

УДК 616.891;159.972; 316.47

УЧЕБНЫЙ СТРЕСС И СОМАТОФОРМНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ ПЕРВОГО КУРСА

EDUCATIONAL STRESS AND SOMATOFORM AUTONOMIC DYSFUNCTION AMONG THE FIRST YEAR MEDICAL STUDENTS

**В.В. Руженкова, В.А. Руженков, И.Ю. Шкилева, Е.В. Шелякина, Ю.Н. Гомеляк
V.V. Ruzhenkova, V.A. Ruzhenkov, I.Ju. Shkileva, E.V. Sheljakina, Ju.N. Gomeljak**

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

Belgorod National Research University, Russia, 308015, Belgorod, Pobedy St., 85

E-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Аннотация

Методами скрининг-диагностики и психометрическим обследовано 166 русскоговорящих студентов первого курса в возрасте от 17 до 22 (18.0 ± 0.9) лет: 38 (22.9%) лиц мужского и 128 (77.1%) женского пола. Установлено, что наиболее значимыми факторами учебного стресса были «большая учебная нагрузка», «отсутствие учебников», «жизнь вдали от родителей», «трудности в организации режима дня», а также «нерегулярное питание». Соматоформная вегетативная дисфункция (СВД) выявлена в 12.6% случаев, носит полиморфный характер, включая симптомы со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной системы и реже – мочевыделительной. Симптоматика СВД формировалась на фоне выраженной астении в сочетании с тревогой, навязчивостями, дисморфофобиями, агорафобией и паническими расстройствами. В ситуациях психоэмоционального напряжения возникали отдельные конверсионные симптомы. Учебный стресс и низкий уровень конфликто- и стрессоустойчивости способствуют табакокурению, употреблению алкоголя, приему седативных лекарственных настоев, общению в сети Интернет, что может являться фактором риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей. У студентов с СВД выявлен высокий удельный вес (57% случаев) суицидального поведения в анамнезе (52% – внутренние формы и 5% – суицидальные попытки) и в 9.5% – на период обследования. Обсуждаются стратегия и тактика повышения стрессоустойчивости студентов и снижения риска аддиктивного и суицидального поведения.

Abstract

A sample of 166 Russian-speaking first-year students aged 17 to 22 (18.0 ± 0.9) years: 38 (22.9%) male and 128 (77.1%) female were examined using the screening and psychometric methods. It was found that the «large training load», «lack of textbooks», «living far away from parents», «difficulties in organizing the regime of the day», as well as «irregular meals» were the most significant factors of educational stress. Somatoform autonomic dysfunction (SAD) was diagnosed in 12.6% of cases. It is polymorphic, includes symptoms from the cardiovascular, respiratory, digestive systems and, more rarely, urinary system. The symptoms of SAD formed on the base severe asthenia in combination with anxiety, obsessions, dysmorphophobia, agoraphobia and panic disorders. In situations of psychoemotional stress, there were individual conversion symptoms. The academical stress and low level of conflict- resistance and stress-resistance contribute to smoking, drinking alcohol, taking sedative medicines, communicating on the Internet, which can be a risk factor for the formation of addictive behavior. A high ratio of suicidal behavior was found among students with SVD: 57% cases in the anamnesis (52% - internal forms and 5% - suicidal attempts and 9.5% through the research period. The strategy and tactics of increasing the student's stress-resistance and reducing the risk of addictive and suicidal behavior are discussed.

Ключевые слова: учебный стресс, студенты медики, соматоформная вегетативная дисфункция, суицидальное поведение, стресс-менеджмент.

Keywords: educational stress, medical students, somatoform vegetative dysfunction, suicidal behavior, stress-management.



Введение

В общесоматической практике широкое распространение (более чем у 25% пациентов) получил диагноз «Вегетососудистая дистония» (ВСД) или «Нейроциркуляторная дистония» (НЦД), являющийся нозологически неспецифическим синдромом и встречающийся как при органическом поражении ЦНС, психогенных расстройствах, так и в структуре гормональных сдвигов в подростковом возрасте [Акарачкова, 2010]. Предъявляя разнообразные множественные жалобы, такие пациенты нередко госпитализируются в терапевтические отделения и после неоднократных обследований у них не удается обнаружить объективные изменения со стороны внутренних органов, что приводит к диагностическим и дифференциально-диагностическим проблемам и затруднениям в выборе тактики лечения [Дворецкий, 2002]. Среди факторов риска выделяются как наследственные, так и социально-средовые, чаще связанные с условиями неправильного воспитания, стрессовыми воздействиями, аффективными расстройствами тревожного и депрессивного характера [Вейн, 1998]. Синдром вегетативной дисфункции всегда присутствует в клинической картине и включен в диагностические критерии тревожных расстройств по МКБ-10. Наиболее часто пациенты обращаются с жалобами на нарушения в сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной системе, а также желудочно-кишечном тракте к врачам-терапевтам и неврологам [Дробижев, 2001], которые нередко затрудняются в установлении нозологического диагноза, в который входит синдром вегетативной дисфункции (СВД). Нередко указанный синдром является проявлением т. н. соматоформной вегетативной дисфункции, и для правильной диагностики с последующим адекватным лечением требуется консультация врача-психиатра [Акарачкова, Вершинина, 2011]. Характерной особенностью СВД является факт появления первых симптомов в молодом возрасте [Дворецкий, 2002], чаще у лиц интеллектуального творческого труда [Гавенко, Самохвалов, Синайко, Мозговая, 2007]. Вегетативная дисфункция может быть постоянной (с постоянно присутствующими признаками болезни), приступообразной (с вегетативными кризами или паническими атаками) или латентной, т. е. протекать скрыто [Решетова, 2008].

Несмотря на все противоречия, диагнозы НЦД и ВСД по-прежнему широко используются терапевтами, кардиологами и невропатологами, так как синдромальные диагнозы «удобны» с точки зрения минимального времени, затрачиваемого на диагностический поиск конкретных причин [Абдуева, Каменская, 2012].

Наиболее выраженная социальная дезадаптация возникает у пациентов при наличии панических расстройств в структуре СВД в связи с выраженным чувством страха и тревоги, боязни повторных приступов со страхом смерти [Дворецкий, 2002].

При лечении пациентов с СВД для купирования тревожных расстройств назначают бензодиазепины, при депрессивных нарушениях показаны трициклические антидепрессанты и ингибиторы обратного захвата серотонина, при ипохондрических расстройствах рекомендуют мягкие нейролептики, а коррекция вегетативной дисфункции проводится с помощью β -блокаторов [Дворецкий, 2002; Котова, Максимова, 2012; Кудинова, 2015].

В итоге течения СВД возможно как выздоровление, так и развитие сердечно-сосудистой патологии: почти в 30% случаев синдрома артериальной гипертензии [Esler, Кауе, 2000], хронической ишемии головного мозга на уровне доклинической (38 %) или клинической (47,9 %) стадий [Яхно, 2005]. Причем одним из условий для развития инициальных форм сосудистого заболевания головного мозга на фоне СВД является фрустрация служебного и профессионального роста у лиц с эмотивным, экзальтированным, тревожным личностным преморбидом [Антонен, Хяникяйнен, 2014].

Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья [Агаджанян с соавт., 1995; Vaez, 2004]. По данным Миронова С.В. [2014], учебная нагрузка студентов, получающих медицинское образование, в среднем в два раза выше, чем у студентов других вузов. К основным стрессовым факторам, возникающим в процессе изучения клинических дисциплин, относятся: большой объем учебной нагрузки, неуверен-



ность в собственных профессиональных качествах и значительный объем усилий, необходимых на выполнение домашнего задания [Iosif et al., 2011], которые зачастую приводят к стресс-индуцированным расстройствам [Юматов и др., 2001; Vaez, 2004].

По мнению большинства студентов-медиков [Firth-Cozens, 1989; Судаков, 2001], наиболее стрессогенными для них являются: большая учебная нагрузка, страх перед будущим, нежелание учиться или разочарование в профессии. Аналогичные причины учебного стресса характерны и для учащихся подросткового возраста [Коршунова, Мухина, 2014]. Наиболее значимыми стрессовыми ситуациями для студентов-медиков являются периоды сессии и сдачи экзаменов [Юматов и др., 2001; Vaez, 2004; Hashmat et al., 2008]. В целом высокий уровень умственного и психоэмоционального напряжения, жесткие организационные требования, частые нарушения режима труда, отдыха и питания, повторные стрессогенные ситуации зачетов и экзаменов приводят к срыву процессов психической адаптации у студентов медицинских специальностей [Глазачев, 2011], что может быть одной из причин формирования социально-стрессовых психических расстройств.

Цель

Цель исследования – верификация распространенности СВД у студентов-медиков первого курса и оценка его взаимосвязи с учебным стрессом для разработки первичной психопрофилактики.

Объекты и методы исследования

В течение третьего месяца (ноябрь) обучения на 1 курсе Медицинского института (факультет лечебного дела) нами обследована сплошная выборка, состоящая из 166 русскоговорящих студентов в возрасте от 17 до 22 (18.0±0.9) лет: 38 (22.9%) лиц мужского и 128 (77.1%) женского пола.

Основными методами исследования были:

1. Медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, включающей блок социально-демографических данных и некоторые сведения об образе жизни).
2. Психометрический: тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых [2005], тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона, методика экспресс-диагностики уровня личностной фрустрации В.В. Бойко [Фетискин и др., 2002], госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), авторский «Тест-скрининг диагностики психических расстройств», разработанный на основе исследовательских критериев МКБ-10.
3. Статистический (описательная статистика, корреляционный [коэффициент ранговой корреляции Спирмена] и факторный анализ).

Для диагностики СВД нами применялись диагностические исследовательские критерии МКБ-10 (табл. 1).

Таблица 1
Table. 1

Диагностические критерии соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3) Diagnostic criteria of somatoform autonomic dysfunction (F45.3)

| |
|--|
| <p>Для установления диагноза соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3) необходимо наличие:</p> <p>А. Симптомов вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает к физическому расстройству, в одной или более из следующих систем или органов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сердце и сердечно-сосудистая система; 2. верхний желудочно-кишечный тракт (пищевод и желудок); 3. нижний отдел кишечника; 4. дыхательная система; 5. уrogenитальная система. |
|--|



Окончание табл. 1

| |
|---|
| <p>Б. Два или более из следующих вегетативных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сердцебиение; 2. потливость (холодный или горячий пот); 3. сухость во рту; 4. покраснение; 5. дискомфорт в эпигастрии или жжение. |
| В. Один или более симптомов касающихся органов или систем. |

На основе исследовательских критериев МКБ-10 в тест скрининг-диагностики СВД нами были включены следующие вопросы (табл. 2).

Таблица 2
Table. 2

Общие симптомы СВД
General symptoms of SAD

| № п/п | Вопросы | Да 1 | Нет 0 |
|-------|---|------|-------|
| 1 | Более полгода как Вы озабочены по поводу возможного какого-то заболевания сердца, дыхательной системы, желудка или мочеполовой системы? | | |
| 2 | В такие моменты у Вас возникает учащенное сердцебиение? | | |
| 3 | В такие периоды возникает потливость (холодный, горячий пот)? | | |
| 4 | В это же время бывают приливы жара, покраснение кожи на лице, груди? | | |
| 5 | Одновременно с вышеперечисленным бывает сухость во рту? | | |
| 6 | В такие периоды возникает тревога, дрожь в теле? | | |
| 7 | Вас беспокоят головные боли? | | |

Для верификации наличия СВД обязательно должен быть положительным ответ на первый вопрос и минимум 2 положительных ответа на вопросы № 2–7. Кроме того, для диагностики того или иного варианта СВД должны быть набраны баллы по наличию характерных расстройств в той или системе или органе (табл. 3–6). При этом при наборе до 3 баллов диагностируется отсутствие симптомов, от 4 до 7 баллов – расстройство квалифицируется как субклиническое, от 8 до 10 баллов – легко выраженное и 11–14 баллов – выраженное (или клинически значимое).

Таблица 3
Table. 3

Кардиоваскулярный синдром (КВС)
Cardiovascular syndrome (CVS)

| № п/п | Вопросы | Нет 0 | Редко 1 | Часто 2 |
|-------|---|-------|---------|---------|
| 1 | Периодами Вы ощущаете, что Ваше сердце работает неритмично: то замедляется, то ускоряется и т. п. | | | |
| 2 | Периодами Вы при волнении бледнеете или кожа становится «мраморной»? | | | |
| 3 | Вы испытываете ноющие, колющие, или пульсирующие боли в области сердца? | | | |
| 4 | Ваше артериальное давление неустойчивое? | | | |
| 5 | Бывает, что у Вас внезапно учащается пульс? | | | |
| 6 | Периодами у Вас возникает головокружение, неустойчивость при ходьбе? | | | |
| 7 | Вы испытываете трудноописуемый дискомфорт в области сердца? | | | |



Таблица 4
Table. 4

Гипервентиляционный синдром (ГВС)
Hyperventilation syndrome

| № п/п | Вопросы | Нет 0 | Редко 1 | Часто 2 |
|-------|--|-------|---------|---------|
| 1 | Периодически Вас беспокоит учащенное дыхание? | | | |
| 2 | Бывает, что Вы не можете вдохнуть полной грудью и ощущаете нехватку воздуха? | | | |
| 3 | При учащенном дыхании у Вас возникает головокружение? | | | |
| 4 | При нарушении ритма дыхания у Вас периодами возникает онемение губ, кожи вокруг губ? | | | |
| 5 | Можно сказать, что периодами у Вас возникает состояние «неудовлетворенности вдохом» воздуха? | | | |
| 6 | Периодами у Вас возникают вздохи, кашель, зевота, сопение. | | | |
| 7 | В периоды нарушения (затруднения) дыхания у Вас возникает тревога и страх? | | | |

Таблица 5
Table. 5

Гастроинтестинальный синдром (ГИС)
Gastrointestinal syndrome

| № п/п | Вопросы | Нет 0 | Редко 1 | Часто 2 |
|-------|---|-------|---------|---------|
| 1 | Периодами Вас беспокоят спастические и ноющие боли в нижней части живота? | | | |
| 2 | У Вас возникают проблемы с дефекацией (запоры, поносы)? | | | |
| 3 | Бывает, что Вас беспокоит тошнота и рвота? | | | |
| 4 | Периодами у Вас возникают боли в подреберье («под ложечкой»)? | | | |
| 5 | В такие периоды бывает чувство вздутия в желудке? | | | |
| 6 | Периодами Вы заглатываете воздух при еде и возникает отрыжка воздухом? | | | |
| 7 | Для Вас обычное явление вздутие живота, метеоризм, урчание в животе? | | | |

Таблица 6
Table. 6

Мочевыделительная система (МВС)
The urinary system (MVS)

| № п/п | Вопросы | Нет 0 | Редко 1 | Часто 2 |
|-------|---|-------|---------|---------|
| 1 | Периодически Вас беспокоит учащенное мочеиспускание? | | | |
| 2 | У Вас бывает непроизвольное выделение мочи при кашле, чихании? | | | |
| 3 | Периодами у Вас возникают неприятные ощущения при мочеиспускании? | | | |
| 4 | Иногда у Вас возникает ночное недержание мочи? | | | |
| 5 | Периодами при мочеиспускании вы испытываете дискомфорт? | | | |
| 6 | Вы испытываете затруднения, когда необходимо помочиться в присутствии посторонних? | | | |
| 7 | Вы испытываете беспокойство, что у Вас возникает желание помочиться именно в тот период, когда туалет далеко или отсутствует? | | | |



Проверка теста при помощи альфа Кронбаха показала высокую согласованность (альфа=0.84) и ретестовую надежность ($r=0.78-0.82$). Клиническое сопоставление ($n=35$) результатов тестирования с клиническими характеристиками выявленных симптомов показал, что только в 33 (94.3%) случаях был получен истинноположительный результат и в 2 (5.7%) – истинноотрицательный. Таким образом, чувствительность и специфичность теста составили 94.3%. Точность теста также 94.3%.

Результаты исследования и обсуждение

В общей сложности наибольшее стрессогенное влияние на студентов медиков 1 курса оказывали следующие факторы (табл. 7).

Таблица 7
Table. 7

Показатели учебного стресса (тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых
(представлены только наиболее стрессогенные факторы)
Factors of educational stress (test for educational stress Yu.V. Shcherbatykh
(Only the most stressful factors are presented))

| № п/п | Показатель | M | δ | Me | Q25 | Q75 |
|--|---|-----|----------|-----|-----|-----|
| Стресс, связанный с организацией учебного процесса | | | | | | |
| 1 | Строгие преподаватели | 5.6 | 2.3 | 6.0 | 4.0 | 7.0 |
| 2 | Большая учебная нагрузка | 8.1 | 1.8 | 8.0 | 7.0 | 1.0 |
| 3 | Отсутствие учебников | 5.2 | 3.3 | 6.0 | 2.0 | 8.0 |
| 4 | Непонятные, скучные учебники | 3.5 | 2.7 | 3.0 | 1.0 | 5.0 |
| 5 | Необходимость много времени готовиться к занятиям | 6.9 | 2.8 | 8.0 | 5.0 | 9.0 |
| 6 | Нерациональное расписание занятий | 4.0 | 3.1 | 4.0 | 1.0 | 7.0 |
| 7 | Много занятий в день | 4.6 | 3.2 | 5.0 | 2.0 | 7.0 |
| 8 | Не объективные оценки на некоторых дисциплинах | 3.5 | 3.1 | 3.0 | 1.0 | 6.0 |
| Стресс, связанный с социальной ситуацией | | | | | | |
| 1 | Страх перед будущим | 3.7 | 3.3 | 3.0 | 1.0 | 7.0 |
| 2 | Проблемы в личной жизни | 2.9 | 3.3 | 2.0 | 0.0 | 6.0 |
| 3 | Жизнь вдали от родителей | 4.6 | 3.6 | 5.0 | 1.0 | 8.0 |
| 4 | Нехватка денег | 2.7 | 2.7 | 2.0 | 0.0 | 5.0 |
| 5 | Трудности правильно организовать свой режим дня | 5.3 | 3.1 | 5.0 | 3.0 | 8.0 |
| 6 | Нерегулярное питание | 5.2 | 3.2 | 5.0 | 2.0 | 8.0 |

Как видно из таблицы 7, наиболее значимыми факторами учебного стресса «большая учебная нагрузка», «отсутствие учебников», «жизнь вдали от родителей», «трудности в организации режима дня», а также «нерегулярное питание».

Характерно, что значительное число, 61 (36.7%) студент, боролись с симптомами стресса посредством приема валерианы, 48 (28.9%) – принимали новопассит в сочетании с валерианой. Незначительное число – 3 (1.8%) – принимали транквилизаторы, 5 (3%) – антидепрессанты. Значительное число – 57 (34.3%) – прибегали к употреблению алкоголя, причем для 14 (8.4%) этот способ борьбы со стрессом был значимым (4 балла и выше).

Большинство студентов – 137 (82.5%) – для борьбы со стрессом выходили в интернет, причем для 62 (37.3%) из всех опрошенных этот способ был наиболее значимым (6 баллов и выше). Использование таких способов борьбы со стрессом является фактором риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей.

Наиболее значимыми симптомами, возникающими перед и в период экзаменов, были психосоматические, затрагивающие сердечно-сосудистую и дыхательную системы, а также психические признаки стресса – тревога, подавленное настроение и расстройства сна. Наиболее приемлемыми способами преодоления симптомов стрессового напряжения студенты первокурсники избирали прием настоев лекарственных трав, переедание и реже

– употребление алкоголя. При этом непопулярными способами оказались физические упражнения и прогулки на свежем воздухе.

Методика экспресс-диагностики уровня личностной фрустрации В.В. Бойко выявила, что у 40.4% случаев отмечалась устойчивая тенденция к фрустрации (в остальных 59.6% уровень фрустрации был низким).

Тест С. Коухена и Г. Виллиансона показал, что только в 31.9% случаев стрессоустойчивость определялась как хорошая и удовлетворительная, в остальных 62.6% и 5.4% она квалифицировалась как плохая и очень плохая соответственно.

У подавляющего большинства студентов – 156 (94%) – обнаруживалась астения, которая в 118 (75.6%) случаях квалифицировалась как умеренно выраженная. В 80 (51.3%) случаях она сочеталась с выраженной эмоциональной лабильностью, в 75 (48.1%) – с расстройством внимания, в 82 (52.6%) случаях – с вегетативной неустойчивостью. У 144 (92.3%) студентов астения сочеталась с различными расстройствами сна: у 73 (46.8%) – с пресомническими, у 81 (51.9%) – с интрасомническими и у 136 (87.2%) – с постсомническими. Характерно, что в значительном числе случаев – 46 (29.5%) – наблюдалось сочетание пре-, интра- и постсомнических нарушений.

В 133 (80.1%) случаях обнаруживались отдельные симптомы вегетативной неустойчивости, сочетающиеся с астенией и в 15 (9%) случаях достигающие клинического уровня соматоформной вегетативной дисфункции, в 6 (3.6%) – субклинического. Таким образом, симптомы СВД различной степени выраженности были выявлены у 12,6% студентов. В последующем клиническому анализу подвергся указанный 21 случай СВД. Характерно, что в 6 (28.6%) случаях из всех студентов с диагнозом СВД диагноз вегето-сосудистой дистонии обследуемым был выставлен задолго до настоящего обследования (в период учебы в школе).

Симптомы вегетативной неустойчивости у студентов с СВД особенно сильно проявлялись в период экзаменов. Так тахикардия была характерна для 86% человек, перебои в деятельности сердца – 37%, затрудненное дыхание – 57%, затрудненный вдох – 33%, неудовлетворенность вдохом – 43%, мышечное напряжение – 52,3%, мышечная дрожь – 67%, учащенное мочеиспускание – 19%, головные боли – 67%, тревога – 90%, подавленное настроение – 71%, затрудненное засыпание – 71% и неприятные сновидения – 33%.

Клиническая картина СВД была полиморфной, чаще включала в себя сочетание кардиоваскулярных, гипервентиляционных и гастроинтестинальных симптомов. 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 90% случаев при СВД диагностировалась выраженная астения, в 10% – умеренная, в 52% случаев сочетающаяся с нарушением концентрации внимания, что затрудняло усвоение учебного материала.

Тревога была в 86% случаев, в 62% случаев она достигала клинического уровня. В 28% случаев СВД регистрировались симптомы депрессии, в 14% случаев достигающие клинического уровня.

В большинстве случаев (95%) при СВД наблюдались обсессивные симптомы, более чем в половине случаев (57%) – в умеренно выраженной степени, в третьей части случаев сочетающиеся с компульсиями.

Более чем в половине случаев (52%) в конфликтных ситуациях у студентов с СВД наблюдались отдельные конверсионные симптомы (затруднения при глотании пищи, ко-



мок в горле, онемение рук, ног, ощущение покалывания по телу, нарушение кожной чувствительности).

В 28% случаев отмечалась коморбидность СВД с агорафобией, в 52% – встречались редуцированные симптомы панического расстройства. В 52% случаев СВД сочеталась с социальными фобиями. Более чем в половине случаев (52%) у студентов с СВД наблюдались симптомы дисморфофобии, у третьей части из них затрудняющие социальное функционирование.

В подавляющем большинстве случаев – 81% – 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. У большинства студентов с СВД (57%) в анамнезе отмечались обморочные состояния, у 52% в то или иное время отмечалось заикание.

В общей сложности при СВД у подавляющего большинства – 95% студентов – имели место расстройства сна: пресомнические – у 62%, интрасомнические – у 48%, постсомнические – у 90%. Кроме того, у 71% наблюдались кошмарные сновидения, а у 19% периодами возникал т. н. «сонный паралич».

Наряду с этим в 90% случаев наблюдался циркадный ритм симптоматики, характерный для эндогенных расстройств: общее состояние существенно лучше во второй половине дня и к вечеру, чем утром, ухудшение настроения и усиление симптоматики весной и осенью. Данный факт требует более тщательного исследования и продолжительного катамнестического наблюдения.

В 57% случаев у студентов с СВД в анамнезе наблюдалось суицидальное поведение: у 33% – суицидальные мысли, у 19% – суицидальные замыслы и намерения, у 5% – суицидальные попытки. Кроме того, внутренние формы суицидального поведения имели место у 9,5% на период обследования.

Корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) выявил средней выраженности взаимосвязи факторов учебного стресса с симптомами (табл. 8).

Таблица 8
Table. 8

Корреляционные зависимости при СВД
Correlation dependencies for SAD

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------|--------|--------|
| Дрожание мышц | Выраженность СВД | 0.62 | 0.0008 |
| | Эмоциональная лабильность | 0.53 | 0.006 |
| Перебои в сердце | Тревога (HADS) | 0.53 | 0.006 |
| | Эмоциональная лабильность | 0.51 | 0.01 |
| Тахикардия | Тревога (HADS) | 0.45 | 0.02 |
| | Социофобии | - 0.53 | 0.006 |
| Прогулки на воздухе | Табакокурение | 0.48 | 0.017 |
| | Социальные сети | 0.55 | 0.005 |
| | Интернет | 0.51 | 0.008 |
| Низкий уровень конфликтоустойчивости | Трудности режима дня | 0.58 | 0.002 |
| | Скучные учебники | 0.44 | 0.02 |
| | Большая учебная нагрузка | 0.54 | 0.005 |
| Отсутствие учебников | Дисфория | 0.4 | 0.04 |
| | Кошмарные сновидения | 0.51 | 0.01 |
| Проблемы в личной жизни | Конфликтоустойчивость | -0.51 | 0.02 |
| | Суицидальное поведение | 0.43 | 0.03 |
| | Суицидальное поведение | 0.46 | 0.04 |
| Нежелание учиться | Суицидальное поведение | 0.54 | 0.01 |
| Отсутствие учебников | Суицидальное поведение | 0.47 | 0.02 |
| Конфликты в группе | Необходимость лечения | | |



Из таблицы видно, что выраженность симптомов СВД сопровождается дрожанием мышц и эмоциональной лабильностью. В свою очередь тревога и эмоциональная лабильность оказывают влияние на нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы. Прогулкам на свежем воздухе препятствуют социофобии. Низкий уровень конфликтоустойчивости способствует табакокурению и «уходу» в сеть Интернет, что может являться фактором риска формирования табачной и интернет-аддикции. Трудности к адаптации к новому режиму дня, большая учебная нагрузка и «скучные» учебники являются причиной личностной фрустрации, а отсутствие доступных учебников вызывает тоскливо-злостное настроение. Проблемы в личной жизни в сочетании с тревогой, вызванной фрустрацией, могут обусловить расстройства сна (кошмарные сновидения), в сочетании с низкой конфликтоустойчивостью могут служить причиной суицидального поведения. Отдельно следует сказать о важности отсутствия стимула к учебе и нежелании учиться, коррелирующим с суицидальным поведением. Последнее требует тщательного внимания кураторов групп в аспекте оказания помощи студентам, находящимся в состоянии фрустрации и социально-психологического кризиса с целью предупреждения суицидального поведения. Конфликты в группе подвигают студентов с СВД к мыслям о необходимости получения медико-психологической помощи. В этом аспекте целесообразно информирование первокурсников о месте получения такой помощи, а также создание условий ее доступности.

Факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора выявил 5 наиболее значимых факторов, объясняющих 73% дисперсии и детерминирующих СВД (табл. 9).

Таблица 9
Table. 9

Факторы, детерминирующие соматоформную вегетативную дисфункцию
Factors which determined somatoform autonomic dysfunction

| № п/п | Фактор и его компоненты | % дисперсии |
|-------|--|-------------|
| 1 | Низкая стрессоустойчивость ($r=0.91$), в сочетании с тревогой ($r=0.90$) и эмоциональной лабильностью ($r=0.87$) | 21.0 |
| 2 | Низкая конфликтоустойчивость ($r=0.86$) | 16.3 |
| 3 | Симптомы обсессивно-компульсивного расстройства ($r=0.78$) в сочетании с расстройством внимания ($r=0.78$) | 14 |
| 4 | Симптомы панического расстройства ($r=0.82$) с симптомами социальной фобии ($r=0.75$) | 13 |
| 5 | Расстройства сна ($r=0.77$) в сочетании с астенией ($r=0.71$) | 8.7 |

Изучение отношения самих студентов к имеющимся у них симптомам показало, что 38% не усматривали у себя какой-либо патологии, требующей лечения, 48% указывали на наличие некоторых проблем психологического уровня, а 14% усматривали у себя наличие незначительных симптомов психического расстройства.

Ответ на вопрос, мешают ли Вам перечисленные в данной анкете симптомы в социальной адаптации, ответы распределились следующим образом: 48% не заметили проблем в социальной адаптации, 24% отметили трудности в общении, 28% отметили серьезные затруднения, которые преодолеваются с трудом.

Что касается вопроса о целесообразности обращения за специализированной помощью к специалистам в области ментального здоровья, то большинство – 57% – считают состояние своей психической сферы в норме, у 24% были мысли обратиться за помощью к психологу, у 19% – к психотерапевту.



Заключение

Таким образом, в результате исследования установлено, что наиболее значимыми факторами учебного стресса для студентов медиков 1 курса являются «большая учебная нагрузка», «отсутствие учебников», «жизнь вдали от родителей», «трудности в организации режима дня», а также «нерегулярное питание». СВД встречается у студентов медиков 1 курса в 12.6% случаев, носит полиморфный характер, включая симптомы со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной системы и реже – мочевыделительной. Симптоматика СВД формировалась на фоне выраженной астении в сочетании с тревогой, навязчивостями, дисморфофобиями, агорафобией и паническими расстройствами. Факторами, обуславливающими формирование СВД, являлись низкие стрессо- и конфликтоустойчивость, симптомы обсессивно-компульсивного и панического расстройства, а также нарушения сна.

Учебный стресс и низкий уровень стрессо- и конфликтоустойчивости способствуют табакокурению, употреблению алкоголя, приему седативных лекарственных настоев, общению в сети Интернет, что может являться фактором риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей. Выявлен высокий удельный вес внутренних форм суицидального поведения в анамнезе, а также связанных с учебным стрессом и личными проблемами.

Для профилактики формирования СВД, состояний социально-психологической дезадаптации, аддиктивного и суицидального поведения нами разработана и реализуется дифференцированная программа стресс-менеджмента, включающая следующие задачи:

1. Информирование студентов о стрессе и обучение приемам его преодоления и адаптации. В более широком контексте (способы разрешения конфликтов, преодоления ауто- и гетероагрессивных тенденций, методы релаксации и др.). Эта задача решается нами в рамках реализации на 2 курсе дисциплины «Психологическая коррекция кризисных состояний».

2. Обучение студентов грамотному планированию своего времени, методам оптимальной самостоятельной работы с учебной литературой, развитие навыков самопрезентации и осведомленности в этапах построения карьеры.

3. Информирование о здоровом образе жизни с учетом биоритмов, режима дня и особенностей питания, о деструктивных методах борьбы со стрессом (в аспекте профилактики зависимостей).

Последние 2 задачи решаются нами в рамках реализации дисциплины «Введение в специальность» (в третьем семестре, 2 курс).

Список литературы

References

1. Абдуева Ф.М., Каменская Э.П. 2012. Вегетососудистая дистония или соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца? Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. Сер. Медицина, 998 (23):102–105.

Abdueva F.M., Kamenskaya E.P. 2012. Vegeto-vascular dystonia or somatoform dysfunction of the autonomic nervous system of the heart? Visnik Harkovs'kogo nacional'nogo universitetu im. V.N. Karazina. Medicina [Journal of Kharkov National University VN Karazin. Ser. Medicine], 998 (23):102–105. (in Russian)

2. Агаджанян Н.А., Пономарева В.В., Ермакова Н.В. 1995. Проблема здоровья студентов и перспектива развития. В кн.: Образ жизни и здоровье студентов. Материалы 1-й всероссийской научной конференции (Москва, 21–23 ноября 1995 г.). Москва, РУДН: 5–9.

Agadzhanyan N.A., Ponomareva V.V., Ermakova N.V. 1995. The problem of students' health and the prospect of development. In: *Obraz zhizni i zdorov'e studentov. Materialy 1 vserossiyskoy nauchnoy konferentsii* [Lifestyle and health of students materials. Materials of the 1st Russian scientific Conference (Moscow, 21–23 November 1995)]. Moscow, Peoples' Friendship University of Russia: 5–9. (in Russian)

3. Акарачкова Е.С. 2010. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике. *Лечащий врач*, 10: 60–64.
Akarachkova E.S. 2010. On the diagnosis and treatment of psycho-vegetative disorders in general-purpose practice. *Lechashchiy vrach [Therapist]*, 10:60–64. (in Russian).
4. Акарачкова Е.С., Вершинина С.В. 2011. Синдром вегетативной дистонии у современных детей и подростков. *Педиатрия*, 90(6):129–136.
Akarachkova E.S., Vershinina S.V. 2011. Syndrome of vegetative dystonia in modern children and adolescents. *Pediatriya [Pediatrics]*, 90(6):129–136. (in Russian).
5. Антонен Е.Г., Хяникяйнен И.В. 2014. Соматоформная вегетативная дисфункция как предиктор хронической ишемии мозга. *Ученые записки Петрозаводского государственного университета*, 4:43–48.
Antonen E.G., Khyanikainen I.V. 2014. Somatoform autonomic dysfunction as a predictor of chronic cerebral ischemia. *Uchenye zapiski Petrozavodskogo gosudarstvennogo universiteta [Scientific notes of Petrozavodsk State University]*, 4:43–48. (in Russian).
6. Вейн А.М. (ред.) 1998. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. Москва, Медицинское информационное агентство, 752.
Veyn A.M. (red.) 1998. *Vegetativnye rasstroystva: klinika, lechenie, diagnostika [Vegetative disorders: clinic, treatment, diagnosis]*. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 752. (in Russian)
7. Гавенко В.Л., Самохвалов А.В., Синайко В.М., Мозговая Т.П. 2007. Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы – актуальность исследований и сопутствующие проблемы. *Український вісник психоневрології*, 15 (1):64–66.
Gavenko V.L., Samokhvalov A.V., Sinaiko V.M., Mozgovaya T.P. 2007. Somatoform autonomic dysfunction of the heart and cardiovascular system - the urgency of research and related problems. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology]*, 15 (1):64–66. (in Russian)
8. Глазачев О.С. 2011. Психосоматическое здоровье студентов-медиков: возможности коррекции на основе оптимизации образовательных технологий. *Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Сер. Социально-экологические технологии*, 1:63–78.
Glazachev O.S. 2011. Psychosomatic health of medical students: correction on the base of optimization of educational technologies. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo humanitarnogo universiteta im. M.A. Sholokhova. Ser. Sotsial'no-ekologicheskie tekhnologii [Bulletin of the Sholokhov Moscow State University for the Humanities. Ser. of Socio-Ecological Technologies]*, 1:63–78. (in Russian)
9. Дворецкий Л.И. 2002. Соматоформные расстройства в практике терапевта. *Российский медицинский журнал*, 19:889–896.
Dvoretzky L.I. 2002. Somatoform disorders in the practice of the therapist. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal [Russian Medical Journal]*, 19:889–896. (in Russian)
10. Дробижев М.Ю. 2000. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 41.
Drobizhev M.Yu. 2000. *Nozogenii (psikhogennye reaktcii) pri somaticheskikh zabolevaniyakh [Nosogeny (psychogenic reactions) in somatic diseases]*. Abstract dis. ... doctor med. sciences. Moscow, 41. (in Russian)
11. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии. 2017. URL: <http://psychiatr.ru/download/1310?view=1&name=МКБ+10+Исследовательские.pdf> (15 мая 2017).
Klassifikatsiya psikhicheskikh rasstroystv МКБ-10. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii [Classification of mental disorders ICD-10. Research diagnostic criteria]. 2017. Available at: <http://psychiatr.ru/download/1310?view=1&name=МКБ+10+Исследовательские.pdf> (accessed 15 May 2017). (in Russian)
12. Коршунова А.Н., Мухина Т.К. 2014. Социально-психологические особенности стресса у подростков. *Молодой ученый*, 18 (77):749–752.
Korshunova A.N., Mukhina T.K. 2014. Socio-psychological characteristics of stress in adolescents. *Molodoy uchenyy [Young Scientist]*, 18 (77):749–752. (in Russian)
13. Котова О.В., Максимова Л.Н. 2012. Пациент с психовегетативным синдромом: помогает врач общей практики. *Фарматека*, 19 (252):36–40.
Kotova O.V., Maksimova L.N. 2012. Patient with psycho-vegetative syndrome: a general practitioner helps. *Farmateka [Pharmatec]*, 19 (252):36–40. (in Russian)



14. Кудинова Е.И. 2015. Клиника, диагностика и терапия соматоформных расстройств. Мужское здоровье, гендерная и психосоматическая медицина, 1–2 (02):45–52.
- Kudinova E.I. 2015. Clinic, diagnosis and therapy of somatoform disorders. Muzhskoe zdorov'e, gendernaya i psichosomaticheskaya meditsina [Men's health, gender and psychosomatic medicine], 1–2 (02):45–52. (in Russian)
15. Миронов С.В. 2014. Состояние здоровья российских и иностранных студентов медицинского вуза и пути улучшения их медицинского обслуживания. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 25.
- Mironov S.V. 2014. Sostoyanie zdorov'ya rossiyskikh i inostrannykh studentov meditsinskogo vuza i puti uluchsheniya ikh meditsinskogo obsluzhivaniya [The state of health of Russian and foreign students of a medical school and ways to improve their medical care]. Abstract dis. ... cand. med. sciences. Moscow, 25. (in Russian)
16. Решетова Т.В. 2008. Нарушения вегетативной нервной системы в общей врачебной практике и их лечение. Нервные болезни, 4:6–8.
- Reshetova T.V. 2008. Violations of the autonomic nervous system in general medical practice and their treatment. Nervnye bolezni [Nervous diseases], 4:6–8. (in Russian)
17. Судаков К.В. 2001. Теория функциональных систем и профилактическая медицина. Вестник РАМН, 5:7–14.
- Sudakov K.V. 2001. Theory of functional systems and preventive medicine. Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk [Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences], 5:7–14. (in Russian)
18. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. 2002. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., Институт психотерапии, 490.
- Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuylov G.M. 2002. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp [Socio-psychological diagnosis of personality development and small groups]. Moscow, Institute of Psychotherapy, 490. (in Russian)
19. Щербатых Ю.В. 2005. Психология стресса. М., Эксмо, 304.
- Shcherbatykh Yu.V. 2005. Psikhologiya stressa [Psychology of stress]. Moscow, Eksmo, 304. (in Russian)
20. Юматов Е.А., Кузьменко В.А., Бадиков В.И., Глазачев О.С., Иванова Л.И. 2001. Экзаменационный эмоциональный стресс у студентов. Физиология человека, 27 (2):104–111.
- Yumatov E.A., Kuzmenko V.A., Badikov V.I., Glazachev O.S., Ivanova L.I. 2001. Emotional stress in students during examination. Fiziologiya cheloveka [Human physiology], 27 (2):104–111. (in Russian)
21. Яхно Н.Н. 2005. Сосудистые когнитивные расстройства. Русский медицинский журнал, 12: 789–793.
- Yakhno N.N. 2005. Vascular cognitive disorders. Russkiy meditsinskiy zhurnal [Russian Medical Journal], 12: 789–793. (in Russian)
22. Esler M., Kaye D. 2000. Sympathetic nervous system activation in essential hypertension, cardiac failure and psychosomatic heart disease. J. Cardiovasc. Pharmacol, 35 (7 suppl 4):S1–S7.
23. Firth-Cozens J. 1989. Stress in medical undergraduates and house officers. Br. J. Hosp. Med., 41 (2):161–164.
24. Hashmat S., Hashmat M., Amanullah F., Aziz S. 2008. Factors causing exam anxiety in medical students. J. Pak. Med. Assoc., 58 (4):167–70.
25. Tseng T., Iosif A., Seritan A. 2011. The cost of education: medical student stress during clerkships. Med. Sci. Educ., 21 (4):360–366.
26. Vaez M. 2004. Health and quality of life during years at university, studies on their development and determinants. PhD. Thesis. Stockholm, Karolinska Institutet, 62.