

**А. Е. Переплетчикова, В. А. Титенкова**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ГРУППАХ РИСКА**

### ***Введение***

Тревожные расстройства относятся к наиболее часто встречаемым психическим расстройствам. По различным оценкам, 4,05% мирового населения страдает от тревожных расстройств, что составляет 301 миллион человек. Количество пациентов увеличивается: с 1995 по 2019 год рост составил 55% [1]. По международной классификации болезней к тревожным расстройствам отнесены агорафобия, специфические фобии, социальные фобии, а также паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство (в МКБ-10 рубрики F40-F41) [2]. Они могут в значительной степени влиять на качество жизни и благополучие пациентов. Важно отметить, что пациенты с тревожными расстройствами в повседневной жизни посещают не только врачей-психиатров, но и любых других специалистов, поэтому врач любой специальности должен быть подготовлен в вопросах раннего выявления тревожных расстройств.

Исследования говорят о том, что тревожные расстройства наиболее выражены у женщин и молодых людей (20–40 лет) [3]. Нельзя также недооценивать роль стресса в возникновении тревожных расстройств. В профессиональной среде одними из наиболее подверженных риску возникновения тревожных расстройств являются работники сфер образования и здравоохранения. Например, недавняя пандемия COVID-19 вызвала в популяции рост тревожных расстройств. По данным Республиканского научно-практического центра психического здоровья, аффективные расстройства в виде депрессивных и тревожно-депрессивных реакций в пределах расстройств адаптации были обнаружены у 37,3% медицинского персонала [4]. Следовательно, важно выделять группы риска по возникновению тревожных расстройств, а также группы с высоким уровнем стресса.

### ***Цель***

Оценить степень выраженности тревожных расстройств в различных социальных группах и сформировать представление о группах риска возникновения тревожных расстройств.

### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось при помощи анонимного анкетирования. В исследовании приняли участие 64 человека. Пациентам предлагалось прохождение опросников, оценивающих степень выраженности различных признаков тревожных расстройств. Были использованы 2 опросника: шкала тревоги Бека и шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера и Ханина [5, 6]. Учитывались следующие показатели: пол, возраст пациентов, род их профессиональной деятельности (были выделены 3 группы: работники сферы здравоохранения, образования, а также контрольная группа, состоящая из представителей различных специальностей), наличие/отсутствие диагностированного тревожного расстройства в анамнезе, а также уровень тревоги, полученный по результатам анкетирования. Показатели, полученные по результатам двух

опросников, оценивались отдельно. Статистическая обработка полученных данных была проведена при помощи приложения Microsoft Excel.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Женщины в исследуемой группе составили 81% (52 чел.), мужчины – 19% (12 чел.). Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Возрастная структура исследуемых пациентов

Возрастная группа	Абсолютное число пациентов	%
До 18	1	1,6
18–24	35	54,6
25–34	9	14,0
35–44	7	10,9
45–54	9	14,0
55–64	1	1,6
65+	2	3,3

Исследуемые пациенты также были разделены в зависимости от выполняемой ими профессиональной деятельности. Были выделены следующие группы: работники здравоохранения составили 55% (35 чел.), работники сферы образования – 20% (13 чел.), работники других сфер (контрольная группа) – 25% (16 чел.); 15% пациентов (10 чел.) отметили диагностированное тревожное расстройство в анамнезе.

В опроснике Спилбергера и Ханина были выделены 2 показателя: реактивная тревожность, отражающая состояние пациента на данный момент, и личностная тревожность, отражающая тревожность как черту личности и оценивающая повседневное состояние пациента на протяжении длительного времени.

Согласно результатам, полученным по шкале Спилбергера и Ханина, 28% (18 чел.) имели высокий уровень реактивной тревожности, 70% (45 чел.) – умеренный, и 2% (1 чел.) – низкий уровень.

Средний уровень реактивной тревожности у исследуемых пациентов составил 41,47, среди женщин – 41,00, среди мужчин – 43,28. Среди работников здравоохранения средний уровень реактивной тревожности составил 41,92, среди работников образования – 41,95, среди контрольной группы – 40,05. Данные говорят о том, что у работников здравоохранения и образования уровень реактивной тревожности выше, что позволяет выделить данные группы как группы риска.

Уровень личностной тревожности был не таким высоким: 3% (2 чел.) имели высокий уровень личностной тревожности, 14% (9 чел.) – умеренный, и 83% (53 чел.) – низкий уровень. Результаты говорят о том, что личностная тревога, то есть конституциональная черта пациента, отражающая его реакции в различных ситуациях, в среднем у пациентов низкая, однако реактивная тревожность, отражающая актуальное состояние пациента, в среднем высокая. Отсюда можно сделать вывод, что в момент проведения исследования большинство пациентов находились под влиянием стрессовых факторов.

Средний уровень личностной тревожности составил 22,7, среди женщин – 21,05, среди мужчин – 28,9. Среди работников здравоохранения средний уровень личностной тревожности составил 23,4, среди работников образования – 23,75, среди контрольной группы – 19,4. Данные подтверждают указанное выше заключение о том, что уровень тревожности выше среди работников здравоохранения и образования.

Согласно результатам, полученным по шкале Бека, у 1% (1 чел.) выявлен высокий уровень тревожности, 25% (16 чел.) – средний уровень, 39% (25 чел.) – незначительный,

34% (22 чел.) – тревога отсутствует. Подавляющее большинство пациентов отметили отсутствие тревоги или ее незначительный уровень.

Средний уровень тревожности в исследуемой группе составил 22,7, среди мужчин – 16,09, среди женщин – 11,3. Из приведенных данных можно сделать вывод, что тревога более выражена у мужчин, чем у женщин.

### **Выводы**

1. При оценке по шкале Спилбергера и Ханина уровень реактивной тревожности в среднем был выше, чем уровень личностной тревожности, что говорит о том, что большинство исследуемых пациентов находятся в состоянии стресса.

2. Пациенты оценивали свою тревогу по шкале Спилбергера и Ханина выше, чем по шкале Бека, что может говорить о том, что пациенты больше внимания придают психологическим аспектам тревожности, нежели соматическим.

3. Уровень тревоги в целом был выше у пациентов, занятых в системах образования и здравоохранения, чем в контрольной группе, что позволяет определить данные сферы деятельности как группы риска.

4. Тревога больше выражена у мужчин, чем у женщин.

5. Данные, полученные в результате выполнения данной научной работы, позволяют врачам-специалистам всех специальностей более осознанно подходить к вопросу раннего выявления и своевременного лечения тревожных расстройств в группах риска.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations/ S. F. Javaid [et al.] // Middle East Curr Psychiatry. – 2023. – P. 30–44.

2. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) [Электронный ресурс] // Международная статистическая классификация болезней 10-го пересмотра. – Режим доступа: <https://mkb-10.com/index.php?rid=4237>. – Дата доступа: 05.02.2024.

3. Вельтищев, Д. Ю. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства / Д. Ю. Вельтищев // Современная Терапия Психических Расстройств. – 2018. – С. 26–37.

4. Эбзеева, О. А. Стресс и стресс-индуцированные расстройства / Е. Ю. Эбзеева, О. А. Полякова // Медицинский совет. – 2022. – № 16 (2). – С. 127–133.

5. Генерализованное тревожное расстройство : клин. рек. / Т. А. Караваева [и др.]. – 2019. – 83 с.

6. Левин, О. С. Генерализованное тревожное расстройство: диагностика, коморбидность и лечение / О. С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2016. – № 2. – С. 4–10.

**УДК 159.944.4:613.2]:378.6-057.875**

**П. В. Пинчук, П. Н. Дедков**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА И ЖИЗНЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПИТАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

### **Введение**

«Психологический дистресс» (ПД) – означает «состояние эмоционального болезненного переживания, которое обычно сопровождается признаками депрессии и тревожности». Психологический дистресс характеризуется тем, что человек испытывает стрессовую ситуацию, которая угрожает его физическому или психическому здоровью, не может эффективно противостоять стрессору и переживает эмоциональные нарушения из-за не-