

2. Риски развития тревоги/депрессии преобладали в 3 группе с возрастным диапазоном в 23–24 года.

3. Таким образом, клинически тревога/депрессия чаще всего проявлялась следующими симптомами: ощущением предстоящей неприятности, отсутствием удовольствия от привычных радостей, неусидчивостью, чувством напряжения и невозможностью расслабиться в свободное время.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Менделевич, В. Д. Психиатрия и наркология: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 367 с.
2. Ковалев Ю. В., Золотухина О. Н. Депрессия: клинический аспект. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. – 144 с. – (Библиотека практического врача. Психиатрия). – Библиогр.: с. 136–139.
3. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Учебное пособие. В 2 т. – Т. 1. – М.: Медицина, 2002. – 672 с. – (Допущено Министерством образования Респ. Беларусь).
4. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 894 с.
5. Ющенко, А. И. Лекции по психиатрии / А. И. Ющенко. – М.: Прибой, 1992. – 118 с.

УДК 616.89-008.441-07-057.875

А. Н. Карabanов, Е. Д. Романенко

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СКРИНИНГ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАСТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ

Введение

На сегодняшний день, актуальным остаётся вопрос сохранения здоровья студенческой молодежи, как одной из самых уязвимых категорий любого общества в связи со стрессами, часто возникающими в этот период жизни. Психические заболевания в юношеском возрасте, в частности невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (МКБ-10, блок F40-F48), оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации, что требует тщательного подхода медико-социальных и психологических служб к их выявлению, лечению и профилактике [1].

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюсти для достижения чувства «завершённости действия» [2].

На современном этапе существует множество шкал для оценки риска и тяжести ОКР, одной из которых является пересмотренная шкала OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory – Revised), с упрощенными формулировками вопросов [4]. «Золотым стандартом» для психометрической оценки тяжести ОКР является Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна. Шкала состоит из контрольного списка навязчивых идей и компульсий, а также шкалы, которая оценивает их тяжесть. Предполагается проведение базовой оценки до начала терапии и последующей для объективной оценки динамики симптомов [3].

Цель

Оценить распространенность и тяжесть обсессивных и компульсивных феноменов среди студенческой молодежи медицинского университета (ГомГМУ) с использованием шкалы обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна и пересмотренной шкалы OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory – Revised). Сравнительная оценка показателей двух шкал.

Материал и методы исследования

Проведено психодиагностическое, рандомизированное исследование в форме анонимного добровольного анкетирования среди студентов учреждений образования: «Гомельский государственный медицинский университет». В исследовании использовались шкалы обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна (10 вопросов) и OCI-R шкала (18 вопросов). Выборку составили 85 студентов УО «ГомГМУ», из них 45 (53 %) парней и 40 (47 %) девушек, различных национальностей и возрастных групп. Использовались следующие статистические методы: анализ непараметрических критериев, методы описательной статистики. Статистическая обработка проведена при помощи пакета прикладных программ MS Excel-2010. Уровень критической значимости соответствует $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1– Оценка степени тяжести ОКР по шкале Йела – Брауна

Степень тяжести ОКР	шкала Йела – Брауна
Субклиническое течение (0–7 баллов)	34,12 % (n = 29)
Легкое ОКР (8–15 баллов)	21,18 % (n = 18)
ОКР средней тяжести (16–23 баллов)	29,41 % (n = 25)
Тяжелое ОКР (24–31 баллов)	15,29 % (n = 13)
Крайне тяжелое ОКР (32–40 баллов)	–

Согласно шкале OCI-R, на симптомы обсессивно-компульсивного расстройства указывают результаты выше 21 балла (за каждый ответ дается от 0 до 4 баллов). На основании пересмотренной шкалы OCI-R, симптомы ОКР были выявлены у 53 респондентов (62,35 %).

Расхождение в данных между двумя шкалами составило 5,88 % (n = 5). По шкале Йела-Брауна у данных респондентов отмечается субклиническое течение ОКР, когда по OCI-R шкале у них регистрируется выраженная симптоматика ОКР (от 26 баллов).

Выводы

Установлено, что у 34,12 % респондентов отмечается субклиническое течение ОКР, что требует своевременной диагностики и проведения профилактики прогрессирования расстройства. У 65,88 % отмечается течение от легкой до тяжелой степени, что является неутешительный результатом (ОКР крайней степени тяжести не выявлено). Согласно OCI-R шкале, клинические симптомы выявлены у 62,53 %. Погрешность между 2 шкалами составила 5,88 %, что может быть связано с несерьезной оценкой респондентов значимости проводимых тестов.

Результаты, которые были получены в ходе исследования, могут использоваться с целью разработки научно обоснованных профилактических программ, направленных на предупреждение развития невротических расстройств среди учащейся молодежи, а также в учреждениях здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Международная классификация болезней (10-го пересмотра). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – ВОЗ. – СПб: АДИС, 1994. – С. 71–79.

2. Abramowitz, J. S. Obsessive-compulsive disorder / J. S. Abramowitz, S. Taylor, D. McKay // Lancet. – 2009. – Vol. – 374. – № 9688. – P. 491–499.

3. Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation / G. Brander [et al.] // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2016. – Vol. 65. – P. 36–62.

4. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample / J. D. Huppert [et al.] // J Anxiety Disord. – 2007. – № 21(3). – P. 394–406. Epub 2006 Jun 30. PubMed PMID: 16814981.

УДК 616.891.6–06: 616.8–009.836.1]–053.81

Ю. А. Ключинская, М. И. Богомазова

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И НАРУШЕНИЙ СНА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Введение

Тревожность – эмоциональное переживание, отвечающее за мобилизацию ресурсов организма, обеспечивающих поведение в экстремальных состояниях. Она не связана с каким-либо определенным обстоятельством и проявляется постоянно, в отличие от тревоги. Также тревожность трактуется как устойчивая черта, свойство личности, предполагающее повышенную склонность человека испытывать состояние тревоги, или как реакция человека на стрессовую ситуацию [1]. Так как «тревожность» может обозначать как свойство личности, так и реакцию на стрессовую ситуацию, выделяют «личностную тревожность, или Т-свойство» и «реактивную (ситуативную) тревожность, или Т-состояние». Самым известным тестом для оценки тревожности является опросник Ч. Спилбергера (STAI, State-Trait Anxiety Inventory) [2].

Сон – сложное психофизиологическое состояние, непосредственно определяющее психическую и биологическую активность человека. В Международной классификации расстройств сна 2005 г. выделяют 6 категорий нарушений сна: инсомнии, расстройства дыхания во сне, гиперсомнии, расстройства циркадного ритма сна, парасомнии и расстройства движений во сне. Наиболее распространенными в популяции и клинически значимыми из них являются инсомнии и расстройства дыхания во сне [3, 4].

С другой стороны, для большинства людей механизмы и вероятные причины развития нарушений сна остаются неизвестными, но при этом резко нарушают нормальное функционирование, в том числе и молодых, здоровых людей. Поэтому выявление зависимости нарушений сна от тревоги – актуальная проблема общества и отечественной медицины в целом [5]. Среди множества факторов, способных вызвать нарушения сна, в данном исследовании рассматривается тревожность.

Цель

Выявить наличие зависимости нарушений сна от легких, средних и высоких показателей личностной и ситуативной тревожности среди молодежи.

Материал и методы исследования

В опросе приняло участие 174 жителей г. Гомеля (56,3 % женщин и 43,7 % мужчин), возраст 18 до 35 лет (средний возраст составил 23,4 года). Опрашиваемым был предложен опросник «Тест Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)», с помощью которого производили расчет личностной и ситуативной тревожности, и «Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI)» для отбора людей с нарушениями