

17. Сеченов, И. М. Физиология нервной системы / И. М. Сеченов, К. М. Быков. – М.: Юрайт, 2020. – 330 с.

18. Концепция Национальной стратегии устойчивого развития Республики Беларусь на период до 2035 года [Электронный ресурс]: Министерство экономики Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://www.economy.gov.by/uploads/files/ObsugdaemNPA/Kontseptsija-na-sajt.pdf>. – Дата доступа: 12.01.2021.

(Дата подачи: 10.02.2021 г.)

*Е. С. Алексеева*

Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Республика Беларусь

*A. S. Aliakseyeva*

The Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

УДК 616-039.33-057.87:159.942

## **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К КАТЕГОРИИ «ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИЕ ПАЦИЕНТЫ»**

## **PSYCHO EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF STUDENTS RELATING TO THE FREQUENTLY AND LONG-TERM ILL PATIENTS**

*В статье рассмотрены психоэмоциональные особенности, уровень адаптации и наличие алекситимии, а также качество жизни часто и длительно болеющих студентов (ЧДБ). Проведено анкетирование 80 студентов, которые были разделены на 2 группы по 40 человек в каждой. У студентов, относящихся к группе ЧДБ, выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации, по сравнению с группой контроля: срыв адаптации наблюдался значительно чаще, как и пограничное напряжение адаптации. Также молодые люди данной группы имеют более высокий уровень тревожности, как ситуативной, так и личностной. Распространенность алекситимии также выше в исследуемой группе ЧДБ студентов.*

*Ключевые слова: часто и длительно болеющие пациенты; адаптация; алекситимия; тревожность.*

*The article indicated psychoemotional characteristics, the level of adaptation, and the presence of alexithymia, as well as the quality of life of frequently and long-term ill students (FLTI). A survey of 80 students was carried out. The students belonging to the FLTI group showed significant deviations from the optimum of the neuropsychic component of adaptation, compared with the control group: adaptation breakdown was observed much more often, as was*

*the borderline stress of adaptation. Also, young people in this group had a higher level of anxiety, both situational and personal. The prevalence of alexithymia is also higher in the studied group of FLTI students.*

*Keywords: frequent and long-term ill patient; adaptation; alexithymia; anxiety.*

Высокая распространенность рецидивирующих воспалительных процессов является одной из важнейших проблем в современной медицине. Состояние здоровья молодого поколения, в частности студентов, формирует будущий потенциал страны. При склонности к частым острым респираторным заболеваниям риск развития хронической патологии существенно возрастает, что отрицательно сказывается на здоровье в целом и благополучии человека в частности. В последние десятилетия частые простудные заболевания все чаще рассматривают с позиции наличия психосоматических расстройств, проводя оценку адаптационных возможностей организма, ведь способность к адаптации – один из важных критериев здоровья. К числу нарушений личностной сферы часто и длительно болеющих (ЧДБ) пациентов относят деформацию системы психологических защитных механизмов как одной из важнейших адаптационных систем.

В мировой практике существуют различия в подходах к формированию группы «ЧДБ». Так, в Республике Беларусь к категории «ЧДБ» относят пациентов, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания [3]. Аналогично группируются ЧДБ пациенты во Франции. В Российской Федерации часто и длительно болеющие лица – это пациенты, имеющие в год четыре и более случаев и 40 и более календарных дней временной нетрудоспособности по одному заболеванию или шесть и более случаев и 60 и более календарных дней временной нетрудоспособности с учетом всех заболеваний. В Италии – 6 случаев в год острых респираторных инфекций или 3 случая инфекций нижних отделов респираторного тракта. В Словакии – 3 случая острых заболеваний за 6 месяцев или 4 за год. Различаются подходы к формированию данной группы, но остается открытым вопрос о причинах более частой заболеваемости одних пациентов по сравнению с другими при отсутствии хронической патологии [6]. И важную роль в поддержании здоровья играет уровень адаптации к стрессовой нагрузке конкретного человека.

Адаптация – это свойство всего живого на земле приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям окружающей среды. Хронические заболевания не возникают без предпосылок, а развиваются постепенно, во многом из-за нарушения приспособительных возможностей человека [1]. Поэтому распознавание ранних нарушений адаптации может помочь предотвратить хронизацию и снизить вероятность перехода из состояния предболезни в состояние болезни.

Общее состояние организма, включающее уровень здоровья и степень снижения неспецифической резистентности, определяется, главным образом, развитием какой-либо общей неспецифической адаптационной реакции, в разной степени напряженной или гармоничной. Обычно выделяют четыре типа общих неспецифических состояний: тренировка, спокойная активация, повышенная активация и стресс [2]. Наиболее высокая неспецифическая резистентность и адаптивность наблюдается при развитии антистрессорных, гармоничных состояний спокойной и повышенной активации. Чрезмерно сильные или повреждающие воздействия ассоциируются с развитием нежелательных состояний: стрессом или напряженными реакциям тренировки, спокойной или повышенной активацией. Эти изменения в разной степени приводят к снижению неспецифической резистентности организма и его адаптивности к возможным повреждающим факторам [1].

Условно выделяют три группы людей: здоровые, больные и лица в состоянии предболезни. У здоровых наиболее часто обнаруживаются реакции повышенной и спокойной активации высоких и средних уровней реактивности, а также реакция тренировки высоких уровней реактивности. У людей же в состоянии предболезни наблюдаются реакции повышенной и спокойной активации низких уровней реактивности, реакция тренировки средних и низких уровней реактивности, реакция стресса высоких уровней реактивности, реакция переактивации средних уровней реактивности. При возникновении болезни отмечается наличие стресса средних и низких уровней реактивности, переактивации средних и низких уровней реактивности [2].

«ЧДБ»-студенты как раз и находятся в промежуточной зоне: их нельзя отнести к абсолютно здоровым людям, но и хроническая патология у них пока отсутствует. Можно предположить, что молодые люди данной категории как раз и находятся в состоянии предболезни из-за сниженного адаптационного потенциала. Данное исследование направлено на изучение закономерностей нарушения адаптации у студентов, болеющих респираторными заболеваниями с разной периодичностью.

Если изменение адаптации влияет на предрасположенность к частым заболеваниям, то последние, в свою очередь, влияют на самовосприятие человека, его качество жизни, что только усугубляет стрессовую нагрузку на человека.

Качество жизни (КЖ) – это многофакторное понятие, интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [4].

Исследование состояния адаптации, КЖ и, соответственно, решение вопроса о возможности и целесообразности их коррекции у ЧДБ студентов является важной задачей для современного здравоохранения и системы об-

разования. При этом используемые методики изучения адаптации организма и КЖ просты в исполнении, не требуют специальной аппаратуры, экономически не затратны и поэтому могут широко использоваться в любых условиях.

Изучение адаптации, уровня тревожности и качества жизни студентов группы «ЧДБ» является социально и экономически важным исследованием для нахождения путей воздействия еще на стадии предболезни, что может снизить заболеваемость в данной группе. Также изменение психоэмоциональной сферы влияет на успеваемость и самочувствие молодых людей.

В исследовании включены 80 студентов, которые были разделены на две равновеликие группы по 40 человек в каждой: к I группе отнесены ЧДБ студенты, ко второй – практически здоровые студенты, составившие контрольную группу.

В исследовании преобладали девушки – 63 человека (78,8 %), юношей было 17 (21,3 %). Средний возраст студентов составил  $20,3 \pm 1,62$  лет.

В исследовании были использованы следующие опросники: тест нервно-психической адаптации (И. Н. Гурвич), шкалы ситуативной и личной тревожности – опросник Спилбергера – Ханина (СТ и ЛТ), Торонтская шкала алекситимии. Состояние адаптации оценивалось качественно: отвечающее физиологической норме (ФН), напряжение механизмов адаптации (НА) или срыв адаптации (СА). Исследование КЖ проводилось по валидированной русской версии общего опросника RAND-36. Результаты исследований обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2016 г.

По данным шкалы нервно-психической адаптации И. Н. Гурвича (табл. 1) нормальное состояние адаптации наблюдалось всего у 19 человек (23,8 %), при этом в первой группе – 7 (17,5 % от группы), во второй группе – 12 (30,0 %); донозологическое состояние – у 29 студентов (36,3%): в первой группе – 18 (45,0 %), тогда как в контрольной группе 11 (27,5 %); срыв адаптации – у 32 человек (40,0 %) обследованных: причем в группе ЧДБ – 21 (52,5 %), во второй группе – 11 (27,5 %).

Таблица 1

Состояние нервно-психической адаптации студентов

Группа	ФН	НА	СА
I (n=40)	7 (17,5%)*	18 (45,0%)*	21 (52,5%)*
II (n=40)	12 (30,0%)	11 (27,5 %)	11 (27,5 %)
Всего (n=80)	19 (23,8%)	29 (36,3%)	32 (40,0%)

Примечание: -\* - достоверные различия показателей между первой и второй группами;  $P < 0,05$ .

У испытуемых группы ЧДБ (I) выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации, по сравнению с группой контроля: 97,5 % относительно 55,0 % соответственно ( $p < 0,05$ ).

Также в исследовании изучалась распространенность алекситимии и ее влияние на адаптационные возможности студентов, ведь алекситимия – это сниженная способность или затрудненность в вербализации (выражении словами) эмоциональных состояний и чувств. Она свойственна людям, которые по тем или иным причинам ограниченно перерабатывают, а значит, осознают эмоциональные впечатления, переживания, чувства, причины поступков. Алекситимия не включена в международную классификацию болезней, поскольку ее принято рассматривать не как заболевание, а как особенность нервной системы, которая никак не связана с умственными способностями человека.

Признаки алекситимии: трудность в определении (понимании) и описании словами собственных переживаний, чувств; сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; бедность фантазии, воображения, очень редкие сновидения; заострение внимания в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Есть гипотеза, согласно которой ограниченное осознание эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к акцентированию внимания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и к его усилению. Этим объясняется тенденция алекситимичных индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Могут усиливаться физиологические реакции на стрессовые ситуации, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями [7].

При использовании Торонтской шкалы алекситимии выделяют три типа личности: «Алекситимический», «Неалекситимический» и «Группа риска», где присутствуют признаки алекситимии, но не в явной форме. Распространенность алекситимии среди исследованных студентов выше в группе ЧДБ по сравнению с группой контроля – 35,0 % и 17,5 % соответственно ( $p < 0,05$ ). Пограничное состояние, или группа риска наличия стертой формы алекситимии, также выше в группе ЧДБ студентов – 45 % и 30 % соответственно (табл. 2). Примечательно, что распространенность алекситимии в данной выборке находится на достаточно высоком уровне и составляет 26,2 %. Видимо, затруднение восприятия и выражение собственных эмоций приводит к их подавлению, что отрицательно сказывается на состоянии здоровья.

Распространенность алекситимии среди студентов

Тип личности	I группа (n = 40)	II группа (n = 40)	Всего (n = 80)
«Алекситимический»	14 (35,0 %)*	7 (17,5 %)	21 (26,2 %)
«Неалекситимический»	8 (20,0 %)*	21 (52,5 %)	29 (36,3 %)
Группа риска	18 (45,0 %)*	12 (30,0 %)	30 (37,5 %)

*Примечание:* -\* - достоверные различия показателей между первой и второй группами;  $P < 0,05$ .

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как она во многом определяет поведение и самочувствие. У каждого человека существует свой оптимальный уровень тревожности, который помогает ему развиваться. Оценка студентом своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность человека к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа [5].

В исследовании была использована удобная методика, позволяющая дифференцировано измерять тревожность, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным. При интерпретации результат можно оценивать так: до 30 – низкая тревожность; 31– 45 – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность (табл. 3).

## Уровень тревожности студентов

Тревожность	I группа (n = 40)	II группа (n = 40)	Всего (n = 80)
Низкая ЛТ	8 (20,0 %)	9 (22,5 %)	17 (21,3 %)
Умеренная ЛТ	23 (57,5 %)	25 (62,5 %)	48 (60,0 %)
Высокая ЛТ	9 (22,5 %)*	6 (15,0 %)	13 (16,3 %)
Низкая СТ	12 (30,0 %)*	17 (42,5 %)	29 (36,2 %)
Умеренная СТ	20 (50,0 %)*	16 (40,0 %)	36 (45,0 %)
Высокая СТ	8 (20,0 %)	7 (17,5 %)	15 (18,8 %)

Примечание: -\* - достоверные различия показателей между I и II группами;  $P < 0,05$ .

ЧДБ студенты по сравнению с группой контроля имеют более высокий уровень личностной тревожности (22,5 % и 15 % соответственно), что может быть причиной нарушения адаптации - одной из причин развития частых заболеваний ( $p < 0,05$ ).

В ходе исследования установлено, что показатели КЖ у ЧДБ студентов были снижены практически по всем шкалам опросника RAND-36. В контрольной группе практически отсутствуют проблемы в физической и социальной сферах жизнедеятельности. В группе ЧДБ студентов показатели приближены к максимально высоким по следующим шкалам: физическое функционирование (PF); ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья (RP); социальная активность (SF); телесная боль (BP). Показатели, отвечающие за психоэмоциональную сферу (ролевые ограничения, обусловленные личными и эмоциональными проблемами (RE); эмоциональное самочувствие (EW); энергия/усталость (EF), снижены в обеих группах. Это может быть связано с не зависящими от состояния здоровья причинами, например, бытовые проблемы, конфликты на учёбе, социальная напряженность в обществе и др. (табл. 4). Более выраженное отличие наблюдается в эмоциональной и социальной сферах. Самые низкие показатели у ЧДБ студентов были выявлены по шкалам ролевые ограничения, обусловленные личными и эмоциональными проблемами (RE), энергии/усталости (EF) и эмоционального самочувствия (EW). Общее восприятие здоровья (GH) также снижено в обеих группах, но достоверно ниже в

группе ЧДБ, что указывает на низкую самооценку своего состояния в результате повышенной утомляемости, астенизации студентов.

Таблица 4

Качество жизни студентов ( $M \pm m$ )

Показатели КЖ	I группа (n = 40)	II группа (n = 40)
PF	86,4 ± 2,2	88,1 ± 1,4
RP	81,2 ± 4,1	83,1 ± 5,1
RE	51,3 ± 4,8*	69,6 ± 4,1
EF	42,4 ± 3,8*	61,1 ± 3,3
EW	49,9 ± 2,9*	64,2 ± 4,6
SF	78,8 ± 4,2	79,3 ± 3,2
BP	79,6 ± 3,4	78,1 ± 4,1
GH	61,2 ± 3,1*	66,2 ± 3,6
HN	51,8 ± 3,5	52,2 ± 2,1

Примечание: -\* - достоверные различия показателей между I и II группами;  $P < 0,05$ .

Таким образом, у студентов, относящихся к группе ЧДБ, выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации, по сравнению с группой контроля. Так, срыв адаптации наблюдается значительно чаще, как и пограничное напряжение адаптации. Также молодые люди данной группы имеют более высокий уровень тревожности, как ситуативной, так и личностной, что может быть причиной нарушения адаптации – одной из причин развития частых заболеваний. Распространенность алекситимии также выше в исследуемой группе ЧДБ-студентов. Качество жизни студентов данной группы тоже снижено, особенно за счёт нарушений эмоциональной и социальной сфер.

Разумеется, одно только нарушение психоэмоциональной сферы не может быть единственной причиной склонности к частым рецидивирующим заболеваниям, но наличие достоверных отличий от контрольной группы указывает на значимый ее вклад в работу организма. Для улучшения состояния здоровья студентов медицинским работникам, преподавателям, социальным работникам стоит уделять большее внимание на психоэмоциональные особенности студентов.

### Список использованных источников

1. Агаджанян, Н. А. Проблемы адаптации и учение о здоровье: учеб. пособие / Н. А. Агаджанян, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – 2006. – 284 с.
2. Гаркави, Л. Х. Активационная терапия / Л. Х. Гаркави. – Ростов н/Д.: Изд-во Рост. ун-та. – 2006. – 256 с.
3. Инструкция о порядке проведения диспансеризации, Постановление МЗ РБ № 96 от 12.08.2016.
4. Месникова, И. Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / И. Л. Месникова // Бел. гос. мед. ун-т. – Минск, 2005. – 20 с.
5. Состояние адаптации организма и качество жизни лиц, часто болеющих острыми респираторными инфекциями / Н. М. Еремина [и др.] // Медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 76–80.
6. Цыркунов, В. М. Клинико-экономический анализ качества диагностики и профилактики гриппа и ОРВИ / В. М. Цыркунов, Е. Н. Кроткова, С. Г. Семёнова // Здоровоохранение. – 2016. – № 10. – С. 16–23.
7. Шпаковская, О. Г. Роль алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения / О. Г. Шпаковская, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 31–38.

(Дата подачи: 28.02.2021 г.)

*Н. С. Ануфрикова*

Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина,  
Брест

*N. Anufrikova*

Brest State University named after A. S. Pushkin, Brest

УДК 159.922.8

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ И ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

## INTERRELATION OF PERSONAL FEATURES OF STUDENTS AND FACTORS OF SUICIDAL RISK

*Статья посвящена проблеме определения личностных факторов суицидального риска студентов. Представлены результаты факторизации массива диагностических данных о личностных параметрах молодых людей и о существующих у них суицидальных рисках. Полученные эмпирические материалы позволили установить три основные группы обучающихся, содержательно отличающихся взаимосвязями личностных особенностей и суицидальных рисков. Поставлена проблема обновления психологического инструментария для ранней диагностики суицидальных рисков лиц юношеского возраста.*