

В. И. Власенко

## ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

V. I. Vlasenko

EXPERIENCE OF STUDYING OF PERSONAL UNEASINESS AT STUDENTS

С помощью психометрической методики Спилберга-Ханина проведено скрининговое обследование студентов-мужчин УО «БГМУ» (n=450), проходивших обучение по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса в 2006–2010 гг. Реадаптация методики и результаты оценки уровня личностной тревожности свидетельствуют о том, что изученная выборка существенно отличается от нормативов прошлого века: более 50% испытуемых относятся к категории «высокотревожные» (эмоционально неустойчивые), т. е., переживающие хронический эмоциональный стресс, имеющие высокий риск развития психических и психосоматических расстройств.

Актуальность изучения проблемы тревоги, тревожности, патологической тревоги и генерализованных тревожных расстройств (ГТР) определяется следующими особенностями. Во-первых, их очень высокая распространенность – самая высокая из всех других форм психических расстройств: до 12-15% населения [4, 9], для ГТР – от 2 до 5% населения, риск заболеть ГТР в течении жизни – 5,1%, для женщин он примерно в 2 раза выше, чем для мужчин (6,6% против 3,6%) [5].

Во-вторых, тяжелый социально-экономический ущерб от этой патологии. Так, сегодня в США ущерб лишь от ГТР по потерям рабочего времени примерно равен или превышает таковой от гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы или артритов. В 2005 г. в странах Евросоюза число больных тревожными расстройствами составило 41 млн, а экономический ущерб – 41 млрд евро, т. е. почти в 2 раза выше, чем при столь дорогостоящей для общества патологии, как мозговой инсульт (1 млн. больных и 22 млрд евро соответственно) [19]. Тревожные нарушения существенно влияют на работоспособность и социальную активность пациентов, а также вызывают выраженный психический дискомфорт [2].

В-третьих, в связи с их высокой распространенностью в системе первичной медицинской помощи и общем здравоохранении существенно затрудняется работа медицинских учреждений и отдельных врачей. Подавляющее большинство данных больных безрезультатно ищут помощи в общемедицинской сети, а до психиатров доходит лишь их небольшая часть, например, в США – лишь одна треть [5, 9]. В отечественной практике эта цифра, без сомнения, на несколько порядков меньше. Так, например, в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Минска за год пролечивается немногим более 60 больных ГТР

при том, что их число на территории обслуживания больницы исчисляется многими десятками тысяч. В отечественном здравоохранении, данная патология за пределами психиатрической службы по существу не выявляется, а пациенты с ГТР годами обследуются и лечатся с диагнозами вегето-сосудистой дистонии, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, желудочно-кишечных расстройств и т. п. [7]. Общими характеристиками всех тревожных расстройств являются их выраженное негативное воздействие на функционирование личности больного, склонность к фиксации, хронизации, соматизации, рецидивированию по разным, в том числе незначительным поводам, упорство симптомов, выраженность соматических проявлений и фиксированность на них пациента, низкий комплаенс, а также очень большая частота (до 50-60%) коморбидных расстройств – депрессий, дистимий, панических расстройств, фобий, расстройств личности, а также тенденция к злоупотреблению психоактивными веществами и лекарственной зависимости [2, 7].

В-четвертых, еще Е.С. Авербух высказывал мнение о том, что тревога, как и подверженность стрессовым влияниям, обуславливают последующее развитие психосоматических расстройств [1]. Это мнение подтверждено другими авторами. Так, Фраменгемское кардиологическое исследование (1993) роли тревоги, интенсивности и подавления гнева (на выборке 1123 мужчин и женщин с нормальным уровнем АД) показало, что тревога является независимым предиктором артериальной гипертензии для мужчин среднего возраста [20]. Выявлен высокий уровень личностной тревожности у пациентов с гипертонической болезнью [6]. Практически всеми исследователями признается роль психогенного фактора (в т. ч. тревоги и тревожности) на начальных этапах психосоматических заболеваний, что обуславливает важность своевременного их выявления, включения в этиопатогенез и лечения. При отсутствии адекватной помощи и сохраняющихся патогенных факторах они могут обретать специфическое «соматическое оформление» и подчиняться собственным закономерностям течения [15]. Эти выводы абсолютно согласуются с классической теорией стресса [16], которая рассматривает психическую реакцию тревоги как первую стадию стресса. Именно реакция тревоги запускает работу всех стрессреализующих систем.

В-пятых, анализ отечественных научных публикаций за последние годы свидетельствует о том, что

наши ученые не уделяют должного внимания столь актуальной проблеме. Так, при изучении этиопатогенеза артериальной гипертензии большинство авторов ключевую роль отводят вегетативной нервной системе, а роль психических факторов вообще не рассматривают [10, 11, 12 и др.]. Такой подход уместен при изучении животных, у которых тревога и следующие за ней возбуждения вегетативной нервной и эндокринной систем могут быть вызваны только конкретными стимулами внешней среды. Для человека же характерно наличие второй сигнальной системы, абстрактного, логического и ассоциативного мышления. Благодаря этим «приобретениям», человек способен реагировать стресс-реакцией (в первую очередь тревогой) в условиях полного отсутствия внешнего стимулирования. В качестве внутреннего стимула выступают воспоминания или размышления, связанные с ними ассоциации или логические умозаключения, которые способны вызвать эмоциональное возбуждение (тревогу) по поводу реально существующей, возможной или мнимой угрозы, опасности. В этом случае тревога является нормальной человеческой эмоцией, которая способствует мобилизации резервов организма на преодоление опасности или борьбу с угрозой. Эта способность анализировать и прогнозировать, характерная только для человека, именовалась А.А.Ухтомским как «рецепция на расстоянии». Если же человек слишком часто и длительно вынужден переживать данную эмоциональную реакцию, то по механизму условного рефлекса может выработаться стереотип (черта характера) тревожного реагирования. Такое состояние обостренного восприятия возможной (или мнимой) опасности отличается интенсивностью, продолжительностью, автономностью развития и может сопровождаться функциональными нарушениями [2]. Именно это состояние носит характер патологического поскольку оно выражено в значительной степени, может утрачивать обусловленность реальной опасностью (иррациональная тревога) и в процесс возбуждения вовлекаются все функции организма (генерализованность). Понятия «иррациональности» и «генерализованности» лежат в основе концепции тревожных расстройств, которые в свою очередь, рассматриваются как ведущий этиопатогенетический фактор многочисленных психических и психосоматических заболеваний.

Некоторые авторы рассматривают и изучают феномен тревоги, но подобные исследования пугают своей легкостью и вольностью. Так, при рассмотрении тревоги авторы [8] пишут: «Согласно учению Г. Селье в первую фазу стресса начинает активно работать гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система – в большом количестве вырабатываются адреналин, норадреналин, поднимается артериальное давление, учащается пульс. Как следствие – реакция тревоги у человека, истощение защитных реакций организма, что приводит к хроническому стрессу...». Т. е. авторы считают реакцию тревоги следствием (а не причиной) возбуждения гипоталамо-гипофизарно-надпочечни-

вой системы, что является глубоким заблуждением. В другой работе авторы [13] изучают тревогу с помощью несуществующего «опросника Спилберга» без ссылки на его авторов. В какой степени можно доверять полученным результатам, опубликованным на страницах рецензируемого научного издания?

Таким образом, актуальность рассматриваемой проблемы не оставляет сомнений, однако большинство ученых не уделяют ей должного внимания.

Целью настоящего исследования явилось изучение личностной тревожности у студентов УО «БГМУ», сравнение результатов с нормативами прошлого века, установление динамики показателей во времени, реадaptация методики под современный контингент и создание современного психометрического стандарта изученного показателя.

#### **Материалы и методы**

С помощью методики «Шкала реактивной и личностной тревожности» (ШРЛТ) проведено скрининговое обследование 450 студентов-мужчин 2-х курсов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов УО «БГМУ», проходящих обучение по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса. Все испытуемые предварительно освидетельствовались военно-врачебными комиссиями: имели 1, 2 и 3 категории годности к военной службе, т. е. здоровые, практически здоровые и имеющие хронические заболевания без снижения трудоспособности. Средний возраст испытуемых 18 лет. Обследование проведено в 4 семестре обучения (март-апрель месяцы). По срокам проведения обследования испытуемые разделялись на группы: 1-я (2006 г.) – 100 чел., 2-я (2007 г.) – 87 чел., 3-я (2008 г.) – 85 чел., 4-я (2009 г.) – 97 чел. и 5-я группа (2010 г.) – 81 чел. Таким образом, обследованию подверглась искусственная выборка из наиболее здоровой части студенчества на протяжении 5 лет. Обследование проведено методом «бланк-карандаш» в стандартных условиях, что позволило минимизировать влияние побочных факторов и определить группы как несвязанные референтные. ШРЛТ применялась в составе пакета других методик, содержащих шкалу «искренности», что позволяет доверять результатам исследования.

ШРЛТ (методика Спилбергера-Ханина) [17, 18] является адаптированным вариантом теста «Тревога как черта или состояние» (STAI) [21]. Она содержит две подшкалы: посредством 20 первых пунктов определяется реактивная (ситуативная) тревога как острая психическая реакция на ситуацию, сопровождающаяся активацией вегетативной нервной и эндокринной систем. При помощи остальных 20 пунктов оценивают личностную тревожность (ЛТ) как состояние (черта характера, диспозиция, относительно устойчивая склонность) человека воспринимать угрозу своему «Я» в различных ситуациях и реагировать на них повышением тревоги. Величина ЛТ характеризует прошлый опыт индивида, т. е. насколько часто ему приходилось испытывать тревогу, и позволяет прогнозировать

характер эмоционального реагирования в аналогичных ситуациях в будущем. По критериям, принятым до 1990 г., среднегрупповые значения ЛТ составляли  $37,7 \pm 8,7$ . Уровни ЛТ: до 30 баллов — низкотревожные (эмоционально устойчивые), 31–45 — умеренно тревожные, 46 баллов и выше — высокотревожные (эмоционально неустойчивые) [14, 17]. Шкала ЛТ обратная: чем выше значение показателя, тем хуже состояние испытуемого.

Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Statistica vers. 6,0 (методы Shapiro-Wilk's W-test и Mann-Whitney U-test для несвязанных выборок).

Результаты исследований. Статистический анализ показателя ЛТ свидетельствует о достоверном ( $p < 0,05$ ) увеличении его среднего значения ( $46,2 \pm 5,2$ ) в сравнении с нормативом прошлого века ( $37,7 \pm 8,7$ ), что в свою очередь свидетельствует об ухудшении состояния изученной выборки.

Достоверные отличия между изученными группами отсутствуют ( $p > 0,05$ ). Данное обстоятельство свидетельствует о стойкости тенденции ЛТ на протяжении 5 лет и послужило основанием для объединения испытуемых в сводную группу ( $n=450$ ).

При нормальном распределении появилась возможность реадaptации и стандартизации показателя ЛТ: построить обратную процентильную (P%) шкалу с кватильным разделением на 4 группы риска (табл. 1).

Наличие шкалы с кватильным выделением групп риска позволяет провести более глубокое сравнение современной выборки с прежними нормативами и установить динамику показателя ЛТ. Анализ показывает, что в данной выборке минимальное значение показателя 31. Это означает, что в нашей выборке отсутствуют «низкотревожные» (эмоционально устойчивые) лица, к которым по старым нормативам должны относиться лица со значением ЛТ 30 и менее баллов. К категории «умеренно тревожные» (31-45 баллов) относится 221 чел. (49,1%), а 229 чел. (50,9%) — относятся к категории «высокотревожные» (эмоционально неустойчивые), т. е., переживающие хронический эмоциональный стресс, имеющие высокий риск развития психосоматических расстройств.

При рассмотрении современной выборки с позиций кватильного деления (независимо от старых нормативов) оказывается, что к категории «низкотревожные» (I-я группа минимального риска) мы должны отнести лиц со значениями ЛТ 31-42 бала (109 чел., 24,2%); «умеренно тревожные» (II-я группа риска) — 43-45 баллов (112 чел., 24,9%); «высокотревожные» (III-я группа риска) — 46-48 баллов (93 чел., 20,7%). Остальных 136 чел. (30,2%) со значениями ЛТ 49-65 баллов (IV-я группа максимального риска) правомочно отнести к категории ГТР, для которых характерна утрата контекста ситуации (они «боятся всего») и вовлечение в процесс всех стрессреализующих систем (генерализация) вплоть до хронически высокого уровня кортизола [3]. Если учесть, что подобные явления частично

имеют место в третьей группе (высокотревожные), то к группе риска из данной выборки относятся 50,9%. Суть данного риска заключается в высокой вероятности развития психических и психосоматических расстройств в перспективе. В настоящее время они нуждаются в медицинской помощи и являются мало-перспективными для прохождения воинской службы в качестве офицеров запаса.

**Таблица 1. Процентильная шкала показателя ЛТ сводной группы ( $n=450$ )**

Сырой балл	P%	Число людей	Группы риска
31	0,2	1	I 109 чел. = 24,2%
35	0,7	2	
36	1,8	5	
37	3,3	7	
38	4,2	4	
39	7,6	15	
40	13,1	25	
41	18,2	23	
42	24,2	27	
43	32,2	36	
44	39,1	31	
45	49,1	45	
46	56,9	35	III 93 чел. = 20,7%
47	61,8	22	
48	69,8	36	
49	75,3	25	IV 136 чел. = 30,2%
50	81,1	26	
51	85,8	21	
52	88,7	13	
53	91,6	13	
54	93,8	10	
55	95,6	8	
56	96,7	5	
57	97,1	2	
58	98,0	4	
59	98,4	2	
60	99,1	3	
61	99,3	1	
62	99,6	1	
65	100,0	2	

Высокий риск развития психосоматической патологии у изученного контингента подтверждается проведением корреляционного анализа (по Spearman): показатель ЛТ достоверно ( $p < 0,05$ ), умеренно ( $r=0,4$ ) и положительно коррелирует с показателем «Теста нервно-психической адаптации». Т. е., по мере роста показателя ЛТ возрастают: нервно-психическое напряжение, количество жалоб на здоровье и показатель нервно-психической адаптации увеличивается (состояние ухудшается).

### Выводы

1. Литературные данные и результаты собственных исследований свидетельствуют о высокой актуальности рассматриваемой проблемы и необходимости проведения дальнейших популяционных исследований.

2. Интенсивно изменяющиеся условия жизнедеятельности влекут за собой изменение характеристик человеческой популяции. Полученные данные свидетельствуют об ухудшении состояния современной выборки, увеличении риска развития психических и психосоматических расстройств, необходимости мероприятий медицинской коррекции.

3. Реадаптация методики ШРЛТ свидетельствует о несоответствии старых нормативов современным характеристикам. Для корректной работы с методикой (клиническая диагностика, профессиональный отбор и др.) необходим пересмотр критериев оценки тревожности по предлагаемому эпидемиологическому алгоритму.

4. Изучена лучшая часть молодежной мужской популяции. Полученные критерии могут применяться только к данной выборке. Для изучения показателя ЛТ у других слоев населения (по полу, возрасту, профессии) и создания популяционных критериев требуются масштабные популяционные исследования.

### Литература

1. Авербух, Е. С. Депрессивные состояния / Е. С. Авербух. – Л., 1962. – 148 с.

2. Асанович, М. А. Применение золофта в лечении тревожных расстройств / М. А. Асанович // *Здравоохранение*. – 2006. – № 10. – С.34-36.

3. Власенко, В. И. Психофизиология: методологические принципы профессионального психологического отбора: монография / В. И. Власенко; под ред. В. А. Переверзева. – Минск, БГМУ, 2005. – 244 с.

4. *Диагностика и лечение тревожных расстройств: Руководство для врачей* / Под общ. ред. Т. Дж. МакГлина, Г. Л. Меткалфа: Пер. с англ. – American Psychiatric Press, Inc., 1989. – 119 с.

5. Джекобсон, Дж. Л. Секреты психиатрии / Дж. Л. Джекобсон, А. М. Джекобсон: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 576 с.

6. Дыбов, М. Д. Современный подход к оптимизации функционального состояния центральной нервной системы у больных гипертонической болезнью / М. Д. Дыбов, М. В. Лямин // *Воен.-мед. журнал*. – 2009. – № 8. – С.66-67.

7. Евсегнеев, Р. А. Генерализованное тревожное расстройство – что нового? / Р. А. Евсегнеев // *Психиатрия*. – 2009. – № 2. – С. 1-4.

8. Евстигнеев, В. В. Социально обусловленные факторы риска кардиоваскулярных заболеваний / В. В. Евстигнеев, О. В. Кистень, А. С. Мاستыкин // *Медицинский журнал*. – 2009. – №1 (27). – С.110-112.

9. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия. Из синописа по психиатрии: в 2-х т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. – С.417-423.

10. Корзун, Н. Н. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у амбулаторного контингента больных артериальной гипертензией по данным исследования вариабельности сердечного ритма / Н. Н. Корзун // *Медицинский журнал*. – 2009. – №2 (28). – С.69-72.

11. Максимович, Н. А. Роль дисфункции эндотелия в патогенезе высокого нормального артериального давления и клинических признаков вегетативных расстройств у детей и подростков с различным уровнем факторов риска / Н. А. Максимович // *Медицинский журнал*. – 2009. – №4 (30). – С.57-61.

12. Максимович, Н. А. Роль эндотелия в гемодинамических реакциях на ортостаз и физическую нагрузку у детей и подростков с высоким нормальным артериальным давлением / Н. А. Максимович, Л. М. Беляева, Т. И. Ровбуль // *Военная медицина*. – 2009. – №4. – С. 31-36.

13. Никитина, Е. В. Психологическое состояние женщин, перенесших тотальную гистерэктомию / Е. В. Никитина, М. Л. Литвинова // *Медицинский журнал*. – 2009. – №4 (30). – С. 73-74.

14. *Практикум по физиологии военного труда* / под ред. проф. В. И. Шостака. – Л.: ВМедА, 1990. – 116 с.

15. Психические нарушения при гипертонической болезни у военнослужащих молодого возраста / А. Б. Белевитин [и др.] // *Военно-медицинский журнал*. – 2010. – № 4. – С.7-13.

16. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье; пер с англ. – М.: Прогресс, 1982. – 126 с.

17. Ханин, Ю. Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин. – Л., 1976.

18. Ханин, Ю. Л. Исследование тревоги в спорте / Ю. Л. Ханин // *Вопросы психологии*. – 1978. – № 6. – С. 94–106.

19. Consensus document of European brain research / J. Olesen [at al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 77. – Suppl. 1. – P. i1-i49.

20. Rutledge, T. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development / T. Rutledge, B. Hogan // *Psychosomat. Med.* – 2002. – Vol. 64. – P. 758-766.

21. Spielberger, C. D. Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory / C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene. – Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press, 1970.

Поступила 22.10.2012 г.