

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАНТЫ ДИНАМИКИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Н.А. Шифнер, А.Е. Бобров, М.А. Кулыгина

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Москва*

Анализ общей заболеваемости студентов показывает ее рост в течение последних лет, причем эта тенденция прослеживается практически по всем классам заболеваний [1]. В структуре заболеваемости нервно-психические расстройства занимают второе место (30 %) после заболеваний органов дыхания (77 %). Кроме того, они находятся на первом месте по приросту дней нетрудоспособности и годовому росту заболеваемости, что в 31-47 % случаев приводит к оформлению учащимися академических отпусков [13]. По некоторым эпидемиологическим данным в амбулаторных условиях у студентов наиболее распространены аффективные расстройства. Их представленность достигает 20-30 % [7, 13, 3]. Распространенность расстройств адаптации среди студентов составляет 14,5-21 % [12, 23]. Удовлетворительная адаптация отмечается у 22 % студентов, напряжение механизмов адаптации – у 33 %, неудовлетворительная адаптация – у 41 % и срыв адаптации – у 4 % учащихся. 15 % студентов отмечают наличие частых стрессов [8].

Проблемы адаптации студентов традиционно вызывают интерес у психиатров [14, 15, 20, 21]. С одной стороны, это обусловлено тем, что период обучения совпадает с одним из кризисных периодов в жизни, в процессе которого происходит завершение становления личности. С другой – образовательный процесс предъявляет повышенные требования к механизмам психической адаптации [10, 16, 11]. В силу этого при определенных особенностях и повышенной уязвимости психики возникают состояния дезадаптации [9]. Они могут проявляться в психологических затруднениях и социальных конфликтах, сопровождаться развитием различных форм зависимостей, возникновением от-

клоняющегося [2, 18] и суицидального поведения [4, 17, 22]. С учетом сказанного студенчество является достаточно уязвимой группой, на которую должно быть направлено внимание профессионалов в сфере психического здоровья [1, 5, 8].

Цель исследования – клиничко-статистический анализ психопатологических особенностей и динамики расстройств адаптации (РА) у студентов.

Материалы и методы. Отбор студентов для включения в исследование проходил на базе медико-психологического центра поликлиники одного из вузов г. Москвы (экономико-управленческого профиля) и включал в себя несколько этапов. На первом этапе в процессе скрининга была выделена основная группа, в нее включались студенты, у которых вслед за психотравмирующим воздействием развивались эмоциональные и поведенческие нарушения. Диагноз устанавливался на основании критериев рубрики F43.2 МКБ-10. Исключались пациенты с расстройствами психотического уровня, аффективными расстройствами (как в анамнезе, так и на момент обследования), расстройствами личности, текущими органическими заболеваниями ЦНС и тяжелой соматической патологией. Основная группа состояла из 111 амбулаторных пациентов (78 девушек – 70,3 % и 33 юношей – 29,7 %) в возрасте 16-23 лет (средний возраст – 19,14 года). Она формировалась как в процессе плановых медицинских осмотров – 48 студентов (43,2 %), так и из контингента самостоятельно обратившихся за помощью – 63 студента (56,8 %). Контрольная группа была сформирована методом случайного отбора и состояла из 60 студентов (39 девушек – 65 % и 21 юноша – 35 %) в возрасте 16-23 лет (средний возраст – 19,05 года) без соматических и психических расстройств.

Второй этап включал в себя изучение характерологических особенностей, соматического статуса и социально-демографических характеристик студентов исследуемых групп (табл. 1).

На третьем этапе рассматривались особенности клинических проявлений РА. В зависимости от преобладания тех или иных нарушений осуществлялась их типологизация. Третий этап исследования включал в себя также катamnестическое на-

блюдение пациентов основной группы и определение вариантов динамики РА у студентов.

Таблица 1

Общая демографическая характеристика материала

Показатели		Исследуемые группы	
		основная, n=111, абс. (%)	группа сравнения, n=60, абс. (%)
Пол	мужской	33 (29,7)	21 (35)
	женский	78 (70,3)	39 (65)
Распределение по возрастным группам, лет	16	3 (2,7)	3 (5)
	17	14 (12,6)	8 (13,3)
	18	27 (24,35)	15 (25)
	19	21 (18,9)	10 (16,7)
	20	27 (24,35)	13 (21,7)
	21	10 (9)	6 (10)
	22	4 (3,6)	3 (5)
	23	5 (4,5)	2 (3,3)
Возраст, лет	средний,	19,14	19,05
	25 и 75 процентиля	18-20	18-20
Курс обучения	абитуриент	6 (5,4)	6 (10)
	подготовительный факультет	7 (6,3)	7 (11,7)
	1	15 (13,5)	5 (8,3)
	2	31 (27,95)	13 (21,7)
	3	41 (36,95)	21 (35)
	4	3 (2,7)	3 (5)
	5	8 (7,2)	5 (8,3)
Регион проживания	другой регион	55 (49,5)	23 (38,3)
	Москва	56 (50,5)	37 (61,7)
Состав семьи	единственный ребёнок	56 (50,5)	21 (35)
	есть ещё дети	55 (49,5)	39 (65)
	полная семья	50 (45)	39 (65)
	неполная семья	61 (55)	21 (35)

Исследование носило лонгитюдный характер. В течение двух лет наблюдения обследование проводилось многократно: во время включения в группу, через 1, 3 и 6 месяцев после пер-

вичного обследования. Поскольку исследование проводилось в амбулаторных условиях, за весь период наблюдения (два года) было прослежено состояние 57 пациентов (52,3 %). Наиболее частыми причинами отказа от продолжения наблюдения были боязнь стигматизации, убежденность в стойкости выздоровления и отсутствие согласия на психокоррекционную работу. Кроме того, в 30,6 % случаев (34 пациента) не было возможности провести катамнестическое исследование в связи с тем, что 16 студентов (14,4 %) заканчивали учебное заведение, отчислялись за неуспеваемость – 8 (7,2 %), оформляли академический отпуск – 10 студентов (9 % случаев).

Оценка психического состояния проводилась на основании полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974). Применялись шкалы депрессии (HDRS, 17 пунктов) и тревоги (HARS) Гамильтона (M. Hamilton, 1964); шкала глобального клинического впечатления (CGI-S, CGI-I, W. Guy, 1976); тест нервно-психической адаптации (Н-ПА, И.Н. Гурвич, 1992); ММИЛ (Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, 1969). Кроме того, изучались личностные особенности пациентов с помощью теста 16ЛФ (А.Г. Шмелев, В.И. Похилько, А.С. Соловейчик, 1988) и типологии К. Леонгарда. Все студенты проходили обязательное обследование у терапевта и невропатолога, был проведен анализ медицинских карт и данных рейтинговых показателей успеваемости и социальной активности исследуемых.

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета Statistica 6.0 и непараметрических методов сравнения.

Результаты исследования. Изучение клинических проявлений РА у студентов позволило выявить ряд общих для данной группы особенностей. Обязательной психопатологической характеристикой у обследованных пациентов являлся специфический реактивный симптомокомплекс идеаторно-мнестических и аффективно-мотивационных расстройств, выразившийся в устойчивых интрузивных переживаниях, которые были сопряжены с изменением самоотношения пациентов. Указанные переживания выражались чувством незащищенности, отвержения, вины, бес-

помощности и растерянности, а также вторично возникающими реакциями отрицания, протеста, фатальной пассивности, смещенной активности. При этом у пациентов отмечалось избирательное снижение способности к многосторонней и объективированной оценке ситуации с фокальным усилением наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, доминированием аффективной логики, оценочных суждений и появлением избирательных дисмнезий. Все это создавало условия для наблюдающегося у них нарушения способности к переоценке и ассимилированию травматического опыта. Психопатологическая симптоматика развивалась в непосредственной связи со стрессовыми событиями, а психотравмирующая ситуация была ярко представлена в переживаниях и высказываниях пациентов. Клинические проявления РА у студентов отличались полиморфностью, неоднородностью и сравнительно неглубокой выраженностью симптоматики. Они сопровождалась ухудшением успеваемости и затруднениями социального функционирования.

С целью типологизации РА у студентов результаты клинической оценки состояния больных с помощью полуструктурированного интервью были обработаны по алгоритмам факторного анализа с выявлением главных компонент и последующим Varimax-вращением (в его нормализованном варианте). При статистической обработке данных наиболее адекватной с точки зрения информативности и содержательной интерпретации оказалась четырехфакторная модель. Доля дисперсии, объясняемая первым фактором, равнялась 14,2 %, вторым – 9,4 %, третий фактор включал в себя 7,2 % дисперсии, четвертый – 4,8 %. Все выделенные факторы имели собственные значения, превышавшие единицу, хотя принимали на себя относительно небольшую долю общей дисперсии, в совокупности объясняя 35,6 % изменчивости признаков (табл. 2). Невысокие проценты могут объясняться разнообразием симптоматики РА и ее неодинаковой представленностью в отдельных группах.

Таблица 2

Факторный анализ симптомов РА (результат Varimax вращения)

Симптомы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Головокружение	-0,10103	0,118406	-0,028579	-0,538457
Метеочувствительность	-0,00167	0,050397	-0,076853	-0,672351
Недовольство	-0,06965	-0,607465	-0,080730	0,345874
Импульсивность	-0,08996	-0,479301	0,186658	0,342045
Физическое здоровье	-0,12287	0,152145	0,139626	-0,615429
Головные боли	-0,14869	0,062626	-0,064988	-0,751613
Усталость	0,67505	-0,111472	0,078376	-0,243070
Мышечное напряжение	-0,17412	-0,246261	0,671370	0,148155
Непоследивость	-0,15177	-0,480593	0,372699	0,240698
Обеспокоенность здоровьем	-0,46941	0,138517	0,114759	-0,573817
Нервная напряженность	-0,08707	-0,295917	0,681577	0,232715
Вегетативная тревога	-0,20862	0,073747	0,548688	-0,194605
Ситуационная тревога	-0,14010	0,223131	0,687664	-0,067053
Специфическая фобия	-0,06729	0,211398	0,533777	0,025231
Избегание	-0,11898	0,214524	0,620019	0,039728
Апатия	0,71028	0,010012	-0,174587	0,121778
Снижение настроения	0,71789	0,161537	-0,238563	0,200236
Безнадежность	0,64052	0,026090	-0,078513	0,134994
Утренняя депрессия	0,77157	0,137958	-0,094481	0,135425
Социальная отгороженность	0,57562	-0,034790	-0,064728	0,041465
Небредовые идеи отношения	-0,22887	-0,578877	-0,170236	-0,227873
Вялость, анергия	0,62859	-0,005014	0,015223	-0,091151
Раздражительность	0,01083	-0,632327	-0,217724	0,360916
Обсессии	-0,10345	0,117956	0,576565	-0,047794
Expl. variance	10,16098	5,036711	6,678128	5,907756
Prp. total	0,13027	0,064573	0,085617	0,075740

Как видно в табл. 2, первый фактор включал в себя аффективную симптоматику с ведущим депрессивным компонентом и высокими факторными нагрузками по параметрам: снижение настроения, апатия, анергия, утренняя депрессия. Патохарактерологические проявления составляли основу второго фактора с высо-

кими факторными нагрузками на импульсивность, раздражительность, идеи отношения, гиперактивность. Третий фактор определялся симптоматикой тревожно-фобического спектра с высокими факторными нагрузками по параметрам: тревожность и внутреннее напряжение, ситуационная тревога, избегающее поведение. Ведущими компонентами четвертого фактора являлись обеспокоенность своим здоровьем, метеочувствительность и соматические симптомы в виде болевых ощущений, головокружений.

Основываясь на психопатологических проявлениях и факторной модели, были определены главные синдромы РА: депрессивный (59,5 %), тревожный (45,0 %), психовегетативный (35,1 %) и поведенческий (14,4 %). Дальнейший клинкодинамический анализ состояния обследуемых студентов позволил выделить следующие варианты РА: депрессивные реакции дезадаптации (32,5 %); тревожно-депрессивные реакции дезадаптации (21,6 %); соматизированные реакции дезадаптации (20,7 %); тревожные реакции дезадаптации (13,5 %); реакции с нарушениями поведения (11,7 %).

Депрессивные реакции дезадаптации отмечались у 36 пациентов. Клиническая картина данного варианта РА определялась наличием депрессивного аффекта, снижением побуждений, пессимистической оценкой перспектив и собственной личности, нарушениями концентрации внимания, легкой психомоторной заторможенностью и психовегетативными нарушениями. При этом депрессивный аффект характеризовался непостоянством, зависимостью от ситуации, отсутствием "витальности". Снижение побуждений касалось ограниченного круга интересов и увлечений, ангедония не достигала значительной степени, не отмечалось замедления ассоциативного процесса. У многих пациентов заметное место в клинической картине занимало изменение самооценки, переживание утраты, а также редуцированные идеи вины.

В зависимости от стабильности и длительности аффективных нарушений было выявлено два подтипа депрессивных реакций дезадаптации: кратковременные (КДР) и пролонгированные (ПДР). При КДР симптоматика сохранялась от двух недель до одного месяца (18 пациентов). В среднем длительность реакций в данной группе составляла 20 ± 3 дня. Если депрессивная

реакция составляла от 1 до 18 месяцев, диагностировалось РА, ПДР (18 пациентов). Следует отметить, что у 61,1 % пациентов этой группы длительность расстройства составляла 3-2 месяцев. Средняя продолжительность расстройства в группе с ПДР составляла 9 ± 2 месяца.

В целом динамика депрессивных реакций дезадаптации характеризовалась формированием и длительным сохранением комплекса психогенных переживаний с фиксацией на психотравмирующем событии, присоединением и усилением астенических проявлений, которые доминировали в начале заболевания и сохранялись в последующем. На поздних этапах в клинической картине ведущее место начинали занимать аффективные нарушения в виде субдепрессивных или депрессивных состояний легкой степени выраженности, а комплекс психогенных переживаний отодвигался на задний план.

У 15 пациентов с РА отмечались тревожные реакции дезадаптации (ТР). Следует отметить, что в МКБ-10 специальной рубрики для ТР нет, поэтому данные состояния классифицируются в рубрике F43.23 (РА с преобладанием других эмоций). Наиболее частыми проявлениями в их клинической картине являлись переживание внутреннего напряжения, безотчетного немотивированного беспокойства и неспособности расслабиться. Следует отметить и характерную для пациентов с ТР суточную динамику самочувствия: так, тревожные ожидания в сочетании с раздражительностью и недовольством, а также ощущения физического и психического дискомфорта нарастали в вечернее время, перед сном. Чувство тревоги зачастую инициировалось мыслями о будущем, ожиданием перемен, состоянием неопределенности. Наряду с эпизодически возникающими ожиданиями неприятностей, ощущениями беспредметной тревоги и страха за себя и близких некоторые пациенты отмечали появление тревоги, робости и нерешительности в ситуациях, в которых ранее чувствовали себя спокойно. Особенно значимыми были ситуации, связанные с учебным процессом, – ответы на семинарах, экзаменах, выполнение письменных контрольных. У студентов снижалось "качество" мышления с периодическими непроизвольными переключениями на психотравмирующую ситуацию,

появлялась боязнь неправильных ответов, неадекватной оценки преподавателя, иногда формировались избегающие формы поведения. У части обследуемых в случаях неудовлетворительных результатов и неудач на фоне нарастающей тревожности появлялись ощущения неуверенности в себе, которые сопровождались вспышками раздражительности, направленными на себя. Поведение пациентов, несмотря на чувство неуверенности и снижение самоуважения характеризовалось стремлением к общению с окружающими, поиском социальной поддержки и внимания. В большинстве случаев наблюдаемые ТР сопровождались выраженной психовегетативной симптоматикой. Наиболее часто предъявлялись жалобы на головные боли напряжения, трудности засыпания и поверхностный сон, отмечались расстройства приема пищи, колебания массы тела.

Длительность ТР не превышала 5 недель со средней продолжительностью $22,6 \pm 3,2$ дня. По мере дезактуализации психотравмы и регресса тревожного аффекта ведущее место в клинической картине расстройства начинал занимать астенический синдром. Он формировался постепенно, через 2-3 недели от начала реакции и проявлялся в виде раздражительной слабости, несобранности, утомляемости и снижения концентрации внимания. При этом элементы астении были менее выражены, чем при реакциях депрессивного типа. В процессе динамического наблюдения было установлено, что у 8 пациентов (53,3 %) наблюдалось неблагоприятное течение расстройства с нарастанием выраженности депрессивных симптомов и формированием тревожно-депрессивного синдрома в рамках РА.

Диагноз РА, тревожно-депрессивная реакция (ТДР) был установлен в процессе динамического наблюдения у 24 пациентов. Аффективные проявления в клинической картине у пациентов этой группы характеризовались гипотимией, подавленностью, а также наличием ощущения внутреннего напряжения и беспокойства. На фоне сниженного настроения отмечались ослабление интересов, желаний, отгороженность и безучастность, снижение самооценки, утрата самоуважения. Особенностью тревожного синдрома было сочетание и выраженность как психического, так и соматического компонентов тревоги. В рамках психического

компонента отмечались беспокойство, тревожные опасения, предчувствия, мысли, направленные в будущее; навязчивые воспоминания, связанные со стрессовой ситуацией, нерешительность в действиях, принятии решений. Соматический компонент включал в себя разнообразные нарушения психовегетативного уровня. Его проявлениями были ощущения сердцебиения, чувство нехватки воздуха или дискомфорта в грудной клетке, вазомоторная лабильность, повышенная потливость, легкое головокружение и неустойчивость при ходьбе. Соматические проявления тревоги усиливались при воспоминаниях о психотравмирующем событии, волнении, повышенной умственной и эмоциональной нагрузках. Характерными были также астенические симптомы, нарушения сна в виде частых пробуждений среди ночи, невозможность отключиться от неприятных мыслей при засыпании. Следует отметить, что при ТДР переживания пациентов были наиболее тягостными, что зачастую было связано с хронической, длительно сохраняющейся стрессовой ситуацией. Большинство пациентов с ТДР были пассивны в отношении предлагаемой помощи, а стиль их реагирования на изменение обстоятельств отличался неконструктивностью и дезадаптивностью.

Только у 11 (46 %) пациентов клиническая картина расстройства уже на начальных этапах характеризовалась наличием как депрессивного, так и тревожного компонентов, а у 13 (54 %) – сначала доминировали либо тревожные, либо депрессивные проявления и лишь в последующем симптоматика усложнялась. Большая часть ТДР длилась от трех до 12 месяцев (у 50 % пациентов, из них у 29 % – более 6 месяцев). Средняя продолжительность расстройства составляла $5,8 \pm 1,5$ месяца. В процессе динамического наблюдения было установлено, что на его отставленных этапах (при длительности более двух месяцев), тревожная симптоматика трансформировалась. При этом собственно психический компонент тревожного синдрома редуцировался, а на первое место выдвигались соматические проявления. Кроме того, на фоне длительного эмоционального напряжения, связанного со стрессом, нарастала астенодепрессивная симптоматика. Преобладала физическая усталость, раздражительность, гиперестезия, а также апатия, появлялись разнообразные и не-

связанные с психической травмой чувство тягостного бессилия, ощущение собственной несостоятельности и неспособности справиться с ситуацией.

Диагноз соматизированная реакция дезадаптации (СР) был установлен у 23 пациентов. Следует отметить, что в МКБ-10 подобная диагностическая рубрика отсутствует и данные состояния могут классифицироваться как РА с другими специфическими преобладающими симптомами (F43.28). Тем не менее значительная выраженность и преобладание в клинической картине психовегетативных симптомов, а также большая распространенность данного типа реагирования на стрессовую ситуацию в студенческой популяции позволила выделить СР в отдельную группу.

Особенность клинической картины для данной группы РА заключалась в том, что несмотря на внешнюю изменчивость вегетативные нарушения устойчиво доминировали в клинической картине. СР сопровождалась также и астеническими симптомами в виде быстрой утомляемости, вялости и сонливости. Среди предъявляемых жалоб чаще других отмечались различные головные боли, головокружение, нарушения сна и аппетита, сердцебиение и чувство "нехватки" воздуха. У 84,6% пациентов отмечался алгический синдром различной локализации. Появление симптоматики, как правило, было связано с нарастанием субъективной значимости психотравмирующей ситуации, усилением фрустрации или хроническим напряжением. Предъявляемые соматические жалобы в большинстве случаев отличались относительно легкой выраженностью, ограниченной локализацией и не соответствовали результатам объективного медицинского обследования. Аффективные нарушения при СР не были выраженными и проявлялись в виде тревожных опасений, лабильности настроения и кратковременных периодов внутреннего беспокойства.

Динамика СР характеризовалась краткосрочностью (до 1 месяца) и сбалансированной редукцией симптоматики. Средняя продолжительность расстройства составляла $17,2 \pm 4,7$ дня. Значимую роль в клинической картине играло формирование стереотипных "соматических ответов" на психотравмирующее событие.

РА с нарушениями поведения – поведенческие реакции дезадаптации (ПР) были диагностированы в 13 случаях, из них у 6 студентов (46,2 %) отмечались также отчетливые нарушения в эмоциональной сфере и им выставлялся диагноз F43.25 – РА с поведенческими и эмоциональными нарушениями (ПЭР). При ПР клиническая картина чаще определялась раздражительностью, несдержанностью, импульсивностью, повышенной возбудимостью, кратковременными реакциями агрессии, обиды, гнева. У пациентов основной группы в структуре ПР отмечались личностные реакции, связанные с декомпенсацией акцентуаций характера (7 %), "ситуационное" злоупотребление психоактивными веществами (1,1 %) и чрезмерная вовлеченность в компьютерные игры (3,6 %). Как правило, при данном типе реагирования у пациентов выявлялись ранее нехарактерные для них формы поведения, снижение порога агрессивности, обострение чувствительности к критике, что приводило к конфликтам, нарушению взаимоотношений с окружающими. Тем не менее выраженность психопатологической симптоматики оставалась неглубокой. В условиях дезактуализации или устранения психотравмирующего фактора симптоматика быстро редуцировалась.

Возникновение социальной дезадаптации в большей степени определялось такой симптоматикой, как перепады настроения, раздражительность, гиперактивность, чувство недовольства и внутреннего напряжения. Но большинство из этих симптомов, среди которых преимущественно отмечались проявления легких форм астенической или психовегетативной симптоматики, не предьявлялось в качестве жалоб.

Эмоциональные нарушения не занимали ведущего положения в клинической картине, проявлялись фрагментарно или в стертом виде. В большей степени они встречались у пациентов с ПЭР и выражались в эмоциональной лабильности, гипотимном фоне настроения, чувстве внутренней напряженности.

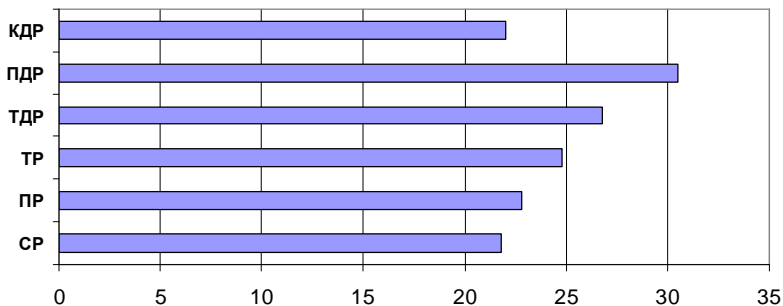
По длительности ПР были кратковременными, средняя продолжительность их составляла $15,1 \pm 3,4$ дня. Однако под влиянием длительного психоэмоционального напряжения и повторяющихся стрессовых воздействий у обследованных студентов

часто нарастала выраженность симптоматики и реакции дезадаптации возникали повторно.

Сравнение выделенных клинических вариантов РА по показателям шкал депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона свидетельствует о том, что для большинства групп медианные баллы находятся в интервале 7-6 баллов, что свидетельствует о легкой степени тяжести как депрессивной, так и тревожной симптоматики. Все группы достоверно различаются между собой хотя бы по одному показателю шкал HDRS и HARS, а в группе РА с ПР показатели большинства шкал не выходят за границы нормы и достоверно отличаются от показателей остальных групп.

По общей тяжести состояния, оцениваемой по шкале CGI-S, пациенты с легко выраженными психическими нарушениями преобладали в группах с КДР (94,4 % случаев), СР (82,7 %) и ТР (60%). При ПДР и ТДР, напротив, преобладали более выраженные расстройства (83,3 и 54,2% случаев соответственно), а в группе ПР – субсиндромальные состояния (76,9 %).

Для количественного анализа тяжести состояний дезадаптации нами использовался тест нервно-психической адаптации (Н-ПА). В ходе исследования были получены следующие результаты: студенты контрольной группы в 55,0 % случаев (33 человека) были отнесены к категории "здоровье", 45,0 % (27 человек) – к категории с "оптимальной адаптацией". Состояние пациентов основной группы было квалифицировано как "непатологическая психическая дезадаптация" – 1,8 % (2 человека), "патологическая психическая дезадаптация" – 30,7 % (34 человека), "вероятно болезненное состояние" – 67,5 % (75 человек). Различия уровня Н-ПА у студентов основной и контрольной групп были статистически достоверны ($p=0,005$). В группах с РА наименьшие показатели были при СР (21,8) и КДР (22), что соответствует "патологической психической дезадаптации", наибольшие – при ПДР (30,5) и ТДР (26,8), что отражает "вероятно болезненное состояние". Различия этих показателей достигали уровня статистической значимости ($p=0,002$). Следует отметить, что значения теста Н-ПА могут быть соотнесены с качественными особенностями различных вариантов РА, несмотря на то что они отражают количественный уровень дезадаптации (рисунок).



Средние значения по тесту Н-ПА в группах РА

В ходе катамнестического наблюдения было выявлено три варианта течения РА:

1) *благоприятное* – краткосрочное (22 пациента – 33,3 %). Данный тип динамики характеризовался значительным регрессом психопатологической симптоматики и постепенным выздоровлением;

2) *протрагированное* течение (26 пациентов – 39,4 %) имело два варианта:

а. по типу затяжных реакций (50 %), когда длительность РА составляла более шести месяцев. Следует отметить, что сюда же были отнесены и те случаи (4 пациента), когда на этапе включения был установлен диагноз КДР, но при динамическом наблюдении диагноз менялся на ПДР в связи с большей длительностью расстройства;

б. по типу повторяющихся реакций-"клише" (50 %), когда при катамнестическом наблюдении у пациентов после периода нормализации состояния вновь возникали аналогичные по форме и типу нарушения;

3) *неблагоприятное* течение (18 пациентов – 27,3 %). Данный тип динамики характеризовался углублением симптоматики с тенденцией к формированию иных психических расстройств (дистимия, депрессивные эпизоды, тревожно-депрессивные расстройства, соматоформные расстройства).

Необходимо отметить, что приведенные значения соответствуют периоду наблюдения в один год (всего 66 пациентов),

поскольку уже к этому моменту можно было судить о динамической характеристике РА.

Сравнительный анализ показал, что благоприятное течение было более характерно для КДР ($p=0,05$), такие реакции были наименее длительными и выраженными и реже приводили к каким-либо психопатологическим состояниям. Неблагоприятное течение чаще отмечалось при ТР и ТДР ($p=0,02$ и $p=0,008$ соответственно). Протрагированное течение по типу затяжных реакций было наиболее характерно для ПДР ($p=0,02$), а по типу "клише" – для ПР ($p=0,02$) и СР ($p=0,01$). Вероятно, это обусловлено тем, что поведенческие нарушения отражали особенности преморбидного личностного склада и характеризовали стиль конституционального реагирования на стресс. А наличие соматических жалоб и психовегетативных расстройств ухудшало прогноз из-за формирования соматизации как стереотипного способа реагирования на стресс.

Для определения наиболее значимых факторов неблагоприятного прогноза РА был проведен регрессионный анализ данных психометрических шкал (ММИЛ и 16ЛФ). Следует отметить, что учитывались только достоверные профили ММИЛ. Ряд альтернативных статистических решений был рассчитан путем пошагового регрессионного анализа (табл. 3).

Таблица 3
Итоговая таблица регрессии для неблагоприятного течения

n=27	Средн. ± станд. отклон.	Beta	Станд. ошибка Beta	B	Станд. ошибка B	T (16)	p-уро- вень
Своб. член	-	-	-	-1,594	0,364	-4,382	0,0004
A	6,2±2,3	-0,556	0,124	-0,077	0,017	-4,488	0,0004
N	5,8±2,0	0,284	0,132	0,045	0,021	2,154	0,0468
Q2	4,8±2,2	-0,311	0,145	-0,045	0,021	-2,147	0,0475
Q3	6,6±2,2	-0,408	0,123	-0,059	0,018	-3,323	0,0043
S0	51,6±13,5	0,711	0,153	0,017	0,004	4,652	0,0003

Коэффициент множественной детерминации данной модели, $R^2=0,83278769$, скорректированный коэффициент множественной детерминации, $R^2=0,72828000$, достоверность уравнения

регрессии $p=0,000159$, стандартная ошибка оценки модели 0,16693. Из представленной модели следует, что высокие значения шкалы S0 ММИЛ (коммуникативные затруднения) и шкалы N (напряженность) 16ЛФ, а также низкие – по шкалам А (отчужденность), Q2 (зависимость от группы) и Q3 (низкий самоконтроль) 16ЛФ являются наиболее значимыми факторами, определяющими неблагоприятное течение РА. Данные характеристики в соответствии с регрессионной моделью в наибольшей степени влияют на тяжесть психопатологической симптоматики.

Результаты динамического наблюдения свидетельствуют о том, что терапия РА должна быть комбинированной и включать психотерапевтические, психофармакологические и социально-реабилитационные мероприятия, что соответствует литературным данным [6, 19, 24]. Для оценки динамики РА на фоне лечения и без него наблюдалась терапевтическая группа (ТГ, $n=25$) и группа сравнения (ГС, $n=25$). Из психофармакологических препаратов применялись афобазол, гидроксизин и тианептин. Продолжительность их приема в среднем составляла 4–8 недель. Психотерапевтические подходы базировались на принципах когнитивно-поведенческой и интерперсональной психотерапии. В ГС вошли пациенты, которые отказались от лечения и были сопоставимы с пациентами ТГ по полу, возрасту и спектру клинических вариантов РА.

По исходным показателям шкал депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона достоверных различий в ТГ и ГС выявлено не было. В ТГ симптоматика редуцировалась значительно быстрее, уже к третьему месяцу суммарный медианный балл HDRS достиг уровня клинической ремиссии (6,1 балла) и достоверно отличался ($p=0,04$) от показателя в ГС (9,6 балла). В ГС редукция аффективной симптоматики происходила значительно медленнее и даже спустя год составляла 7,8 балла, что не соответствует состоянию ремиссии. При сравнении ТГ и ГС по показателям шкалы HARS достоверные различия ($p=0,04$) отмечались спустя 1 месяц терапии (8,1 и 10,6 балла соответственно). В ТГ уровень клинической ремиссии (5,8 балла) был достигнут уже к третьему месяцу наблюдения, в то время как в ГС (6,6 балла) – лишь к шестому месяцу. По шкале CGI-S уже к 3-му месяцу наблюдения в ТГ преобладали пациенты с отсутствием заболевания – 13 че-

ловек (52 %) и субклиническими состояниями – 7 человек (28 %), а на момент завершения наблюдения у большинства пациентов (24 человека (96 %)) отмечалась нормализация состояния. В ГС к 3-му месяцу таких пациентов было лишь 6 (24 %), а к концу наблюдения их число увеличилось до 14 (56 %). У оставшихся 11 пациентов (44 %) состояние квалифицировалось в диапазоне от субклинического до умеренно тяжелого, что свидетельствует о неблагоприятном течении РА у пациентов ГС в отсутствие терапии. Оценка динамики эффективности терапии по CGI-I, показала, что уже к концу 1-го месяца психотерапии у 64 % пациентов ТГ отмечалось минимальное, а у 16 % – значительное улучшение состояния. Следует отметить, что у пациентов ТГ в большинстве случаев отмечалось благоприятное (80 %), а у пациентов ГС – неблагоприятное (40 % случаев) либо протрагированное (56 % случаев) течение.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что РА у студентов имеют сложную психопатологическую структуру, которая включает облигатные нарушения (интрузивные переживания, связанные с психотравмирующей ситуацией, аффективно-мотивационные и парциальные когнитивные нарушения, изменение самоотношения) и факультативную симптоматику (астенические состояния, изменения настроения, соматоформные и психовегетативные дисфункции нарушения подконтрольности поведения).

В ходе проведенного исследования наряду с общими особенностями РА у студентов выявлены также их внутригрупповые характеристики. Помимо аффективных синдромов при РА у студентов, значительно распространены поведенческие нарушения и соматизированные реакции, что коррелирует с возрастными особенностями исследуемой группы.

Несмотря на то что для РА чаще характерна легкая выраженность психопатологической симптоматики и благоприятное течение, эти состояния существенно нарушают социальное функционирование студентов и приводят к учебной дезадаптации.

Все вышесказанное повышает требования к своевременной диагностике подобных состояний и их дифференциации от других психических расстройств. Кроме того, с учетом разработки

новой международной классификации болезней (МКБ-11) возникает необходимость выявления более четких клинических критериев РА с целью их ранней диагностики, своевременной коррекции и профилактики.

Литература

1. *Агаджанян Н.А.* Здоровье студентов. М.: Россия, 1997. 200 с.
2. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993. 400 с.
3. *Брагина К.Р.* Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения // Вісник Вінниц. державного мед. ун-ту. 2003. Т. 7. Вип. 2/2. С. 849-851.
4. *Войцех В.Ф.* Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280 с.
5. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г., Москова М.В., Войцех В.Ф., Семикин Г.И.* Предэкзаменационный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 2. С. 38-42.
6. *Глумова И.В.* Способ лечения лиц с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра после экстремальных ситуаций на производстве. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, г. Новокузнецк, 19 мая 2006 г. Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2006. 160 с.
7. *Жижко Н.П., Левенко М.Ю., Петров М.И.* Клиническая характеристика учащихся техникумов и СПГУ, страдающих нервно-психическими заболеваниями // Актуальные вопр. психиатрии. Вып. 2. Томск, 1985. С. 20.
8. *Нефедовская Л.В.* Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи. М., 2007. 189 с.
9. *Николаев Е.Л.* Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 2. С. 136-142.
10. *Николаев Е.Л., Комиссарова Н.И., Григорьева Н.Н., Герасимова М.Н.* Потенциал здоровья студенческой молодежи: личностные и поведенческие факторы риска // Науч.-мед. вестник Центрального Черноземья. 2010. № 39-3. С. 16-21.
11. *Нонан Э.* Студент как личность // Высш. образ. в Европе. 1994. Т. 19. № 3. С. 32-44.
12. *Рогозина М.А., Подвигин С.Н., Дилина А.М.* О раннем выявлении и терапии астенических расстройств у студентов медицинского вуза:

- материалы 11-й межрегион. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии" // Науч.-мед. вестник Центрального Черноземья. 2009. № 35. I кв. С. 217-221.
13. *Северный А.А., Ануфриев А.К.* Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня: метод. рекомендации. М., 1987. 3 с.
 14. *Цивилько М.А., Ильина М.А.* Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов // Вестник РУДН. Сер. Медицина. 2003. № 5 (24). С. 71-73.
 15. *Чубаровский В.В., Некрасов М.А.* Пограничные психические расстройства и аддиктивные формы поведения у лиц подросткового и юношеского возраста (клинико-эпидемиологический аспект). Монография. Орел: Изд-во ОГУ, 2005. 128 с.
 16. *Яницкий М.С.* Комплексная модель оценки показателей психологической адаптации студентов вуза и ее апробация в условиях перехода на уровневую систему образования // Вища освіта України. 2010. № 3 (38). С. 118-127.
 17. *Bhatia M.S., Aggarwal N.K., Aggarwal B.B.* Psychosocial profile of suicide ideators, attempters and completers in India // Int. J. Soc. Psychiatry. 2000. N 46(3). P. 155-163.
 18. *Brown S.A., Mott M.A., Stewart M.A.* Adolescent alcohol and drug abuse // The Handbook of Clinical Child Psychology. New York: John Wiley, 1992. P. 677-693.
 19. *Casey P.* Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment // CNS Drugs. 2009. N 23 (11). P. 927-938.
 20. *Dyson R., Renk K.* Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping // J. Clin. Psychol. 2006. N 62 (10). P. 1231-1244.
 21. *Garfinkel B.D., Carson G.A., Weller E.B.* Psychiatric disorders in children and adolescent // Philadelphia et. al. W.B. "Saunders Company", 1990.
 22. *Lönnqvist J.K., Henriksson M.M., Isometsä E.T. et al.* Mental disorders and suicide prevention // Psychiatry Clin. Neurosci. 1995. N 49 (suppl. 1). S. 111-116.
 23. *Lung F.W., Lee F.Y., Shu B.C.* The premorbid personality in military students with adjustment disorder // Military Psychology. 2006. N 18 (1). P. 77-88.
 24. *Walsh J., Corcoran J.* A Social Work Perspective on the Adjustment Disorders // Social Work in Mental Health. 2011. Vol. 9. Is. 2. P. 107-121.