

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ НА УЧЕБНЫЙ СТРЕСС ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

В.В. Руженкова

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

CLINICAL STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS AND CHARACTERISTICS OF RESPONSE TO EDUCATIONAL STRESS OF YOUNG PEOPLE WITH SUICIDAL BEHAVIOR IN THE ANAMNESIS

V.V. Ruzhenkova

Belgorod National Research University, Russia

Контактная информация:

Руженкова Виктория Викторовна – кандидат медицинских наук (SPIN 8424-7632; Scopus Author ID: 56362612200; ORCID iD: 0000-0002-1740-4904; Researcher ID: E-9468-2018). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015 г. Белгород, ул. Победы, 85. Электронный адрес: ruzhenkova@bsu.edu.ru

Contact Information:

Mrs. Ruzhenkova Victoria V. – PhD (SPIN 8424-7632; Scopus Author ID: 56362612200; ORCID iD: 0000-0002-1740-4904; ResearcherID: E-9468-2018). Job Title: associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod National Research University. Postal Address: 308015, 85 Pobedy St., Belgorod, Russia. E-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru

По данным ВОЗ, на долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма у лиц в возрасте 10-19 лет, а самоубийства являются третьей по значимости ведущей причиной смертности в данной возрастной группе. Цель исследования – разработка рекомендаций по первичной психопрофилактике суицидального поведения на основе верификации медико-психологических характеристик лиц юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе. Материал и методы: медико-социологическим и психометрическим методами обследовано 724 русскоязычных студентов, учащихся 1-6 курсов Медицинского института в возрасте 17-29 (20,6±2,0) лет, 537 (74,2%) лиц женского и 187 (25,8%) мужского пола. Лица с выявленным суицидальным поведением обследовались клиническим методом. Обработка базы данных проводилась методами непараметрической статистики при помощи компьютерной программы STATISTICA 6.0. Результаты: Установлено, что суицидальное поведение (внутренние и внешние формы) у студентов медиков встречается в анамнезе у 37,4%: 4,7% суицидальные попытки и 32,7% – внутренние формы, и реализовывалось в возрасте 16,4±3,0 лет. Преимущественно диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 65,3%, расстройства личности – 7,4%, аффективные расстройства настроения – 5,2%, и донозологические реакции – 22,1%. Было показано, что лица с суицидальным поведением обладают более высокой чувствительностью к учебному стрессу, чем сверстники без него, что сопровождается высокой частотой депрессии (50,2%), тревоги (50,9%), дистресса (53,5%) и социофобии (49,8%). Вероятность выявления депрессии у них в 5 раз, тревоги в 3 раза, дистресса и социофобий в 4 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения. Наиболее стрессогенными были высокая учебная нагрузка, требующая большого количества времени для подготовки, трудности организации режима дня, дефицит учебников, а также страх перед будущим. Выводы: полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения в школах и ВУЗах должностей медицинских психологов для реализации программ первичной профилактики суицидального поведения, пограничных психических расстройств и аддиктивного поведения. Необходимо обучать учащихся и студентов планировать и распределять время, что будет способствовать повышению чувства уверенности в своих силах, снижению уровня учебного и предэкзаменационного стресса, а так же позволит разрешать конфликты и выработать резистентность к стрессовым ситуациям с расширением диапазона реагирования.

Ключевые слова: студенты медики, суицидальное поведение, депрессия, тревога, стресс, социофобии

По данным ВОЗ [1] на долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма среди лиц в возрасте 10-19 лет, а самоубийства являются третьей по значимости ведущей при-

чиной смертности в возрастной группе 15–19 лет [1, 2]. По абсолютному количеству суицидов среди подростков Россия занимает 1-е место в мире [3]. Необходимо также учитывать, что на каждое самоубийство в этой возрастной

группе может приходиться до 100–200 суицидальных попыток [4]. Преобладание среди людей, склонных к суицидам, лиц с психической патологией (от лёгких форм до тяжелых состояний), ставит вопрос о важной роли клинических психологов и психиатров в системе профилактики и поственции суицидов [5]. Игнорирование нарушений психического здоровья в подростковый период чревато последствиями, которые продолжают во взрослом возрасте, негативно влияя как на физическое, так и на психическое здоровье, ограничивая возможности для полноценной взрослой жизни [1].

У лиц с суицидальным поведением часто выявляется депрессия и тревога [6]. Причём депрессивные состояния у подростков имеют свою специфику – они нередко плохо осознаются самими детьми, именно как сниженное настроение, и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямства, оппозиционного поведения, ухода в себя [7].

Данные литературы свидетельствуют о том, что распространённость хронического стресса среди студентов-медиков выше, чем у населения в целом и составляет от 38% до 62% [8, 9]. Академический стресс негативно влияет на учащихся, вызывая тревогу и депрессию, снижает удовлетворённость жизнью, отрицательно сказывается на работоспособности и общем состоянии здоровья, приводит к риску развития заболеваний желудочно-кишечного тракта [10, 11, 12, 13, 14]. Ситуация осложняется тем, что уже среди поступающих в медицинские институты имеется высокая распространённость стресса, тревоги и депрессии, а с началом учёбы их уровень значительно повышается [15].

По данным А.В. Ludwig и соавт. [16], на третьем году обучения отмечается значительное увеличение доли учащихся, подверженных риску развития депрессии (39%) по сравнению с первым годом (28,4%). Возможно, это связано с переходом на клинические курсы. Медицинским школам необходимо идентифицировать студентов, которые испытывают депрессию как можно раньше, особенно когда депрессия присутствует в течение долгого времени [17]. Высокий уровень учебного стресса [18, 19] приводит к тому, что у большинства студентов медиков имеются суицидальные мысли.

Студенты-медики с высоким уровнем тревоги и депрессии часто отрицают наличие систем поддержки, или испытывают затруднения в доступе к ней [20]. Хотя неоднократное посещение специализированного студенческого консультативного центра при высоком уровне

психологического стресса повышает уровень общего функционирования [21]. Обращение за помощью для решения собственных проблем с психикой является нечастым явлением среди врачей и студентов-медиков [22]. Чаще всего они обращаются за помощью в ситуациях, являющихся уже критическими для их психического здоровья. Основным фактором, препятствующими своевременному обращению за помощью, является страх быть стигматизированными из-за своего расстройства [23].

Цель исследования: разработка рекомендаций по первичной психопрофилактике суицидального поведения на основе верификации медико-психологических характеристик лиц юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе (на примере студентов медиков).

Материал и методы.

В течение 2016–2018 гг. обследовано 724 русскоязычных студентов, учащихся 1–6 курсов Медицинского института в возрасте 17–29 ($20,6 \pm 2,0$) лет, 537 (74,2%) лиц женского и 187 (25,8%) мужского пола.

Основные методы исследования:

1. Медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, включающей социально-демографические сведения, информацию о суицидальном поведении, образу жизни и отношении к учебе).

2. Психометрический:

– тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых [24]; представляет собою набор шкал самооценки (от 0 до 10 баллов) субъективного восприятия степени воздействия группы учебных стрессовых факторов, выраженности симптомов учебного стресса, способов его преодоления и вариантов реагирования перед экзаменами;

– SPIN-тест для диагностики социофобии;

– опросник «GAD-7» [25] для скрининг диагностики генерализованного тревожного расстройства;

– опросник «Patient Health Questionnaire (PHQ) Panic Screening Questions W. Katon» [26];

– The Depression Anxiety Stress Scale – DASS-21 [27] для верификации уровня депрессии, тревоги и стресса.

Статистическая обработка баз данных проводилась методами непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни для сравнения двух независимых групп, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора) при помощи компьютерной программы STATISTICA 6.0.

При сообщении результатов анкетирования и психометрического обследования проводилось краткое клиническое интервью.

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.

При анализе суицидального поведения использовалась классификация А.Г. Амбрумовой [28], согласно которой выделяют внешние (суицидальные попытки и завершённые самоубийства) и внутренние (суицидальные мысли, замыслы, намерения) формы суицидального поведения.

Дизайн исследования одобрен Этическим комитетом Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, протокол № 6 от 21.01.2016 г.

Результаты и обсуждение.

Установлено, что суицидальные попытки в анамнезе встречались у 4,7% студентов и у 32,7% – внутренние формы суицидального по-

ведения: 19,6% – суицидальные мысли, 11,9% – суицидальные замыслы, 1,2% – суицидальные намерения. При этом развитие суицидального поведения происходило последовательно от суицидальных мыслей к суицидальным действиям.

Суицидальные попытки у лиц женского пола встречались в 5,4% случаев, а у мужского – в 2,7% случаев. Внутренние формы суицидального поведения соответственно имели место у 32,2% женщин и 34,2% мужчин.

Внутренние формы суицидального поведения возникали в возрасте 10-25 (16,5±2,9) лет, а суицидальные попытки совершались в возрасте 10-23 (16,4±3,0) лет. При этом, для лиц с суицидальными попытками было характерно возникновение суицидальных мыслей в возрасте 10-21 (16,3±2,9) лет. От момента совершения суицидальной попытки до проведения исследования прошло от 1 до 12 (4,6±3,0) лет.

Верификация мотивов суицидального поведения (табл. 1) показала, что в большинстве случаев это были конфликты с родителями и сверстниками, а также разрыв значимых отношений и неудачи в интимной сфере (несчастливая любовь, отсутствие взаимности).

Таблица 1 / Table 1

Мотивы суицидального поведения студентов медиков
Motives for suicidal behavior of medical students

Мотив Motive	Суицидальные попытки Suicidal attempts		Суицидальные мысли, замыслы, намерения Suicidal thoughts, plans, intentions		p=	Всего Total	
	n	%	n	%		n	%
Конфликты с родителями Conflicts with parents	14	41,2	63	26,6	0,119	77	28,4
Конфликты со сверстниками, буллинг Conflicts with peers, bullying	8	23,5	44	18,6	0,646	52	19,2
Конфликты с учителями Conflicts with teachers	2	5,9	18	7,6	0,995	20	7,4
Разрыв значимых отношений Breaking a meaningful relationship	4	11,8	32	13,5	0,993	36	13,3
Несчастливая любовь, отсутствие взаимности Unhappy love, lack of reciprocity	3	8,8	21	8,8	1,001	24	8,9
Плохое настроение, утрата смысла жизни Bad mood, loss of the meaning of life	3	8,8	18	7,6	1,001	21	7,7
Утрата значимого другого The loss of significant one	–	–	12	5,1	0,37	12	4,4
«Беспричинно» «For no reason»	–	–	9	3,8	0,52	9	3,3
Неудачи на экзаменах Exam failures	–	–	12	5,1	0,37	12	4,4
Страх наказания Fear of punishment	–	–	8	3,3	0,585	8	3,0
Итого / Total	34	100,0	237	100,0		271	100,0

Таблица 2 / Table 2

Способы совершения суицидальных попыток студентами медиками / Ways of committing suicide attempts by medical students

Способ суицидальной попытки Was of committing suicide attempts	n	%
Отравление медикаментами Poisoning by medicine	16	47,1
Отравление средствами бытовой химии Household Chemical Poisoning	3	8,8
Порезы предплечий Forearm cuts	12	35,4
Отравление бытовым газом Domestic gas poisoning	1	2,9
Утопление / Drowning	1	2,9
Попытка повешения / Attempt to hang	1	2,9
Итого / Total	34	100,0

Эти причины вполне понятны, так как в исследуемом контингенте суицидальное пове-

дение регистрировалось в подростковом возрасте. Известно, что именно в период пубертатного криза обостряются отношения подростков с родителями и сверстниками (борьба за лидерство), впервые проявляются субъективно значимые чувства влюблённости (интимно-коммуникативная ведущая деятельность) [3].

Наиболее частым способом покушения на жизнь (табл. 2) были отравление медикаментами, и порезы предплечий. Реже встречались отравления средствами бытовой химии.

Клиническая структура психических расстройств у студентов медиков с суицидальным поведением на период обследования представлена в таблице 3. У студентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, преимущественно диагностировались расстройства адаптации (F43) и расстройства личности (F60).

Таблица 3 / Table 3

Клиническая структура психических расстройств у студентов с суицидальным поведением
Clinical structure of mental disorders in students with suicidal behavior

Клиническая форма Clinical form	Код по МКБ-10 ICD-10 code	Суицидальные попытки Suicidal attempts		Суицидальные мысли, замыслы, намерения Suicidal thoughts, plans, intentions		Всего Total	
		n	%	n	%	n	%
Неврастения / Neurasthenia	F48.0	2	5,9	15	6,3	17	6,3
Кратковременная депрессивная реакция Short-term depressive reaction	F43.2	8	23,5	29	12,2	37	13,6
Кратковременная тревожно-депрессивная р-ция Short-term anxiety-depressive reaction	F43.2	7	20,6	17	7,2	24	8,9
Легкий депрессивный эпизод Mild depressive episode	F32.0	3	8,8	11	4,6	14	5,2
Соматоформная вегетативная дисфункция Somatoform vegetative dysfunction	F45.3	3	8,8	21	8,9	24	8,9
Дисморфофобия / Dysmorphophobia	F50.1	2	5,9	13	5,5	15	5,5
Социофобия / Sociophobia	F40.1	3	8,8	35	14,8	38	14,0
Генерализованное тревожное расстройство Generalized Anxiety Disorder	F41.1	–	–	7	3,0	7	2,6
Изолированные фобии / Isolated Phobias	F40.2	–	–	15	6,3	15	5,5
Расстройство личности / Personality disorder	F60	6	17,6	14	5,9	20	7,4
Тревожное / Anxiety	F60.6	3	8,8	5	2,1	8	3,0
Эмоционально-неустойчивое / Emotionally unstable	F60.3	2	5,9	6	2,5	8	3,0
Истерическое / Hysterical	F60.4	1	2,9	3	1,3	4	1,4
Донозологические реакции Prenosological reactions	–	–	–	60	25,3	60	22,1
Астено-вегетативная реакция Asthenovegetative reaction	–	–	–	18	7,6	18	6,6
Астено-невротическая реакция Asthenoneurotic reaction	–	–	–	25	10,5	25	9,2
Характерологическая реакция у акцентуированной личности Characterological reaction by accented personality	–	–	–	17	6,2	17	6,3
Всего / Total		34	100,0	237	100,0	271	100,0

Таблица 4 / Table 4

Сравнительная характеристика значимости учебных стрессовых факторов
Comparative characteristics of the importance of training stress factors

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First Group		Вторая группа Second Group		p=	Гр-Ж Gd-F p=
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		
Строгие преподаватели / <i>Strict teachers</i>	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-7,0	0,1133	0,033
Большая учебная нагрузка / <i>High training load</i>	8,0	6,0-9,0	8,0	5,0-9,0	0,0152	0,000
Отсутствие учебников / <i>Lack of textbooks</i>	5,0	3,0-9,0	5,0	2,0-7,0	0,0140	0,051
Непонятные, скучные учебники <i>Incomprehensible, boring textbooks</i>	5,0	3,0-7,0	4,0	2,0-6,0	0,0004	0,946
Жизнь вдали от родителей <i>Life away from parents</i>	1,0	0,0-5,0	2,0	0,0-6,0	0,2654	0,094
Нехватка денег / <i>Lack of money</i>	4,0	1,0-7,0	3,0	0,0-7,0	0,0209	0,922
Трудности организовать свой режим дня <i>Difficulties in organizing of daily routine</i>	6,0	3,0-8,0	4,0	2,0-7,0	0,0000	0,010
Нерегулярное питание / <i>Irregular nutrition</i>	5,0	2,0-8,0	4,0	2,0-7,0	0,0005	0,503
Проблемы проживания в общежитии <i>Dormitory problems</i>	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	0,3420	0,352
Конфликты в группе <i>Conflicts in a studying group</i>	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,776
Много времени готовиться к занятиям <i>A lot of time to prepare for classes</i>	7,0	5,0-8,0	5,0	3,0-8,0	0,0001	0,001
Нежелание учиться / <i>Unwillingness to learn</i>	3,0	2,0-6,0	1,0	0,0-3,0	0,0000	0,137
Разочарование в будущей профессии <i>Disappointment in a future profession</i>	3,0	0,0-5,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,975
Стеснительность, застенчивость / <i>Shyness</i>	3,0	1,0-7,0	1,0	0,0-4,0	0,0000	0,038
Страх перед будущим / <i>Fear of the future</i>	6,0	3,0-8,0	3,0	0,0-6,0	0,0000	0,001
Проблемы в личной жизни <i>Problems in personal life</i>	4,0	1,0-7,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,494
Нерациональное расписание занятий <i>Inappropriate class schedule</i>	5,0	2,0-7,0	4,0	1,0-6,0	0,0003	0,236
Много часов занятий в день <i>Many hours of lessons per day</i>	4,0	2,0-7,0	3,0	1,0-6,0	0,0003	0,930
Необходимость отработки пропусков <i>The need to work out passes</i>	5,0	2,0-8,0	4,0	0,0-7,0	0,0015	0,501

Гр-Ж – гендерные различия (женщины) / Gd-F – gender differences (female)

Изучение сравнительных характеристик степени субъективной значимости учебных стрессовых факторов (табл. 4) показало, что для группы с суицидальным поведением в анамнезе фактически весь их перечень был статистически достоверно более значимым, чем для второй группы. При этом 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 выявля-

но, за исключением более высокой значимости для первых «необходимости изучения большого объёма материала» ($p=0,024$). Установлено, что лица женского пола с суицидальным поведением (внутренние формы и суицидальные попытки), более выражено реагировали на некоторые учебные стрессовые факторы, чем мужчины.

При сравнении субъективной оценки степени выраженности проявлений учебного стресса (табл. 5) выявлено, что по всем характеристикам первая группа статистически значимо превосходила вторую. 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.

Таблица 5 / Table 5

Сравнительная характеристика выраженности проявлений учебного стресса
Comparative characteristics of the severity of manifestations of educational stress

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First Group		Вторая группа Second Group		p=	Гр-Ж Gd-F p=
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		
Ощущение беспомощности Feeling of helplessness	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,000
Наплывы посторонних мыслей The influx of outside thoughts	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,007
Повышенная отвлекаемость Increased distractibility	5,0	3,0-8,0	3,0	1,0-5,0	0,000	0,003
Раздражительность, обидчивость Irritability, resentment	4,0	2,0-6,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,000
Плохое настроение, депрессия Bad mood, depression	5,0	3,0-7,0	2,0	1,0-5,0	0,000	0,015
Страх, тревога Fear, anxiety	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,029
Потеря уверенности, снижение самооценки Loss of confidence, reduced self-esteem	4,0	1,0-7,0	1,0	0,0-3,0	0,000	0,005
Постоянная нехватка времени, спешка Constant lack of time, rush	7,0	4,0-9,0	4,0	2,0-7,0	0,000	0,068
Плохой сон Sleep disturbance	6,0	3,0-8,0	3,0	1,0-6,0	0,000	0,051
Проблемы в общении с преподавателями Problems in communicating with teachers	2,0	1,0-5,0	1,0	0,0-2,0	0,000	0,295
Учащенное сердцебиение, боли в сердце Heart palpitations, heart pain	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-2,0	0,000	0,117
Затрудненное дыхание Labored breathing	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	0,000	0,649
Проблемы с желудочно-кишечным трактом Gastrointestinal problems	1,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,000	0,221
Напряжение или дрожание мышц Muscle tension or trembling	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-2,0	0,000	0,143
Головные боли Headache	4,0	2,0-8,0	2,0	0,0-5,0	0,000	0,000
Низкая работоспособность, утомляемость Low working capacity, fatigue	6,0	3,0-8,0	3,0	1,0-5,0	0,000	0,002

Гр-Ж – гендерные различия (женщины) / Gd-F – gender differences (female)

При сравнении субъективной оценки степени выраженности проявлений учебного стресса у лиц с суицидальными попытками и внутренними формами суицидального поведения оказалось, что у первых более выражены проблемы с ЖКТ ($p=0,013$) и напряжение мышц ($p=0,21$). При изучении гендерных различий в степени выраженности проявлений учебного стресса в общей совокупности группы с суицидальным поведением, оказалось, что статистически значимо более выраженные психические симптомы стресса испытывали лица женского пола.

Факторный анализ симптомов учебного стресса (табл. 6) выявил по три значимых фактора: «астения» – фактически с одинаковым, максимальным вкладом в дисперсию в обеих группах и одинаковыми значениями составля-

ющих фактора. На втором месте – «психосоматические симптомы» (10-11% дисперсии) и «цейтнот» – нехватка времени с расстройством сна (с учётом астении: наплывов мыслей, чувства беспомощности и тревоги – 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, в нашем исследовании, учебный стресс не являлся самостоятельным суицидогенным фактором.

Среди приёмов совладания с учебным стрессом (табл. 7) для лиц с суицидальным поведением наиболее предпочтительным было общение и «троллинг» в сети Интернет и сон, а также неконструктивные способы: употребление алкоголя, табакокурение и приём лекарств.

Таблица 6 / Table 6

Факторы симптомов учебного стресса студентов с суицидальным поведением в анамнезе и без него
Symptom factors for learning stress in students with a history of suicidal behavior and without it

Фактор Factor	Первая группа First group			Вторая группа Second group		
	Составляющие Components	СЗ FV	% Д %V	Составляющие Components	СЗ FV	% Д %V
Астения Asthenia	Наплывы мыслей 0,802 The influx of thoughts	7,2	44, 7	Наплывы мыслей 0,747 The influx of thoughts	7,3	45, 4
	Ощущение беспомощности 0,756 Feeling of helplessness			Ощущение беспомощности 0,753 Feeling of helplessness		
	Тревога 0,753 Anxiety			Тревога 0,713 Anxiety		
	Потеря уверенности 0,713 Loss of confidence			Расстройство внимания 0,759 Loss of confidence		
Психосоматические симптомы Psychosomatic Symptoms	Затрудненное дыхание 0,856 Labored breathing	1,8	11, 2	Затрудненное дыхание 0,841 Labored breathing	1,5	9,5
	Тахикардия 0,812 Tachycardia			Тахикардия 0,738 Tachycardia		
	Напряжение мышц 0,772 Muscle tension			Напряжение мышц 0,815 Muscle tension		
Цейтнот Time trouble	Плохой сон 0,801 Sleep disturbance	1,0	6,3	Плохой сон 0,747 Sleep disturbance	1,2	7,5
	Нехватка времени 0,753 Lack of time			Нехватка времени 0,731 Lack of time		

СЗ – собственное значение фактора / FV – factor value; %Д – процент дисперсии / %V – variance

Последние создают риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей. Установлено, что поддержка родителей, как один из важных антисуицидальных факторов, в первой группе был статистически значимо ниже, чем

во второй. В степени значимости способов преодоления учебного стресса различий в первой группе между лицами с суицидальными попытками и суицидальными мыслями не выявлено.

Таблица 7 / Table 7

Сравнение значимости приемов преодоления учебного стресса
Comparison of the importance of training stress coping techniques

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First group				Вторая группа Second group				p=
	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
Употребление алкоголя / Alcohol consumption	2,2	2,6	1,0	0,0-3,0	1,3	2,1	0,0	0,0-2,0	0,000
Табакокурение / Smoking	1,4	2,7	0,0	0,0-1,0	0,9	2,3	0,0	0,0-0,0	0,000
Употребление наркотиков / Using drugs	0,1	0,8	0,0	0,0-0,0	0,1	0,8	0,0	0,0-0,0	0,321
Употребление больше еды / Eating more food	3,3	3,0	3,0	0,0-5,0	2,5	3,3	2,0	0,0-4,0	0,000
Смотрят телевизор / Watching TV	1,9	2,6	0,0	0,0-3,0	1,5	2,1	0,0	0,0-2,0	0,207
Пропуски занятий / Missed classes	0,9	1,8	0,0	0,0-1,0	0,5	1,3	0,0	0,0-0,0	0,000
Продолжительный сон / Sleeping more	3,8	3,2	3,0	1,0-7,0	3,3	3,1	3,0	0,0-5,0	0,048
Общение с друзьями / Socializing with friends	3,8	2,9	4,0	1,0-6,0	4,1	3,1	4,0	1,0-6,0	0,381
Поддержка родителей / Parental support	4,2	3,2	4,0	1,0-7,0	5,3	3,3	5,0	3,0-8,0	-0,000
Прогулки на воздухе / Walking	4,5	3,0	5,0	2,0-7,0	4,8	3,0	5,0	3,0-7,0	0,278
Занятия спортом / Doing sports	3,3	3,1	3,0	0,0-5,0	3,6	3,3	3,0	0,0-6,0	0,381
Посещение бассейна / Visit to the pool	2,8	3,3	1,0	0,0-5,0	3,2	3,4	2,0	0,0-6,0	0,055
Компьютерные игры / Computer games	1,5	2,6	0,0	0,0-2,0	1,4	2,5	0,0	0,0-2,0	0,729
Интернет / the Internet	5,2	2,8	5,0	3,0-7,0	4,2	2,7	4,0	2,0-6,0	0,000
Читают худ. литературу / Read fiction	3,8	3,1	4,0	1,0-6,0	3,6	3,0	3,0	1,0-6,0	0,434
Лекарственные настойки / Medicinal tinctures	2,1	2,9	0,0	0,0-4,0	1,2	2,1	0,0	0,0-1,0	0,000
Принимают лекарства / Taking medicine	1,7	2,8	0,0	0,0-3,0	1,0	2,2	0,0	0,0-1,0	0,000

Таблица 8 / Table 8

Сравнение степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса
Degree of severity of stress symptoms before the exam

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First group				Вторая группа Second group				p=	Гр-Ж Gd-F p=
	M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅		
Сила волнения перед экзаменами The strength of anxiety before exams	8,2	2,2	9,0	7,0-10,0	7,8	2,4	8,0	7,0-10,0	0,0314	0,000
Учащенное сердцебиение / Heart palpitations	6,2	3,3	7,0	3,0-9,0	5,2	3,2	5,0	3,0-8,0	0,0000	0,000
Перебои в работе сердца / Heart failure	3,1	3,4	2,0	0,0-6,0	2,0	3,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,002
Затрудненное дыхание / Labored breathing	2,8	3,2	2,0	0,0-5,0	1,9	2,9	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,048
Невозможность сделать глубокий вдох Inability to take a deep breath	2,1	2,9	1,0	0,0-4,0	1,4	2,6	0,0	0,0-1,0	0,0000	0,003
Неудовлетворенность вдохом Dissatisfaction with breath	2,2	3,0	0,0	0,0-4,0	1,4	2,5	0,0	0,0-2,0	0,0001	0,006
Напряжение в мышцах тела / Muscle tension	3,5	3,3	3,0	0,0-6,0	2,2	3,4	1,0	0,0-4,0	0,0000	0,015
Дрожание мышц / Muscle tremors	3,6	3,3	3,0	0,0-6,0	2,8	3,0	2,0	0,0-5,0	0,0062	0,000
Учащенное мочеиспускание / Rapid urination	2,3	3,2	0,0	0,0-4,0	1,7	2,9	0,0	0,0-3,0	0,0021	0,000
Головные боли / Headache	4,6	3,5	5,0	1,0-8,0	3,3	3,3	3,0	0,0-6,0	0,0000	0,000
Тревога, страх / Anxiety, fear	7,3	5,8	8,0	5,0-10,0	5,4	3,4	5,0	2,0-9,0	0,0000	0,000
Подавленное настроение / Depressed mood	5,7	3,4	7,0	3,0-9,0	3,9	3,4	3,0	0,0-7,0	0,0000	0,001
Затрудненное засыпание / Difficulty falling asleep	5,9	3,7	7,0	2,0-10,0	4,4	3,7	4,0	0,0-8,0	0,0000	0,000
Неприятные сновидения / Unpleasant dreams	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) / Gd-F – gender differences (female)

Изучение гендерных различий степени значимости способов преодоления учебного стресса в первой группе показало, что лица мужского пола (p=0,001) большую значимость придавали употреблению наркотиков, занятиям физической культурой (p=0,002) и компьютерным играм (p=0,00000). 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).

Выраженность симптомов предэкзаменационного стресса статистически значимо была выше у студентов первой группы (табл. 8).

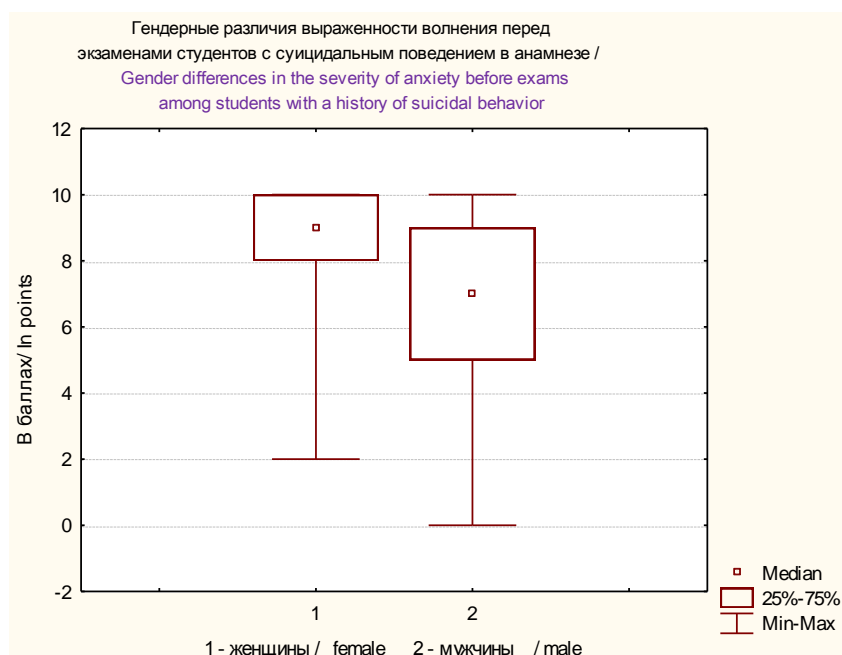


Рис. 1 / Fig.1. Гендерные различия выраженности волнения перед экзаменами студентов с суицидальным поведением в анамнезе / Gender differences in the severity of anxiety before exams among students with a history of suicidal behavior.

Таблица 9 / Table 9

Сравнительные характеристики распространенности социофобии
Comparative characteristics of the prevalence of sociophobia

Уровень социофобии The severity of sociophobia	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	136	50,2	357	78,8	0,0005	3,7	2,6-5,2
Опасения / Fears	64	23,6	59	13,0			
Субклинический / Subclinical	49	18,1	26	5,7			
Клинический умеренный / Clinical moderate	15	5,5	9	2,0			
Клинический выраженный / Clinical severe	7	2,6	2	0,5			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

Таблица 10 / Table 10

Сравнительные характеристики распространённости генерализованной тревоги
Comparative characteristics of the prevalence of generalized anxiety

Уровень генерализованной тревоги The severity of generalized anxiety	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	78	28,8	251	55,4	0,0005	3,1	2,2-4,3
Легко выраженная / Mild	123	45,4	150	33,1			
Умеренная / Moderate	44	16,2	36	7,9			
Выраженная / Severe	26	9,6	16	3,5			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

По медианному показателю (выше 5 баллов) наиболее выраженными были учащенное сердцебиение, тревога, страх, затруднённое засыпание и подавленное настроение.

Сила волнения перед экзаменами в первой группе была статистически значимо выше, чем во второй. 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 оценке степени выраженности предэкзаменационного стресса в первой группе (между лицами с суицидальными попытками и суицидальными мыслями) не выявлено. Изучение гендерных различий в группе с суицидальным поведением в анамнезе показало, что лица женского пола более значимо реагировали на предэкзаменационный стресс, чем мужского пола (рис. 1).

Изучение частоты социофобий (табл. 9) показало, что в первой группе они встречались у 49,8% (n=135) человек – статистически значимо чаще ($\chi^2=62,633$; p=0,0005; OR=3,7 95% CI=2,6-5,2), чем во второй – у 21,2% (n=96).

Вероятность наличия социофобий у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 4 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

В первой группе (табл. 10) симптомы генерализованной тревоги встречались у 71,2% (n=193) человек, статистически значимо чаще ($\chi^2=47,420$; p=0,0005; OR=3,1 95% CI=2,2-4,3), чем во второй – у 44,6% (n=202). Вероятность наличия генерализованной тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе в 3 раза выше, чем без суицидального поведения.

Изучение частоты встречаемости тревожных пароксизмов (феноменологически сходных с паническими приступами) показало (табл. 11), что у студентов первой группы они встречались статистически значимо чаще ($\chi^2=37,6820$; p=0,0005; OR=3,2 95% CI=2,1-4,6), чем во второй: соответственно – 43,2% (n=96) и 19,5% (n=73) человек.

Таблица 11 / Table 11

Сравнительные характеристики распространенности тревожных пароксизмов у студентов первой (n=222) и второй группы (n=375)

Comparative characteristics of the prevalence of anxious paroxysms among students of the first (n=222) and second group (n= 375)

Уровень тревожных пароксизмов The severity of anxious paroxysms	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	126	56,8	302	80,5	0,0005	3,2	2,1-4,6
Субклинический уровень / Subclinical	59	26,6	53	14,1			
Клинический уровень / Clinical	37	16,6	20	5,4			
Итого / Total	222	100,0	375	100,0			

Таблица 12 / Table 12

Сравнительные характеристики распространенности депрессии
Comparative characteristics of the prevalence of depression

Уровень депрессии The severity of depression	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95% CI
Отсутствие / None	135	49,8	381	84,1	0,0005	5,3	3,7-7,7
Легко выраженная / Mild	47	17,3	40	8,8	0,006	2,4	1,3-4,4
Умеренная / Moderate	47	17,3	21	4,6	0,006	2,4	1,3-4,4
Выраженная / Severe	23	8,5	8	1,8			
Крайне выраженная / Extremely severe	19	7,0	3	0,7			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

Вероятность наличия тревожных пароксизмов у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 3 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

У студентов первой группы (табл. 12) депрессия встречалась статистически значимо чаще ($\chi^2=95,706$; $p=0,0005$; $OR=5,3$ 95% $CI=3,7-7,7$), чем во второй: соответственно 50,2% ($n=136$) и 15,9% ($n=72$) 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 первой группе клинический ее уровень (умеренный, выраженный и крайне выраженный) – 32,8% ($n=89$) встречался статистически значимо чаще ($\chi^2=7,689$; $p=0,006$; $OR=2,4$ 95% $CI=1,3-4,4$), чем во второй – 7,1% ($n=32$). Вероятность наличия клинического уровня депрессии у студентов первой группы более чем в 2 раза выше, чем во второй.

У студентов с суицидальным поведением в анамнезе (таблица 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 50,9% ($n=138$) и 24,3% ($n=110$).

Отношение шансов свидетельствует о том, что вероятность наличия тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 3 раза выше, чем у сверстников без суицидаль-

ного поведения. Клинически значимый уровень тревоги (умеренная, выраженная и крайне выраженная у студентов первой группы встречался статистически значимо чаще ($\chi^2=4,306$; $p=0,038$; $OR=1,8$ 95% $CI=1,0-3,0$), чем во второй: соответственно 32,2% и 11,9%. Прогностически вероятность выявления клинического уровня тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 2 раза выше, чем у их сверстников без суицидального поведения.

Изучение распространённости стресса (тест DASS-21) показал (табл. 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 во второй: соответственно 53,5% ($n=145$) и 23,2% ($n=105$). Вероятность дистресса в первой группе почти в 4 раза выше, чем во второй. 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 в первой группе – 39,4% ($n=107$), чем во второй – 13,9% ($n=63$) случая.

Корреляционный анализ выявил слабую, но достоверную прямую корреляционную зависимость суицидального поведения с большинством учебных стрессовых факторов, среди которых наиболее значимые: нежелание учиться ($r=0,319$; $p=0,000$), проблемы в личной жизни ($r=0,339$; $p=0,000$).

Таблица 13 / Table 13

Сравнительные характеристики распространенности тревоги
Comparative characteristics of the prevalence of anxiety

Уровень тревоги The severity of anxiety	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95% CI
Отсутствие / None	133	49,1	343	75,7	0,0005	3,2	2,3-4,5
Легко выраженная / Mild	51	18,8	56	12,4	0,038	1,8	1,0-3,0
Умеренная / Moderate	37	13,7	31	6,8	0,038	1,8	1,0-3,0
Выраженная / Severe	20	7,4	9	2,0			
Крайне выраженная / Extremely severe	30	11,1	14	3,1			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

Таблица 14 / Table 14

Сравнительные характеристики распространенности стресса (дистресса)
Comparative characteristics of the prevalence of stress (distress)

Уровень стресса The severity of stress	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95% CI
Отсутствие / None	126	46,5	348	76,8	0,0005	3,8	2,7-5,3
Легко выраженная / Mild	38	14,0	42	9,3	0,030	1,9	1,1-3,3
Умеренная / Moderate	55	20,3	30	6,6	0,030	1,9	1,1-3,3
Выраженная / Severe	34	12,5	25	5,5			
Крайне выраженная / Extremely severe	18	6,6	8	1,8			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

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 ($r=0,308$; $p=0,000$). Приведённые цифры свидетельствуют о том, что учебный стресс, в силу вызываемой им астенизации и эмоционального напряжения, может проявлять значимость актуальных суцидальных конфликтов. Это обосновывает необходимость организации медико-психологической консультативной помощи лицам подросткового и юношеского возраста с суцидальным поведением в анамнезе.

Заключение.

Таким образом, в результате исследования установлено, что суцидальное поведение (внутренние и внешние формы) встречается в анамнезе у 37,4% у студентов медиков, в том числе у 4,7% суцидальные попытки, у 32,7% – внутренние формы суцидального поведения. Суцидальные попытки у лиц женского пола выявляются в 5,4%, у мужского – в 2,7%. Внутренние формы суцидального поведения соответственно – у 32,2% женщин и 34,2% – мужчин.

Лица юношеского и молодого возраста, имеющие в анамнезе суцидальное поведение, обладают более высокой чувствительностью к учебному стрессу, чем сверстники без суцидального поведения, что сопровождается высокой частотой депрессии (50,2%), тревоги (50,9%), дистресса (53,5%), а также социофобии (49,8%). При этом повышенная чувствительность фактически одинакова, как при суцидальных попытках, так и при внутренних формах суцидального поведения. Такая уязвимость повышает риск повторной актуализации суцидального поведения, что указывает

на необходимость более пристального внимания не только к лицам, имеющим суцидальные попытки в анамнезе, но молодым людям с внутренними формами суцидального поведения.

Вероятность выявления депрессии у лиц юношеского и молодого возраста с суцидальным поведением в анамнезе в 5 раз, тревоги в 3 раза, дистресса и социофобий в 4 раза выше, чем у сверстников без суцидального поведения.

Наиболее стрессогенными (5 более баллов по 10-балльной шкале) для студентов с суцидальным поведением являются: высокая учебная нагрузка, требующая большого количества времени для подготовки, трудности организации режима дня, дефицит учебной литературы, а также страх перед будущим.

Среди симптомов учебного и предэкзаменационного стресса у студентов-медиков с суцидальным поведением в анамнезе наиболее выраженными являются: нехватка времени, повышенная утомляемость, низкая работоспособность, плохой сон, учащенное сердцебиение, снижение способности к концентрации внимания, подавленное настроение, тревога и страх. При этом базовым симптомом является выраженная астения. По всем параметрам предэкзаменационного стресса лица женского пола реагируют более выражено.

Среди способов совладания с учебным стрессом для лиц с суцидальным поведением наиболее предпочтительным являются общение в социальных сетях и «троллинг» в сети Интернет и сон, а также неконструктивные способы: употребление алкоголя, табакокурение и приём лекарств, что создает риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей. При этом лица мужского пола чаще ($p=0,001$), чем женского, указывают на потребление наркотиков, а женщины – большее количество еды ($p=0,002$) и настойки лекарственных трав ($p=0,007$).

В целом, полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения в школах и ВУЗах должностей медицинских психологов для реализации программ первичной профилактики суицидального поведения, пограничных психических расстройств и аддиктивного поведения.

Меры профилактики должны включать ранее выявление, психологическую коррекцию и, в случаях необходимости, психотерапию с учё-

том воздействия индивидуально значимых про-суицидальных и защитных факторов. Необходимо обучать учащихся и студентов планировать и распределять время, что будет способствовать повышению чувства уверенности в своих силах, снижению уровня учебного и предэкзаменационного стресса, а так же позволит разрешать конфликты и выработать резистентность к стрессовым ситуациям с расширением диапазона реагирования [29, 30].

Литература / Reference:

1. Психическое здоровье: информ. бюллетень. Женева: ВОЗ, 2018. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health> (дата обр-я.: 13.06.2019). [Mental-health: the bulletin. Geneva: WHO, 2018. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health> (13.06.2019).] (In Russ)
2. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 98 с. [Suicide prevention. Global imperative. Geneva: WHO, 2014. 98 s.] (In Russ)
3. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков: обзор литературы. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2011; 4: 4-7. [Popov Yu.V., Pichikov A.A. Features of suicidal behavior in adolescents: a review of the literature. *Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev*. 2011; 4: 4-7.] (In Russ)
4. Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002; 360 (9329): 319-326.
5. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2013; 2 (19). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/number16.php (дата обращения: 13.06.2019). [Kholmogorova A.B. Cognitive psychotherapy of suicidal behavior: development history, current status, development prospects. *Medical psychology in Russia*. 2013. 2 (19). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/number16.php (13.06.2019).] (In Russ)
6. Исследование распространенности, глубинных причин и факторов риска и защиты в области суицида и суицидальных попыток в Республике Казахстан. Астана: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан, 2014. 108 с. [A study of the prevalence, underlying causes and risk factors and protection in the field of suicide and suicide attempts in the Republic of Kazakhstan]. Astana: Children fund OUN (YUNISEF) in Republic Kazakhstan, 2014. 108 s. (In Russ)
7. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2012; 2. URL: http://mpj.ru/archiv_global/2012_2_13/nomer/number11.php (дата обращения: 13.06.2019). [Kholmogorova A.B., Volikova S.V. The main results of studies of suicidal risk factors in adolescents based on the psychosocial multifactorial model of affective spectrum disorders. *Medical psychology in Russia*. 2012. 2. URL: http://mpj.ru/archiv_global/2012_2_13/nomer/number11.php (13.06.2019).] (In Russ)
8. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students. *J. Pak. Med. Assoc.* 2015; 65: 753-755.
9. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A., et al. Perceived stress and associated factors among medical students. *Family Community Med.* 2016; 23 (3): 166-171.
10. Турова А.Ю., Каде А.Х., Величко М.А., и др. Проявления психоэмоционального стресса у студентов-медиков в зависимости от успеваемости в период сессии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014; 5: 145-146. [Turova A.YU., Kade A.Kh., Velichko M.A. et al. Manifestations of psychoemotional stress in medical students depending on academic performance during the session. *International journal of applied and fundamental research*. 2014; 5: 145-146.] (In Russ)
11. Горбылева К.В., Бебинов С.Е., Зарифьян А.Г. Соотношение психофизиологических особенностей студентов военного и медицинского ВУЗов. *Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета*. 2014; 14 (5): 39-42. [Gorbyleva K.V., Bebinov S.E., Zarifyan A.G. Correlation of psychophysiological characteristics of students of military and medical universities]. *Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*. 2014; 14 (5): 39-42.] (In Russ)
12. Reisbig A.M., Danielson J.A., Wu T.F., et al. 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. *J. Vet. Med. Educ.* 2012; 39 (4): 341-358.
13. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Morozova E.N., et al. Affective disorders associated with educational Stress among foreign medical students (Dynamics over a 6-year period of study). *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018; 05 (7): 7021-7027.
14. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Gomelyak J.N., et al. Psychopharmacotherapy for somatoform autonomic dysfunction in students-medicals 1 course. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018; 05 (7): 7028-7033.
15. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., et al. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical student. *Asian J. Psychiatr.* 2013; 6 (2): 128-133.
16. Ludwig A.B., Burton W., Weingarten J., et al. Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Med. Educ.* 2015; 15. URL: <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0425-z> (available at: 13.06.2019).
17. Silva V., Costa P., Pereira I., et al. Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Med. Educ.* 2017; 17 (1). URL: <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1006-0> (available at: 13.06.2019).
18. Руженкова В.В. Суицидальное поведение в структуре защитных способов преодоления миграционного и учебного стресса иностранными студентами. *Суицидология*. 2018; 9 (4): 47-60. [Ruzhenkova V.V. Suicidal behavior in the structure of protective methods of overcoming migration and educational stress by foreign students. *Suicidology*. 2018; 9 (4): 47-60. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-47-60] (In Russ)
19. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski L., et al. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int. J. Environ. Res. Public. Health*. 2016; 13 (2). URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/2/212> (available at: 13.06.2019).
20. Brenneisen Mayer F., Souza Santos I., Silveira P.S., et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med. Educ.* 2016; 16 (1). URL: <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0791-1> (available at: 13.06.2019).
21. Adams D.F. The embedded counseling model: an application to dental students. *J. Dent. Educ.* 2017; 81 (1): 29-35.
22. Зотова Е.П. Нарушения сна у студентов. *Девиянтология*. 2018; 2 (2): 37-43. [Zotova E.P. Sleep disorders in students. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 37-43.] (In Russ)
23. Hankir A.K., Northall A., Zaman R. Stigma and mental health challenges in medical students. *BMJ Case Rep.* 2014; 2014. URL: <https://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2014-205226.long> (available at: 13.06.2019).

24. Шербатых Ю.В. Психология стресса. М.: Эксмо, 2006. 304 с. [Shcherbatykh Yu.V. Psychology of stress. M.: Eksmo, 2006. 304 p.] (In Russ)
25. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166 (10): 1092-1097.
26. Katon W.J. Patient Health Questionnaire (PHQ) Panic Screening Questions. *Справочник фельдшера и акушерки [Handbook of medical assistants and midwives]*. 2016; 4: 41. (In Russ)
27. Lovibond P.F., Lovibond S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33: 335-342.
28. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: 1980. 48 с. [Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostic of suicidal behavior: guidelines. M.: 1980. 48 p.] (In Russ)
29. Руженкова В.В., Руженков В.А., Колосова М.А. Тайм-менеджмент – как способ повышения устойчивости студентов-медиков к учебному стрессу (медико-психологический аспект). *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.* 2018; 6: 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-6/2-5.pdf> (дата обращения: 28.08.2019). [Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Kolosova M.A. Time management as a way to increase the resistance of medical students to educational stress (medical and psychological aspect)]. *Bulletin of new medical technologies. Electronic edition.* 2018. 6: 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-6/2-5.pdf> (28.08.2019).] (In Russ)
30. Руженкова В.В. Динамика значимости учебных стрессовых факторов и проявлений стресса у студентов-медиков после реализации психокоррекционной программы "стресс-менеджмент". *Вестник психотерапии.* 2019; 70 (75): 130-144. [Ruzhenkova V.V. The dynamics of the importance of training stress factors and manifestations of stress among medical students after the implementation of the «stress management» program. *Bulletin of psychotherapy.* 2019; 70 (75): 130-144. (In Russ)]

CLINICAL STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS AND CHARACTERISTICS OF RESPONSE TO EDUCATIONAL STRESS OF YOUNG PEOPLE WITH THE HISTORY OF SUICIDAL BEHAVIOR

V.V. Ruzhenkova

Belgorod National Research University, Russia; ruzhenkova@bsu.edu.ru

Abstract: According to WHO, mental health disorders account for 16% of the global burden of disease and injuries among people aged 10-19 years, and suicide is the third leading cause of death in this age group. This study aimed to develop recommendations on the primary psychoprophylaxis of suicidal behavior based on verification of the medical and psychological characteristics of young people with a history of suicidal behavior. **Material and methods:** A continuous sample of 724 Russian-speaking students of the Institute of Medicine aged 17-29 (20.6 ± 2.0) years, was examined using medical, sociological and psychometric methods. There were 537 (74.2%) female and 187 (25.8%) male students. Persons with suicidal behavior were examined by the clinical method. The database was processed by nonparametric statistics methods using the computer program STATISTICA 6.0. **Results:** It was established that suicidal behavior (internal and external forms) was found in a history of 37.4% of medical students: suicidal attempts – 4.7% and internal forms – 32.7%. Suicidal behavior was realized at the age of 16.4 ± 3.0 years. Some psychiatric disorders were diagnosed: neurotic, stress-related and somatoform disorders were reported in 65.3% of cases, personality disorders, mood disorders, and prenosological reactions were diagnosed in 7.4%, 5.2% and 22.1% cases respectively. It was found that people with suicidal behavior have a higher sensitivity to educational stress, which is accompanied by a high frequency of depression (50.2%), anxiety (50.9%), distress (53.5%) and sociophobia (49.8%). The probability of detecting depression among students with history of suicidal behavior is 5 times, anxiety is 3 times, distress and sociophobia are 4 times higher than for peers without history of suicidal behavior. The most stressful was the high academic load, which required a lot of time for preparation, difficulties in organizing the daily routine, a shortage of textbooks, and a fear of the future. **Conclusions:** The primary prevention program for suicidal behavior and borderline mental disorders should include Time Management training, during which students learn to plan and schedule time, as a result of which they have a sense of self-confidence, acquire ability to learn easier, and reduce the level of pre-examination stress; and Stress Management training, which subsequently made it possible to more effectively resolve conflicts and develop resistance to stressful situations with an extension of the response range. As a result, the severity of mental and psychosomatic symptoms of educational and pre-examination stress significantly decreased. To implement these programs, it is necessary to introduce the posts of medical psychologists in schools and universities.

Keywords: medical students, suicidal behavior, depression, anxiety, stress, social phobia

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.06.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.09.2019.

Для цитирования: Руженкова В.В. Клиническая структура психических расстройств и особенности реагирования на учебный стресс лиц юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе. *Суицидология.* 2019; 10 (3): 74-86. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-74-86

For citation: Ruzhenkova V.V. Clinical structure of mental disorders and characteristics of response to educational stress of young people with the history of suicidal behavior. *Suicidology.* 2019; 10 (3): 74-86. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-74-86