

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

І.В. Лещина

Харківський національний медичний університет

Вступ

Тенденція збільшення психічних розладів серед населення, особливо за рахунок пограничних, неминуче зачіпає й студентство, як частину загальної популяції та вимагає пошуків нових підходів до збереження психічного здоров'я, ранньої діагностики та профілактики психічних порушень [7].

Активна інтеграція України до Європейської співдружності визначила необхідність трансформації багатьох національних інститутів, у тому числі глибокого реформування системи освіти як в цілому, так і в галузі підготовки медичних кадрів [1]. Внаслідок цього істотно підвищилися інтенсивність навчального процесу, обсяги навчального навантаження студентів в умовах дефіциту часу. Вказане призводить до хронічного стресу та пов'язаних з ним психічної й соціальної дезадаптації, психічних та соматичних порушень [2,6]. А широка інтернаціоналізація сучасної вищої освіти актуалізує проблему психічної адаптації іноземних студентів. За данини ряду авторів приблизно двоє зі ста студентів вищої школи в світі на даний момент - іноземні студенти [3,8].

Сучасний етап розвитку вищої освіти потребує розробки концепції диференційованих психокорекційних і психопрофілактичних заходів у ВНЗ спрямованих на прогнозування, попередження дезадаптації і розвитку психічних розладів у студентів з урахуванням етапу навчання, статі, особливостей організації навчального процесу, етнокультуральних та соціальних аспектів [2,5,6,8].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано відповідно до НДР Харківського національного медичного університету "Вивчення системних механізмів індивідуальної неспецифічної стійкості до стресу", (№ державної реєстрації 0101U001910).

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Мета дослідження: визначити особливості психічних та поведінкових розладів (ППР) у студентів-медиків III-IV курсів за статтю, формою навчання та громадянством.

Матеріал і методи дослідження

Нами проведено комплексне суцільне скринінгове поперечне (cross-sectional study, одномоментне) дослідження 832 студентів III-V курсів на базі Харківського національного медичного університету. Обстеження здійснювали за допомогою спеціально розробленої нами "Анкети обстеження студента" (далі "Анкета...").

Клініко-анамнестичний метод полягав у дослідженні даних анамнезу щодо психічного, неврологічного, соматичного станів студентів. Крім того, до "Анкети..." були включені спеціальні опитувальники для виявлення ознак початкової нестачі кровообігу головного мозку та групи ризику формування синдрому вегетативної дистонії.

Клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом стандартизованого інтерв'ю, спостереження та огляду. За допомогою розробленої нами "Анкети..." було визначено загальну оцінку власного самопочуття студентами та наявні у них скарги та окремі психопатологічні симптоми відповідно до психічних сфер (свідомість, сприйняття, пам'ять, увага, мислення, емоції, ефекторно-вольова). При цьому, позитивні відповіді на контрольні запитання "Анкети..." слугували підставою для проведення розширеного психіатричного огляду з використанням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10: ДДК-10 [4].

Обробку та аналіз одержаних даних здійснювали методами математичної статистики на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003". Проведений частотний аналіз представленості окремих ознак з оцінкою достовірності їх частот точним методом Фішера.

Отримані результати та їх обговорення

Проаналізовано результати суцільного обстеження 832 студентів у віці від 18 до 26 років (середній вік $20,22 \pm 0,058$ років). Структура обстеженого контингенту включала студентів, що навчаються за традиційною системою навчання, студентів, що навчаються за болонською системою організації навчального

Клінічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

процесу, та іноземних студентів. Серед дослідженого контингенту ППР верифіковані нами у 251 особи (30,17 %), практично здоровим виявився 581 (69,83 %) студент. В структурі психічної патології найбільша питома вага належала невротичним, пов'язаним зі стресом та соматоформним розладам, при меншому значенні афективних, органічних, в тому числі симптоматичних, та поведінкових, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами, психічних розладів (рис.1).

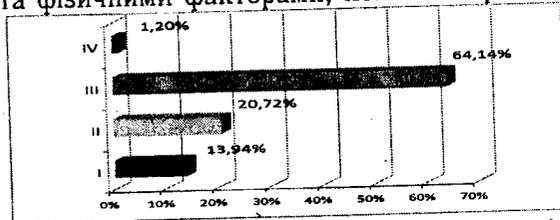


Рис. 1. Структура психічних та поведінкових розладів серед студентів-медиків з психічною патологією за діагностичними категоріями МКХ-10. **Примітка.** I - невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-49), II - афективні розлади (F30-39), III - органічні, в тому числі симптоматичні, психічні розлади (F00-09), IV - поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59).

При аналізі частоти ППР у студентів медиків III - IV курсів з диференціацією за статтю виявилось, що в їх структурі перші три місяця посідають адаптаційні розлади (короткочасна, пролонгована депресивні реакції та змішана тривожно-депресивна реакція), менш поширеними виявилися посткоммоційний синдром та афективні розлади (гіпоманія, легкий депресивний епізод), далі йшли ППР, суттєвими компонентами яких є зміни з боку вегетативної нервової системи (соматоформна вегетативна дисфункція, соціальні фобії, неврастенія та ін., що перемежувалися з афективними). Подібні тенденції (за винятком деяких відхилень, які описані нижче) спостерігали при дослідженні рейтингу ППР в когорті обстежених при порівнянні за системою навчання та громадянством.

В таблицях 1. - представлені результати порівняння жінок та чоловіків, болонської та традиційної систем навчання, українців та іноземців за наявними у них ППР.

З таблиці 1 випливає, що чоловіки достовірно ($p < 0,05$) в 1,08 рази рідше хворіли на ППР у порівнянні з жінками (не

мали ознак психічних розладів 73,18 % Ч та 67,92 % Ж). А серед тих студентів, у яких діагностовано ППР, вірогідні розбіжності відмічено переважно за невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформним розладами, які в 1,23 рази частіше ($p < 0,05$) верифікували у жінок (20,75 % Ж, 16,89 % Ч).

Таблиця 1

Розподіл обстеженого контингенту за наявністю/відсутністю психічних та поведінкових розладів з урахуванням диференціації за статтю (абс., %)

Психічні та поведінкові розлади (шифр за МКХ-10)	Всі (n=832)	Чоловіки (n=302)	Жінки (n=530)	$P_{ГМФ}$			
Органічні, в тому числі симптоматичні психічні розлади (F00-09) у т.ч.							
посткоммоційний синдром F07.2	35	4,21	14	4,64	21	3,96	0,126
Афективні розлади (F30-39) у т.ч.							
гіпоманія (F30.0)	18	2,16	3	0,99	15	2,83	0,044*
легкий депресивний епізод (F32.0)	16	1,92	5	1,66	11	2,08	0,194
циклотимія (F34.0)	6	0,72	1	0,33	5	0,94	0,228
дистимія (F34.1)	12	1,44	7	2,32	5	0,94	0,068
Усього (F30-39)	52	6,25	16	5,30	36	6,79	0,084
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-49) у т.ч.							
агорафобія (F40.0)	4	0,48	2	0,66	2	0,38	0,321
соціальні фобії (F40.1)	6	0,72	3	0,99	3	0,57	0,248
панічний розлад (F41.0)	8	0,96	1	0,33	7	1,32	0,123
змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2)	1	0,12	1	0,33	0	0,00	0,363
ОКР. Переважно нав'язливі думки або ритуали («фрозмова жулика») (F42.0)	1	0,12	1	0,33	0	0,00	0,363
адаптаційні розлади. короткочасна депресивна реакція (F43.20)	38	4,57	18	5,96	20	3,77	0,048*
адаптаційні розлади. пролонгована депресивна реакція (F43.21)	42	5,05	9	2,98	33	6,23	0,015*
адаптаційні розлади. змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22)	27	3,25	5	1,66	22	4,15	0,024*
суматизований розлад (F45.0)	7	0,84	3	0,99	4	0,75	0,277
(11) Серія та ССС (F45.30)	6	0,72	2	0,66	4	0,75	0,327
(11) Верхніх відділів ШКТ (F45.31)	4	0,48	3	0,99	1	0,19	0,122
(11) Нижніх відділів ШКТ (F45.32)	9	1,08	3	0,99	6	1,13	0,270
інволюція (F48.0)	8	0,96	0	0,00	8	1,51	0,027*
Усього (F40-49)	161	19,35	51	16,89	110	20,75	0,029*
Поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59) у т.ч.							
анорексія нервова (F50.1)	3	0,36	0	0,00	3	0,57	0,258
беспокоєння психопатології	581	69,83	221	73,18	360	67,92	0,018*

Примітки: 1. Тут і далі. ОКР - обсесивно-компульсивний розлад, (11)Д - соматоформна вегетативна дисфункція, ССС - серцево-судинна система, ШКТ - шлунково-кишковий тракт. 2. * - відмінності між чоловіками та жінками достовірні ($p < 0,05$).

(Слід підкреслити, що усі достовірні відмінності за статтю (відносно до нозологічних одиниць) стосувалися психічної патології,

що супроводжується змінами в емоційній сфері. При цьому більшою мірою у жінок діагностували гіпоманію (F30.0) (в 2,86 рази частіше за відносними величинами (2,83 % Ж, 0,99 % Ч) та в 5 разів - за абсолютними, $p < 0,05$), змішану тривожно-депресивну (F43.22) та пролонговану депресивну реакції в структурі адаптаційних розладів (F43.21) (в 2,5 (4,15 % Ж, 1,66 % Ч) та в 2,09 рази (6,23 % Ж, 2,98 % Ч) відповідно, $p < 0,05$), а неврастенію (F48.0) взагалі не спостерігали у чоловіків (0,00 % Ч, 1,51 % Ж, $p < 0,05$). Останні достовірно в 1,58 рази ($p < 0,05$) частіше хворіли на короткочасну депресивну реакцію (F43.20) (5,96 % Ч, 3,77 % Ж).

Слід зазначити, що вірогідні розбіжності за системою навчання (СН) та громадянством були одиничними.

При цьому найбільш сприятливою щодо стану психічного здоров'я (ПЗ) українських студентів виявилася традиційна система навчання (80,5 % практично здорових, що в 1,13 рази краще при порівнянні с болонською СН та в 1,3 рази - з групою студентів, спільного навчання українців та іноземців (УНІ), $p < 0,05$), а максимально уразливе ПЗ мали українці, які спільно навчалися з іноземцями (61,79 % осіб без ознак ППР).

Меншою також була відносна частота невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у обстежених з ППР, що навчалися за традиційною СН у порівнянні з болонською як серед українців, так і у УНІ (в 1,34 та в 1,53 рази $p < 0,05$ відповідно), в той час як достовірних відмінностей між останніми не зареєстровано. В їх структурі вірогідно розрізнялась частота діагностування соматоформної вегетативної дисфункції (переважно із симптомами ураження нижніх відділів ШКТ (F45.32)) у УНІ при порівнянні з різними СН (в 4,96 разів більше у УНІ зі студенти III курсу, що навчалися за болонською системою (БЗ), $p < 0,05$), яка була відсутня у студентів, що отримували освіту за традиційною СН.

Крім того, відносна кількість осіб з верифікованим посткоммоційним синдром також вища в 7,08 разів у УНІ порівняно зі студентами IV курсу, що навчалися за традиційною системою (Т4) та в 2,47 рази - з БЗ ($p < 0,05$). В свою чергу, абсолютне число обстежених, що зазнали травми голови з наступним формуванням цього розладу склало 2, 10 та 15 осіб в групах Т4, БЗ та УНІ відповідно.

Розподіл обстеженого контингенту за наявністю/ відсутністю психічних та поведінкових розладів з урахуванням диференціації за громадянством (абс., %)

Психічні та поведінкові розлади (шифр за МКХ-10)	УСР (n=762)		УНІЗ (n=212)		ІСЗ (n=70)		Достовірність відмінностей (P _{TMD})	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	КСЗ та УСР	КСЗ та УНІЗ
Органічні, в тому числі симптоматичні психічні розлади (F00-09) у т.ч.								
посткоммоційний синдром (F07.2)	27	3,54	15	7,08	8	11,43	0,005*	0,098
Афективні розлади (F30-39) у т.ч.								
гіпоманія (F30.0)	18	2,36	5	2,36	0	0,00	0,201	0,237
легкий депресивний епізод (F32.0)	12	1,57	5	2,36	4	5,71	0,031*	0,114
двіполюстя (F34.0)	5	0,66	3	1,42	1	1,43	0,327	0,425
дистимія (F34.1)	10	1,31	3	1,42	2	2,86	0,196	0,264
Усього (F30-39)	45	5,91	16	7,55	7	10,00	0,076	0,153
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-49) у т.ч.								
агорафобія (F40.0)	4	0,52	2	0,94	0	0,00	0,703	0,564
соціальні фобії (F40.1)	6	0,79	4	1,89	0	0,00	0,588	0,317
панічний розлад (F41.0)	8	1,05	2	0,94	0	0,00	0,493	0,564
змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2)	0	0,00	0	0,00	1	1,43	0,084	0,248
ОКР. Переважно нав'язливі думки або роздуми (F42.0)	1	0,13	0	0,00	0	0,00	0,916	1,000
адаптаційні розлади, короткочасна депресивна реакція (F43.20)	35	4,59	11	5,19	3	4,29	0,237	0,246
адаптаційні розлади, пролонгована депресивна реакція (F43.21)	38	4,99	9	4,25	4	5,71	0,205	0,213
адаптаційні розлади, змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22)	24	3,15	5	2,36	3	4,29	0,215	0,208
соматизований розлад (F45.0)	7	0,92	3	1,42	0	0,00	0,538	0,423
(ВД, Серія та ССС (F45.30)	4	0,52	1	0,47	2	2,86	0,075	0,138
(ВД, Верхніх відділів ШКТ (F45.31)	2	0,26	1	0,47	2	2,86	0,035*	0,138
(ВД, Нижніх відділів ШКТ (F45.32)	8	1,05	6	2,83	1	1,43	0,378	0,315
перестенія (F48.0)	8	1,05	3	1,42	0	0,00	0,493	0,423
Усього (F40-49)	145	19,03	47	22,17	16	22,86	0,090	0,130
Індивідуальні розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59) у т.ч.								
атипова нервова анорексія (F50.1)	3	0,39	3	1,42	0	0,00	0,767	0,423
без ознак психопатології	542	71,13	131	61,79	39	55,71	0,003*	0,074

Примітки: 1. УСР - всі українські студенти разом, УНІЗ - студенти (українці) III курсу, що навчалися за болонською системою спільно з іноземцями, ІСЗ - іноземні студенти III курсу, що навчалися спільно з українськими студентами за болонською системою; 2. * - Відмінності при порівнянні студентів за громадянством достовірні ($p < 0,05$).

При аналізі даних, що відображені в табл. 2, перш за все, звертає на себе увагу відсутність достовірних відмінностей між

іноземними та українськими студентами, що навчалися спільно. Це можна пояснити таким припущенням (яке потребує подальшого доказу): має місце взаємний негативний вплив, і всі ознаки, що властиві УНІ притаманні іноземцям, та навпаки. Вказане підтверджується при аналізі розбіжностей при порівнянні усіх українців та іноземних студентів, які отримували освіту окремо.

Так, серед останніх було в 1,28 рази менше практично здорових осіб (55,71 % та 71,13 % відповідно, $p < 0,05$), а відносна частота зареєстрованих ППР (що мали вірогідні розбіжності) більша у іноземців. У них в 11 разів частіше діагностовано соматоформну вегетативну дисфункцію (переважно із симптомами ураження верхніх відділів ШКТ) (F45.31), в 3,63 рази - легкий депресивний епізод (F32.0) та в 3,44 рази - посткоммоційний синдром.

Таким чином, ППР у студентів медиків III-IV курсів виникають в 30,17 % випадків, представлені переважно невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформним розладами, повністю відповідають загальним діагностичним критеріям МКХ-10, але мають певні особливості, що притаманні студентській молоді, за деякими ознаками та симптомами ДДК-10.

При порівнянні частоти та структури психічних та поведінкових розладів у обстежених в залежності від статі, системи організації навчального процесу, громадянства виявлено:

- жінки достовірно частіше хворіють на ППР (невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади), а вірогідні розбіжності стосуються гіпоманії (F30.0), адаптаційних розладів: змішана тривожно-депресивна (F43.22), пролонгована депресивна (F43.21), короткочасна депресивна (F43.20) реакції, та неврастенії F48.34, при цьому перші нозологічні одиниці частіше реєстрували у жінок, а дві останні - у чоловіків ($p < 0,05$);
- рейтинг СН щодо сприятливості для психічного здоров'я студентів є наступним (в порядку погіршення): традиційна, болонська, спільне навчання з іноземними громадянами;

При отриманні освіти за традиційною системою навчання частота випадків невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів була вірогідно нижче, а у українських студентів, що навчалися спільно з іноземцями, та осіб, які отримували освіту за болонською системою, достовірно часті-

ше спостерігали посткоммоційний синдром (F07.2) та соматоформну вегетативну дисфункцію (переважно із симптомами ураження нижнього відділу ШКТ) (F45.32);

- українські студенти мали краще психічне здоров'я, ніж іноземці, достовірно відмінності при їх порівнянні стосувалися превалюванням у останніх соматоформної вегетативної дисфункції (переважно із симптомами ураження верхніх відділів ШКТ (F45.31), легкого депресивного епізоду (F32.0), посткоммоційного синдрому (F07.2). При цьому українці, що навчалися спільно з іноземцями практично від них не відрізнялися.

Висновки

1. Таким чином, ППР у студентів медиків III-IV курсів виникають в 30,17 % випадків, представлені переважно невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформним розладами, повністю відповідають загальним діагностичним критеріям МКХ-10, але мають певні особливості, що притаманні студентській молоді, за деякими ознаками та симптомами ДДК-10.

2. Отримані нами дані свідчать про те, що є певна специфіка психічних розладів у студентів-медиків в залежності від статі, форми навчання, етнокультуральних особливостей, що необхідно враховувати в розробці системи ранньої діагностики, корекції та первинної профілактики.

Література

1. Волосовець О.П. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України / О.П. Волосовець // Проблеми медичної науки та освіти. - 2006. - № 1. - С. 5-12.
2. Гавенко В.Л. Пограничные психические расстройства у лиц напряженного умственного труда / В.Л. Гавенко // Экспериментальная и клиническая медицина. - 2000. - № 3. - С. 54-56.
3. Дорожкин Ю.Н. Проблемы социальной адаптации иностранных студентов / Ю.Н. Дорожкин, Л.Т. Мазитова // Социологические исследования. - 2007. - №3. - С. 73-77.
4. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями. - Киев : Сфера, 2000. - 464 с.

5. Rogozina M.A. Ранняя диагностика пограничных психических расстройств у студентов медицинского вуза / М.А. Рогозина, С.Н. Подвигин // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2009. - Т. 8. - №3.

6. Синайко В.М. Особенности динамики психического состояния студентов медицинского ВУЗа / В.М.Синайко // Український вісник психоневрології. - 2001. - Том 9, вип. 2 (27). - С.42 - 44.

7. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України / С. І. Табачников // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. - 2007. - Т.1, № 1. - С. 5-7.

8. Цивилько М.А. Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов / М.А. Цивилько, М.А. Ильина // Вестник РУДН, серия Медицина. - 2003. - №5 (24). - С. 71-73.

Резюме

Лещина І.В. Особливості психічних та поведінкових розладів у студентів в сучасних умовах медичної освіти.

Проведено аналіз поширеності й структури психічних та поведінкових розладів у студентів - медиків з урахуванням гендерного й етнокультурального аспектів та особливостей організації навчального процесу.

Ключові слова: психічні та поведінкові розлади, структура психічних розладів, студенти-медики.

Резюме

Лещина И.В. Особенности психических и поведенческих расстройств у студентов в современных условиях медицинского образования.

Проведен анализ частоты встречаемости и структуры психических расстройств у студентов - медиков с учетом гендерного, этнокультурального аспектов и особенностей организации учебного процесса.

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, структура психических расстройств, студенты-медики.

Summary

Leshchina I.V. Findings of mental and behavioral disorders at students in modern conditions of medical education.

The frequency and structure of mental disorders among medical students, taking into account gender, ethnocultural aspects and features of education are presented in this article.

Key words: mental and behavioral disorders, structure of mental disorders, medical students.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.Є.Казакова

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

УДК 616.89 - 008.44 - 056.7 - 053.6

РОЛЬ КОНСТИТУЦІОНАЛЬНОГО ЧИННИКА У ФОРМУВАННІ ЕМОЦІЙНО- ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

Т.П. Мозгова

Харківський національний медичний університет

Вступ

На сучасному етапі розвитку психіатрії підлітковий вік продовжує розглядатися як найбільш складний період, що включає психологічну перебудову, нейроендокринний дисбаланс і специфічний етап соціалізації особистості, тісно пов'язані із сукупністю особистісних особливостей і нервово-психічною нестійкістю, що містять у собі джерела дезадаптації [2,3,5,7]. З погляду адаптаційних можливостей людини І.П. Павлов звертав увагу на роль темпераменту або окремих його властивостей у процесі збереження рівноваги організму з навколишнім середовищем [6].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано відповідно до НДР Харківського національного медичного університету "Вивчення системних механізмів індивідуальної неспецифічної стійкості до стресу", (№ державної реєстрації 0101U001910).

Мета дослідження. Вивчення властивостей темпераменту в структурі оптимізації лікувально-корекційних і реабілітаційних заходів емоційно-поведінкових розладів у підлітків.

Матеріал і методи дослідження

У процесі дослідження було обстежено три групи (307 підлітків чоловічої статі у віці 11-15 років; перша група - клінічна - у неї ввійшли 202 підлітка з діагностичними критеріями F90 і F91 МКБ-10; другу групу становили 56 "проблемних" школярів - з окремими проявами розладів поведінки, не досягаючих критеріїв діагностики; третя група - група порівняння представлена 49 школярами-спортсменами з високим рівнем соціальної адаптації. У дослідженні використовувався психо-

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини