stressovyix_faktorov_na_u (дата обращения 14.01.2020).
42. Заидова, Г. Р. Профилактика домашнего насилия и повышение психологической устойчивости личности подростков / Г. Р. Заидова // Современное образование Витебщины. – 2018. – № 3 (21). – С. 72-75.
43. Зинчук, М. С. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска / М. С. Зинчук, А. С. Аведисова, А. Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 3. – С. 108-119.
44. Зорко, Ю. А. Особенности психического здоровья студентов / Ю. А. Зорко // Медицинские новости. – 1998. – № 12. – С. 9-12.
45. Зотов, П. Б. Суицидальные действия в г. Тюмени (Западная Сибирь) в 2007-2012 гг. / П. Б. Зотов, О. В. Юшкова, С. В. Совков // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – Т. 14, № 1 (73). – С. 124-126.
46. Иванцова, Н. В. Объективные признаки уголовно наказуемого насилия / Н. В. Иванцова // Сборник научных трудов / под общ. ред. А.Н. Кузьмина. – Москва, 2001. – Вып. 2. – С. 95-104.
47. Игумнов, С. А. Приоритетные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков / С. А. Игумнов // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья : III междунар. конгр., Казань, 23-26 мая 2006 г. : сборник / Ассоц. дет. психиатров и психологов ; под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Москва, 2006. – С. 2-4.
48. Ильин, И. А. О сопротивлении злу силою / И. А. Ильин // Ильин И. А. Собрание сочинений : в 10 т. / сост. и коммент. Ю. Т. Лисицы. – Москва, 1996. – Т. 5. – С. 31-220.
49. Ильина, М. А. Пограничные психические расстройства как проявление дезадаптации у студентов : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук / М. А. Ильина. – Москва, 2004. – 16 с.
50. Интернет-аддикция у молодых взрослых: формы онлайн-активности, половые различия, коморбидные психические и наркологические расстройства / С. В. Гречаный, А. Ю. Егоров, В. А. Солдаткин [и др.] // Вопросы наркологии. – 2020. – № 4 (187). – С. 78-102.

51. Каледа, В. Г. Психотический риск в юношеском возрасте / В. Г. Каледа, М. А. Омельченко, А. О. Румянцев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2017. – Т. 19, № 2. – С. 27-33.
52. Камара, Ишака. Иностранцы студенты в российском вузе: социокультурные особенности адаптации и профессиональной социализации : специальность 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. социол. наук / Ишака Камара. – Краснодар, 2014. – 27 с.
53. Кельмишкейт, Э. Г. Приспособляемость студентов больных шизофренией как критерий прогноза их обучаемости в вузах / Э. Г. Кельмишкейт // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных, Ленинград, 15-18 окт. 1974 г. : краткое содержание докл. / М-во здравоохранения СССР, М-во здравоохранения РСФСР, Всесоюз. о-во невропатологов и психиатров, Ленингр. психоневрол. НИИ им. В.М. Бехтерева [и др.] ; гл. ред. М.М. Кабанов. – Ленинград, 1974. – С. 272-275.
54. Кекелидзе, З. И. Актуальные проблемы психиатрии / З. И. Кекелидзе // Психическое здоровье: социальные, клинико-организационные и научные аспекты : сборник материалов науч.-практ. конф., Москва, 31 окт. 2016 г. / МГУ им. М.В. Ломоносова, Рос. о-во психиатров, Федер. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского ; под ред. Г. П. Костюка. – Москва, 2017. – С. 40-45.
55. Кекелидзе, З. И. Состояние и основные тренды развития психиатрической службы Российской Федерации / З. И. Кекелидзе, Н. Д. Букреева // Региональный опыт модернизации психиатрических служб : сборник материалов науч.-практ. конф., Москва, 5 июня 2017 г. / Департамент здравоохранения Москвы, Федер. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, Рос психиатр. о-во [и др.] ; под ред. Г. П. Костюка. – Москва, 2017. – С. 32-40.
56. Кобыляцкая, И. А. Состояние здоровья студенческой молодежи / И. А. Кобыляцкая, А. С. Осыкина, Е. Ю. Шкатова // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 5. – С. 74-75.
57. Концепция соматизации: история и современное состояние / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Т. В. Довженко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 81-97.
58. Корнетов, Н. А. Коморбидность тревожных и депрессивных расстройств в студенческой популяции / Н. А. Корнетов, А. В. Сорокина // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 9. – С. 133-134.
59. Коршунова, А. Н. Социально-психологические особенности стресса у подростков / А. Н. Коршунова, Т. К. Мухина // Молодой ученый. – 2014. – № 18. – С. 749-752.

60. Косенко, В. Г. Проблемы суицидального поведения детей и подростков Краснодарского края / В. Г. Косенко, И. Н. Вакула, Ю. Ш. Васянина // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья : III междунар. конгр., Казань, 23-26 мая 2006 г. : сборник / Ассоц. дет. психиатров и психологов ; под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Казань, 2006. – С. 342-343.
61. Коцюбинский, А. П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. – 285 с. – ISBN 978-5-299-00884-5.
62. Кошелева, Е. Ю. Влияние факторов стресса на адаптацию к академическому процессу в российском вузе иностранных и российских студентов / Е. Ю. Кошелева, Дж. А. Амартей // Альманах современной науки и образования. – 2015. – № 4 (94). – С. 95-98.
63. Красик, Е. Д. Нервно-психические заболевания у студентов / Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 1982. – 115 с.
64. Крылова, Е. С. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением / Е. С. Крылова, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 1 (34). – С. 48-57.
65. Куприянова, Э. В. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья студентов медицинского колледжа и пути профилактики их заболеваемости : специальность 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» : диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук / Э. В. Куприянова. – Москва, 2008. – 160 с. : 18 ил.
66. Лебедев, М. А. Предболезненные пограничные психические расстройства в подростковом и молодом возрасте / М. А. Лебедев, С. Ю. Платов // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 10. – С. 18-22.
67. Лебедев, М. А. Распространенность, структура и динамика предболезненных пограничных состояний у лиц подросткового и молодого возраста / М. А. Лебедев, С. Ю. Платов // Психическое здоровье. – 2010. – № 6. – С. 68-83.
68. Мандриков, В. Б. Направления интеграции подразделений медицинского вуза по оздоровлению студентов и сотрудников / В. Б. Мандриков, И. А. Ушакова // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 476-480. – (Труды Шестой Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 24-26 ноября 2011 г.).
69. Макаров, В. В. Возможности психотерапии в сохранении и развитии здоровья и благополучия человека, семьи, общества / В. В. Макаров // Антология российской психотерапии и психологии / Общерос. проф. психотерапевт. лига, Нац. саморегулируемая орг. «Союз психотерапевтов и психологов». – Москва, 2017. – Вып. 3: Материалы Итогового международного

конгр. года «Возможности психотерапии, психологии и консультирования в сохранении и развитии здоровья и благополучия человека, семьи, общества», Москва, 12-15 окт. 2017 г. / отв. ред. А. Е. Булычева. – С. 88-91.

70. Макаров, В. В. Психотерапия нового века / В. В. Макаров. – Москва : Акад. проект, 2001. – 491 с. – (Б-ка психологии, психоанализа, психотерапии). – ISBN 5-8291-0123-8.

71. Макаров, В. В. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / В. В. Макаров, Ю. А. Кухтенко // Психическое здоровье. – 2016. – Т. 14, № 3 (118). – С. 60-67.

72. Макушкин, Е. В. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах / Е. В. Макушкин, Н. К. Демчева // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4-15.

73. Марилов, В. В. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки / В. В. Марилов, М. В. Коркина, В. И. Есаулов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 21-27.

74. Меерманова, И. Б. Состояние здоровья студентов, обучающихся в высших учебных заведениях / И. Б. Меерманова, Ш. С. Койгельдинова, С. А. Ибраев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 2, ч. 2. – С. 193-197.

75. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение : метод. рекомендации / С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева ; авт.-сост.: Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, М. А. Беребин. – Санкт-Петербург, 2004. – 28 с.

76. Миннибаев, Т. Ш. Бюджет времени, успеваемость и адаптация учащихся профильных классов «школа-вуз» / Т. Ш. Миннибаев, К. Т. Тимошенко, Г. А. Гончарова // Гигиена и санитария. – 2012. – Т. 91, № 2. – С. 67-69.

77. Миронов, С. В. Состояние здоровья российских и иностранных студентов медицинского вуза и пути улучшения их медицинского обслуживания : специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук / С. В. Миронов. – Москва, 2014. – 26 с.

78. Михайлов, Б. В. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, В. В. Чугунов [и др.] // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 36-38.

79. Насилие и его влияние на здоровье : докл. о ситуации в мире / ВОЗ ; под ред. Э. Г. Круга, Л. Л. Дальберг, Д. А. Мерси [и др.]. – Москва : Весь Мир ; Женева : ВОЗ, 2003. – 349 с.

80. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная психиатрия : руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо. – Москва : СИМК, 2020. – 904 с. : ил. – ISBN 978-5-91894-089-1.
81. Незнанов, Н. Г. Депрессия и риск развития соматических заболеваний : руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, Г. Э. Мазо, А. О. Кибитов. – Санкт-Петербург : Спец. изд.-во мед. кн., 2018. – 248 с. – ISBN 978-5-91894-067-9.
82. Незнанов, Н. Г. Психическое здоровье в современном мире: по ком звонит колокол? / Н. Г. Незнанов, Г. П. Костюк // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы : науч.-практ. конф., Москва, 30 окт. 2017 г. : сборник материалов / МГУ им. М. В. Ломоносова [и др.] ; под ред. Г. П. Костюка. – Москва, 2018. – С. 16-25.
83. Организационная эволюция системы психиатрической помощи / Н. Г. Незнанов Л. В. Кочорова, Н. И. Вишняков [и др.]. – Санкт-Петербург : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 470 с. – ISBN 5-94651-015-0.
84. Особенности суицидального поведения при психических расстройствах юношеского возраста / В. Г. Каледа, А. А. Бебуришвили, Е. С. Крылова, А. А. Кулешов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 12. – С. 30-36.
85. Пезешкиан, Х. Транскультуральная психотерапия в России / Х. Пезешкиан // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – № 3-4. – С. 47-69.
86. Пионтковский, А. А. Курс советского уголовного права. Особенная часть / А. А. Пионтковский, В. Д. Меньшагин. – Москва : Госюриздат, 1955. – Т. 1. – 800 с.
87. Пионтковский, А. А. Преступления против личности / А. А. Пионтковский. – Москва : Юрид. изд-во, 1938. – 136 с. – (Уголовное право. Особенная часть).
88. Подготовка кадров в ординатуре и аспирантуре с учетом международного опыта / З. И. Кекелидзе, С. В. Данилова, Е. А. Панченко [и др.] // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее : материалы VI нац. конгр. по социальной психиатрии и наркологии, Уфа, 18-20 мая 2016 г. / Федер. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского ; под ред. З. И. Кекелидзе. – Москва, 2016. – С. 157-158.
89. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия / Л. Мафсон, Д. Моро, М. Вейсман [и др.]. – Москва : ЭКСМО, 2003. – 315 с. – (Как стать психологом). – ISBN 5699037373.
90. Положий, Б. С. Некоторые причины развития пограничных нервно-психических расстройств у студентов / Б. С. Положий // Индустриальная реабилитация психически больных : сборник статей / Томский гос. мед. ин-т [и др.] ; отв. ред. Е. Д. Красик. – Томск, 1981. – С. 115-118.

91. Пономарева, Л. А. Анализ уровня здоровья студентов-медиков / Л. А. Пономарева, С. И. Двойников // Здоровье семьи XXI : материалы VI междунар. науч. конф. / Администрация Пермской обл., Уральский регион. центр питания ; гл. ред. А. Я. Перевалов. – Пермь ; Дубай, 2002. – С. 111-112.
92. Попов, А. В. Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского ВУЗа : специальность 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук / А. В. Попов. – Москва, 2008. – 25 с.
93. Попов, Ю. В. Особенности суицидального поведения у подростков : обзор литературы / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С. 4-7.
94. Предикторы развития интернет-аддикции: анализ психологических факторов / А. В. Трусова, С. В. Гречаный, В. А. Солдаткин [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2020. – № 1. – С. 72-82.
95. Предотвращение самоубийств: глобальный императив / ВОЗ, Европейское регион. бюро. – Женева : ВОЗ, 2014. – 102 с.
96. Проявления психоэмоционального стресса у студентов-медиков в зависимости от успеваемости в период сессии / А. Ю. Туровая, А. Х. Каде, М. А. Величко [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 5. – С. 145-146.
97. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2017 году / Б. А. Казаковцев, Н. К. Демчева, А. В. Яздовская [и др.]. – Москва : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 132 с. – ISBN 978-5-86002-238-6.
98. Психическое здоровье : информ. бюл. – Женева : ВОЗ, 2018. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения 14.01.2020).
99. Психологические характеристики антивитальных проявлений и социальной тревоги у подростков и молодых людей в контексте половых различий / О. А. Сагалакова, И. Я. Стоянова, Д. В. Труевцев, Ю. А. Шухлова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – № 1. – С. 28–35.
100. Психология общения : энцикл. словарь / Рос. акад. образования, Психол. ин-т ; под общ. ред. А. А. Бодалева. – Москва : Когито-Центр, 2011. – 598 с. – ISBN 978-5-89353-335-4.
101. Психопрофилактика стрессовых расстройств в детском возрасте : учеб. пособие / Е. В. Малинина, И. В. Забозлаева, В. В. Колмогорова [и др.] ; Южно-Уральский гос. мед. ун-т Минздрава России. – Челябинск : Изд-во ЮУГМУ Минздрава России, 2015. – 63 с.

102. Рахимов, Т. Р. Анализ особенностей культурной адаптации и организации процесса обучения иностранных студентов в российских вузах / Т. Р. Рахимов // Дефиниции культуры : сборник трудов участников всерос. семинара молодых ученых / Томский гос. ун-т, Рос. гос. науч. фонд ; отв. ред. И. В. Чернова. – Томск, 2011. – Вып. 9. – С. 406-411.
103. Рахимов, Т. Р. Особенности организации обучения иностранных студентов в российском вузе и направление его развития / Т. Р. Рахимов // Язык и культура. – 2010. – № 4. – С. 123-136.
104. Ременцов, А. Н. Социокультурные аспекты адаптации иностранных студентов в российских ВТУзах / А. Н. Ременцов, А. А. Казанцева // Alma Mater = Вестник Высшей Школы. – 2011. – № 7. – С. 10-14.
105. Рогозина, М. А. Моделирование и алгоритмизация ранней диагностики и терапии пограничных психических расстройств у студентов медицинского вуза : специальность 05.13.01 «Системный анализ, управление и обработка информации» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук / М. А. Рогозина. – Воронеж, 2009. – 22 с.
106. Романков, А. Н. Насилие как способ совершения преступлений против собственности : моногр. / А. Н. Романков, Н. М. Букаев ; Сургутский гос. ун-т. – Сургут : Изд-во СурГУ, 2001. – 130 с. – ISBN 5-89545-070-9.
107. Руженков, В. А. Распространенность аддиктивного поведения у студентов медиков / В. А. Руженков, И. С. Лукьянцева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – № 9. – С. 14-19.
108. Рыбина, Н. А. Типология расстройств адаптации у студентов / Н. А. Рыбина, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – Т. 16, № 1. – С. 40-45.
109. Семенова, Е. А. Выявление и профилактика суицидальных тенденций в рамках нервно-психических расстройств у студентов-медиков при сравнительном анализе с ведущими вузами / Е. А. Семенова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – № 3 (38). – С. 234-236. – (Сборник статей по материалам XXXVIII междунар. науч.-практ. конф. СибАК).
110. Семичов, С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. – Ленинград : Медицина, Ленингр. отд-ние, 1987. – 183 с.
111. Сергеева, О. М. Влияние экзаменационного стресса на учебную мотивацию студентов вуза : специальность 19.00.07 «Педагогическая психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук / О. М. Сергеева. – Нижний Новгород, 2008. – 25 с.

112. Сиволап, Ю. П. Жестокое обращение с детьми и его влияние на психическое здоровье / Ю. П. Сиволап, А. А. Портнова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 7. – С. 108-112.
113. Синягин, Ю. В. Детский суицид: психологический взгляд / Ю. В. Синягин, Н. Ю. Синягина. – Санкт-Петербург : КАРО, 2006. – 164 с. – (Науч. прогр. «Федерально-региональная политика в науке и образовании»). – ISBN 5-89815-748-4.
114. Скрининговый тест на панические атаки // Справочник фельдшера и акушерки. – 2016. – № 4. – С. 41.
115. Современные возможности фармакотерапии тревожных расстройств у детей и подростков / Н. Н. Заваденко, Н. В. Симашкова, И. Н. Вакула [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 11. – С. 33-39.
116. Солдаткин, В. А. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону / В. А. Солдаткин, А. В. Дьяченко, К. С. Меркурьева // Суицидология. – 2012. – Т. 3, № 4 (9). – С. 60-64.
117. Состояние здоровья студентов и основные задачи университетской медицины / Т. Ш. Миннибаев, В. В. Чубаровский, Г. А. Гончарова [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – № 3. – С. 16-20.
118. Судаков, К. В. Теория функциональных систем и профилактическая медицина / К. В. Судаков // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2001. – № 5. – С. 7-14.
119. Суицидальное поведение в студенческой популяции / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Д. А. Горшкова [и др.] // Культурно-историческая психология. – 2009. – № 3. – С. 101-110.
120. Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик / В. А. Солдаткин, А. Я. Перехов, М. Н. Крючкова [и др.] // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 4 (21). – С. 40-48.
121. Тевлюкова, О. Ю. Насилие как феномен социальной организации: опыт теоретико-методологического анализа : специальность 22.00.01 «Теория, методология и история социологии» : диссертация на соискание ученой степени канд. социол. наук / О. Ю. Тевлюкова. – Новосибирск, 2005. – 17 с.
122. Теоретические и методические подходы к комплексному изучению состояния здоровья студентов и преподавателей вуза / Т. Ш. Миннибаев, И. К. Рапопорт, В. В. Чубаровский [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – № 2. – С. 15-17.
123. Торшина, Т. И. Психодиагностика стресса у студентов-медиков / Т. И. Торшина, А. А. Зуева, О. М. Дробышева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11, ч. 4. – С. 806-807.

124. Трусова, А. В. Психологические факторы риска формирования интернет-зависимости у лиц молодого возраста: данные предварительного исследования / А. В. Трусова, С. В. Гречаный, А. О. Кибитов // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. – 2019. – № 2. – С. 709-714. – (Материалы II международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 10-11 окт. 2019 г.).

125. Тумутова, Э. Ч. Тревожно-депрессивные расстройства у студентов медицинского факультета БГУ / Э. Ч. Тумутова, А. Б. Дуринова, Н. Н. Страмбовская // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2008. – № 3 (61). – С. 147-148.

126. Украинцев, И. И. Частота встречаемости тревожных и личностных нарушений и их взаимосвязь у студентов медицинского университета шестого года обучения / И. И. Украинцев, Е. Д. Счастный, Н. А. Бохан // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. Т. 18, № 4. – С. 143-149.

127. Условия формирования суицидального поведения у студентов медицинского вуза / Д. Ф. Хритинин, М. А. Сумарокова, А. В. Есин [и др.] // Суицидология. – 2016. – Т. 7, № 2 (23). – С. 49-54.

128. Усова, Е. Б. Психология девиантного поведения : учеб.-метод. комплекс / Е. Б. Усова. – Минск : Изд-во МИУ, 2010. – 179 с.

129. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков: по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз / К. В. Сыроквашина, Д. С. Ошевский, В. Д. Бадмаева [и др.] // Психология и право. – 2019. – Т. 9, № 1. – С. 71-84.

130. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп : учеб. пособие для студентов вузов / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – Москва : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 489 с. – ISBN 5-89939-086-7.

131. Холмогорова, А. Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития / А. Б. Холмогорова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – Ст. 10. – URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer16.php (дата обращения 14.01.2020).

132. Чернышкова, Е. Ю. Рефлексия как условие динамики фрустрационного реагирования : специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук / Е. Ю. Чернышкова. – Москва, 2012. – 31 с.

133. Чернышкова, Н. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников государственных и частных медицинских учреждений / Н. В. Чернышкова,

Е. О. Дворникова, Е. В. Малинина // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. – 2018. – Т. 11, № 4. – С. 61-72.

134. Шагина, И. Р. Медико-социальный анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов медицинского ВУЗа: по материалам Астраханской обл. : специальность 14.02.05 «Социология медицины» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. социол. наук / И. Р. Шагина. – Астрахань, 2010. – 24 с.

135. Шарапов, Р. Д. Физическое насилие в уголовном праве / Р. Д. Шарапов. – Санкт-Петербург : Юрид. центр Пресс, 2001. – 296 с. : ил., портр. – (Теория и практика уголовного права и уголовного процесса). – ISBN 5-94201-005-6.

136. Шарова, О. Н. Сочетание научно-исследовательской работы студентов (НИРС) и дистанционного обучения / О. Н. Шарова, Е. В. Малинина, О. И. Пилявская // Оптимизация высшего медицинского и фармацевтического образования: менеджмент качества и инновации : материалы IV всерос. (VII внутривуз.) науч.-практ. конф., Челябинск, 5 февр. 2016 г. / Южно-Уральский гос. мед. ун-т. – Челябинск, 2016. – С. 154-155.

137. Шевченко, Ю. С. Междисциплинарные и межведомственные проблемы терапии и реабилитации детей и подростков / Ю. С. Шевченко // Инновационные методы профилактики и коррекции нарушений развития у детей и подростков: межпрофессиональное взаимодействие : сборник материалов I междунар. междисциплинар. науч. конф., Москва, 17-18 апр. 2019 г. / Моск. ин-т психоанализа, Лига здоровья нации ; редкол.: Э. В. Кулешова, О. С. Орлова, Л. И. Сурат [и др.]. – Москва, 2019. – С. 58-64.

138. Шевченко, Ю. С. Междисциплинарные проблемы многоуровневой терапии детей и подростков / Ю. С. Шевченко // Психиатрия. – 2013. – № 4 (60). – С. 65. – (Материалы всерос. науч.-практ. конф. «Психические расстройства в детском возрасте: мультидисциплинарные аспекты диагностики, лечения и реабилитации», Москва, 25 апр. 2013 г.).

139. Шифнер, Н. А. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 43-61.

140. Шифнер, Н. А. Расстройства адаптации у студентов: их клиника и динамика : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук : 14.01.06 / Н. А. Шифнер. – Москва, 2011. – 25 с.

141. Шукуралли, А. Психологические особенности и последствия насилия над ребенком в семье / А. Шукуралли, Л. Сатвалдиева, Н. Шайбек // Психологическое благополучие современного человека : материалы междунар. заоч. науч.-практ. конф., Екатеринбург, 20 марта 2019 г. / Уральский гос. пед. ун-т, Ферганский гос. ун-т [и др.] ; отв. ред. С. А. Водяха. – Екатеринбург, 2019. – С. 720-726.

142. Щербатых, Ю. В. Психология стресса : популяр. энцикл. / Ю. В. Щербатых. – Москва : Эксмо, 2005. – 302 с. : ил., портр. – (Психология общения). – ISBN 5-699-11176-X.
143. Экзаменационный эмоциональный стресс у студентов / Е. А. Юматов, В. А. Кузьменко, В. И. Бадиков [и др.] // Физиология человека. – 2001. – Т. 27, № 2. – С. 104-111.
144. Эпидемиологические показатели психических расстройств в Российской Федерации в 2009-2018 гг. Меры по совершенствованию оказания психиатрической помощи / З. И. Кекелидзе, Н. Д. Букреева, Н. К. Демчева [и др.] // Психическое здоровье. – 2019. – № 10. – С. 3-10.
145. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. Williams [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2006. – Vol. 166, № 10. – P. 1092-1097.
146. A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students / C. S. Conley, J. B. Shapiro, A. C. Kirsch [et al.] // J. Couns. Psychol. – 2017. – Vol. 64, № 2. – P. 121-140.
147. A multifaceted intervention to improve mental health literacy in students of a multicampus university: a cluster randomised trial / N. J. Reavley, T. V. McCann, S. Cvetkovski [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2014. – Vol. 49, № 10. – P. 1655-1666.
148. A multi-institutional study exploring the impact of positive mental health on medical students' professionalism in an era of high burnout / L. N. Dyrbye, W. Harper, C. Moutier [et al.] // Acad. Med. – 2012. – Vol. 87, № 8. – P. 1024-1031.
149. A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels / E. Warnecke, S. Quinn, K. Ogden [et al.] // Med. Educ. – 2011. – Vol. 45, № 4. – P. 381-388.
150. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction / S. Jain, S. L. Shapiro, S. Swanick [et al.] // Ann. Behav. Med. – 2007. – Vol. 33, № 1. – P. 11-21.
151. A study of academic stress and its effect on vital parameters in final year medical students at SAIMS Medical College, Indore, Madhya Pradesh / B. Sharma, R. Wavare, A. Deshpande [et al.] // Biomed. Res. – 2011. – Vol. 22, № 3. – P. 361-365.
152. A study of depression and anxiety, general health, and academic performance in three cohorts of veterinary medical students across the first three semesters of veterinary school / A. M. J. Reisbig, J. A. Danielson, T.-F. Wu [et al.] // J. Vet. Med. Educ. – 2012. – Vol. 39, № 4. – P. 341-358.
153. A study on the association of psychiatric diagnoses and childhood adversities with suicide risk / R. K. R. Salokangas, S. Luutonen, M. Heinimaa [et al.] // Nord J. Psychiatry. – 2019. – Vol. 73, № 2. – P. 125-131.

154. A systematic review of stress-management programs for medical students / M. T. Shiralkar, T. B. Harris, F. F. Eddins-Folensbee [et al.] // *Acad. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 37, № 3. – P. 158-164.
155. A systematic review of studies of depression prevalence in university students / A. K. Ibrahim, S. J. Kelly, C. E. Adams [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2013. – Vol. 47, № 3. – P. 391-400.
156. Ab Latif, R. Stressors and coping strategies during clinical practice among diploma nursing students / R. Ab Latif, M. Z. Mat Nor // *Malays. J. Med. Sci.* – 2019. – Vol. 26, № 2. – P. 88-98.
157. Abdallah, A. R. Depression, anxiety and stress among first year medical students in an Egyptian public university / A. R. Abdallah, H. M. Gabr // *Int. Res. J. Med. Med. Sci.* – 2014. – Vol. 2, № 1. – P. 11-19.
158. Aboalshamat, K. The impact of a self-development coaching programme on medical and dental students' psychological health and academic performance: a randomised controlled trial / K. Aboalshamat, X. Y. Hou, E. Strodl. – DOI 10.1186/s12909-015-0412-4 // *BMC Med. Educ.* – 2015. – Vol. 15. – Art. 134. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-015-0412-4> (date of the application: 14.01.2020).
159. Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students / M. Erogul, G. Singer, T. McIntyre [et al.] // *Teach. Learn. Med.* – 2014. – Vol. 26, № 4. – P. 350-356.
160. Adams, D. F. The embedded counseling model: an application to dental students / D. F. Adams // *J. Dent. Educ.* – 2017. – Vol. 81, № 1. – P. 29-35.
161. Ali Shah, S. I. Medical students' anxiety on beginning clinical studies / S. I. Ali Shah, M. Ahmed // *Al Ameen J. Med. Sci.* – 2013. – Vol. 6, № 3. – P. 195-201.
162. An assessment of mental health status of undergraduate medical trainees in the University of Calabar, Nigeria: a cross-sectional study / A. Oku, O. Oku, E. Owoaje [et al.] // *Open Access Maced. J. Med. Sci.* – 2015. – Vol. 3, № 2. – P. 356-362.
163. An evaluation of stress in medical students at a South African university / S. S. Naidoo, J. Van Wyk, S. B. Higgins-Opitz [et al.] // *S. Afr. Fam. Pract.* – 2014. – Vol. 56, № 5. – P. 258-262.
164. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties / A. T. Beck, N. Epstein, G. Brown [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 56, № 6. – P. 893-897.
165. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study / N. A. Jadoon, R. Yaqoob, A. Raza [et al.] // *J. Pak. Med. Assoc.* – 2010. – Vol. 60, № 8. – P. 699-702.
166. Assessing stress among medical students in Anbar governorate, Iraq: a cross-sectional study / A. F. Al Shawi, A. N. Abdullateef, M. A. Khedher [et al.]. – DOI 10.11604/pamj.2018.31.96.16737 // *Pan. Afr. Med. J.* – 2018. – Vol. 31. – Art. 96. – URL:

<https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/31/96/pdf/96.pdf> (date of the application: 14.01.2020).

167. Associations of early childhood adversities with mental disorders, psychological functioning, and suitability for psychotherapy in adulthood / E. Heinonen, P. Knekt, T. Härkänen [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2018. – Vol. 264. – P. 366-373.

168. Attempted suicide among students and young adults in Montreal, Quebec, Canada: a retrospective cross-sectional study of hospitalized and nonhospitalized suicide attempts based on chart review / E. Rahme, N. C. P. Low, S. Lamarre [et al.]. – DOI 10.4088/PCC.15m01806 // *Prim. Care Companion CNS Disord.* – 2015. – Vol. 17, № 5. – Art. 10.4088/PCC.15m01806. – URL: <https://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2015/v17n05/15m01806.aspx> (date of the application: 14.01.2020).

169. Beautrais, A. L. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people / A. L. Beautrais // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 34, № 3. – P. 420-436.

170. Beck, A. T. BDI-II: Beck depression inventory : manual / A. T. Beck, R. A. Steer, G. K. Brown. – 2nd ed. – San Antonio, Texas : Psychological Corp., 1996. – 38 p. : ill. – ISBN 980158018386.

171. Becoming a doctor. Critical-incident reports from third-year medical students / W. Branch, R. J. Pels, R. S. Lawrence [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 329, № 15. – P. 1130-1132.

172. Behaviour-based functional and dysfunctional strategies of medical students to cope with burnout / R. Erschens, T. Loda, A. Herrmann-Werner [et al.]. – DOI 10.1080/10872981.2018.1535738 // *Med. Educ. Online.* – 2018. – Vol. 23, № 1. – Art. 1535738. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10872981.2018.1535738> (date of the application: 14.01.2020).

173. Bell Jr, I. C. Cross-cultural psychiatry and implications in education / I. C. Bell Jr // *Acad. Psychiatry.* – 2016. – Vol. 40, № 2. – P. 391.

174. Benbassat, J. Undesirable features of the medical learning environment: a narrative review of the literature / J. Benbassat // *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.* – 2013. – Vol. 18, № 3. – P. 527-536.

175. Berent, D. A need for intervention: childhood adversities are a significant determinant of health-harming behavior and poor self-efficacy in patients with alcohol dependence. An observational, cross-sectional study on the population of Central Poland / D. Berent, M. Podgórski, A. Kokoszka // *Adv. Clin. Exp. Med.* – 2018. – Vol. 27, № 9. – P. 1271-1277.

176. Bergman, B. Physician health, stress and gender at a university hospital / B. Bergman, F. Ahmad, D. E. Stewart // *J. Psychosom. Res.* – 2003. – Vol. 54, № 2. – P. 171-178.

177. Bergmann, C. Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its inter-relationships with other domains of life: a qualitative study / C. Bergmann, T. Muth, A. Loerbroks. – DOI 10.1080/10872981.2019.1603526 // *Med. Educ. Online.* – 2019. – Vol. 24, № 1. – Art. 1603526. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10872981.2019.1603526?needAccess=true> (date of the application: 14.01.2020).

178. Biswas, J. Cross cultural variations in psychiatrists' perception of mental illness: a tool for teaching culture in psychiatry / J. Biswas, B. N. Gangadhar, M. Keshavan // *Asian J. Psychiatr.* – 2016. – Vol. 23. – P. 1-7.

179. Björkenstam, C. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548721 adolescents and young adults in Sweden / C. Björkenstam, K. Kosidou, E. Björkenstam. – DOI 10.1136/bmj.j1334 // *BMJ.* – 2017. – Vol. 357. – Art. 1334. – URL: <https://www.bmj.com/content/bmj/357/bmj.j1334.full.pdf> (date of the application: 14.01.2020).

180. Boden, J. M. Anxiety disorders and suicidal behaviors in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study / J. M. Boden, D. M. Fergusson, L. J. Horwood // *Psychol. Med.* – 2007. – Vol. 37, № 3. – P. 431-440.

181. Breathing meditation by medical students at Khon Kaen University: effect on psychiatric symptoms, memory, intelligence and academic achievement / S. Paholpak, N. Piyavhatkul, P. Rangseekajee [et al.] // *J. Med. Assoc. Thai.* – 2012. – Vol. 95, № 3. – P. 461-469.

182. Burger, P. H. M. Gender as an underestimated factor in mental health of medical students / P. H. M. Burger, M. Scholz // *Ann. Anat.* – 2018. – Vol. 218. – P. 1-6.

183. Burnout and career choice motivation in medical students / D. Pagnin, V. De Queiroz, M. A. De Oliveira Filho [et al.] // *Med. Teach.* – 2013. – Vol. 35, № 5. – P. 388-394.

184. Burnout and its relationships with alexithymia, stress, and social support among Romanian medical students: a cross-sectional study / O. Popa-Velea, L. Diaconescu, A. Mihăilescu [et al.]. – DOI 10.3390/ijerph14060560 // *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* – 2017. – Vol. 14, № 6. – Art. 560. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/6/560/htm> (date of the application: 14.01.2020).

185. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates / S. M. Willcock, M. G. Daly, C. C. Tennant [et al.] // *Med. J. Aust.* – 2004. – Vol. 181, № 7. – P. 357-360.

186. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population / T. D. Shanafelt, S. Boone, L. Tan [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2012. – Vol. 172, № 18. – P. 1377-1385.

187. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, D. V. Power [et al.] // *Acad. Med.* – 2010. – Vol. 85, № 1. – P. 94-102.

188. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, F. S. Massie [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2008. – Vol. 149, № 5. – P. 334-341.
189. Burnout in Tunisian medical residents: about 149 cases / A. Ben Zid, W. Homri, I. Ben Romdhane [et al.] // *Encephale.* – 2018. – Vol. 44, № 4. – P. 337-342.
190. Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey / F. Galán, A. Sanmartín, J. Polo [et al.] // *Int. Arch. Occup. Environ. Health.* – 2011. – Vol. 84, № 4. – P. 453-459.
191. Burnout, quality of life, motivation, and academic achievement among medical students: a person-oriented approach / M. P. Lyndon, M. A. Henning, H. Alyami [et al.] // *Perspect. Med. Educ.* – 2017. – Vol. 6, № 2. – P. 108-114.
192. Cao, L. Social networking sites and educational adaptation in higher education: a case study of Chinese international students in New Zealand / L. Cao, T. Zhang. – DOI 10.1100/2012/289356 // *Sci. World J.* – 2012. – Vol. 2012. – Art. 289356. – URL: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/289356.pdf> (date of the application: 14.01.2020).
193. Chang, E. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school / E. Chang, F. Eddins-Folensbee, J. Coverdale // *Acad. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 36, № 3. – P. 177-182.
194. Change in depressive symptoms over higher education and professional establishment – a longitudinal investigation in a national cohort of Swedish nursing students / A. Christensson, B. Runeson, P. W. Dickman [et al.]. – DOI 10.1186/1471-2458-10-343 // *BMC Public. Health.* – 2010. – Vol. 10. – Art. 343. – URL: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-10-343> (date of the application: 14.01.2020).
195. Chawla, K. Domains of stress and coping strategies used by 1st year medical students / K. Chawla, V. Sachdeva // *Natl. J. Physiol. Pharm. Pharmacol.* – 2018. – Vol. 8, № 3. – P. 366-369.
196. Chen, L. Association between coping styles and non-suicidal self-injury among undergraduate students in Wuhan / L. Chen, R. L. Zhao, H. Chen // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* – 2017. – Vol. 38, № 12. – P. 1607-1610.
197. Medical student stress and burnout / C. L. Hurd, O. Monaghan, M. R. Patel [et al.] ; *Physicians Caring for Texans.* – Austin, TX : Texas Medical Association, 2000. – 12 p.
198. Chew-Graham, C. A. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems / C. A. Chew-Graham, A. Rogers, N. Yassin // *Med. Educ.* – 2003. – Vol. 37, № 10. – P. 873-880.
199. Child maltreatment and quality of life: a study of adolescents in residential care / H. K. Greger, A. K. Myhre, S. Lydersen [et al.]. – DOI 10.1186/s12955-016-0479-6 // *Health Qual. Life Outcomes.* – 2016. – Vol. 14. – Art. 74. – URL:

<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0479-6> (date of the application: 14.01.2020).

200. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys / R. C. Kessler, K. A. McLaughlin, J. G. Green [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 197, № 5. – P. 378-385.

201. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies / F. Varese, F. Smeets, M. Drukker [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2012. – Vol. 38, № 4. – P. 661-671.

202. Childhood adversities, bonding, and personality in social anxiety disorder with alcohol use disorder / S. Rambau, A. J. Forstner, I. Wegener [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2018. – Vol. 262. – P. 295-302.

203. Childhood adversity and early initiation of alcohol use in two representative samples of Puerto Rican youth / M. A. Ramos-Olazagasti, H. R. Bird, G. J. Canino [et al.] // *J. Youth Adolesc.* – 2017. – Vol. 46, № 1. – P. 28-44.

204. Childhood adversity predicts persistence of suicidal thoughts differently in females and males at clinical high-risk patients of psychosis. Results of the EPOS project / R. K. R. Salokangas, P. Patterson, J. Hietala [et al.] // *Early Interv. Psychiatry.* – 2019. – Vol. 13, № 4. – P. 935-942.

205. Childhood adversity specificity and dose-response effect in non-affective first-episode psychosis / A. M. Trauelsen, S. Bendall, J. E. Jansen [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2015. – Vol. 165, № 1. – P. 52-59.

206. Childhood and adolescent adversity and cardiometabolic outcomes: a scientific statement from the American Heart Association / Sh. F. Suglia, K. C. Koenen, R. Boynton-Jarrett [et al.] ; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention [et al.] // *Circulation.* – 2018. – Vol. 137, № 5. – P. e15-e28.

207. Childhood malnutrition and maltreatment are linked with personality disorder symptoms in adulthood: results from a Barbados lifespan cohort / R. S. Hock, C. P. Bryce, L. Fischer [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2018. – Vol. 269. – P. 301-308.

208. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder / A. F. Quenneville, E. Kalogeropoulou, A.-L. Küng [et al.]. – DOI 10.1016/j.psychres.2019.112688 // *Psychiatry Res.* – 2020. – Vol. 284. – Art. 112688. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119319444?via%3Dihub> (date of the application: 14.09.2020).

209. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil / L. P. Barbosa, L. Quevedo, G. Del Grande da Silva [et al.] // *Child. Abuse Negl.* – 2014. – Vol. 38, № 7. – P. 1191-1196.

210. Chronic stress and suicidal thinking among medical students / A. Rosiek, A. Rosiek-Kryszewska, Ł. Leksowski [et al.]. – DOI 10.3390/ijerph13020212 // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2016. – Vol. 13, № 2. – Art. 212. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/2/212/htm> (date of the application: 14.01.2020).

211. Chronic stress in medical and dental education / M. Schmitter, M. Liedl, J. Beck [et al.] // *Med. Teach*. – 2008. – Vol. 30, № 1. – P. 97-99.

212. Cipra, C. Testing anxiety in undergraduate medical students and its correlation with different learning approaches / C. Cipra, B. Müller-Hilke. – DOI 10.1371/journal.pone.0210130 // *PLoS One*. – 2019. – Vol. 14, № 3. – Art. 0210130. – URL: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0210130&type=printable> (date of the application: 14.01.2020).

213. Clay, R. A. Suicide and intimate partner violence : a federal initiative aims to bring experts from the two fields closer together in an effort to save lives / R. A. Clay // *Monitor on Psychology*. – 2014. – Vol. 45, № 10. – P. 30.

214. Clinical study of indirect composite resin inlays in posterior stress-bearing cavities placed by dental students: results after 4 years / K. C. Huth, H. Y. Chen, A. Mehl [et al.] // *J. Dent*. – 2011. – Vol. 39, № 7. – P. 478-488.

215. Cohen, M. Physician heal thyself: lifestyle education for medical students / M. Cohen // *Complement. Ther. Med*. – 1999. – Vol. 7, № 2. – P. 110-112.

216. Cohen, M. Saliva pH as a biomarker of exam stress and a predictor of exam performance / M. Cohen, R. Khalaila // *J. Psychosom. Res*. – 2014. – Vol. 77, № 5. – P. 420-425.

217. Cohen, S. Perceived stress in a probability sample of the United States / S. Cohen, G. Williamson // *The social psychology of health: the Claremont symposium on applied social psychology* / eds.: S. Spacapan, S. Oskamp. – Newbury Park, CA, 1988. – P. 31-67.

218. Colucci, E. Violence against women and suicide in the context of migration: a review of the literature and a call for action / E. Colucci, A. H. Montesinos // *Suicidology Online*. – 2013. – Vol. 4. – URL: <http://suicidology-online.com/pdf/SOL-2013-4-81-91.pdf> (date of the application: 14.01.2020).

219. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants / K. Posner, M. A. Oquendo, M. Gould [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164, № 7. – P. 1035-1043.

220. Comparative randomized trial of an online cognitive-behavioral therapy program and an online support group for depression and anxiety / L. A. Ellis, A. J. Campbell, S. Sethi [et al.] // *J. Cyber Ther. Rehabil*. – 2011. – Vol. 4, № 4. – P. 461-467.

221. Comparing levels of psychological stress and its inducing factors among medical students / N. Rafique, L. I. Al-Asoom, R. Latif [et al.] // *J. Taibah Univ. Med. Sci.* – 2019. – Vol. 14, № 6. – P. 488-494.
222. Comparison of Beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatients / A. T. Beck, R. A. Steer, R. Ball [et al.] // *J. Pers. Assess.* – 1996. – Vol. 67, № 3. – P. 588-597.
223. Cook, W. W. Proposed hostility and Pharisaid-virtue scales for the MMPI / W. W. Cook, D. M. Medley // *J. Appl. Psychol.* – 1954. – Vol. 38, № 6. – P. 414-418.
224. Copeland, W. E. Adult associations of childhood suicidal thoughts and behaviors: a prospective, longitudinal analysis / W. E. Copeland, D. B. Goldston, E. J. Costello // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2017. – Vol. 56, № 11. – P. 958.e4-965.e4.
225. Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention training (MediMind) in Germany / S. M. Kuhlman, M. Huss, A. Bürger [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-016-0833-8 // *BMC Med. Educ.* – 2016. – Vol. 16. – Art. 316. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0833-8> (date of the application: 14.01.2020).
226. Coping, stress, and negative childhood experiences: the link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior / M. McLafferty, C. Armour, B. Bunting [et al.] // *Psych. J.* – 2019. – Vol. 8, № 3. – P. 293-306.
227. Corticolimbic connectivity mediates the relationship between adverse childhood experiences and symptom severity in borderline personality disorder / B. Vai, L. Sforzini, R. Visintini [et al.] // *Neuropsychobiology.* – 2017. – Vol. 76, № 2. – P. 105-115.
228. Curcio, G. Sleep loss, learning capacity and academic performance / G. Curcio, M. Ferrara, L. De Gennaro // *Sleep Med. Rev.* – 2006. – Vol. 10, № 5. – P. 323-337.
229. Cvetkovski, S. The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers / S. Cvetkovski, N. J. Reavley, A. F. Jorm // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 46, № 5. – P. 457-467.
230. Dahlin, M. Factors at medical school and work related to exhaustion among physicians in their first postgraduate year / M. Dahlin, J. Fjell, B. Runeson // *Nord J. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 64, № 6. – P. 402-408.
231. Dahlin, M. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study / M. Dahlin, N. Joneborg, B. Runeson // *Med. Educ.* – 2005. – Vol. 39, № 6. – P. 594-604.
232. Dahlin, M. E. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study / M. E. Dahlin, B. Runeson. – DOI 10.1186/1472-6920-7-6 // *BMC Med. Educ.* – 2007. – Vol. 7. – Art. 6. – URL:

<https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-7-6> (date of the application: 14.01.2020).

233. Davidson, F. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique / F. Davidson, A. Philippe. – Paris : Doin : INSERM, 1986. – 173 p. – (Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie). – ISBN 982704005215.

234. Davies, E. B. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: a systematic review and meta-analysis / E. B. Davies, R. Morriss, C. Glazebrook. – DOI 10.2196/jmir.3142 // J. Med. Internet Res. – 2014. – Vol. 16, № 5. – Art. 130. – URL: <https://www.jmir.org/2014/5/e130/pdf> (date of the application: 14.01.2020).

235. De Jong, M. L. Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence / M. L. De Jong // J. Youth Adolesc. – 1992. – Vol. 21, № 3. – P. 357-373.

236. Dehghan-Nayeri, N. Effects of progressive relaxation on anxiety and quality of life in female students: a non-randomized controlled trial / N. Dehghan-Nayeri, M. Adib-Hajbaghery // Complement. Ther. Med. – 2011. – Vol. 19, № 4. – P. 194-200.

237. Depression and stress amongst undergraduate medical students / A. B. Ludwig, W. Burton, J. Weingarten [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-015-0425-z // BMC Med. Educ. – 2015. – Vol. 15. – Art. 141. – URL: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0425-z> (date of the application: 14.01.2020).

238. Depression in medical students: insights from a longitudinal study / V. Silva, P. Costa, I. Pereira [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-017-1006-0 // BMC Med. Educ. – 2017. – Vol. 17, № 1. – Art. 184. – URL: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1006-0> (date of the application: 14.01.2020).

239. Depression, anxiety, and stress among final-year medical students / B. Kumar, M. A. A. Shah, R. Kumari [et al.]. – DOI 10.7759/cureus.4257 // Cureus. – 2019. – Vol. 11, № 3. – Art. e4257. – URL: <https://www.cureus.com/articles/18501-depression-anxiety-and-stress-among-final-year-medical-students> (date of the application: 14.01.2020).

240. Depression, anxiety, and tobacco use: overlapping impediments to sleep in a national sample of college students / M. A. Boehm, Q. M. Lei, R. M. Lloyd [et al.] // J. Am. Coll. Health. – 2016. – Vol. 64, № 7. – P. 565-574.

241. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey / H. U Wittchen, R. M. Carter, H. Pfister [et al.] // Int. Clin. Psychopharmacol. – 2000. – Vol. 15, № 6. – P. 319-328.

242. Dobkin, P. L. Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going? / P. L. Dobkin, T. A. Hutchinson // Med. Educ. – 2013. – Vol. 47, № 8. – P. 768-779.

243. Doctors who commit suicide while under GMC fitness to practise investigation. GMC : internal review / General Medical Council. – London : GMC, 2014. – 83 p.

244. Does Mental Health First Aid training improve the mental health of aid recipients? The training for parents of teenagers randomised controlled trial / A. J. Morgan, J. A. Fischer, L. M. Hart [et al.]. – DOI 10.1186/s12888-019-2085-8 // BMC Psychiatry. – 2019. – Vol. 19, № 1. – Art. 99. – URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2085-8> (date of the application: 14.01.2020).

245. Does the level of physical exercise affect physiological and psychological responses to psychosocial stress in women? / S. Klaperski, B. von Dawans, M. Heinrichs [et al.] // Psychol. Sport Exerc. – 2013. – Vol. 14, № 2. – P. 266-276.

246. Drolet, B. C. A comprehensive medical student wellness program-design and implementation at Vanderbilt School of Medicine / B. C. Drolet, S. Rodgers // Acad. Med. – 2010. – Vol. 85, № 1. – P. 103-110.

247. Dunn, L. B. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout / L. B. Dunn, A. Iglewicz, C. Moutier // Acad. Psychiatry. – 2008. – Vol. 32, № 1. – P. 44-53.

248. Dyrbye, L. N. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, T. D. Shanafelt // Mayo Clin. Proc. – 2005. – Vol. 80, № 12. – P. 1613-1622.

249. Dyrbye, L. N. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, T. D. Shanafelt // Acad. Med. – 2006. – Vol. 81, № 4. – P. 354-373.

250. Early-life stressful events and suicide attempt in schizophrenia: Machine learning models / S. Tasmim, O. Dada, K. Z. Wang [et al.] // Schizophr. Res. – 2020. – Vol. 218. – P. 329-331.

251. Effect of stress on academic performance in medical students – a cross sectional study / M. Kumar, S. Sharma, S. Gupta [et al.] // Indian J. Physiol. Pharmacol. – 2014. – Vol. 58, № 1. – P. 81-86.

252. Effective teaching methods in higher education: requirements and barriers / N. S. Bidabadi, A. N. Isfahani, A. Rouhollahi [et al.] // J. Adv. Med. Educ. Prof. – 2016. – Vol. 4, № 4. – P. 170-178.

253. Effects of a brief mindfulness-based intervention program for stress management among medical students: the Mindful-Gym randomized controlled study / C. K. Phang, F. Mukhtar, N. Ibrahim [et al.] // Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract. – 2015. – Vol. 20, № 5. – P. 1115-1134.

254. Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / R. Winzer, L. Lindberg,

K. Guldbrandsson [et al.]. – DOI 10.7717/peerj.4598 // PeerJ. – 2018. – Vol. 6. – Art. e4598. – URL: <https://peerj.com/articles/4598/> (date of the application: 14.01.2020).

255. El-Gilany, A. H. Perceived stress among male medical students in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors / A. H. El-Gilany, M. Amr, S. Hammad // *Ann. Saudi Med.* – 2008. – Vol. 28, № 6. – P. 442-448.

256. Ellis, J. B. Adaptive characteristics and suicidal behavior: a gender comparison of young adults / J. B. Ellis, D. A. Lamis // *Death. Stud.* – 2007. – Vol. 31, № 9. – P. 845-854.

257. Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program / C. Hassed, S. de Lisle, G. Sullivan [et al.] // *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.* – 2009. – Vol. 14, № 3. – P. 387-398.

258. Essa, A. Stress and its effect on medical students performance in Tikrit University college of medicine / A. Essa // *Tikrit J. Pharm. Sci.* – 2013. – Vol. 9, № 1. – P. 108-121.

259. Essau, C. A. Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization / C. A. Essau, J. Gabbidon // *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety* / eds.: C. A. Essau, T. H. Ollendick. – Chichester [u.a.], 2013. – P. 23-42.

260. European report on preventing violence and knife crime among young people / WHO Regional Office for Europe ; ed. by D. Sethi, K. Hughes, M. Bellis [et al.]. – Copenhagen : WHO, 2010. – 102 p.

261. Evaluation of aromatherapy with lavender oil on academic stress: a randomized placebo controlled clinical trial / R. Ahmad, A. A. Naqvi, H. M. Al-Bukhaytan [et al.]. – DOI 10.1016/j.conctc.2019.100346 // *Contemp. Clin. Trials Commun.* – 2019. – Vol. 14. – Art. 100346. – URL: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451865418301169?](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451865418301169?via%3Dihub) (date of the application: 14.01.2020).

262. Exploring factors affecting undergraduate medical students' study strategies in the clinical years: a qualitative study / H. M. F. Al Kadri, M. S. Al-Moamary, M. Elzubair [et al.] // *Adv. Health Sci. Educ.* – 2011. – Vol. 16, № 5. – P. 553-567.

263. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study / F. Brenneisen Mayer, I. Souza Santos, P. S. Silveira [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-016-0791-1 // *BMC Med. Educ.* – 2016. – Vol. 16, № 1. – Art. 282. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0791-1> (date of the application: 14.01.2020).

264. Factors causing exam anxiety in medical students / S. Hashmat, M. Hashmat, F. Amanullah [et al.] // *J. Pak. Med. Assoc.* – 2008. – Vol. 58, № 4. – P. 167-170.

265. Factors causing stress among students of a medical college in Kolkata, India / S. Gupta, S. Choudhury, M. Das [et al.] // *Educ. Health (Abingdon)*. – 2015. – Vol. 28, № 1. – P. 92-95.

266. Farchakh, Y. Association between orthorexia nervosa, eating attitudes and anxiety among medical students in Lebanese universities: results of a cross-sectional study / Y. Farchakh, S. Hallit, M. Soufia // *Eat. Weight Disord.* – 2019. – Vol. 24, № 4. – P. 683-691.
267. First onset of suicidal thoughts and behaviours in college / P. Mortier, K. Demyttenaere, R. P. Auerbach [et al.] // *J. Affect Disord.* – 2017. – Vol. 207. – P. 291-299.
268. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum / K. J. Moffat, A. McConnachie, S. Ross [et al.] // *Med. Educ.* – 2004. – Vol. 38, № 5. – P. 482-491.
269. First-onset and persistence of suicidal ideation in university students: a one-year follow-up study / M. J. Blasco, G. Vilagut, I. Alayo [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2019. – Vol. 256. – P. 192-204.
270. Firth-Cozens, J. Stress in medical undergraduates and house officers / J. Firth-Cozens // *Br. J. Hosp. Med.* – 1989. – Vol. 41, № 2. – P. 161-164.
271. Firth-Cozens, J. The role of early family experiences in the perception of organisational stress: fusing clinical and organisational perspectives / J. Firth-Cozens // *J. Occup. Organ. Psychol.* – 1992. – Vol. 65, № 1. – P. 61-75.
272. Fjeldsted, R. Childhood trauma, stressful life events, and suicidality in Danish psychiatric outpatients / R. Fjeldsted, T. W. Teasdale, B. Bach // *Nord J. Psychiatry.* – 2020. – Vol. 74, № 4. – P. 280-286.
273. Frank, E. Personal health promotion at US medical schools: a quantitative study and qualitative description of deans' and students' perceptions / E. Frank, J. Hedgecock, L. K. Elon. – DOI 10.1186/1472-6920-4-29 // *BMC Med. Educ.* – 2004. – Vol. 4, № 1. – Art. 29. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-4-29> (date of the application: 14.01.2020).
274. From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms / R. P. Bentall, P. De Sousa, F. Varese [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2014. – Vol. 49, № 7. – P. 1011-1022.
275. Fuller-Thomson, E. Suicide attempts among individuals with specific learning disorders: an underrecognized issue / E. Fuller-Thomson, S. Z. Carroll, W. Yang // *J. Learn. Disabil.* – 2018. – Vol. 51, № 3. – P. 283-292.
276. Gaber, R. R. Still-Well osteopathic medical student wellness program / R. R. Gaber, D. M. Martin // *J. Am. Osteopath. Assoc.* – 2002. – Vol. 102, № 5. – P. 289-292.
277. Gender commonalities and differences in risk and protective factors of suicidal thoughts and behaviors: a cross-sectional study of Spanish university students / A. Miranda-Mendizabal, P. Castellví, I. Alayo [et al.] // *Depress Anxiety.* – 2019. – Vol. 36, № 11. – P. 1102-1114.

278. Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education / D. V. Backović, J. I. Zivojinović, J. Maksimović [et al.] // *Psychiatr. Danub.* – 2012. – Vol. 24, № 2. – P. 175-181.
279. Gentile, J. P. Medical student mental health services: psychiatrists treating medical students / J. P. Gentile, B. Roman // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2009. – Vol. 6, № 5. – P. 38-45.
280. Goldberg, D. A user's guide to the General Health Questionnaire / D. Goldberg, P. Williams. – Windsor, Berks. : NFER-Nelson, 1988. – 129 p.
281. Grassi, A. New technologies to manage exam anxiety / A. Grassi, A. Gaggioli, G. Riva // *Stud. Health Technol. Inform.* – 2011. – Vol. 167. – P. 57-62.
282. Guidelines: the dos, don'ts and don't knows of remediation in medical education / C. L. Chou, A. Kalet, M. J. Costa [et al.] // *Perspect. Med. Educ.* – 2019. – Vol. 8, № 6. – P. 322-338.
283. Györffy, Z. Career motivation and burnout among medical students in Hungary – could altruism be a protection factor? / Z. Györffy, E. Birkás, I. Sándor. – DOI 10.1186/s12909-016-0690-5 // *BMC Med. Educ.* – 2016. – Vol. 16. – Art. 182. – URL: <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0690-5> (date of the application: 14.01.2020).
284. Habeeb, K. A. Prevalence of stressors among female medical students Taibah university / K. A. Habeeb // *J. Taibah Univ. Med. Sci.* – 2010. – Vol. 5, № 1. – P. 110-119.
285. Hamzah, R. Stressors and coping strategies during clinical practices among undergraduate nursing students in Universiti Sains Malaysia (USM) / R. Hamzah, I. I. Hassan, M. S. B. Yusoff // *16th National Conference on Medical and Health Sciences : theme: humanising medicine and health for posterity, Kota Bharu, Kelantan, 22-23 June 2011 : compendium of abstracts / School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia.* – Kelantan, 2011.
286. Hankir, A. K. Stigma and mental health challenges in medical students / A. K. Hankir, A. Northall, R. Zaman. – DOI 10.1136/bcr-2014-205226 // *BMJ Case Rep.* – 2014. – Vol. 2014. – Art. bcr201420522. – URL: <https://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2014-205226.full> (date of the application: 14.01.2020).
287. Harm avoidance and childhood adversities in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected first-degree relatives / K. Bey, L. Lennertz, A. Riesel [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2017. – Vol. 135, № 4. – P. 328-338.
288. *Healthy Campus - Hochschule der Zukunft* / hg.: H.-G. Predel, M. Preuß, G. Rudinger. – Göttingen : V&R Unipress, 2018. – 142 S. – (Applied research in psychology and evaluation ; vol. 7). – ISBN 978-3847108931.
289. Heinen, I. Perceived stress in first year medical students – associations with personal resources and emotional distress / I. Heinen, M. Bullinger, R.-D. Kocalevent. – DOI 10.1186/s12909-

016-0841-8 // BMC Med. Educ. – 2017. – Vol. 17, № 1. – Art. 4. – URL: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0841-8> (date of the application: 14.01.2020).

290. High levels of stress causing anxiety amongst medical students / R. Fateh, S. B. Arja, S. B. Arja [et al.] // *Int. J. Integr. Med.* – 2020. – Vol. 7, № 1. – P. 867-874.

291. Hingson, R. W. Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005 / R. W. Hingson, W. Zha, E. R. Weitzman // *J. Stud. Alcohol. Drugs. Suppl.* – 2009. – Vol. 16. – P. 12-20.

292. Hobfoll, S. E. Social and psychological resources and adaptation / S. E. Hobfoll // *Rev. Gen. Psychol.* – 2002. – Vol. 6, № 4. – P. 307-324.

293. Holland, C. Critical review: medical students' motivation after failure / C. Holland // *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.* – 2016. – Vol. 21, № 3. – P. 695-710.

294. Hori, M. A stress management program for university students / M. Hori, A. Shimazu // *Shinrigaku Kenkyu.* – 2007. – Vol. 78, № 3. – P. 284-289.

295. Hunt, J. Consequences of receipt of a psychiatric diagnosis for completion of college / J. Hunt, D. Eisenberg, A. M. Kilbourne // *Psychiatr. Serv.* – 2010. – Vol. 61, № 4. – P. 399-404.

296. Hunt, J. Mental health problems and help-seeking behavior among college students / J. Hunt, D. Eisenberg // *J. Adolesc. Health.* – 2010. – Vol. 46, № 1. – P. 3-10.

297. Ibrahim, A. K. Socioeconomic status and the risk of depression among U.K. higher education students / A. K. Ibrahim, S. J. Kelly, C. Glazebrook // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2013. – Vol. 48, № 9. – P. 1491-1501.

298. Imitation of suicidal behaviour / A. Schmidtke, C. Lohr, U. Bille-Brahe [et al.] // *Suicidal behaviour : theories and research findings* / eds: D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof [et al.]. – Cambridge, MA, 2004. – Chapt. 15. – P. 209-218.

299. Inam, S. B. Anxiety and depression among students of a medical college in Saudi Arabia / S. B. Inam // *Int. J. Health Sci. (Qassim).* – 2007. – Vol. 1, № 2. – P. 295-300.

300. Internet-delivered physical activity intervention for college students with mental health disorders: a randomized pilot trial / E. L. Mailey, T. R. Wójcicki, R. W. Motl [et al.] // *Psychol. Health Med.* – 2010. – Vol. 15, № 6. – P. 646-659.

301. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings / C. S. Harrod, C. W. Goss, L. Stallones [et al.]. – DOI 10.1002/14651858.CD009439.pub2 // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2014. – № 10. – Art. CD009439. – URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009439.pub2/full?cookiesEnabled> (date of the application: 14.01.2020).

302. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study / M. Ellsberg, H. A. Jansen, L. Heise [et al.] // *The Lancet*. – 2008. – Vol. 371, № 9619. – P. 1165-1172.
303. Jacka, F. N. Prevention of mental disorders: evidence, challenges and opportunities / F. N. Jacka, N. J. Reavley. – DOI 10.1186/1741-7015-12-75 // *BMC Med*. – 2014. – Vol. 12. – Art. 75. – URL: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-12-75> (date of the application: 14.01.2020).
304. Jaye, C. «Do as I say, not as I do»: medical education and foucault's normalizing technologies of self / C. Jaye, T. Egan, S. Parker // *Anthropol. Med*. – 2006. – Vol. 13, № 2. – P. 141-155.
305. Khan, J. M. Effect of perceived academic stress on students' performance / J. M. Khan, S. Altaf, H. Kausar // *FWU Journal of Social Sciences*. – 2013. – Vol. 7, № 2. – P. 146-151.
306. Kim, S. Psychological and emotional stress among the students living in dormitory: a comparison between normal and depressive students / S. Kim, H. Kim, J. C. Yang. – DOI 10.4172/2167-0277.1000201 // *J. Sleep Disord. Ther*. – 2015. – Vol. 4, № 3. – Art. 1000201. – URL: <https://www.longdom.org/open-access/psychological-and-emotional-stress-among-the-students-living-in-dormitory-acomparison-between-normal-and-depressive-students-2167-0277-1000201.pdf> (date of the application: 14.01.2020).
307. Labouliere, C. D. When self-reliance is not safe: associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents / C. D. Labouliere, M. Kleinman, S. Gould // *Int. J. Environ. Res. Public. Health*. – 2015. – Vol. 12, № 4. – P. 3741-3755.
308. Leading healthy lives: lifestyle medicine for medical students / L. Malatskey, J. Essa-Hadad, T. A. Willis [et al.] // *Am. J. Lifestyle Med*. – 2017. – Vol. 13, № 2. – P. 213-219.
309. Ledgerwood, D. M. Suicide and attachment: fear of abandonment and isolation from a developmental perspective / D. M. Ledgerwood // *J. Contemp. Psychother*. – 1999. – Vol. 29, № 1. – P. 65-73.
310. Lee, J. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective / J. Lee, A. V. Graham // *Med. Educ*. – 2001. – Vol. 35, № 7. – P. 652-659.
311. Lempp, H. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching / H. Lempp, C. Seale // *BMJ*. – 2004. – Vol. 329, № 7469. – P. 770-773.
312. Leodoro, G. The effect of server posture on the tips of whites and blacks / G. Leodoro, M. Lynn // *J. Appl. Soc. Psychol*. – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 201-209.
313. Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study / K. Kjeldstadli, R. Tyssen, A. Finset [et al.]. – DOI 10.1186/1472-6920-6-48 // *BMC Med. Educ*. – 2006. – Vol. 6. – Art. 48. – URL:

<https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-6-48> (date of the application: 14.01.2020).

314. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative / R. C. Kessler, M. Angermeyer, J. C. Anthony [et al.] // *World Psychiatry*. – 2007. – Vol. 6, № 3. – P. 168-176.

315. Lovibond, P. F. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories / P. F. Lovibond, S. H. Lovibond // *Behav. Res. Ther.* – 1995. – Vol. 33, № 3. – P. 335-342.

316. MacIsaac M. B. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review / M. B. MacIsaac, L. C. Bugeja, G. A. Jelinek // *Aust. N. Z. J. Public Health*. – 2017. – Vol. 41, № 1. – P. 61-69.

317. Malpass, A. Medical students' experience of mindfulness training in the UK: well-being, coping reserve, and professional development / A. Malpass, K. Binnie, L. Robson. – DOI 10.1155/2019/4021729 // *Educ. Res. Int.* – 2019. – Vol. 2019. – Art. 4021729. – URL: <https://www.hindawi.com/journals/edri/2019/4021729> (date of the application: 14.01.2020).

318. Mapping interventions that promote mental health in the general population: a scoping review of reviews / J. Enns, M. Holmqvist, P. Wener [et al.] // *Prev. Med.* – 2016. – Vol. 87. – P. 70-80.

319. Maris, R. W. Suicide / R. W. Maris // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360, № 9329. – P. 319-326.

320. McConville, J. Mindfulness training for health profession students - the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials / J. McConville, R. McAleer, A. Hahne // *Explore (NY)*. – 2017. – Vol. 13, № 1. – P. 26-45.

321. Measurement of fatigue in cancer patients: development and validation of the Fatigue Symptom Inventory / D. M. Hann, P. B. Jacobsen, L. M. Azzarello [et al.] // *Qual. Life Res.* – 1998. – Vol. 7, № 4. – P. 301-310.

322. Mediators linking childhood adversities and trauma to suicidality in individuals at risk for psychosis / S. J. Schmidt, F. Schultze-Lutter, S. Bendall [et al.]. – DOI 10.3389/fpsyt.2017.00242 // *Front. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 8. – Art. 242. – URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2017.00242/full> (date of the application: 14.01.2020).

323. Medical student perceptions of medical school education about suffering: a multicenter pilot study / T. R. Egnew, P. R. Lewis, D. C. Schaad [et al.] // *Fam. Med.* – 2014. – Vol. 46, № 1. – P. 39-44.

324. Medical students' self-report of mental health conditions / R. D. Strous, N. Shoenfeld, A. Lehman [et al.] // *Int. J. Med. Educ.* – 2012. – Vol. 3. – P. 1-5.

325. Mehfooz, Q. U. A. Effect of stress on academic performance of undergraduate medical students / Q. U. A. Mehfooz, I. H. Sonia. – DOI 10.4172/2161-0711.1000566 // *J. Community Med. Health Educ.* – 2017. – Vol. 7, № 6. – Art. 1000566. – URL: <https://www.omicsonline.org/open-access/effect-of-stress-on-academic-performance-of-undergraduate-medical-students-2161-0711-1000566.pdf> (date of the application: 14.01.2020).

326. Melaku, L. Stress among medical students and its association with substance use and academic performance / L. Melaku, A. Mossie, A. Negash. – DOI 10.1155/2015/149509 // *J. Biomed. Educ.* – 2015. – Vol. 2015. – Art. 149509. – URL: <https://www.hindawi.com/journals/jbe/2015/149509> (date of the application: 14.01.2020).

327. Mental Health in times of Economic Crisis : workshop proceedings, Brussels, 19 June 2012 / Directorate General for Internal Policies Policy, Department A: Economic and Scientific Policy. – Brussels, 2012. – 66 p. – ISBN 9282346684.

328. Mind the Fathers: associations of parental childhood adversities with borderline personality disorder pathology in female adolescents / C. Reichl, R. Brunner, A. Fuchs [et al.] // *J. Pers. Disord.* – 2017. – Vol. 31, № 6. – P. 827-843.

329. Mindfulness based stress reduction for medical students: optimising student satisfaction and engagement / D. Aherne, K. Farrant, L. Hickey [et al.]. – DOI 10.1136/bmjopen-2016-014264 // *BMC Med. Educ.* – 2016. – Vol. 16, № 1. – Art. 209. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-016-0728-8> (date of the application: 14.01.2020).

330. Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students / M. de Vibe, I. Solhaug, R. Tyssen [et al.]. – DOI 10.1186/1472-6920-13-107 // *BMC Med. Educ.* – 2013. – Vol. 13. – Art. 107. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6920-13-107> (date of the application: 14.01.2020).

331. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students / S. Rosenzweig, D. K. Reibel, J. M. Greeson [et al.] // *Teach. Learn. Med.* – 2003. – Vol. 15, № 2. – P. 88-92.

332. Morgan, C. Childhood adversities and psychosis: evidence, challenges, implications / C. Morgan, C. Gayer-Anderson // *World Psychiatry.* – 2016. – Vol. 15, № 1. – P. 93-102.

333. Mori, S. C. Addressing the mental health concerns of international students / S. C. Mori // *J. Couns. Dev.* – 2000. – Vol. 78, № 2. – P. 137-144.

334. Moss, F. The anxieties of new clinical students / F. Moss, I. C. McManus // *Med. Educ.* – 1992. – Vol. 26, № 1. – P. 17-20.
335. Ng, V. Examination stress, salivary cortisol, and academic performance / V. Ng, D. Koh, S-E. Chia // *Psychol. Rep.* – 2011. – Vol. 93, № 3, pt. 2. – P. 1133-1134.
336. Nonclinical depression and anxiety as predictor of academic stress in medical students / A. Masood, S. Rashid, R. Musarrat [et al.] // *International Journal of Medical Research & Health Sciences (IJMRHS)*. – 2016. – Vol. 5, spec. is.: *Psychology: Challenges and Current Research*. – P. 391-397.
337. Nordentoft, M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups / M. Nordentoft // *Dan. Med. Bull.* – 2007. – Vol. 54, № 4. – P. 306-369.
338. Offenders in emerging adulthood: School maladjustment, childhood adversities, and prediction of aggressive antisocial behaviors / M. Wallinius, C. Delfin, E. Billstedt [et al.] // *Law Hum. Behav.* – 2016. – Vol. 40, № 5. – P. 551-563.
339. Ongoing university studies and the risk of suicide: a register-based nationwide cohort study of 5 million young and middle-aged individuals in Sweden, 1993-2011 / C. T. Lageborn, R. Ljung, M. Vaez [et al.]. – DOI 10.1136/bmjopen-2016-014264 // *BMJ Open*. – 2017. – Vol. 7, № 3. – Art. e014264. – URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e014264.long> (date of the application: 14.01.2020).
340. Parental bonding and suicidality in adulthood / D. Heider, S. Bernert, H. Matschinger [et al.] // *Aust. N. Z. J. Psych.* – 2007. – Vol. 41, № 1. – P. 66-73.
341. Parkerson Jr, G. R. The health status and life satisfaction of first-year medical students / G. R. Parkerson Jr, W. E. Broadhead, C. K. Tse // *Acad. Med.* – 1990. – Vol. 65, № 9. – P. 586-588.
342. Pedagogical strategies used in clinical medical education: an observational study / M. S. Nilsson, S. Pennbrant, E. Pilhammar [et al.]. – DOI 10.1186/1472-6920-10-9 // *BMC Med. Educ.* – 2010. – Vol. 10. – Art. 9. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-10-9> (date of the application: 14.01.2020).
343. Perceived sources of stress amongst Indian dental students / S. Kumar, R. J. Dagli, A. Mathur [et al.] // *Eur. J. Dent. Educ.* – 2009. – Vol. 13, № 1. – P. 39-45.
344. Perceived stress and associated factors among medical students / A. A. Saeed, A. A. Bahnassy, N. A. Al-Hamdan [et al.] // *J. Family Community Med.* – 2016. – Vol. 23, № 3. – P. 166-171.
345. Pololi, L. Small-group teaching emphasizing reflection can positively influence medical students' values / L. Pololi, R. M. Frankel // *Acad. Med.* – 2001. – Vol. 76, № 12. – P. 1172-1173.

346. Population attributable fractions of psychopathology and suicidal behaviour associated with childhood adversities in Northern Ireland / M. McLafferty, S. O'Neill, S. Murphy [et al.] // *Child Abuse Negl.* – 2018. – Vol. 77. – P. 35-45.

347. Positive versus negative mental health in emerging adulthood: a national cross-sectional survey / R. Winzer, F. Lindblad, K. Sorjonen [et al.]. – DOI 10.1186/1471-2458-14-1238 // *BMC Public Health.* – 2014. – Vol. 14. – Art. 1238. – URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-1238> (date of the application: 14.01.2020).

348. Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia / A. F. Al-Kaabba, A. A. Saeed, A. M. Abdalla [et al.] // *J. Fam. Community Med.* – 2011. – Vol. 18, № 1. – P. 8-12.

349. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students / M. S. Yusoff, A. F. Abdul Rahim, A. A. Baba [et al.] // *Asian J. Psychiatr.* – 2013. – Vol. 6, № 2. – P. 128-133.

350. Prevalence and determinants of burnout syndrome and depression among medical students at Sultan Qaboos university: a cross-sectional analytical study from Oman / M. Al-Alawi, H. Al-Sinawi, A. Al-Qubtan [et al.] // *Arch. Environ. Occup. Health.* – 2019. – Vol. 74, № 3. – P. 130-139.

351. Prevalence and relationship between burnout and depression in our future doctors: a cross-sectional study in a cohort of preclinical and clinical medical students in Ireland / O. Fitzpatrick, R. Biesma, R. M. Conroy [et al.]. – DOI 10.1136/bmjopen-2018-023297 // *BMJ Open.* – 2019. – Vol. 9, № 4. – Art. e023297. – URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e023297.long> (date of the application: 14.01.2020).

352. Prevalence of depression among nursing students: a systematic review and meta-analysis / Y. J. Tung, K. K. H. Lo, R. C. M. Ho [et al.] // *Nurse Educ. Today.* – 2018. – Vol. 63. – P. 119-129.

353. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis / L. S. Rotenstein, M. A. Ramos, M. Torre [et al.] // *JAMA.* – 2016. – Vol. 316, № 21. – P. 2214-2236.

354. Prevalence of stress among medical students in Jizan University, Kingdom of Saudi Arabia / M. Sani, M. S. Mahfouz, I. Bani [et al.] // *Gulf. Med. J.* – 2012. – Vol. 1, № 1. – P. 19-25.

355. Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace / L. Tan, M.-J. Wang, M. Modini [et al.]. – DOI 10.1186/1741-7015-12-74 // *BMC Med.* – 2014. – Vol. 12. – Art. 74. – URL: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1741-7015-12-74> (date of the application: 14.01.2020).

356. Psychological distress in medical students - a comparison of the Universities of Munich and Witten/Herdecke / N. Kohls, A. Büssing, S. Sauer [et al.] // *Z. Psychosom. Med. Psychother.* – 2012. – Vol. 58, № 4. – P. 409-416.

357. Psychological factors of suicidal behavior in early and late adolescence / E. Dozortseva, V. Badmayeva, D. Oshevsky [et al.] // XVI European Congress of Psychology, Moscow, 2-5 July 2019 / European Federation of Psychologists Associations ; Lomonosov Moscow State University. – Moscow, 2019. – P. 582.

358. Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools / R. Gorter, R. Freeman, S. Hammen [et al.] // *Eur. J. Dent. Educ.* – 2008. – Vol. 12, № 2. – P. 61-68.

359. Psychological-pedagogical diagnostics of the development of individuals and groups in the education of modern students / T. Shchelina, S. Akutina, I. Begantsova [et al.] // *Revista ESPACIOS.* – 2017. – Vol. 38, № 35. – Art. 33. – URL: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n35/a17v38n35p33.pdf> (date of the application: 14.01.2020).

360. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale / K. M. Connor, J. R. Davidson, L. E. Churchill [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 176, № 4. – P. 379-386.

361. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study / E. Voltmer, U. Kieschke, D. L. B. Schwappach [et al.]. – DOI 10.1186/1472-6920-8-46 // *BMC Med. Educ.* – 2008. – Vol. 8. – Art. 46. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6920-8-46> (date of the application: 14.01.2020).

362. Pyrkova, K. V. Features of International Students' Adaptation (on the Basis of a Russian Higher Education Institution) / K. V. Pyrkova // *International Electronic Journal of Mathematics Education.* – 2016. – Vol. 11, № 4. – P. 611-621.

363. Qamar, K. Factors associated with stress among medical students / K. Qamar, N. S. Khan, M. R. Bashir Kiani // *J. Pak. Med. Assoc.* – 2015. – Vol. 65, № 7. – P. 753-755.

364. Quality of Life (QoL) among medical students in Saudi Arabia: a study using the WHOQOL-BREF instrument / H. Malibary, M. M. Zagzoog, M. A. Banjari [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-019-1775-8 // *BMC Med. Educ.* – 2019. – Vol. 19, № 1. – Art. 344. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1775-8> (date of the application: 14.01.2020).

365. Radcliffe, C. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study / C. Radcliffe, H. Lester // *Med. Educ.* – 2003. – Vol. 37, № 1. – P. 32-38.

366. Raleva, M. Early life stress: a key link between childhood adversity and risk of attempting suicide / M. Raleva // *Psychiatr. Danub.* – 2018. – Vol. 30, suppl. 6. – P. 341-347.
367. Reform des medizinstudiums: positive erfahrungen an der Charité Berlin / W. Burger, J. W. Dudenhausen, C. Kiessling [et al.] // *Dtsch. Arztebl.* – 2003. – Jg. 100, № 11. – S. A686-A689.
368. Regehr, Ch. Interventions to reduce stress in university students: a review and meta-analysis / Ch. Regehr, D. Glancy, A. Pitts // *J. Affect. Disord.* – 2013. – Vol. 148, № 1. – P. 1-11.
369. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate / C. M. Brazeau, R. Schroeder, S. Rovi [et al.] // *Acad. Med.* – 2010. – Vol. 85, № 10. – P. 33-36.
370. Resilience among medical students: the role of coping style and social support / G. Thompson, R. B. McBride, C. C. Hosford [et al.] // *Teach. Learn. Med.* – 2016. – Vol. 28, № 2. – P. 174-182.
371. Reynolds, R. Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? / R. Reynolds // *Eat. Weight. Disord.* – 2018. – Vol. 23, № 4. – P. 453-458.
372. Rice, K. G. Perfectionism and self-development: implications for college Adjustment: research / K. G. Rice, J. P. Dellwo // *J. Couns. Dev. (JCD)*. – 2002. – Vol. 80, № 2. – P. 188-196.
373. Rosenberg, M. Self-esteem Scale / M. Rosenberg // *Measures of social psychological attitudes* / eds.: J. P. Robinson, P. R. Shaver ; University of Michigan, Institute for Social Research, Survey Research Center. – 4th print. – Ann Arbor, Michigan, 1972. – P. 98-101. – (Measures of political attitudes ; Appendix B).
374. Said, D. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey / D. Said, K. Kypri, J. Bowman // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2013. – Vol. 48, № 6. – P. 935-944.
375. Sanders, A. E. Effect of perceived stress on student performance in dental school / A. E. Sanders, K. Lushington // *J. Dent. Educ.* – 2002. – Vol. 66, № 1. – P. 75-81.
376. Sarkar, S. A systematic review of depression, anxiety, and stress among medical students in India / S. Sarkar, R. Gupta, V. Menon // *J. Health Hum. Behav.* – 2017. – Vol. 22, № 2. – P. 88-96.
377. Satterfield, J. M. Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups / J. M. Satterfield, C. Becerra // *Med. Educ.* – 2010. – Vol. 44, № 9. – P. 908-916.
378. Schwenk, T. L. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students / T. L. Schwenk, L. Davis, L. A. Wimsatt // *JAMA*. – 2010. – Vol. 304, № 11. – P. 1181-1190.
379. Self-inflicted burns fatalities in Manipal, India / M. K. Mohanty, M. Arun, F. N. P. Monteiro [et al.] // *Med. Sci. Law*. – 2005. – Vol. 45, № 1. – P. 27-30.

380. Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden / A. Christensson, M. Vaez, P. W. Dickman [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2011. – Vol. 46, № 4. – P. 299-310.

381. Setko, N. P. Hygienic estimation of functional reserves and adaptive capabilities of students / N. P. Setko, E. V. Bulycheva, E. B. Beilina // *Gig. Sanit.* – 2017. – Vol. 96, № 2. – P. 166-170.

382. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study / M. Henderson, S. K. Brooks, L. Del Busso [et al.]. – DOI 10.1136/bmjopen-2012-001776 // *BMJ Open.* – 2012. – Vol. 2, № 5. – Art. e001776. – URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001776.long> (date of the application: 14.01.2020).

383. Shankarapillai, R. The effect of yoga in stress reduction for dental students performing their first periodontal surgery: a randomized controlled study / R. Shankarapillai, M. Anathakrishnan Nair, R. George // *Int. J. Yoga.* – 2012. – Vol. 5, № 1. – P. 48-51.

384. Shapiro, S. L. Stress management in medical education: a review of the literature / S. L. Shapiro, D. E. Shapiro, G. E. Schwartz // *Acad. Med.* – 2000. – Vol. 75, № 7. – P. 748-759.

385. Sharp, A. Exam culture and suicidal behaviour among young people / A. Sharp // *Education and Health.* – 2013. – Vol. 31, № 1. – P. 7-11.

386. Sherina, M. S. Psychological stress among undergraduate medical students / M. S. Sherina, L. Rampal, N. Kaneson // *Med. J. Malaysia.* – 2004. – Vol. 59, № 2. – P. 207-211.

387. Sheu, Sh. Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviors / Sh. Sheu, H. Sh. Lin, Sh. L. Hwang // *Int. J. Nurs. Stud.* – 2002. – Vol. 39, № 2. – P. 165-175.

388. Social support: an interactional view / ed. by B. R. Sarason, I. G. Sarason, G. R. Pierce. – New York : J. Wiley & Sons, 1990. – 528 p. : ill. – (Wiley series on personality processes). – ISBN 9780471606246.

389. Social support: relations to coping and adjustment during the transition to university in the People's Republic of China / Sha Tao, Qi Dong, M. W. Pratt [et al.] // *J. Adolesc. Res.* – 2000. – Vol. 15, № 1. – P. 123-144.

390. Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland / S. O'Neill, M. McLafferty, E. Ennis [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2018. – Vol. 239. – P. 58-65.

391. Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviours among nursing students / Y.-C. Hsiao, L.-Y. Chien, L.-Y. Wu [et al.] // *J. Adv. Nurs.* – 2010. – Vol. 66, № 7. – P. 1612-1622.

392. Stickley, A. Childhood hunger and depressive symptoms in adulthood: findings from a population-based study / A. Stickley, M. Leinsalu // *J. Affect. Disord.* – 2018. – Vol. 226. – P. 332-338.
393. Stigma towards people with psychiatric disorders / W. W. Mak, F. M. Cheung, S. Y. Wong [et al.] // *Hong Kong Med. J.* – 2015. – Vol. 21, suppl. 2. – P. 9-12.
394. Strategies against burnout and anxiety in medical education--implementation and evaluation of a new course on relaxation techniques (Relacs) for medical students / K. Wild, M. Scholz, A. Ropohl [et al.]. – DOI 10.1371/journal.pone.0114967 // *PLoS One.* – 2014. – Vol. 9, № 12. – Art. e114967. – URL: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0114967&type=printable> (date of the application: 14.01.2020).
395. Stress among medical Saudi students at College of Medicine, King Faisal University / A. G. Abdel Rahman, B. N. Al Hashim, N. K. Al Hiji [et al.] // *J. Prev. Med. Hyg.* – 2013. – Vol. 54, № 4. – P. 195-199.
396. Stress amongst dental students: a systematic review / A. M. Alzahem, H. T. Van der Molen, A. H. Alaujan [et al.] // *Eur. J. Dent. Educ.* – 2011. – Vol. 15, № 1. – P. 8-18.
397. Stress and academic performance in dental students: the role of coping strategies and examination-related self-efficacy / A. Crego, M. Carrillo-Diaz, J. M. Armfield [et al.] // *J. Dent. Educ.* – 2016. – Vol. 80, № 2. – P. 165-172.
398. Stress and academic performance: empirical evidence from university students / K. Rafidah, A. Azizah, M. D. Norzaidi [et al.] // *Academy of Educational Leadership Journal.* – 2009. – Vol. 13, № 1. – P. 37-51.
399. Stress and its association with the academic performance of undergraduate fourth year medical students at Universiti Kebangsaan Malaysia / H. S. Harlina, A. Salam, R. Roslan [et al.] // *The International Medical Journal Malaysia.* – 2014. – Vol. 13, № 1. – P. 19-24.
400. Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia / H. M. Abdulghani, A. A. AlKanhal, E. S. Mahmoud [et al.] // *J. Health. Popul. Nutr.* – 2011. – Vol. 29, № 5. – P. 516-522.
401. Stress and mental health among medical students / D. V. Backović, M. Maksimović, D. Davidović [et al.] // *Srp. Arh. Celok. Lek.* – 2013. – Vol. 141, № 11-12. – P. 780-784.
402. Stress management in dental students: a systematic review / A. M. Alzahem, H. T. Van der Molen, A. H. Alaujan [et al.] // *Adv. Med. Educ. Pract.* – 2014. – Vol. 5. – P. 167-176.
403. Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students / J. Fares, H. Al Tabosh, Z. Saadeddin [et al.] // *N. Am. J. Med. Sci.* – 2016. – Vol. 8, № 2. – P. 75-81.
404. Stressors and resources related to academic studies and improvements suggested by medical students: a qualitative study / J. Weber, S. Skodda, T. Muth [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-019-

1747-z // BMC Med. Educ. – 2019. – Vol. 19, № 1. – Art. 312. – URL: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-019-1747-z> (date of the application: 14.01.2020).

405. Student nurses' motivation to choose gerontological nursing as a career in China: a survey study / M. Cheng, C. Cheng, Y. Tian [et al.] // Nurse Educ. Today. – 2015. – Vol. 35, № 7. – P. 843-848.

406. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors / R. Tyssen, P. Vaglum, N. T. Grønvold [et al.] // J. Affect. Disord. – 2001. – Vol. 64, № 1. – P. 69-79.

407. Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents / E. Fonseca-Pedrero, F. Inchausti, L. Pérez-Gutiérrez [et al.] // Rev. Psiquiatr. Salud Ment. – 2018. – Vol. 11, № 2. – P. 76-85.

408. Suicidal ideation, suicide attempts, and psychological distress among intoxicated adolescents in the pediatric emergency department / V. Puuskari, T. Aalto-Setälä, E. Komulainen [et al.] // Nord J. Psychiatry. – 2018. – Vol. 72, № 2. – P. 137-144.

409. Suicidality among young adults: Unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences / Y.-R. Wang, J.-W. Sun, P.-Z. Lin [et al.]. – DOI 10.1016/j.chiabu.2019.104183 // Child. Abuse Negl. – 2019. – Vol. 98. – Art. 104183. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213419303606?via%3Dihub> (date of the application: 14.01.2020).

410. Suicide and fatal drug overdose in child sexual abuse victims: a historical cohort study / M. C. Cutajar, P. E. Mullen, J. R. P. Ogloff [et al.] // Med. J. Aust. – 2010. – Vol. 192, № 4. – P. 184-187.

411. Suicide in narcotic drugs dependents / A. Ghaffari-Nejad, A. Mehdizadeh-Zareanari, F. Pouya [et al.] // Addict. Health. – 2012. – Vol. 4, № 1-2. – P. 43-48.

412. Supporting medical students with mental health conditions / General Medical Council. – London : GMC, 2013. – 76 p.

413. Tapse, P. S. Medico-legal study of suspicious death in newly married females in Bidar, Karnataka / P. S. Tapse, V.B. Shetty, A. D. Jinturkar // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2012. – Vol. 6, № 1. – P. 130-132.

414. Teach-VIP 2: Training, Educating and Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention : users' manual / World Health Organization. – Geneva, Switzerland : WHO, 2012. – 42 p. – ISBN 978 92 4 150346 4. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44865/9789241503464_eng.pdf;jsessionid=6AFB9AA7415B49BBB207D0F33E4D5DD0?sequence=1 – (date of the application: 14.01.2020).

415. Technology-based interventions for mental health in tertiary students: systematic review / L. Farrer, A. Gulliver, J. K. Chan [et al.]. – DOI 10.2196/jmir.2639 // J. Med. Internet Res. – 2013. – Vol. 15, № 5. – Art. e101. – URL: <https://www.jmir.org/2013/5/e101> (date of the application: 14.01.2020).

416. Technology-based interventions for tobacco and other drug use in university and college students: a systematic review and meta-analysis / A. Gulliver, L. Farrer, J. K. Chan [et al.]. – DOI 10.1186/s13722-015-0027-4 // Addict. Sci. Clin. Pract. – 2015. – Vol. 10. – Art. 5. – URL: <https://ascjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-015-0027-4> (date of the application: 14.01.2020).

417. The coping strategies during medical education predict style of success in medical career: a 10-year longitudinal study / M. Tartas, M. Walkiewicz, W. Budziński [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-016-0706-1 // BMC Med. Educ. – 2016. – Vol. 16. – Art. 186. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-016-0706-1> (date of the application: 14.01.2020).

418. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions / M. C. Rosario-Campos, E. C. Miguel, S. Quatrano [et al.] // Mol. Psychiatry. – 2006. – Vol. 11, № 5. – P. 495-504.

419. The DSM-IV panic disorder field trial: panic attack frequency and functional disability / A. J. Fyer, W. Katon, M. Hollifield [et al.] // Anxiety. – 1996. – Vol. 2, № 4. – P. 157-166.

420. The health and well-being of Australia's future medical doctors: protocol for a 5-year observational cohort study of medical trainees / E. Cvejic, G. Parker, S. B. Harvey [et al.]. – DOI 10.1136/bmjopen-2017-016837 // BMJ Open. – 2017. – Vol. 7, № 9. – Art. 016837. – URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/9/e016837.full.pdf> (date of the application: 14.01.2020).

421. The impact of simulated patient death on medical students' stress response and learning of ACLS / S. DeMaria, E. R. Silverman, K. A. B. Lapidus [et al.] // Med. Teach. – 2016. – Vol. 38, № 7. – P. 730-737.

422. The moderating impact of childhood adversity profiles and conflict on psychological health and suicidal behaviour in the Northern Ireland population / M. McLafferty, S. O'Neill, S. Murphy [et al.] // Psychiatry Res. – 2018. – Vol. 262. – P. 213-220.

423. The multidimensional fatigue inventory (mfi) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue / E. M. Smets, B. Garssen, B. Bonke [et al.] // J. Psychosom. Res. – 1995. – Vol. 39, № 3. – P. 315-325.

424. The prevalence and correlates of depressive symptoms from an Arabian setting: a wake up call / E. A. Al-Faris, F. Irfan, C. P. M. van Der Vleuten [et al.] // Med. Teach. – 2012. – Vol. 34, suppl. 1. – P. S32-S36.

425. The Psychiatry Milestone Project : a Joint Initiative of The Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Psychiatry and Neurology / chair Psychiatry Milestone Group C. R. Thomas. – Deerfield, IL, 2015. – 43 p. – URL: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/PsychiatryMilestones.pdf>.

426. The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates / J. V. Johnson, E. M. Hall, D. E. Ford [et al.] // *J. Occup. Environ. Med.* – 1995. – Vol. 37, № 9. – P. 1151-1159.

427. The relationship between childhood adversity and adult personality revealed by network analysis / J. E. M. C. Schouw, R. J. Verkes, A. H. Schene [et al.]. – DOI 10.1016/j.chiabu.2019.104254 // *Child. Abuse Negl.* – 2020. – Vol. 99. – Art. 104254. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213419304314?via%3Dihub> (date of the application: 14.09.2020).

428. The relationship between stress and academic achievement of medical students in King Saud University: a cross-sectional study / A. H. Alsalhi, T. H. Almigbal, H. H. Alsalhi [et al.] // *Kuwait Med. J.* – 2018. – Vol. 50, № 1. – P. 60-65.

429. The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: findings from a statewide sample of high school students / M. Forster, T. J. Grigsby, A. L. Gower [et al.] // *J. Youth Adolesc.* – 2020. – Vol. 49, № 6. – P. 1195-1208.

430. The suffering medical students attribute to their undergraduate medical education / T. R. Egnew, P. R. Lewis, K. R. Myers [et al.] // *Fam. Med.* – 2018. – Vol. 50, № 4. – P. 296-299.

431. The use of computerized self-help packages to treat adolescent depression and anxiety / S. Sethi, A. J. Campbell, L. A. Ellis // *J. Technol. Hum. Serv.* – 2010. – Vol. 28, № 3. – P. 144-160.

432. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability / W. K. Goodman, L. H. Price, S. A. Rasmussen [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 46, № 11. – P. 1006-1011.

433. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity / W. K. Goodman, L. H. Price, S. A. Rasmussen [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 46, № 11. – P. 1012-1016.

434. The associations between social support, health related behaviors, socioeconomic status and depression in medical students / Y. Jeong, J. Y. Kim, J. S. Ryu [et al.]. – DOI 10.4178/epih/e2010009 // *Epidemiol. Health.* – 2010. – Vol. 32. – Art. e2010009. – URL: <https://www.e-epih.org/journal/view.php?doi=10.4178/epih/e2010009> (date of the application: 14.01.2020).

435. Timmins, F. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students – fact-finding sample survey / F. Timmins, M. Kaliszer // *Nurse Educ. Today*. – 2002. – Vol. 22, № 3. – P. 203-211.
436. Tishler, C. L. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel / C. L. Tishler, N. S. Reiss, A. R. Rhodes // *Acad. Emerg. Med.* – 2007. – Vol. 14, № 9. – P. 810-818.
437. Tseng, T. The cost of education: medical student stress during clerkships / T. Tseng, A. M. Iosif, A. L. Seritan // *Med. Sci. Educ.* – 2011. – Vol. 21, № 4. – P. 360-366.
438. Tully, A. Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students / A. Tully // *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* – 2004. – Vol. 11, № 1. – P. 43-47.
439. U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life / E. E. Ayala, J. S. Winseman, R. D. Johnsen [et al.]. – DOI 10.1186/s12909-018-1296-x // *BMC Med. Educ.* – 2018. – Vol. 18, № 1. – Art. 189. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-018-1296-x> (date of the application: 14.01.2020).
440. Using social networking for educational and cultural adaptation: an exploratory study / M. J. Magro, S. D. Ryan, J. H. Sharp [et al.] // 15th Americas Conference on Information Systems 2009 (AMCIS 2009) : proceedings of a meeting held San Francisco, California, 6-9 August 2009 : 10 vol. – San Francisco, 2009. – Vol. 7. – P. 4555-4561.
441. Vaez, M. Health and quality of life during years at University: studies on their development and determinants : PhD Thesis / M. Vaez ; Karolinska University Hospital. – Stockholm, 2004. – 62 p.
442. Vaillant, G. E. Some psychologic vulnerabilities of physicians / G. E. Vaillant, N. C. Sobowale, C. McArthur // *N. Engl. J. Med.* – 1972. – Vol. 287, № 8. – P. 372-375.
443. Vaz, R. F. A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe / R. F. Vaz, E. F. Mbajjorgu, S. W. Acuda // *Cent. Afr. J. Med.* – 1998. – Vol. 44, № 9. – P. 214-219.
444. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women / K. Devries, C. Watts, M. Yoshihama [et al.] // *Soc. Sci. Med.* – 2011. – Vol. 73, № 1. – P. 79-86.
445. Violent deaths among women of reproductive age in rural Bangladesh / M. K. Ahmed, J. van Ginneken, A. Razzaque [et al.] // *Soc. Sci. Med.* – 2004. – Vol. 59, № 2. – P. 311-319.
446. Voltmer, E. Study-related behavior patterns of medical students compared to students of science, technology, engineering and mathematics (STEM): a three-year longitudinal study / E. Voltmer, K. Obst, T. Kötter. – DOI 10.1186/s12909-019-1696-6 // *BMC Med. Educ.* – 2019. – Vol. 19, №

1. – Art. 262. – URL: <https://bmcomededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-019-1696-6> (date of the application: 14.01.2020).

447. Wahjudi, J. W. The relationship between empathy and stress: a cross-sectional study among undergraduate medical students / J. W. Wahjudi, A. Findyartini, F. Kaligis // *Korean J. Med. Educ.* – 2019. – Vol. 31, № 3. – P. 215-226.

448. White Paper. Together for Health : a strategic approach for the EU 2008-2013, Brussels, 23.10.2007 : COM (2007) 630 final / Commission of the European Communities. – Brussels, 2007. – 11 p.

449. Wittchen, H.-U. Generalized anxiety disorder – a risk factor for depression? / H.-U. Wittchen, J. Hoyer, R. Friis // *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* – 2006. – Vol. 10, № 1. – P. 52-57.

450. Wolf, T. M. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school / T. M. Wolf // *Med. Educ.* – 1994. – Vol. 28, № 1. – P. 8-17.

451. World Report on Violence and Health / World Health Organization ; ed. by E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy [et al.]. – Geneva : WHO, 2002. – 346 p. – ISBN 9789241545624.

452. Yasin, A. S. The relationship between social support and psychological problems among students / A. S. Yasin, M. A. Dzulkifli // *International Journal of Business and Social Science.* – 2010. – Vol. 1, № 3. – P. 110-116.

453. Yusoff, M. S. B. Prevalence and sources of stress among Universiti Sains Malaysia medical students / M. S. B. Yusoff, A. F. Abdul Rahim, M. J. Yaacob // *Malays. J. Med. Sci.* – 2010. – Vol. 17, № 1. – P. 30-37.

454. Yusoff, M. S. B. Stress management for medical students: a systematic review / M. S. B. Yusoff, A. R. Esa // *Social Sciences and Cultural Studies : Issues of Language, Public Opinion, Education and Welfare* / ed. by A. L.-V. Azcárate ; Complutense University of Madrid, Spain. – Rijeka, Croatia, 2012. – Chapt. 26. – P. 477-500.

455. Zeleeva, V. P. Psychological and pedagogical support for students' adaptation to learning activity in high science school / V. P. Zeleeva, S. S. Bykova, S. Varbanova // *International Journal of Environmental & Science Education (IJESE).* – 2016. – Vol. 11, № 3. – P. 151-161.

456. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67, № 6. – P. 361-370.

457. Zinurova, E. Perceived stress, stressors, and coping mechanisms among PGY1 pharmacy residents / E. Zinurova, R. DeHart. – DOI 10.5688/ajpe6574 // *Am. J. Pharm. Educ.* – 2018. – Vol. 82, № 7. – Art. 6574. – URL: <https://www.ajpe.org/content/ajpe/82/7/6574.full.pdf> (date of the application: 14.01.2020).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Реализация программы «Тайм-менеджмент»

Программа «Тайм-менеджмент» реализовывалась в 2 направлениях: информационном и тренинговом.

Первое направление – информирование студентов о правилах, стратегии и тактике «Тайм менеджмента» на одном из практических занятий и доступ (в буклетном варианте) к специально подготовленным Методическим рекомендациям: «Персональный тайм менеджмент студента медика: Методические рекомендации для студентов 1 курса Медицинского института» (изданы типографским способом в 2020 году).

Студентов обучали «Основным правилам структурирования времени». Рекомендовалось, в первую очередь, для начала правильного структурирования времени – приобрести ежедневник (или использовать для этих целей планшет, смартфон).

Акцентировалось внимание, что планирование разделяется на 2 группы: **краткосрочное** (план на следующий день) и **долгосрочное** (составление плана на неделю, месяц и более).

Основными правилами были следующие.

1. Планировать свою деятельность не менее чем на неделю на бумаге (ежедневнике, планшете, смартфоне). Для того, чтобы правильно распределить свое время учебы и отдыха, необходимо распределить его в письменном виде. Это делается для того, чтобы наглядно знать свой распорядок на неделю и дела не накладывались друг на друга. (Нельзя планировать два дела на одно и то же время!).

Перед началом работы сформулируйте ее цель. Важно правильно уметь выбирать цель своей работы. К примеру, Вы знаете, что к следующей паре по биологии нужно написать реферат, а по анатомии – изучить мышцы руки. Но для того, чтобы был достигнут конечный результат (написан реферат, выучен материал), нужно правильно представлять объем предстоящей работы. В таком случае можно будет разделить предстоящую работу на несколько этапов, успешное выполнение которых тоже будет являться промежуточной целью. Таким образом, достижение конечной большой цели будет состоять из последовательной реализации более мелких целей и задач.

Цель должна быть максимально конкретизирована и ясна для выполнения: не «выучить все про анатомию руки», а «прочитать в учебнике анатомии со стр. 100 до стр. 150» и сходить в анатомический зал с 16-00 до 18-00. Каждый раз по завершению работы на пути к большой цели вы должны удостовериться в том, что достигли цели промежуточной. Поэтому каждая цель должна быть проверяемой.

Не менее важным в постановке перед собой цели, особенно промежуточной, является реальность ее достижения. Ставьте перед собой только такие цели, которые заведомо могут быть достигнуты.

Также на достижение каждой цели следует отвести определенное время (несколько часов, дней, недель и т.д.), исходя из принципа реалистичности и достижимости. Это необходимо для того, чтобы можно было оценить собственные достижения и своевременно достичь конечную цель.

И наконец, самое важное в постановке цели – при достижении одной цели сохранить мотивацию для достижения следующей цели. Вы должны четко понимать, зачем вы хотите достичь поставленную цель.

Ставьте перед собою разные цели: на день, на неделю, на месяц, на год, на десятилетия и, наконец, на жизнь.

2. Начинать планировать следующий день необходимо еще днем, или вечером накануне – так как только к этому времени вы будете знать весь распорядок следующего дня. Планируя дела на завтра, не забудьте включить в список и те из них, которые должны были быть выполнены сегодня, но не успели. Составляя план дел с вечера, Вы экономите свое время в будущем дне, а также позволяете Вашему подсознанию полностью усвоить перечень запланированных дел на завтра.

Заведите привычку делать записи. Начните вести ежедневник, часть которого выделите специально для фиксации важных событий и моментов (даты и время зачетов, консультаций, экзаменов), а также обязательно внесите в ежедневник расписание занятий и лекций.

Ежедневник должен быть всегда при Вас. Используйте его каждый раз, когда собираетесь что-либо записать. Это позволит Вам сэкономить время, когда потребуются отыскать нужную запись.

Раз в неделю выделите полчаса на то, чтобы запланировать дела на будущую неделю.

Составьте расписание не только для занятий, но и для Ваших увлечений. У Вас должны быть планы относительно того, как Вы проведете свое свободное время. Старайтесь ничего не упускать из запланированного и делать все вовремя.

Перерывы между занятиями также можно использовать с пользой для себя. Если перерыв короткий (менее 15 минут), повторите наиболее важный теоретический материал предстоящего занятия. Если перерыв достаточно большой (более получаса), обязательно заранее планируйте на это время какое-нибудь занятие.

Если Вы взялись за какое-нибудь дело, старайтесь не откладывать его завершение на потом. Это позволит Вам своевременно справляться с делами и больше не возвращаться к ним. Чем больше у Вас будет скапливаться начатых, но не завершенных дел, тем больше Вы будете

ощущать себе усталым, разбитым, испытывать раздражение и недовольство. Также это негативно скажется на Вашей успеваемости.

3. Выбор: что делать в первую очередь. Расставляйте приоритеты. В первую очередь выполняйте наиболее легкие задания, а наиболее сложные оставляйте на конец работы. Таким образом Вы сумеете выполнить большую часть заданий, а затем справиться и со сложным. А не наоборот – в таком случае Вы устанете от выполнения сложного задания, не выполните его полностью и не сможете выполнить и легкие задания.

Чтобы дела не наваливались все разом, разделяйте их по степени важности и срочности. Таким образом Вы будете знать, какие из дел предстоит выполнить в первую очередь (наиболее срочные и важные), а к каким можно будет вернуться позднее. Данный метод поможет Вам не только своевременно справляться с самыми важными из дел, но и получать от проделанной работы моральное удовлетворение. К тому же Вам станет проще справляться с оставшимися менее важными и срочными делами.

Ничего страшного не будет в том, если среди запланированных Вами дел несколько наименее значимых останутся невыполненными – возможно, надобность их выполнять отпадет сама собой.

4. Ранжирование дел по значимости. Планируя дела, важно уметь правильно расставлять приоритеты среди них. Не все запланированные дела имеют одинаковую важность. Чтобы обозначить важность того или иного дела предлагается использовать буквы алфавита, где А – это наиболее важное из дел.

Задачи «А» – так следует обозначать те задачи, выполнить которые представляется наиболее важным, срочным и необходимым в данный момент, так как пренебрежение такими делами обязательно повлечет за собой негативные последствия. Подобных задач может оказаться несколько. В этом случае их также необходимо проранжировать между собой путем добавления соответствующей цифры к буквенному обозначению (А1, А2 и так далее).

Задачи типа «Б» – сюда относятся не менее важные и срочные задачи, но при этом не влекущие за собой серьезных последствий в случае их невыполнения. Чаще всего это дела, связанные с личными интересами и не относящиеся к числу обязанностей.

Задачи типа «В» – это те задачи, выполнение которых Вы могли бы поручить другому человеку в случае, если нет возможности справиться самому.

Задачи типа «Г» – задачи, успевшие утратить свою актуальность.

5. Правильная организация рабочего места. Прежде чем приступать к работе, убедитесь в том, что все необходимые вам объекты находятся у вас под рукой, а объекты, не относящиеся к выполнению данной задачи, наоборот – не мешают Вам на рабочем месте. Постарайтесь ничего не забыть, чтобы во время работы не пришлось отвлекаться на поиски необходимо-

го предмета. Все необходимое старайтесь расположить вокруг себя так, чтобы Вам было удобно работать.

6. Для решения любой задачи ее необходимо поделить на части.

В случае, когда стоящая перед вами задача представляется довольно объемной и трудоемкой, может сложиться впечатление о полной невозможности ее выполнения, что, в свою очередь, будет мешать Вам преступить к ее решению. Однако успешно справиться с подобными задачами позволит разделение их на более мелкие несложные этапы, последовательное выполнение которых не нарушит логику общей задачи. Таким образом Вы обязательно справитесь с большой и сложной задачей в результате выполнения нескольких мелких и более простых этапов.

Задумывайтесь всякий раз над тем, почему Вы периодически затягиваете с выполнением того или иного дела? Может быть, Вам что-то мешает его начать? Может быть, как раз то обстоятельство, что данная задача кажется неосуществимой? В таком случае не пробуйте сделать все и сразу. Разбивайте дела на части и двигайтесь к цели постепенно.

7. Не забывайте чередовать дела. Чтобы Ваш мозг не уставал от однообразной монотонной деятельности, составляя план дел на день, чередуйте занятия, требующие различных усилий и навыков. По этому же принципу необходимо организовывать свой досуг. И мозг, и весь организм будут отдыхать лучше, если они будут задействованы в разных видах деятельности.

Если же совсем нет возможности отвлечься или разнообразить свою деятельность, то можно воспользоваться короткой разминкой прямо на рабочем месте, что также принесет пользу и поможет отвлечься.

8. Берегите время. При планировании каких-либо действий или отдыха – спрашивайте себя: Зачем я это делаю? Спустя некоторое время Вы обнаружите, что во многом Ваши действия были непродуктивными и Вы теряли время зря. Четко разделите сферы своей жизни (учеба и работа, друзья и личная жизнь, забота о себе и удовольствия) и выделите время на каждую из этих сфер.

9. Найдите собственный ритм работы. Присмотритесь к себе. Отметьте для себя те периоды суток, в которые Вам легче работается, а также проанализируйте, как быстро Вы утомляетесь, как это проявляется и какие виды деятельности способствуют Вашему большому утомлению. Возможно, Вам было бы легче разделить трудовой процесс на несколько этапов и не пытаться сделать все сразу. С другой стороны, вполне может быть, что Вы из тех, кому легче справиться со всеми делами за раз и не растягивать их выполнение на длительный срок. Постарайтесь определить свой индивидуальный рабочий ритм и составляйте Ваши планы в соответствии с ним.

10. Разделяйте учебу от личной жизни. Не отвлекайтесь во время занятий на разговоры по телефону, интернет. Позвольте сделать это только после успешного завершения дела. Если Вас отвлекли от Вашего дела, то уделите короткое внимание человеку, отвлекшему Вас, выясните, в чем дело. Это позволит Вам вернуться к Вашим делам, не отвлекаясь на посторонние.

Не посвящайте все свое время учебе. Наполните жизнь другими занятиями: спортом, встречами с друзьями, саморазвитием.

11. Работа – работайте. Для того, чтобы Ваша работа была эффективной, необходимо полностью погрузиться в нее. Для этого следует избегать всего, что могло бы отвлечь Вас от Вашего занятия, и самому не отвлекаться на посторонние занятия. Полная концентрация внимания на одной задаче позволит справиться с ней быстрее и лучше, чем если Вы будете делать несколько дел одновременно.

Поначалу могут возникать некоторые трудности с полной концентрацией внимания на одном занятии, но даже короткий период полноценной сосредоточенной работы будет полезнее, чем постоянно отвлекание на другие виды деятельности.

Можно организовать работу по следующей схеме: полчаса интенсивного труда, а затем пятиминутный перерыв. Такой подход позволит Вам не уставать и эффективно поработать.

12. Объединяйтесь в группы. Кому-то лучше дается изучение анатомии, а кому-то – химии и этим стоит воспользоваться. Вы всегда можете попросить помощи у товарищей в изучении той или иной дисциплины. Взамен Вы также можете помочь им с другим предметом. Также можно вместе готовиться к контрольным, зачетам, экзаменам. Такой формат работы является весьма эффективным.

Когда Вы объясняете тему другому студенту, Вы тем самым подкрепляете собственные знания, а слушая объяснения, Вы сможете разобраться с предметом, который первоначально вызвал затруднения.

13. Правильно структурируйте время выходных дней. Не забывайте об отдыхе. В погоне за отличными оценками, некоторые студенты склонны загружать свой график делами «под завязку».

Не нужно тратить весь свой выходной на подготовку к занятиям, у Вас должно быть время для отдыха. Отдыхать необходимо, чтобы вести полноценную и разнообразную жизнь. В то же время отдых позволяет работать эффективнее, так как во время отдыха мозг успевает восстановить свою работоспособность.

У Вас должно быть стремление повышать уровень мастерства и в выходные дни. Разбить обучение, например, с 9 до 12 утра и с 16 до 18 вечера. Обсудите расписание с друзьями и семьей, дайте им знать о свободном времени и о времени учебы. Они поймут и приложат усилия, чтобы вписаться в свободное время для общения или активного отдыха.

14. Анализируйте сделанное. Случается, что, делая все правильно (составляя план дел, распределяя их, планируя время), Вы все равно успеваете сделать не все или быстро устаете, выполняя свой план. В данной ситуации напрашивается вывод о том, что в составленном Вами плане есть небольшой изъян. Чтобы предотвратить появление таких ошибок в плане в будущем, нужно систематически пересматривать составленные планы и оценивать их реалистичность.

Например, Вы старались строго придерживаться намеченного плана, но в какой-то момент «сорвались» и погрузились в общение в социальных сетях. Или может быть так, что задание, на которое Вы планировали потратить два часа, на самом деле потребовало четырех. Однако ни в той, ни в другой ситуации не стоит отчаиваться: неудач не существует – есть обратная связь.

Второе направление – тренинг навыков правильной постановки задач и ожидаемых результатов для эффективного управления временем.

1. Акцентирование внимание перед тренингом на основных студенческих жизненных стратегиях:

Важность изучаемых дисциплин. Все дисциплины, которые Вы изучаете, начиная с первых дней 1-го курса, одинаково важны для будущей врачебной деятельности. Учебный план и программа медицинского образования разрабатывалась более 100 лет и в них включены только те дисциплины, которые необходимы для подготовки высококвалифицированного, грамотного врача.

Не выделять главные и второстепенные дисциплины.

Не пропускать занятия по одной дисциплине при необходимости отработки другой. Не пропускать занятия – не набирать т.н. «хвостов», так как отработать их не будет времени.

Не пропускать лекции! В лекции преподавателя содержится большой объем материала из многих книг и статей. При пропуске лекций, для того, чтобы подготовиться к занятиям, Вам придется вначале несколько часов искать литературу, а затем часов 8 ее изучать. И не факт, что Вы самостоятельно сумеете разобраться в материале. Поэтому все мысли, которые изложены в книгах и научных публикациях преподаватель излагает за 1,5 часа лекции. В XXI веке необходимо получать и обрабатывать информацию как можно в более сжатом варианте за короткий промежуток времени.

Стратегия отдыха. Отдых и развлечения несут в себе положительный потенциал, позволяющий, с одной стороны, отвлечься от учебы, снизить уровень стрессового напряжения, с другой – получить заряд положительной энергии.

Важно научиться правильно **выделять время для отдыха**. Если Вы работаете с книгой, конспектами, целесообразно выработать определенный ритм: к примеру – 50 минут читать кни-

гу, а затем 10 минут отдыхать. Такая стратегия позволит эффективнее усвоить материал, оставаться в хорошем тонусе и избежать рассеянности внимания.

Общение с друзьями. Очень важно разделять время работы и время общения. В тот период, когда Вы готовитесь к семинарам следующего дня, любое общение по телефону и социальным сетям должно быть исключено. Для этого есть несколько причин. Во-первых: Вы будете отвлекаться и не сможете запоминать прочитанное. Во-вторых – появится лень, Вы захотите отдыха. В-третьих – приятели смогут отвлечь Вас от учебы и пригласить в кино и т.п. Планируйте время для общения и обговаривайте его заранее. Старайтесь общаться с позитивными людьми, с которыми Вы чувствуете себя комфортно, от которых Вы получаете поддержку, хорошее настроение и заряд бодрости. Важно, чтобы Ваше и приятелей отношение к учебе было положительным. Общение с друзьями должно помогать справиться с учебным стрессом, а не наоборот – усилить его.

Хобби. Планируйте время для своих увлечений – хобби. Это позволит Вам получить дополнительный заряд энергии и хорошее настроение.

Чувство юмора. Учитесь мыслить позитивно. Любые временные неудачи потому и временные, что дают Вам сигнал: «В такой ситуации необходимо поступать иначе». Выработайте другой алгоритм поведения вместо неконструктивного, и Вы достигнете успеха. Используйте юмор. Смех помогает в борьбе со стрессом.

Стратегия здорового образа жизни как эффективный способ преодоления стресса

Устойчивость к стрессу можно легко увеличить посредством гармонии между физическими занятиями и интеллектуальным трудом. В этом аспекте важным является укрепление физического здоровья. Целесообразно выработать для себя и придерживаться следующих правил.

Регулярно заниматься физической культурой и спортом. Физическая активность является ключевым фактором для предотвращения негативных последствий стресса. Ежедневно выделяйте время для выполнения физических упражнений. Более предпочтительно три раза в неделю посещать спортивный зал. Во-первых, Вы сможете отдохнуть от учебы; во-вторых – выполнение физических упражнений в спортивном зале дисциплинирует, и Вы не сможете увильнуть; в-третьих – общаясь с другими сверстниками, которые занимаются спортом или физическими упражнениями, Вы найдете приятелей и Вам легче будет поднять свой жизненный тонус.

Употреблять здоровую пищу. Если Вы живете в домашних условиях, то проблем со здоровым питанием не возникает. Если Вы живете в общежитии, то необходимо себя приучить готовить пищу, а не питаться в сухоматку. Следует отказаться от чипсов, употребления синтетических напитков типа «пепси-кола» и «кока-кола». Здоровое питание увеличивает сопротивляемость тела по отношению к стрессовым нагрузкам. Начинайте день физической культурой и

приготовлением завтрака. Это позволит сохранить должный жизненный тонус в течение рабочего дня.

Правильно дозировать количество кофе и сладостей. Кофеин является мощным психостимулятором, а сахар дает кратковременный подъем энергии, после которого наступает спад и нередко – снижение настроения. Сведите к минимуму – не более двух-трех чашек в сутки кофе, сахара и шоколада, что позволит Вам чувствовать себя спокойными, и не будет негативно отражаться на качестве сна.

Исключить сигареты и алкоголь. В обыденной жизни стресс присущ всем людям. Любое новое требование к организму мобилизует его для решения поставленной задачи – это и есть стресс. Избежать его невозможно. Однако контролировать излишнее стрессовое напряжение возможно и целесообразно. В первую очередь гармоничным является сочетание интеллектуального труда и физической активности.

Целесообразно отказаться от приема алкоголя как «антистрессорного средства», так как он дает лишь временный эффект, а последствия могут непоправимыми – вначале аддиктивное поведение, а затем и алкогольная зависимость. То же самое касается и табакокурения. Проблемы эффективнее разрешаются, пока они не превратились в серьезные и не стали неуправляемыми.

Стратегия борьбы с расстройствами сна. Исследование особенностей сна студентов-медиков 1-го курса показали, что почти у 90% имеются те или иные расстройства сна. Наиболее часто – это нарушение засыпания в виде наплывов мыслей о прошедшем дне, о завтрашнем дне, появление тревоги по поводу недостаточной подготовки к занятиям и т.п. Если Вас беспокоит бессонница – не торопитесь принимать лекарства. Несколько простых советов помогут решить Вашу проблему:

1. Постарайтесь сделать микроклимат в Вашей спальне и температурный режим максимально комфортными.
2. Не читайте лежа в постели и не планируйте «завтрашний день».
3. Температура воздуха в спальне не должна быть слишком низкой или чрезмерно высокой.
4. Если в комнате, где Вы спите, шумно, а создать звукоизоляцию невозможно – используйте беруши.
5. Выработайте для себя стандарт режима работы и отдыха. Постарайтесь ложиться спать в одно и то же время. Время просыпания также должно быть каждый день одинаковым. При этом важно не ложиться спать в течение дня.
6. Не занимайтесь физическими упражнениями за 3-4 часа перед сном. Для улучшения засыпания можно принять теплую ванну.

7. За несколько часов до сна не употребляйте крепкий чай и кофе.
8. Нет смысла употреблять алкоголь, в том числе и пиво, чтобы быстрее уснуть. Уснуть-то Вы, вероятно, и сможете быстрее, но проснетесь во второй половине ночи и заснуть вновь будет проблематично. Более того, такой режим употребления алкоголя чреват формированием аддиктивного поведения и зависимости.
9. Не употребляйте много пищи перед сном.

Стратегия эффективного межличностного взаимодействия:

Научитесь говорить «нет». Проведите анализ, сколько дел в неделю Вы выполняете для себя и сколько – по просьбе друзей и знакомых. Если окажется, что Вы перегружены задачами, решаемыми для других, целесообразно отказаться от излишних обязательств, особенно тех, которые Вы не способны выполнить. Планирование для себя большого числа задач и обязательств, особенно тех, которые не приносят Вам пользы, либо выполнение которых для Вас невозможно, является верным способом формирования стрессовой ситуации.

Избегать людей, выводящих Вас из себя. Проанализируйте свой круг общения. Если в Вашем окружении есть люди, кто своим присутствием провоцирует у Вас стресс, следует ограничить общение с этим человеком или полностью приостановить с ним отношения. Окружайте себя позитивными людьми.

Сократить список дел. Все задачи и дела, которые Вы планируете, целесообразно ранжировать по степени значимости. Проведите анализ Вашего расписания и плана задач на неделю и следующий день. Если их количество превосходит Ваши возможности, список необходимо сократить. Переместите менее значимые дела во вторую очередь или вовсе уберите из списка задач.

Взглянуть с другой точки зрения. Человек, погружен в выполнение какой-либо работы и, как правило, полагает, что он выполняет ее идеально. Именно поэтому нередко заблуждается. И это заблуждение тоже является источником стресса. На тренинге Вы будете изучать «технологии оценки ситуации со стороны». Оцените значимость сложившейся ситуации с точки зрения долгосрочной перспективы и с позиции стороннего наблюдателя. Насколько она будет важна через неделю? Через год? Есть ли смысл продолжать заниматься этим? Если понимаете, что смысла нет, то свою энергию и время направьте на что-то более значимое и полезное.

Настроить уровень стандартов. У каждого человека есть свои склонности и способности. Особенно ярко это проявляется в студенческие годы. Учась еще в школе, Вы не могли не заметить, что одни предметы Вам даются легче, для изучения других – приходится прикладывать больше усилий. Определите для себя, исходя из своего предыдущего опыта, какие оценки Вы хотите (вернее, исходя из своих склонностей и способностей, сможете) получать в процессе учебы в медицинском институте. Ставить перед собою цель – учиться на одни «пятерки»,

наверное, не совсем правильно, так как перфекционизм будет являться источником стресса. Более того, стараясь быть совершенным во всем, человек будет испытывать неудачи в ситуациях объективно достаточной успешности, но субъективно ощущаемых, как недостаточно полноценно завершенных. Следует установить разумные стандарты для себя. Стремиться к совершенству – это хорошо, но это вовсе не значит, что нужно быть совершенным во всем.

Сосредоточиться на положительном. В те периоды, когда учебная нагрузка очень высокая и Вы сильно устали, да так, что не хочется ничего делать – подумайте о том, что является ценным для Вас в жизни, свои миссию. Вспомните о своих положительных качествах и способностях. Эта несложная стратегия поможет Вам настроиться в позитивном ключе.

Мыслить позитивно. Позитивное мышление является одним из признаков зрелого человека (зрелой личности). Негативное мышление в значительной мере сказывается на Вашем эмоциональном, а в последующем и на физическом благополучии. Думая о себе в позитивном аспекте, Вы тонизируете свой организм, избегаете стресса, улучшаете настроение и легче будете достигать успеха.

Делится своими чувствами с близкими друзьями. Рассказав о своих переживаниях, Вы почувствуете облегчения даже тогда, когда сложно что-либо предпринять. По меньшей мере, кроме эмоциональной разрядки, Вы сможете услышать альтернативный вариант решения проблемы. При значительных эмоциональных проблемах целесообразно общение с клиническим психологом или психотерапевтом.

Научиться прощать. Мир несовершенен и люди часто ошибаются. Следует принимать мир таким, какой он есть. Не придумывать для себя изолированный от окружающих, идеальный мир – так как это уже невротический стиль жизни. Полезно научиться прощать другим ошибки и, как следствие, они будут прощать ошибки Вам. Только таким способом Вы сможете избавиться от негативных переживаний и накопления гнева.

2. Реализация тренингового направления «Тайм менеджмента»

Разработана на основе широко известных и эффективных психотехнологий нейролингвистического программирования, показавших высокую эффективность, простоту применения (при навыках владения НЛП).

Без тренинговой части все вышеперечисленные пожелания таковыми бы и остались для большинства студентов. Фактически основной задачей тренинговой части была «интериоризация» и закрепление (насколько это возможно в инициативном тренинге) навыков правильного планирования времени учебы и отдыха, а также конструктивного совладания с учебным стрессом.

Тренинг проводился в форме последовательной реализации трех его частей.

В первой части, наиболее краткой, приводилась информация о цели и задачах тренинга, а также об ожидаемых результатах после его реализации. На этом этапе, по желанию, выбирались участники. Единичные студенты, со слабым знанием русского языка, в период тренинга были наблюдателями, а затем и участниками.

Во второй части в формате микролекций рассматривались следующие темы.

1. Время как ресурс. Понятие эффективности использования времени. Индивидуальные особенности восприятия времени. Тест «Линия времени». Оптимум отношения ко времени.
2. Управление и организация времени. Определение личных проблемных зон в повседневной деятельности участников. Хронометраж и отслеживание количественных показателей в личной работе.
3. Проблемное и целевое мышление. Определение целей. Отличие цели от желания и мечты.
4. Планирование в условиях динамично изменяющейся среды. Намеченные цели и «неожиданные обстоятельства»: как сохранять гибкость в планировании. Классические методы расстановки приоритетов (методика Айви Ли, Матрица Эйзенхауэра).
5. Оптимальное структурирование информации в личной работе. «Воры времени» и стратегии вежливых отказов. Работа с неприятными задачами. Как примирить «Хочу» и «Надо»? Что такое «Лень» и как ее использовать для «пользы дела». Техники изменения отношения к ситуации и создание позитивного настроения.

В третьей части осуществляется собственно тренинг. Реализовывался после кратковременной игры-разминки для более эффективного участия студентов в работе.

Использовались следующие приемы.

1. Трехпозиционное описание

Известное в быту выражение *«посмотри на себя со стороны»* служит неоспоримым доказательством в пользу эффективности способности человека как бы отстраниться от себя и посмотреть беспристрастным взглядом на то, как он поступает в той или иной ситуации. Технический прием, описываемый ниже, может с успехом применяться для стимуляции личностного роста студентов.

Эта модель использует технологии ассоциации и диссоциации.

1-я позиция. Собственно, это наша личная точка зрения на происходящее. В этой позиции человек находится в ассоциированном состоянии. Однако мы не всегда точно и всесторонне можем оценить ситуацию или событие. Если бы первая позиция была единственной, все мы были бы ограниченными в своем поведении и неадаптивными. Как правило, для всестороннего понимания сложившейся ситуации следует учитывать и принимать в расчет мнение и чувства окружающих. Большинство людей проводят такой анализ инстинктивно. Таким образом, первая позиция – это наши личные потребности, взгляды и убеждения.

2-я позиция. «Я-другой», – посмотреть на ситуацию глазами другого человека, буквально «встать на его место» – ассоциироваться с другим человеком. Для тренировки навыка перехода во вторую позицию в ходе тренинга в виде игры применялось отождествление с различными животными. Для эффективного перехода во вторую позицию мы стимулировали участника, чтобы он буквально «принял позу другого, увидел то, что этот другой видит, услышал и почувствовал, что другой чувствует по поводу данной ситуации».

3-я позиция – посторонний наблюдатель, «эксперт». Это, собственно, диссоциированное состояние. Ситуация оценивается с позиции опытного в данном контексте наблюдателя. В отличие от второй позиции, это не переход к чужой точке зрения. Здесь актуализируется творческий потенциал и вырабатывается новая, более точная точка зрения на ситуацию (поведение). Взгляд со стороны позволяет сопоставлять две точки зрения.

Упражнение «Тренировка ассоциации в другого»

1. Представьте образ, в кого Вы хотите ассоциироваться. Это может быть человек, сказочный герой, животное. Образ должен быть максимально четкий, цветной и подробный, насколько это возможно.
2. Теперь представьте, что Вы как будто выходите из своего тела и входите в этот образ буквально физически. Примите необходимую позу, почувствуйте то, что чувствует этот образ. Можно немного подвигаться так, как двигается он. Посмотрите на окружающий мир его глазами; послушайте, что слышал он. Посмотрите с его позиции на актуальную ситуацию. Поговорите с позиции другого.
3. Попробуйте выйти и войти обратно в образ – сравните внутреннее состояние, голос, позу, походку, движения. Опишите ситуацию один раз из 1-ой позиции, другой раз из 2-ой. Сравните точки зрения.

Каждый участник проходил не менее чем через 3 образа (человек, животное, вымышленный или киношный персонаж).

После этого выбирался участник, который хотел проанализировать какую-либо конкретную ситуацию. Выполнялось упражнение по следующему алгоритму.

Упражнение «3-х позиционное описание для анализа ситуации»

- Определите сложную для Вас ситуацию, связанную с участием других людей (их может быть несколько), и проведите её анализ, используя 3-х позиционное описание.
- В этом упражнении у Вас нет задачи согласовать позиции, но есть задача собрать более полную информацию о позициях и интересах сторон.
- Соответственно, если в ситуации участвуют несколько человек, то Вы должны ассоциироваться (встать во 2-ю позицию) с каждым из них.

Для тренировки необходимо использовать не менее 3-х различных ситуаций.

2. Стратегия творчества Уолта Диснея

Это упражнение служило цели активизации творческого потенциала студентов, развитию способности позитивного критического мышления, реалистичности планирования своего времени. Вначале студентам давалась информация примерно в следующем алгоритме. Любой человек периодически пребывает в позициях Мечтателя, Критика или Реалиста. Эти три состояния в каждом человеке сосуществуют одновременно, и мы не задумываемся о них. Мечтатели обычно строят планы, рассматривают различные варианты их реализации. Критики же бывают как конструктивными, так и деструктивными. Если первый помогает выбрать наиболее удачный вариант, то второй – может на корню погубить инициативу. Фундаментальные задачи этого метода:

- 1) разделить указанные состояния во времени;
- 2) создать «внутреннего» конструктивного критика;
- 3) помочь реалисту в выработке эффективных стратегий принятия решений и действия.

В самом начале исполнения техники студентам давалась краткая информация о перечисленных ролях.

1. Мечтатель. Творчески мечтает. Он генерирует идеи, без оглядки на реалистичность их исполнения, в требуемый промежуток времени. Его задача – генерировать идеи без подключения реалиста и критика.

2. Реалист. Фокусируется на реальности достижения поставленной цели. Планирует время, что и как, в какой последовательности нужно сделать. Он не отвлекается на возможные сложности. Это задача Критика.

3. Критик. Критик акцентирует свое внимание на возможных препятствиях к реализации поставленной задачи. При этом его критика должны быть конструктивной. Мало сказать – «это не получится». Его задача найти варианты решения, возможные препятствия и трудности и сообщить о них. Обычно Критик сообщает «что необходимо добавить» для решения проблемы.

4. Наблюдатель. Нейтральное лицо. Эта позиция служит в первую очередь для «разбивки» состояний. Метапозиция (3-я позиция в трехпозиционном описании).

Реализация техники в ходе тренинга

1. Участнику предлагалось определить цель или желание, которую он хотел бы реализовать. Вербализовать ее – описать в трех модальностях: вижу, слышу, чувствую.

2. Далее предлагалось определить четыре места в пространстве для каждой из вышеперечисленных ролей. Для этого мы использовали четыре стула (по аналогии с гештальт-терапией), каждый из которых являлся своего рода «пространственным якорем» (в терминологии НЛП).

Четыре стула, расставлялись на расстоянии друг от друга на расстоянии 1,5-2,0 метра под углом 45 градусов. Перед каждым стулом, на листе формата А4, написаны таблички: «Мечтатель», «Критик», «Реалист» и «Наблюдатель».

Далее участнику давались следующие инструкции.

Шаг 1. Войдите в позицию Мечтателя. Выскажите свое пожелание, план, мечту. Постарайтесь быть максимально творческим. Опишите свою мечту в трех модальностях.

Шаг 2. Войдите в позицию Наблюдателя (пересядьте на соответствующий стул). Кратко сообщите о том, что высказал Мечтатель.

Шаг 3. Перейдите в позицию Реалиста. Определите, что в реальности возможно сделать для достижения описанной Мечтателем цели.

Шаг 4. Войдите в позицию Наблюдателя. Интегрируйте реалистичность мечты (плана, цели).

Шаг 5. Перейдите в позицию Критика. Оцените ситуацию. Выявите возможные препятствия и сложности. Что необходимо предпринять, чтобы мечта стала реальностью?

Шаг 6. Вновь перейдите в позицию Наблюдателя. Интегрируйте сообщение Критика.

Шаг 7. Вернитесь на шаг 1. Войдите опять в позицию Мечтателя, но трансформируйте свою мечту с учетом полученной информации. Продолжайте перемещаться по шагам 2-7 до тех пор, пока вариантом решения задачи станут удовлетворены все «участники».

Шаг 8. Интеграция. Поочередно войдите в позиции Мечтателя, Реалиста и Критика, минуя позицию Наблюдателя. Сфокусируйтесь на характерных особенностях каждого состояния. Интегрируйте их в себе.

Шаг 9. Подстройка к будущему. Какие теперь будут ваши первые действия по реализации плана?

3. Логические уровни проблем

В тех случаях, когда участникам было сложно планировать свое время в связи со сложностью отказа приятелям во времяпровождении (посещении кино, занятий спортом, «погулять по городу» и т.п.), в отдельных случаях использовался прием НЛП «Логические уровни проблем» для актуализации внутренних ресурсов студента и фактически осуществлялось его обучение отстаивать собственную точку зрения и повышать ответственность (взять ответственности на себя) за свое поведение.

Наиболее частыми проблемами в планировании времени было проживание в общежитии, где другие студенты занимались не подготовкой к занятиям, а бытовыми делами и отдыхом. Задачей было актуализировать способности, убеждения и ценности студента, чтобы более правильно расставить приоритеты – вначале подготовка к занятиям, а затем – конструктивные виды времяпровождения.

4. Технологии мотивации

Для создания благоприятной рабочей атмосферы и необходимостью мотивировать студентов изучению «Тайм-менеджмента», в том числе и к самостоятельной работе с литературой, применялись известные модальные и субмодальные техники нейролингвистического программирования. Использовались техники: калибровка мотивации, круг совершенства, субмодальное редактирование.

В ходе тренинга обращалось внимание, что разные люди по-разному себя мотивируют. Одни – мотивируются приближением к чему-либо (движение «К») и их вдохновляет завершение задачи. Другие – мотивируются уходом от возможных проблем (движение «От»). Для них значимо – «как будет плохо», если они чего-то не сделают.

5. Методика планирования времени Айви Ли

Студентам предлагалось на листке бумаги написать список всех дел, которые они должны сделать, к примеру, в выходные.

Затем предлагалось ранжировать все задачи по степени значимости и разместить под номерами от 1 до 5 (10 и т.д.). После этого еще раз проверялась степень значимости предстоящих дел и корректировка рангов.

Далее давалась инструкция – начать завтрашний день с выполнения задачи №1 до тех пор, пока она не завершится. Только после этого переходить к задаче №2 и так далее. Акцентировалось внимание на том, что даже если участник не завершит все дела до конца, то все равно самое главное будет сделано, а оставшееся можно перенести на следующий день. Этот следующий день необходимо запланировать по той же схеме.

Важным является постоянство:

- ежедневно писать список дел;
- оценивать их важность;
- ранжировать – устанавливать приоритеты;
- работать строго по составленному плану.

6. Диаграмма Ганта

Генри Гант в период изучения управления (менеджмента) постройкой кораблей на верфи предложил собственный вариант диаграммы времени для контроля и визуализации выполнения задач в проекте. Данный вид диаграммы был назван в его честь.

Диаграмма Ганта (рисунок П.1.1-П.1.2) – ленточная диаграмма для иллюстрации плана, графика работ по какому-либо проекту. Является одним из методов планирования проектов. Состоит из полос, ориентированных вдоль оси времени. Каждая полоса на диаграмме представляет отдельную задачу в составе вида работы. Вертикальной осью диаграммы служит перечень задач.

В настоящее время диаграмма Ганта является стандартом в теории и практике управления проектами. Она позволяет легко и наглядно представить перечень и структуру работ на конкретный промежуток времени.

	Октябрь 2018																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Подготовить реферат	■	■																													
Сходить в кино							■																								
Участие в конференции											■	■																			
Спорт. Соревнования																													■	■	
Волонтерская работа																■	■	■	■												

Рисунок П.1.1 – Пример диаграммы Ганта

№ п/п	Задача	Начало	Окончание	Длительность	Март						Апрель																			
					1	2	3	4	5	6	22	23	24	25	26	27														
1	Задача 1	02.03.2019	06.03.2019	5 дней		■	■	■	■	■																				
2	Задача 2	22.04.2019	23.04.2019	2 дня									■	■																
3	Задача 3	24.04.2019	26.04.2019	3 дня																										
4	Задача 4	27.04.2019	27.04.2019	4 часа																										

Рисунок П.1.2 – Диаграмма Ганта

Такой способ планирования используется в личном и корпоративном тайм-менеджменте, а также управлении проектами. Этот метод легок и доступен каждому.

7. Матрица Эйзенхауэра

Смыслом матрицы Эйзенхауэра является подход к планированию времени и ранжированию дел по степени важности и срочности исполнения (рисунок 8.2.3).

В дидактических целях применяется для того, чтобы научиться грамотно распределять свои дела, ранжировать их по степени срочности исполнения, отличать важное от наименее важного. Это в итоге позволит оптимизировать время на занятие любыми делами, выполнение которых не дает никаких существенных результатов.

Матрица Эйзенхауэра (рисунок 8.1.3) представляет собой четыре квадранта, основанием которых служат две оси: первая – ось важности (по вертикали) и вторая – ось срочности (по горизонтали).

В итоге получается, что каждый квадрант отличается своими качественными показателями. В каждый из квадрантов записываются все планируемые задачи и дела, благодаря чему образуется предельно ясная и объективная картина того, чем следует заняться в первую очередь, чем – во вторую, а чем вообще заниматься не стоит.

Квадрант А: важные и срочные дела. При правильном планировании своих дел и времени их исполнения этот квадрант остается не заполненным большую часть времени. Чем больше в квадранте А список дел, тем выше уровень стресса с угрозой переутомления и деком-

пенсации. Сюда следует включать те дела, невыполнение которых негативно скажется на достижении глобальной цели; может стать причиной каких-либо затруднений (несдача экзамена, зачета – риск отчисления). Здесь же необходимо планировать дела, связанные со своим состоянием здоровья.

	Срочно	Не срочно
ВАЖНО	А	В
НЕ ВАЖНО	С	D

Рисунок П.1.3 – Матрица Эйзенхауэра

Квадрант В: важные, но не срочные дела. Этот квадрант заслуживает наибольшего внимания, так как дела, перечисленные в нем, относятся в основном к повседневной профессиональной деятельности человека, в том числе студента. Отсутствие срочности в выполнении этих дел позволяет подходить к ним взвешенно, выполнять качественно и своевременно, чтобы они не попали в квадрант А. Замечено, что люди, деятельность которых в основном проходит в квадранте В – являются наиболее успешными, здоровыми, материально обеспеченными и благополучными.

Квадрант С: срочные, но не важные дела. Задачи этого квадранта возникают спонтанно, являются отвлекающими и не приближают к поставленной цели. Сюда могут относиться: внезапное приглашение в гости, на день рождения; вышедшая из стоя дома микроволновая печь и т.п. Важно не перепутать дела квадранта А и квадранта С.

Квадрант D: не важные и не срочные дела. Это дела, которыми иногда следует заниматься в последнюю очередь, или не заниматься вообще. Такие дела не приносят пользы, отвлекают от поставленной цели и являются своего рода «пожирателями времени». Сюда относятся: просмотр бессмысленных телесериалов, компьютерные игры, ненужная переписка в сети Интернет, серфинг в сети Интернет. Многие считают перечисленное формой отдыха. Однако, для этого (отдыха) есть более конструктивнее занятия: посещение спортзала, бассейна – это и отдых от учебы, и забота о здоровье, и живое общение.

8. Методы преодоления прокрастинации

Многие откладывают на потом важные дела (из квадранта А) в пользу развлечений и бессмысленных времяпрепровождений (из квадранта D). Основными признаками прокрастинации являются следующие:

1. Проходит значительный промежуток времени с момента, как Вы решили выполнять какое-то задание и моментом, когда Вы начали его исполнять.
2. Вы большую часть времени занимаетесь делами из квадрантов С и D.
3. Начинаете какое-то дело, затем откладываете его «на потом» и в результате оно попадает в квадрант А.
4. Начиная какое-то дело, отвлекаетесь на что-то другое (приготовить поесть, сходить в магазин, поговорить по телефону, просмотреть почту и т.п.).
5. Оставляете одно из важных дел (квадранта В) начатым и не завершенным несколько дней.
6. Перед началом работы над срочными и важными делами «ожидаете хорошего настроения», «волшебного пинка» и т.п.

Если Вы откладываете в сторону не важные дела (квадранты С и D), то это не прокрастинация, а ранжирование, рейтингование дел по значимости, расстановка приоритетов.

Для преодоления прокрастинации используется трехшаговая методика.

Шаг 1. Определите (признайтесь себе), что Вы прокрастинируете.

Шаг 2. Определите причины прокрастинации. Их может быть несколько:

Вы просто не мотивированы выполнять эту работу. Необходимо проанализировать, почему? Если работа не привлекательная, но ее необходимо выполнить (она из квадранта А) – соберитесь и выполняйте. По завершении у Вас однозначно улучшится настроение. Может Вы излишне педантичны? Страдаете перфекционизмом? Поэтому не беретесь за работу, так как считаете, что не сможете ее выполнить идеально. Выполняйте, как сможете – и успех обеспечен.

Еще одна причина – большое количество дел. Используйте матрицу Эйзенхауэра, ранжируйте дела по значимости.

Шаг 3. Введите для себя внешний фактор контроля – часы. Планируйте время на выполнение задание и краткий перерыв. Попросите коллегу проконтролировать вас. Разбейте большое дело на маленькие части и начинайте выполнять.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Программа тренинга «Стресс-менеджмент»

Программа «Стресс-менеджмент» (дословно: «управление стрессом», хотя стрессом управлять практически невозможно) была направлена на обучение способам совладания со стрессом. В нашем случае, в первую очередь - с учебным стрессом.

Используемые психотехнологии разработаны на основе современных методов психотерапии (нейролингвистического программирования, эриксоновского гипноза, гештальт-терапии, символдрамы), которые в своей основе были мультимодальными и носили фактически бихевиоральный характер – т.е. были направлены на обучение различным приемам совладания со стрессовыми ситуациями.

Технологии предупреждения негативных последствий учебного стресса разрабатывались строго индивидуализировано, в зависимости от:

1. Оценки психологического статуса студента на период тренинга;
2. Имеющихся субклинических и клинически значимых психических расстройств (астении, тревоги, депрессии, социофобии, расстройств сна и др.).
3. Изучение учебных факторов, вызывающих дистресс;
4. Особенности реагирования на стресс;
5. Выработанных способов совладания со стрессом (конструктивных и деструктивных);
6. Ожиданий (запроса) самого студента и его личностных особенностей;
7. Необходимости переформулировки запроса (в случае необходимости) – с нереалистичного на выполнимый.

Реализация тренинговой части состояла из 2 частей:

Первая часть – учебно-диагностическая. При этом решались две задачи:

1-я (собственно учебная) – реализация дисциплины ПККС согласно учебному плану;

2-я (собственно диагностическая) – квалификация степени выраженности стресса и аффективных нарушений, а также преобладающего типа реагирования на стресс. Осуществлялось ознакомление (индивидуальное) участников о результатах. В последующем формировался план психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий по нейтрализации значимости факторов, вызывающих дистресс. Использовались приемы «мозгового штурма». Разрабатывались приемы нейтрализации деструктивных способов психосоматического реагирования. Одним из направлений было обучение методам саморегуляции.

Вторая часть – терапевтическая (психокоррекция и психотерапия). Применялся мультимодальный подход.

1. Нейтрализовывались деструктивные и актуализировались конструктивные способы совладания с учебным стрессом. Использовался прием «мозговой штурм» – когда все участники группы высказывали возможные варианты поведения, а затем от них отбирались наиболее подходящие.
2. Студенты обучались методам саморегуляции;
3. При наличии субклинических и клинически значимых психических расстройств проводилась психотерапия и, в случае необходимости, психофармакотерапия;
4. Приводились в соответствие с реальностью уровень притязаний и возможности студента;
5. Обучение планированию времени труда, хобби, отдыха и сна. Поскольку одним из учебных факторов, вызывающих стресс, у значительного числа студентов было нерациональное планирование и использование времени, проводился тренинг «Тайм-менеджмент».
6. Одним из направлений был пересмотр целей и задач, которые ставит перед собою студент. Ранжирование их по степени значимости.

Тренинг состоял из 12 занятий по 2 академических часа. Занятие проводилось по следующему алгоритму:

- Разминка 5-10 минут;
- Основная часть тренинга;
- Заключительная часть.

1 занятие

Посвящено назначению дисциплины ПККС, определению кризиса и его видах. На этом занятии, кроме рассмотрения плановых вопросов, преподаватель вкратце давал информацию студентам об адаптационных ресурсах человека, о способах приспособления в микросоциальной среде, о навыках приобретения способов адаптации. Для мотивирования студентов и активизации их интереса к тренингу были продемонстрированы техники: «Трехпозиционное описание», «Техника творчества Уолта Диснея», «Круг совершенства», а также техника «Использование ресурсов других людей». Эти техники и непринужденная обстановка тренинга стимулировали большую часть студентов на активное участие в нём и желание «получить доступ к своим ресурсам», «научиться использовать ресурсы, которыми владеют другие», «генерировать собственные ресурсы».

Кроме того, на первом занятии участникам было предложено освоить в течение семестра метод релаксации, разработанный автором и преподнесенный участникам как «Способ ре-

лаксации английских летчиков в период войны». Некоторое отчуждение авторства вызвало большой интерес участников.

Авторский вариант релаксации (разработан на основе упражнений аутогенной тренировки Шульца, трансовых техник [эриксоновского гипноза], приемов символдрамы):

1. Примите удобную позу

Упражнение может выполняться в двух вариантах.

Вариант 1. Вы находитесь в домашних условиях, в полной тишине и можете лечь на кровать.

Вариант 2. Вы находите укромное место, где сможете пребывать в тишине и покое (в том числе и в автомобиле на стоянке) минут 15-20.

В любом случае, выберите для себя самое удобное положение из возможных. Лежа в кровати на спине, вытяните руки вдоль тела и соедините большой и указательный пальцы обеих рук в «кольцо».

Если вы находитесь в автомобиле – откиньте спинку сиденья так, чтобы можно было удобно расположить ноги, откинувшись немного назад и удобно расположить голову на подголовник.

Если есть только стул – займите на нем удобную позу (лучше – позу «кучера»): ноги крепко стоят на полу на ширине плеч, руки опираются на бедра, кисти на уровне колен опираются на внутреннюю поверхность бедер. Голова немного наклонена вперед и вниз, глаза закрыты, рот слегка приоткрыт и нижняя челюсть выдвинута вперед.

2. Расслабьте мышцы лица

Это главное в данном упражнении. Мимическая мускулатура человека состоит более чем из 40 мышц, которые отражают наше эмоциональное состояние. Фактически, говоря компьютерным языком, мы сбрасываем все настройки (мышечные признаки стресса). В результате (метафорически) нервная система получает сигнал физиологического благополучия, который может позволить не только расслабиться и отдохнуть, но и уснуть на некоторое время.

Закройте глаза, расслабьте поочередно: лоб, щеки, язык и нижнюю челюсть.

Обратите внимание на дыхание – оно становится глубже и медленнее.

3. Расслабление мышц плечевого пояса

Обратите внимание на свои руки. Представьте, что они тяжелые, как будто ватные и буквально притягиваются вниз под влиянием земного тяготения.

Затем расслабьте заднюю поверхность шеи. Глубоко вдохните и медленно выдохните, одновременно расслабляя мышцы плечевого пояса и груди, тем самым сбрасывая напряжение.

Теперь вновь обратите внимание на руки: почувствуйте, как они становятся тяжелыми и расслабляются. Правшам лучше сосредоточиться сначала на правой руке, левшам - на левой.

Если расслабить мышцы рук сразу не получается, то используйте прием из ранее изученной методики «прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона».

Сильно напрягите бицепсы – и сразу же расслабьте; затем сожмите кисти в кулаки и расслабьте. Теперь напрягите обе руки и расслабьте.

4. Расслабьте ноги (почувствуйте легкость, воздушность в ногах)

Обратите свое внимание на ноги. Почувствуйте, как мышцы ног расслабляются, становятся как бы ватными, легкими..., или, наоборот, тяжелыми... Ноги могут расслабляться у разных людей по-разному. Можно расслаблять правую и левую ноги одновременно, или поочередно. Как вам удобнее.

Если расслабить мышцы ног сразу не получается, то используйте прием из ранее изученной методики «прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона».

5. Остановите внутренние диалоги

Для релаксации и быстрого отдыха необходимо «отключиться» от текущих бытовых событий, невыполненных задач, существующих конфликтов и проблем. Этого можно достичь несколькими методами. Мы изучим три из них.

1. В тот момент, когда вы уже выполнили 4 упражнения, «внутренним взором посмотрите на пальцевые вдавления у себя на черепной коробке снизу». Вспомните (из курса анатомии), как выглядят пальцевые вдавления. А теперь представьте свой мозг как совершенный биологический компьютер... Обратите внимание на кнопки включения и выключения внутренних диалогов... Это ваш мозг, ваш биологический компьютер и вы можете на несколько минут, буквально нажав на кнопку, выключить внутренние диалоги...

2. В тех случаях, когда участнику группы не удавалось самостоятельно остановить внутренние диалоги, преподаватель кратковременным сеансом эриксоновского гипноза помогал ему в этом.

3. Сочетанная техника эриксоновского гипноза и символдрамы – «Приятное воспоминание с полным погружением».

Вспомните ситуацию из прошлого, когда вы были максимально в комфортном состоянии, расслаблены и безмятежны. Желательно перед выполнением упражнения записать на листе бумаги эту ситуацию в терминах: что видел, что слышал и что чувствовал в тот период (минимум по 3 утверждения).

Затем, после достижения любого уровня расслабления, вначале зрительно представить место, в котором чувствовали расслабленность, комфорт и безмятежность. Если на первых порах вы видите себя как бы со стороны – буквально шагните в картинку и почувствуйте, что чувствовали тогда, услышите звуки, сопровождающие безмятежность.

Выполняя данное упражнение желательно «запрограммировать» себя на 15-20 минут, чтобы затем вернуться в реальность – проснуться, если кто-то уснет. С этой целью можно внедрить внешний контроль – поставить будильник на 15-20 минут.

2 занятие

Тема: Стресс, дистресс и способы адаптации. После разбора теоретической части занятия сформирована группа для тренинга. Далее преподаватель сообщил участникам информацию о способах адаптации к стрессу, методах его преодоления и способах формирования личной резистентности.

Было указано на важность обращаться за помощью к близким и родным людям (значимым другим), поскольку не каждый может остаться один на один с неприятностями. **Есть люди, которые прямо и открыто реагируют на стрессовые события. К этой категории относятся люди с конфронтационным стилем поведения.** Другие используют алкоголь, табакокурение и наркотики, а также просмотр телепередач – что угрожает формированию аддиктивного поведения.

Кроме того, участникам была дана информация о том, что любое, даже неблагоприятное событие, можно рассматривать и с позитивной точки зрения: мы не только приобретаем опыт и учимся адаптироваться эффективнее, но и становимся сильнее. В последующем участники общались о своем неконструктивном, с их точки зрения, опыте, а преподаватель проводил рефрейминг содержания и рефрейминг контекста.

1. Одна из важных стратегий преодоления стресса – «посмотреть на проблему со стороны». Для этой цели применялась известная в НЛП техника «Визуально-кинестетическая диссоциация». На начальном этапе эта техника проводилась под руководством преподавателя, а после реализации ее с участием 3-5 участников, студенты обучались самостоятельному применению данной технологии.

2. Для саморегуляции участники обучались приемам релаксации в двух вариантах:

А) По типу прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона.

Б). По аналогии с первой ступенью аутогенной тренировки Шульца.

3. Для стимуляции творческого потенциала в рамках выработки эффективных способов совладания со стрессом использовалась известная в НЛП техника «Стратегия творчества Уолта Диснея». Это давало возможность:

- во-первых, научиться участнику перевоплощаться в другого (что будет требоваться в следующих занятиях);
- избавиться от неловкости перевоплощения (перед коллегами);
- устранить страх перед необходимостью принятия решения;
- научиться взаимодействовать с другими;

- научиться конструктивно критиковать и воспринимать критику;
- активизировать свой творческий потенциал.

В рамках данной темы студенты генерировали способы совладания с учебным и предэкзаменационным стрессом. При этом важным был отказ от: употребления алкоголя с целью релаксации, курения табака, приема лекарств.

Для устранения эмоционального напряжения и тревоги, возникающих перед экзаменами, использовались трансовые приемы релаксации.

На данном занятии студенты обучались следующим стратегиям:

- 1. Стратегии дистанцирования.** Предполагает собственно отделение себя от проблемной ситуации, просмотра ее со стороны, как будто это происходит с другим человеком. В этом состоянии легче принимать решения и получать доступ к ресурсам решения.
- 2. Стратегии самоконтроля.** Обучение умению расслабляться, устранять эмоциональное напряжение, контролировать агрессивные импульсы. Использовались релаксационные техники.
- 3. Стратегия поиска социальной поддержки** в ближайшем микросоциальном окружении. Известно, что проговаривание проблемы снижает ее эмоциогенное воздействие. Более того, близкие и родные, кроме поддержки, могут подсказать один-два варианта решения проблемы, оказать информационную и эмоциональную помощь. Эта стратегия в последующем была актуализирована в известной в НЛП методике «Использование ресурсов других людей» (фактически научение поведению других).
- 4. Стратегия принятия ответственности.** Выяснялась роль самого участника в возникновении проблемной – заключается в признании своей роли в порождении проблемы и в решении не повторять прежних ошибок.

Для обучения участников принимать ответственность за свое поведение, себя (и вообще все, что происходит в их жизни) применялись бихевиоральные приемы гештальт-терапии. На начальном этапе участники обучались говорить, используя местоимение «Я». Когда, к примеру, кто-то говорил «Сегодня день прошел не продуктивно», – ему предлагалось высказаться в другом аспекте: «Я сегодня провел день не продуктивно». Применялись приемы «осознавания» внешней и внутренней зон с высказыванием от первого лица. Акцентировалось внимание на позе, жестах, поведении. Участники стимулировались высказываться в аспекте «Я заплакал», – а не «У меня с глаз потекли слезы».

- 5. Стратегии позитивного мышления.** Использовался следующий алгоритм формирования позитивного мышления (**авторская методика**). Фактически участники обучались «*делать то, что хочется*», а не «*не делать того, чего не хочется*».

Для примера «позитивного мышления» студентам была рассказана история. «Одна фирма, выпускающая летнюю обувь, отправила своего опытного менеджера в Африку в одну из развивающихся стран. Планировалось там продавать обувь. Менеджер на месте выявил, что в стране тепло и все жители ходят босиком. Он написал в головной офис: *Забирайте меня, здесь все ходят босиком.* Через некоторое время отправили менеджера-новичка. Он дал в офис телеграмму: *Отгружайте обуви как можно больше! Здесь все ходят босиком!*».

В последующем использовалась следующая **авторская методика** обучения позитивному мышлению.

1. Перефокусировка внимания на позитивные эмоции

Каждый из участников записывает на отдельном листе бумаги реальную ситуацию из своей жизни, которая вызывает негативные эмоции.

После этого участникам предлагалось вспомнить ситуацию, когда у них было хорошее настроение и они были успешны в какой-либо деятельности. Затем требовалось буквально «погрузиться в ситуацию» и «посмотреть» на нее изнутри: «увидев то, что видели тогда..., услышать все звуки..., почувствовать то, что чувствовал тогда». Другими словами, вновь прожить указанную ситуацию в трех модальностях. После того, как ресурс «позитивное эмоциональное состояние» актуализирован (предлагалось сжать кулак левой руки – «якорь» для последующего доступа к ресурсу), участникам предлагалось ответить на следующие вопросы:

- Что в этом хорошего можно найти в ситуации, описанной на листе бумаги?
- Чему положительному это может научить?
- Что следует изменить в моем поведении, чтобы такие ситуации не случались?
- Чему хорошему в моей жизни поспособствовала записанная на бумаге ситуация?

2. Домашнее задание

Поскольку занятия проводились 1 раз в неделю, то участникам давалось домашнее задание: «Каждый вечер перед сном -сжать кулак левой руки (активизировать «якорь» позитивного настроения), находить произошедшие за текущий день 3 позитивных события и записать их на отдельном листе бумаги (и так будет 7 листов). На следующий день проанализировать, какое было настроение и самочувствие утром и записать на этом же листе бумаги.

3. Превращение проблемы в задачу и сосредоточение на ее решении

В течение семи дней, как только вы задумаетесь о существовании какой-либо проблемы, – сразу активизируйте «якорь» позитивного настроения (сожмите левый кулак) и буквально разделите проблему на задачи. После этого сосредоточьте свое внимание на способах решения задач.

4. Визуализация (планирование) успешного поведения

К примеру, вам предстоит выступление с докладом и вы не уверены в своих силах, испытываете тревогу и подавленность.

Активизируйте «якорь» позитивного настроения (сожмите левый кулак) и представьте ситуацию, когда вы успешно выступаете с докладом. Буквально увидите зал, людей, трибуну, свою презентацию. Особое внимание уделите своей одежде, осанке, голосу.

Что нужно изменить? Дополнить? Как вы узнаете о том, что доклад прошел успешно? (В последнем вопросе важно, чтобы оценка исходила не от реакции окружающих, а от самооценки).

Для более эффективного действия вы можете заранее изучить место выступления. Затем в домашних условиях, наедине, представьте себя на трибуне (голос, позу, чувства, которые испытываете, как выглядите) – фактически «проживите» момент выступления. Представьте насколько возможно больше деталей. Если появится волнение – проживите ситуацию еще несколько раз, активизировав «якорь» позитивного настроения. В последующем, когда будете делать доклад, вы будете психологически готовы.

5. Превращение визуализации в действие

Участникам предлагалось визуализировать только то, что они планировали в ближайшее время реализовать. В последующем проходило обсуждение.

3 занятие

Тема: Фрустрация. Типы фрустрационных реакций. Соотношение стресса и фрустрации.

В теоретической части занятия особое внимание уделялось типам фрустрационных ситуаций и виды реакций личности на них. *Фрустрационное реагирование определялось нами как целостная реакция индивида на ситуацию, препятствующую достижению цели или обладанию объектом.* Студенты знакомились с тестом фрустрационных реакций Розенцвейга. Определяли в парах свои типы реагирования на фрустрационные реакции, информация о которых затем использовалась в тренинговой части.

Во вводной части тренинга студентам давалась следующая информация. «Экономический кризис, дефицит денежных средств, учебные и информационные перегрузки зачастую обуславливают дестабилизацию эмоциональной сферы личности. Негативные эмоции накапливаются и, не находя выхода, в итоге могут неконтролируемым образом «выплескиваться» на окружающих в виде агрессии, или, при длительном сдерживании их, приводить к возникновению психосоматических заболеваний. Далее студентам демонстрировалась схема реагирования личности на фрустрацию и механизм формирования психосоматических расстройств. Затем по этой же схеме приводилась стратегия профилактики психосоматических расстройств. Тем са-

мым студенты мотивировались как к активному участию в тренинге, так и к выполнению домашних заданий.

Акцентировалось внимание участников на точках приложения различных видов терапии. Соматотропная терапия была нацелена на пораженный орган и не учитывает ни психических травм, ни фрустраций, ни эмоционального состояния пациента. Психофармакотерапия в некоторой степени снижает интенсивность эфферентной реакции; после прекращения приема лекарств сила эфферентной реакции становится прежней и нервные импульсы «на концевой орган» воздействуют попрежнему, приводя либо к обострению, либо к рецидиву заболевания.

«Местом приложения» психотерапии является отношение личности к афферентному стимулу. Задачи психотерапии в этом случае:

- изменить отношение человека к стрессовой ситуации, конфликту, фрустрации;
- научиться эффективно разрешать конфликты и находить выход из ситуации фрустрации;
- выработать необходимые копинг-ресурсы;
- уметь конструктивно расслабляться и снимать эмоциональное напряжение.

Важным аспектом изменения отношения к фрустрации и конфликту является обучение эффективной рефлексии. Под рефлексией мы понимали представления о способности человека к восприятию и анализу содержаний собственной психики, построению образа себя как субъекта активности, осмыслению и означиванию текущих переживаний и эмоциональных состояний (Чернышева Е.Ю., 2012). Автор установила, что существует закономерная связь между процессами эмоциональной саморефлексии в условиях фрустрации и особенностями типа, а также направленности фрустрационного реагирования индивида. При этом уровень агрессии снижается за счет увеличения доли миролюбивых (импунитивных) и конструктивных («фиксированных на удовлетворении потребности») реакций в противовес экстрапунитивным реакциям и реакциям «с фиксацией на самозащите».

Обучение методам саморефлексии мы проводили в трех аспектах:

1. При включении во фрустрирующую ситуацию значимых других (близких людей);
2. При производственных фрустрирующих ситуациях;
3. При ситуациях фрустрации и конфликта с незнакомыми людьми.

Для обучения рефлексии фрустрирующих ситуаций и реакций личности на них нами использовался стимульный материал теста фрустрационных реакций Розенцвейга (выводился на экран при помощи мультимедийного проектора).

Участнику предъявлялся стимул – он высказывал свою реакцию. Реакции оценивались (интерпретировались). Далее задавался вопрос: «А еще как можно было бы отреагировать?».

Что вы стремитесь достичь такой реакцией? К какому результату вы стремитесь. Что произойдет после такой вашей реакции?

Как вариант, участнику предлагалось посмотреть «со стороны» (из диссоциированного состояния) на ситуацию фрустрации и высказать свою реакцию.

В последующем каждая реакция участников обсуждалась в группе. Совместно выработывались варианты конструктивного реагирования.

4 занятие

Тема: Конфликты, типы конфликтов и способы их разрешения. В теоретической части рассматривались вопросы практического занятия и материалы по способам разрешения конфликтов. Затем теоретический материал применялся в практической части. Студенты сообщали об имеющихся у них (или у их «знакомых») различных конфликтов, затем методом мозгового штурма под руководством преподавателя выработывались способы оптимального решения конфликта. Выяснялся объект конфликта, стороны конфликта, другие заинтересованные лица.

Для разработки способов разрешения конфликты мы использовали выделенные К. Томасом следующие варианты поведения личности в конфликтной ситуации.

а) **Конфронтация** (соперничество). Стремление удовлетворения своих интересов в ущерб интересам другого человека.

б) **Приспособление** (уступчивость). Принесение в жертву собственных интересов ради интересов другого.

в) **Компромисс**. Способ разрешения конфликта путем взаимных уступок.

г) **Уклонение**. Отсутствие стремления к кооперации и тенденции к достижению собственных целей;

д) **Сотрудничество**. Стороны конфликта активно ищут пути его решения и находят альтернативные варианты решения, которые удовлетворяют обе стороны.

1. Уход (уклонение от конфликта). Рассматривая такой вариант разрешения межличностного конфликта, мы акцентировали внимание участников на том факте, что просто «уход» не решает конфликтную ситуацию, но дает некоторое время, за которое стороны конфликта могут успокоиться с тем, чтобы в последующем действовать конструктивно. В последующем, в зависимости от объекта конфликта, целесообразно конструктивно обсудить возможные варианты решения сторонами конфликта. Кратковременное уклонение от конфликта в ряде случаев полезно: восточная мудрость гласит *«Прежде чем сказать – посчитай до десяти, прежде чем обидеть – посчитай до ста, прежде чем ударить – посчитай до тысячи»*.

Это дает время на снижение эмоционального заряда и освобождает мышление от аффективного компонента («кататимное мышление»). В последующем может быть компромисс и сотрудничество.

2. Приспособление. Не лучший способ разрешения конфликта. Проявляется демонстрацией покорности, согласия с предъявляемой претензией. Негативная сторона – конфликт не разрешается, растет эмоциональное напряжение и недовольство, так как стороны не обсуждают объект конфликта, На первых порах – под влиянием уговоров: «Мы же одна команда», «Я не хотел обидеть», «Нет причин сердиться» и т.п. – наступает кратковременное затишье, а затем вновь обострение отношений.

3. Принуждение. Используется инициатором конфликта в том случае, если он занимает более высокое социальное положение, проявляется в подавлении оппонента, игнорирование его потребности и мнения. Это применение власти. Конфликт не разрешается. Между сторонами растет напряжение и желание отомстить.

4. Компромисс. Способ разрешения конфликта путем взаимных уступок. Реализуется путем открытого обсуждения мнений сторон конфликта и поиска способов удовлетворения потребности каждой из сторон. Это один из наиболее эффективных способов разрешения конфликта. Его преимущества: озвучивание (трансляция) претензий – становится известным объект конфликта; когда известен объект – стороны легко могут прийти к соглашению по поводу «использования» его в своих целях (поочередно, разделить и т.п.). Поскольку это способ выработанный двумя сторонами конфликта – достигнутое соглашение соблюдается добровольно.

5. Конфронтация. Используется сторонами конфликта в случаях, когда они не желают сохранять добрые отношения, а объект конфликта более важен. В таких случаях нужен «третейский судья» – посредник, который сможет предпринять попытку примирить стороны конфликта.

6. Сотрудничество. Один из наиболее сложных способов разрешения конфликтов. Считается наиболее оптимальным, так как каждая из сторон конфликта может получить в этом случае желаемое. Не исключается сочетание с компромиссом.

В случае необходимости, когда конфликт (в семейный, интимной, личной сферах) был значимым для участника тренинга и вызывал негативные переживания, применялся известный прием визуально-кинестетической диссоциации.

Особое внимание уделялось анализу базовых невротических конфликтов: неврастенического, истерического и фобического.

5 занятие

Тема: Психологические защитные механизмы и копинг-поведение.

В теоретической части занятия акцентировалось внимание на том, что действие защитных механизмов (неосознаваемое) направлено на то, чтобы лишить значимости и, тем самым, обезвредить психотравмирующие ситуации. Теоретически рассматривались следующие виды

психологических защит: вытеснение, проекция, рационализация, идентификация, интроекция, сублимация, смещение, регрессия.

В последующем участники приводили примеры своего защитного поведения с обсуждением и поиском наиболее адаптивных вариантов.

Копинг поведение служит тем же целям, только поведенческие способы реагирования рассматривались как осознанные. Участники приходили к выводу, что конфликты, ситуации фрустрации должны быть осознаны, а для их конструктивного разрешения выработаны минимум по 3 варианта решения.

Далее на тренинге генерировались требуемые ресурсы. С этой целью использовались следующие приемы: адаптация ресурсов из других сфер жизни, «генератор нового поведения», использование ресурсов других людей.

6 занятие

Тема: Психическая травма. Стресс, фрустрация и конфликт в формировании психической травмы.

В метафорическом плане под психической травмой мы понимали срыв адаптации и нарушение баланса эмоционально-волевой сферы под влиянием конфликта, фрустрации или стресса, произошедшие так быстро, что с ними не смогли справиться ни психологические защитные механизмы, ни копинг-поведение.

Исходя из этого определения, задачей терапии будет возрастная регрессия на период до момента психической травмы и выработка ресурса, который поможет справиться со стрессором.

Другим способом разрешения данной проблемы является известный бихевиоральный прием из нейролингвистического программирования – визуально-кинестетическая диссоциация.

Еще один способ – метод эпистемологической метафоры, аналогичный методу амплификации чувств в гештальт-терапии, позволяющему избавить человека от неприятных эмоций и их телесной проекции – чувств, возникших в результате перенесенной психической травмы.

7 – 8 занятие

Тема: Социальная компетентность, социальный и эмоциональный интеллект.

На занятии вначале рассматривался теоретический материал, касающийся определений и структуры указанных дефиниций.

Уточнялось, что социальная компетентность – это система социальных знаний, навыков, привычек, закрепленных в стереотипах поведения и определяющая адаптационный потенциал личности. Социальная компетентность рассматривается как «способность к межличностным отношениям», зависящая от уровня развития у человека индивидуальных способностей и навы-

ков владения нормами «межличностной ситуации» (Энциклопедический словарь под ред. Бодалева А.А., 2011).

Под социальным интеллектом понимается способность индивида правильно понимать поведение других людей и адаптивно взаимодействовать с ними. Другими словами, социальный интеллект - это совокупность способностей понимать поведение других людей и наличие устойчивых навыков, детерминирующих успешную коммуникативную деятельность и способность изменять свое поведение в зависимости от социальной ситуации.

Специальных упражнений для развития социального интеллекта в литературе мы не обнаружили. Понимая сложность проблемы и комплексность социального интеллекта, мы использовали «аналог» теста Гилфорда на определение социального интеллекта – наблюдение за окружающими и попытка выявить их намерения, взаимоотношения, преобладающие эмоции и т.д. Кроме того, развитие эмоционального интеллекта, его стимулирование и совершенствование, с нашей точки зрения, позволяет более легко в дальнейшем достичь желаемых результатов.

Для этого предлагаются различные задания. Например, «находясь на перерыве в холле университета, постарайтесь наблюдать за окружающими (выбрав вначале 1 человека), оценив его позу, мимику, жесты, движения и на этом основании предугадать, какое у него настроение, что он собирается делать? Если наблюдаемый общается с кем-то: какие между ними взаимоотношения, кто лидирует, кто ведущий, а кто ведомый?»

Эмоциональный интеллект – интеграция знаний, способностей и навыков человека распознавать эмоции других людей, понимать их намерения и желания, а также свои собственные. При этом важна способность контролировать и управлять своими эмоциями, воздействуя на эмоции других людей в целях решения собственных практических задач.

После разбора теоретического материала проводилось тестирование. Для диагностики эмоционального интеллекта использовался тест Холла, позволяющий оценить 5 параметров эмоционального интеллекта (эмоциональная осведомленность, управление своими эмоциями, самомотивация, эмпатия, распознавание эмоций других людей).

1. Для развития эмоциональной осведомленности применялись техники гештальт-терапии – «осознание внешней и внутренней зон». Кроме того, участникам предлагалось в домашних условиях в тишине выключить звук телевизора и понаблюдать в любой телепередаче (это может быть кино, или новости) за эмоциями и жестами участников.

Затем предлагалось закрыть глаза (завязать их) и внимательно вслушиваться в то, что говорят: политики (их эмоции по отношению к содержанию высказываний, агрессивные нотки) и участники различных шоу. Для тренировки требуется брать передачи не постановочные, а с реальными эмоциями.

2. Для развития способности к распознаванию эмоций других людей использовались фотографии с различным выражением эмоций.

Кроме того, для более эффективного решения 1-й и 2-й задачи использовались карточки с написанными на них базовых эмоций и упражнение проводилось в двух группах: участники одной группы по очереди изображали заданные эмоции, а участники второй группы – разгадывали их. Затем они менялись местами.

Использовалась игра – копирование проявления эмоций и поведения различных зверей.

3. Для развития способности понимать свои эмоции использовалось три упражнения:

Участник становился перед группой и высказывал, что он чувствует, какие эмоции испытывает. Группа наблюдала за ним, оценивала позу, мимику, жесты, движения, интонацию голоса и сообщала, как воспринимает участника. Далее участник менял свое поведение таким образом, чтобы достичь выражения той эмоции, которая была им заявлена изначально.

Участнику предлагалось, сидя на стуле с закрытыми глазами и ушами, высказываться о том, что он чувствует («осознание внутренней зоны» в терминах гештальт-терапии). В последующем выполнялось упражнение на осознание «внешней зоны».

Важное значение уделялось распознаванию агрессивных поз и интонаций.

В последующем участники проводили упражнение на «осознание своих целей» – к чему вы стремитесь (какой конкретно результат хотите получить при помощи данного поведения и эмоций?). Что вы делаете для того, чтобы получить желаемый результат? Как вы меняете свое поведение? Что нужно еще изменить?

4. Для осознания эмпатии (и своего отношения к людям), на начальном этапе рассматривались теоретические представления о видах эмпатии и ее значении в социальной адаптации.

Участники обсуждали два вида эмпатии:

- **эмоциональную эмпатию** – непосредственный эмоциональный отклик, на эмоциональное состояние другого человека. Буквально – в терминах НЛП: «отзеркаливание эмоций», чувств. Другими словами – ваш собеседник испытывает грусть – и вы испытываете грусть, он плачет – и вы плачете и т.п.
- **когнитивная эмпатия** – способность интеллектуально понять и принять точку зрения другого человека. В НЛП есть такое упражнение – посмотреть на мир глазами другого человека; буквально – как бы мысленно поместиться в его тело, увидеть то, что видит он, услышать и почувствовать то, что слышит и чувствует он. Народная поговорка – «побыть в его шкуре».

Для развития эмоциональной эмпатии применялись известные в НЛП методы гармонизации («присоединения»):

- Отражение позы собеседника (прямое и зеркальное).

- Отражение дыхания собеседника (прямое и не прямое).
- Отражение движений.
- Подстройка к речи собеседника.

Для развития когнитивной эмпатии применялись следующие техники:

- Когнитивная интерпретация – это фактически повтор своими словами того, что высказал ваш собеседник.
- Резюмирование – сходное с интерпретацией, но более кратное и отражает только сущность коммуникации.
- «Отзеркаливание» – повторения последней фразы с изменением порядка слов. Прием помогает «увидеть» себя со стороны своими же глазами и оценочным мнением.
- Заверения – прием подтверждения того, что вы понимаете собеседника и разделяете его точку зрения.

5. Для развития способности управлять своими эмоциями мы выбрали 17² наименований различных эмоциональных переживаний человека и составили 17 карточек с их названием: радость, удивление, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, интерес, вина, обида, удовольствие, удивление, восхищение, горе, страдание, смущение.

1. Участники тренинга поочередно выбирали наугад карточку и демонстрировали позой и мимикой ту или иную эмоцию. Другие участники пытались разгадать, какое эмоциональное состояние демонстрируется. Если у участника не получалось полностью правильно отразить ту или иную эмоцию, другие участники оказывали ему помощь.

2. Использование дыхания для управления эмоциями. Выполнялась в 3-х вариантах:

- Участники вспоминали свои отрицательные эмоции из прошлого, фиксировали темп, глубину и ритм дыхания, а также позу, жесты, мимику. Затем аналогичным способом выявляли невербальные проявления позитивных эмоций. После этого в момент переживания негативных эмоций, заменяли их невербальные проявления на аналогичные, но с позитивных эмоций.
- Участники выбирали карточку негативных эмоций – проявляли их, а затем меняли на невербальные проявления положительных эмоций.
- Использовался известный в НЛП прием многократного ресурсирования «Круг совершенства».

²Изардом К. предложена другая классификация эмоций: радость; печаль; удивление; отвращение; гнев; страдание; презрение; вина; стыд; смущение; интерес.

Обучение осознанию и проявлению эмоций

Осознание эмоций

1. Выбирался один из участников – доброволец, который занимал стул перед группой. Далее, начиная со слов: «Я осознаю...» он описывал свое эмоциональное состояние в данный момент. Участники внимательно слушали его голос, интонацию, наблюдали за позой, мимикой, жестами, движениями и оценивали точность проявления эмоций.

2. После этого участнику предлагалось вспомнить ситуацию, когда он был грустным, веселым, тревожным, испытывал страх, и рассказать о своих чувствах словами.

3. Идентификация невербальных проявлений эмоций. Участнику предлагалось стать перед группой и вспомнить ситуацию из прошлого, когда он переживал успех. При этом о ситуации успеха и своих чувствах требовалось рассказать в терминах: что видел, что слышал, что чувствовал и т.д.

После этого предлагалось вспомнить противоположную ситуацию и также рассказать о ней в терминах сенсорных систем. Наблюдающие участники должны были идентифицировать и запомнить невербальные проявления обеих типов реакций и сравнить их.

Обучение проявлению эмоций

1. На начальном этапе участникам предлагалось написать перечень эмоциональных состояний, которые они четко могут идентифицировать и воспроизводить.

2. После этого участники делились на две группы: одна группа вначале обсуждала технологию проявления той или иной эмоции, ее невербальные признаки. Затем один из участников намеренно проявлял данную эмоцию перед другой группой, задачей которой было распознать эмоцию и описать ее словами.

3. Обучение принятию ответственности на себя за свои эмоциональные появления и следующие за ними поведенческие реакции. Собственно задачей здесь было активизация внутреннего локуса контроля.

9 занятие.

Тема: Аддиктивное поведение.

Аддиктивное поведения – один из 7 типов реагирования студентов на стресс. Проводился анализ типов реагирования каждого участника и по желанию они заявляли свою проблему, и ведущий в дальнейшем проводил психотерапевтическую работу.

1. Из аддиктивного поведения наибольшей популярностью пользовалось выработка аверсивной реакции на табакокурение. В последующем применялся бихевиоральный прием НЛП – собственно направленное воображение «Техника взмаха» для «замены» табакокурения на более приемлемый вариант поведения («спорт», «прогулка», «общение»).

2. На втором месте из аддикций – общение в социальных сетях. Для нейтрализации данного увлечения применялись методы генерирования ресурсов на уровне способностей и ценностей. В последующем применялась «Техника взмаха».

3. Для предупреждения неконтролируемого приема седативных лекарственных препаратов студенты продолжали обучаться приемам контроля эмоциональных реакций из предыдущего занятия.

4. Отдельным пунктом работы было употребление алкоголя с целью релаксации в ситуации стресса. С данной проблемой индивидуально, не заявляя ее, в группе обратилось 3 человека.

10-11 занятие.

Тема: Агрессия: гетеро- и аутоагрессия. Суицидальное и аутодеструктивное поведение.

Суицидальный тип реагирования – один из выделенных нами типов реагирования на стресс. На начальном этапе с участниками обсуждались причины, мотивы и цели суицидального поведения. Выделялись основные конфликты, которые лежали в основе возникновения как внутренних, так и внешних форм суицидального поведения. Следует подчеркнуть, что студенты, имеющие суицидальные замыслы и намерения, самостоятельно обращались к преподавателю с просьбой о помощи.

Для обучения преодолению и нивелированию суицидальных тенденций применялись:

1. Актуализация и закрепление ресурсов из прошлого.
2. Генерирование новых ресурсов («генератор нового поведения», использование ресурсов других людей).
3. Переоценка и снижение значимости конфликта.
4. При работе с гетероагрессивными тенденциями использовалась технология из гештальт-терапии «Два стула»: участник поочередно перемещался с одного стула (где он играл свою роль) на второй стул – где он ассоциировался со своим оппонентом и отвечал (проигрывалась ситуация конфликта) за него. Таким образом, осознавался как сам конфликт, так и эмоциональные переживания оппонента и свои собственные.

Наряду с приемами психотерапии, касающимися применения в ситуациях, обозначенных темами занятий, в зависимости от преобладающего типа реагирования на тренинге применялись методы, приведенные в таблице П.2.1.

Таблица П.2.1 – Стратегия оказания мультимодальной психотерапевтической помощи студентам-медикам в зависимости от преобладающего типа реагирования

№ п/п	Тип реагирования	Стратегические задачи	Применяемые приемы психотерапии
1	Адаптивный	Обучение приемам самоконтроля в стрессовой ситуации, активизации имеющихся личностных ресурсов	Бихевиоральные техники нейролингвистического программирования (НЛП): стратегия творчества Уолта Диснея, трехпозиционное описание, «ваза с ресурсами», ассоциативно-диссоциативные техники.
2	Аффективный	Обучение контролю и отреагированию эмоций	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ассоциативно-диссоциативные техники НЛП: «техника трехместной диссоциации»; 2. Диссоциативные техники гештальт-терапии – «работа с горячим стулом», «диалог с частями личности», «отреагирование», работа с чувствами. 3. Методика эпистемологической метафоры.
3	Невротический	Выяснение и коррекция базовых невротических конфликтов: неврастенического, истерического, фобического.	Приемы гештальт-терапии: два стула, ассоциативно-диссоциативные приемы.
4	Аддиктивный	Обучение приемам конструктивного совладания со стрессом	Выработка аверсивной реакции на объект аддикции и переключение на социально-приемлемые формы адаптивного поведения.
5	Личностный	Расширение репертуара адаптивных форм реагирования. Обучение приемам разрешения конфликтных ситуаций.	Генерирование ресурсов (использование ресурсов из других контекстов, использование ресурсов «других людей», формирование новых ресурсов). Применение в символдраматических приемах «встречи» со «старцем», «старухой» для стимуляции разрешения проблемы через метафорические предметы.
6	Суицидальный	Обучение приемам разрешения конфликтов, расширения репертуара поведенческого реагирования	Генерирование ресурсов, актуализация антисуицидальных факторов.
7	Психосоматический	Обучение конструктивным способам реагирования, устранение накопленных негативных эмоций (чувств)	Работа с чувствами (методом эпистемологической метафоры), «мышечными зажимами», «броней характера». Обучение приемам релаксации. Выявление и коррекция базовых личностных конфликтов.