

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

DOI: 10.29413/ABS.2021-6.1.15

Тревожность, суицидальный риск и личностные особенности у студентов медицинского вуза

Иванова Л.А.¹, Злобина О.Ю.²

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России
(664079, г. Иркутск, Юбилейный, 100, Россия); ² ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 3, Россия)

Автор, ответственный за переписку: Иванова Людмила Александровна, e-mail: ivanova.l@bk.ru

Резюме

Обоснование. Распространённость тревоги, депрессии, личностных особенностей и низкого качества жизни среди студентов медицинских вузов способствует формированию суицидального поведения.

Цель исследования. Выявление связи между выраженностью тревоги, безнадёжности, личностными особенностями и суицидальным риском у студентов Иркутского государственного медицинского университета.

Методы. Обследованы студенты 3-го курса лечебного факультета Иркутского государственного медицинского университета (n = 61), средний возраст – 19,7 ± 2,2 года. Использованы шкалы самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина, Шихана, личностный опросник Шмишека – Мюллера «Акцент 2-90», шкала безнадёжности Бека.

Результаты. По шкале Спилберга – Ханина реактивная тревога достигала умеренных значений у 57,3 % студентов, выраженная тревога – у 32,8 %, отсутствие тревоги – у 9,8 %. Личностная тревога характеризовалась умеренными значениями у 52,5 % человек, выраженная тревога – у 45,9 %, отсутствие тревоги – у 1,6 %. Умеренные и выраженные значения реактивной и личностной тревоги встречались статистически значимо чаще (p = 0,000) по сравнению со студентами с отсутствием тревоги.

По шкале Шихана клинически выраженная тревога отмечалась у 47,5 % обследуемых, тяжёлое тревожное расстройство – у 4,9 %, отсутствие тревоги – у 47,5 %. Статистически значимо чаще выявлялись выраженная тревога и отсутствие тревоги по сравнению с тяжёлым тревожным расстройством (соответственно, p = 0,000).

К личностным особенностям студентов с наличием тревожности отнесены гипертимность (низкий и нормативный уровень), педантичность (низкий, нормативный уровень и уровень выше нормы), возбудимость (нормативный уровень), дистимия (пессимизм и драматизация), циклотимность (неустойчивое настроение), низкий уровень интроверсии и экзальтированности.

По шкале Бека безнадёжность у студентов выявлялась в 27,9 % случаев (лёгкая – в 16,4 %; умеренная – в 9,8 %; тяжёлая – в 1,6 %). Критерий безнадёжности чаще выявлялся у студентов с выраженной ситуативной и личностной тревогой по шкале Спилберга – Ханина (соответственно, у 50 % и 39,3 %; p = 0,009); по шкале Шихана выраженная тревога и тяжёлое тревожное расстройство выявлялись, соответственно, в 51,7 % и 66,7 % случаев без статистически значимой разницы.

К личностным особенностям студентов с критерием безнадёжности отнесены застреваемость, педантичность (нормативный уровень и уровень выше среднего); циклотимность в виде неустойчивого настроения, демонстративность, возбудимость (нормативный уровень), дистимия в виде попыток отрицать трудности, экзальтированность (средний уровень), интровертное направление личности.

Ключевые слова: тревога, безнадёжность, суицидальный риск, личность, студенты медицинского вуза

Для цитирования: Иванова Л.А., Злобина О.Ю. Тревожность, суицидальный риск и личностные особенности у студентов медицинского вуза. Acta biomedica scientifica. 2021; 6(1): 101-108. doi: 10.29413/ABS.2021-6.1.15.

Anxiety, Suicidal Risk and Personal Characteristics of Medical Students

Ivanova L.A.¹, Zlobina O.Yu.²

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy
of Continuing Professional Education (Yubileyniy 100, Irkutsk 664079, Russian Federation); ² Irkutsk State Medical University
(Krasnogo Vosstaniya str. 3, Irkutsk 664003, Russian Federation)

Corresponding author: Lyudmila A. Ivanova, e-mail: ivanova.l@bk.ru

Abstract

Background. The prevalence of anxiety, depression, personality traits and poor quality of life among medical students contributes to the formation of suicidal behavior

Aims. To reveal the relationship between the severity of anxiety, hopelessness, personality traits and suicidal risk in students of Irkutsk State Medical University.

Material and methods. The study included third-year students of the medical faculty of Irkutsk State Medical University ($n = 61$), average age – 19.7 ± 2.2 years. We used Spielberger – Khanin and Sheehan scales of self-assessment of the anxiety level, the personality questionnaire of Smisek – Mueller "Accent 2-90", and Beck's hopelessness scale.

Results. According to the results of testing on the Spielberger – Khanin scale, the severity of reactive anxiety reached moderate values in 57.3 % of students, severe anxiety was found in 32.8 %, the absence of anxiety – in 9.8 %. Personal anxiety on the Spielberger – Khanin scale was characterized by moderate values in 52.5 % of cases, severe anxiety was found in 45.9 %, the absence of anxiety – in 1.6 %. Moderate and high values of reactive and personal anxiety were significantly more common compared to the students with no anxiety. According to the psychometric assessment of students using Sheehan scale, clinically expressed anxiety was observed in 47.5 % of cases, severe anxiety disorder – in 4.9 %, lack of anxiety – in 47.5 %. The personality traits of students with anxiety include hyperthymia, excitability, dysthymia, cyclothymia, introversion and exaltation.

Hopelessness in students was detected in 27.9 % of cases (mild – in 16.4 %, moderate – in 9.8 %, severe – in 1.6 %). The criterion of hopelessness was detected with pronounced situational and personal anxiety in comparison with moderately pronounced anxiety using Spielberger – Khanin scale (50 % and 39.3 % respectively); expressed and severe anxiety was detected in 51.7 % and 66.7 % of cases on the Sheehan scale.

The personality traits of students with hopelessness included stuckness, pedantry (standard level and level above average); cyclothymia in the form of unstable mood; demonstrativeness; excitability (normative level); dysthymia in the form of attempts to deny difficulties; exaltation (average level); introverted personality direction.

Conclusion. Determination of factors of suicidal risk is important in the prevention of suicidal behavior among medical students.

Key words: anxiety, hopelessness, suicidal risk, personality, medical students

For citation: Ivanova L.A., Zlobina O.Yu. Anxiety, Suicidal Risk and Personal Characteristics of Medical Students. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(1): 101-108. doi: 10.29413/ABS.2021-6.1.15.

Среди студентов, обучающихся в высших медицинских учебных заведениях, отмечена высокая распространённость тревоги, депрессии и более низкого качества жизни в период обучения [1, 2, 3]. Клинически выраженные формы тревоги и депрессии увеличивают число внутренних форм суицидального поведения и суицидальных попыток [4, 5, 6].

Безнадёжность рассматривается как когнитивная система с негативной окраской ожиданий в отношении будущего [6]. В когнитивной модели депрессии безнадёжность соответствует третьему компоненту негативной триады и включает негативный образ себя, своего функционирования в настоящем и будущем.

Среди факторов риска суицидальной идеации, аутоагрессивного поведения у молодёжи рассматриваются тревога и некоторые личностные черты [7, 8, 9, 10, 11]. К факторам, ассоциированным с тревогой, отнесены осторожное поведение в незнакомой ситуации, негативная аффективность, повышенная насторожённость, избегание возможного реального или воображаемого вреда [12]. Среди детерминант суицидального поведения молодёжи выделены эмоциональная нестабильность, импульсивность, переживание ненужности, одиночества в виде психологически понятных, навязчивых и сверхценных образований [13].

Анализ аффективной сферы, внутреннего состояния человека является перспективным для выявления факторов риска суицидального поведения и их превенции по сравнению со стандартизированными шкалами оценки риска самоубийств [14]. Актуальным является анализ влияния тревожности и некоторых личностных predispositions в формировании суицидального поведения среди гипотетически здоровых лиц для дальнейшего формирования более направленных исследований.

Целью настоящего исследования явилось выявление связи между степенью выраженности тревоги, безнадёжности, личностными особенностями и суицидальным риском у студентов Иркутского государственного медицинского университета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом случайной выборки проведено исследование студентов 3-го курса лечебного факультета Иркутского государственного медицинского университета ($n = 61$), среди них 44 женщины, 17 мужчин; средний возраст – $19,7 \pm 2,2$ года. Из них проживали в городе 58 (95,1 %) человек, были не замужем/холосты – 54 (88,5 %), состояли в браке – 4 (6,6 %), были в разводе – 3 (4,9 %).

В исследовании были использованы опросник, включающий социально-демографические характеристики, шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина, шкала самооценки тревоги Шихана [15]. Для выявления характерологических особенностей студентов использован опросник Шмишека – Мюллера в модификации М. Вигдорчика «Акцент 2-90», который, помимо изучения акцентуаций (преувеличения проявления отдельных черт характера), может применяться для изучения характерологических особенностей личности [16, 17]. В качестве косвенного индикатора суицидального риска использована шкала безнадёжности Бека [18].

Все обследуемые выражали добровольное информированное согласие на представление своих данных. Проведение исследования было одобрено локальным Этическим комитетом (Комитет по этике научных исследований ИГМАПО; выписка из протокола № 1 от 24.01.2019).

Статистический анализ результатов исследования проведён с использованием пакета программ Statistica 10.0 for Windows (StatSoft Inc., США). Для статистических расчётов использовались критерий Стьюдента; парный двухвыборочный t -тест для средних.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам тестирования по шкале Спилбергера – Ханина у студентов медицинского университета выраженность реактивной тревоги соответствовала умеренным значениям (31–44 балла) у 35 (57,3 %) человек, выраженная тревога (45 баллов и более) была отмечена у 20 (32,8 %), отсутствие тревоги – у 6 (9,8 %). Личностная

тревога по шкале Спилбергера – Ханина характеризовалась умеренными значениями у 32 (52,5 %) человек, выраженная тревога (45 баллов и более) была выявлена у 28 (45,9 %), отсутствие тревоги – у 1 (1,6 %). Умеренные и высокие значения реактивной и личностной тревоги встречались у студентов статистически значимо чаще ($p = 0,000$) по сравнению со студентами с отсутствием тревоги.

Согласно психометрической оценке студентов по шкале Шихана, клинически выраженная тревога (от 30 до 80 баллов) отмечалась у 29 (47,5 %) обследуемых, тяжёлое тревожное расстройство (более 80 баллов) – у 3 (4,9 %), отсутствие тревоги – у 29 (47,5 %). Статистически значимо чаще у студентов выявлялись выраженная тревога и отсутствие тревоги по сравнению с тяжёлым тревожным расстройством ($p = 0,000$).

В соответствии с личностным опросником «Акцент 2-90», низкий уровень гипертимности выявлен у 5 (9 %) студентов, нормативный уровень – у 12 (19,7 %), высокий – у 26 (42,6 %), выраженная акцентуация – 17 (27,9 %). Низкий уровень застремлённости отмечен у 2 (3,3 %) человек, нормативный уровень – у 43 (70,5 %), уровень выше среднего – у 14 (22,9 %), выраженный уровень – у 2 (3,3 %). Низкий уровень эмотивности зарегистрирован у 2 (3,3 %) студентов, нормативный уровень – у 37 (60,7 %), избыточно высокий – у 22 (36,1 %). Среди различных проявлений педантичности низкие показатели встречались у 6 (9,8 %) человек, нормативный уровень – у 31 (50,8 %), уровень выше нормы – у 22 (36,1 %), выраженный уровень – у 2 (3,3 %). Низкий уровень тревожности отмечен у 3 (4,9 %) человек, нормативный уровень – у 36 (59,0 %), уровень выше нормы – у 21 (34,4 %). Колебания настроения выше нормы (циклотимность) регистрировались у 28 (45,9 %) человек, несколько неустойчивое настроение – у 14 (22,9 %), неустойчивое настроение – у 20 (32,8 %). Низкий уровень демонстративности выявлен в 3 (4,9 %) случаях, нормативный уровень – у 27 (44,3 %), демонстративность выше нормы – у 27 (44,3 %), высокий уровень – у 3 (4,9 %). Низкий уровень возбудимости диагностирован у 4 (6,6 %) человек, нормативный уровень – у 32 (52,5 %), высокий – у 20 (32,8 %), избыточно высокий – у 5 (8,2 %). Нормативный уровень дистимии характеризовал 13 (44,3 %) студентов, пессимизм и драматизация – 26 (42,6 %), попытка отрицать трудности – 21 (21,3 %). Экзальтированность в виде низких, средних и высоких показателей встречалась у 20 (33,3 %) человек. Низкий уровень интроверсии зарегистрирован у 7 (11,5 %) человек, интровертное направление личности – у 49 (80,3 %), черты интроверсии – у 6 (9,8 %).

Анализ степени выраженности тревоги по шкале Спилбергера – Ханина (реактивная и личностная тревога) в зависимости от личностных особенностей представлен в таблице 1.

В группе исследуемых с умеренной реактивной тревогой по шкале Спилбергера – Ханина статистически значимо чаще среди личностных особенностей в сравнении с выраженной тревогой встречался нормативный уровень педантичности (60 %; $p = 0,037$). Напротив, в группе с выраженной тревогой статистически значимо чаще выявлялись педантичность выше нормы (60 %; $p = 0,028$), циклотимность, представленная несколько неустойчивым настроением (45 %; $p = 0,015$), избыточно высоким уровнем возбудимости (20 %; $p = 0,041$).

Среди студентов с умеренной личностной тревогой по шкале Спилбергера – Ханина статистически значимо чаще встречались низкий уровень интроверсии (15,6 %; $p = 0,052$), нормативный уровень дистимии (31,3 %; $p = 0,052$). В группе исследуемых с наличием тяжёлой личностной тревоги статистически значимо чаще в сравнении с умеренной тревогой выявлялась дистимия в виде пессимизма и драматизации (42,9 %; $p = 0,001$).

Анализ степени выраженности тревоги по шкале Шихана (выраженная тревога, тяжёлое расстройство) и критерия безнадёжности по шкале Бека в зависимости от личностных особенностей студентов представлен в таблице 2. По шкале тревожности Шихана для тяжёлого расстройства статистически значимо чаще встречался низкий уровень застремлённости (33,3 %; $p = 0,052$).

По шкале Бека безнадёжность не выявлена (0–3 балла) у 44 (72,1 %) обследуемых, лёгкая безнадёжность (4–8 баллов) выявлена у 10 (16,4 %), умеренная (9–14 баллов) – у 6 (9,8 %), тяжёлая – у 1 (1,6 %). У студентов медицинского университета отсутствие безнадёжности (72,1 %) встречалось статистически значимо чаще по сравнению с лёгкой, умеренной и тяжёлой безнадёжностью ($p = 0,000$).

Лёгкая безнадёжность у студентов с умеренной ситуативной тревогой по шкале Спилбергера – Ханина встречалась в 3 (8,6 %) случаях, с выраженной ситуативной тревогой – в 7 (35 %), с умеренной личностной тревогой – в 2 (6,3 %), с выраженной личностной тревогой – в 8 (28,6 %). Умеренная безнадёжность среди обследуемых с умеренной ситуативной тревогой выявлялась у 4 (11,4 %) человек, с выраженной ситуативной тревогой – у 2 (10 %), с умеренной личностной тревогой – у 4 (12,5 %), с выраженной личностной тревогой – у 2 (7,1 %).

У студентов с лёгкой безнадёжностью выраженная тревога по шкале Шихана диагностирована у 8 (27,6 %) человек, тяжёлое тревожное расстройство – у 2 (6,7 %). Все обследуемые с умеренной безнадёжностью имели выраженную тревогу – 6 (20,7 %).

Статистически значимо чаще наличие критерия безнадёжности отмечено у студентов с выраженной ситуативной и личностной тревогой по шкале Спилбергера – Ханина (соответственно, 50 % и 39,3 % случаев; $p = 0,009$). Не выявлено статистически значимых различий среди студентов с выраженной тревогой и тяжёлым тревожным расстройством по шкале Шихана и наличием критерия безнадёжности (соответственно, 51,7 % и 66,7 %).

Среди личностных особенностей у студентов с наличием критерия безнадёжности по шкале Бека отмечены статистически значимые различия: между нормативным уровнем (58,5 %), уровнем выше среднего (29,4 %; $p = 0,019$) и низким уровнем (11,8 %; $p = 0,000$) застремлённости; между нормативным уровнем (41,2 %; $p = 0,005$), уровнем выше нормы (41,2 %; $p = 0,005$) и низким уровнем (17,6 %) педантичности; между циклотимностью в виде неустойчивого настроения (47,1 %; $p = 0,000$), колебаний настроения выше нормы (35,3 %; $p = 0,033$) и несколько неустойчивого настроения (17,6 %); между нормативным (70,6 %; $p = 0,000$) и низким уровнем (11,8 %) демонстративности; между нормативным (52,9 %), высоким (35,3 %; $p = 0,003$) и избыточно высоким уровнем (11,8 %; $p = 0,000$) возбудимости; между дистимией в виде попы-

Таблица 1

Степень выраженности тревоги по шкале Спилбергера – Ханина (реактивная и личностная тревога) в зависимости от личностных особенностей студентов

Table 1

The severity of anxiety on the Spielberger – Khanin scale (reactive and personal anxiety) depending on the personality traits of students

Черты личности	Шкала Спилбергера – Ханина, реактивная тревога				Шкала Спилбергера – Ханина, личностная тревога			
	Умеренная тревога (n = 35)		Выраженная тревога (n = 20)		Умеренная тревога (n = 32)		Выраженная тревога (n = 28)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипертимность								
низкий уровень	2	5,7	3	1,5	1	3,1	4	14,3
нормативный уровень	7	20	3	1,5	5	15,6	7	25
высокий уровень	17	48,6	7	46,7	15	46,9	11	39,3
выраженная акцентуация	9	25,7	7	46,7	11	34,4	6	21,4
Застраваемость								
низкий уровень	–	–	2	10	–	–	2	7,1
нормативный уровень	25	71,4	13	65	25	78,1	18	64,3
уровень выше среднего	10	28,6	4	20	7	21,9	7	25
выраженный уровень	–	–	1	5	–	–	1	3,6
Эмотивность								
низкий уровень	1	2,9	–	–	2	6,3	–	–
нормативный уровень	19	54,3	13	65	21	65,6	16	57,1
избыточно высокий уровень	15	42,9	7	35	9	28,1	12	42,9
Педантичность								
низкий уровень	3	8,6	1	5	4	12,5	1	3,6
нормативный уровень	21	60 $p = 0,037$	6	30	19	59,4	12	42,9
уровень выше нормы	10	28,6	12	60 $p = 0,028$	8	25	14	50
выраженный уровень	1	2,9	1	5	1	3,1	1	3,6
Тревожность								
низкий уровень	2	5,7	–	–	3	9,4	–	–
нормативный уровень	23	65,7	12	60	18	56,3	18	64,3
уровень выше нормы	10	28,6	8	40	11	34,4	10	35,7
Циклотимность								
колебания настроения выше нормы	17	48,6	5	25	17	53,1	11	39,3
несколько неустойчивое настроение	5	14,3	9	45 $p = 0,015$	5	15,6	7	25
неустойчивое настроение	13	37,1	6	30	10	31,3	10	35,7
Демонстративность								
низкий уровень	2	5,7	1	5	1	3,1	2	7,1
нормативный уровень	13	37,1	9	45	15	46,9	12	42,9
выше нормы	18	51,4	9	45	14	43,4	13	46,4
высокий уровень	2	5,8	1	5	2	6,3	1	3,6
Возбудимость								
низкий уровень	4	11,4	–	–	3	9,4	–	–
нормативный уровень	16	45,7	10	28,6	19	59,4	13	46,4
высокий уровень	14	40	6	17,1	9	28,1	11	39,3
избыточно высокий уровень	1	2,9	4	20 $p = 0,041$	1	3,1	4	14,3
Дистимия								
нормативный уровень	9	25,7	2	10	10	31,3 $p = 0,052$	3	10,7
пессимизм и драматизация	16	45,7	7	35	14	4,4	12	42,9
попытка отрицать трудности	10	28,6	11	31,4	8	25	13	46,4 $p = 0,001$
Экзальтированность								
низкий уровень	12	34,3	3	15	14	43,4	6	21,4
средний уровень	11	31,4	9	45	9	28,1	11	39,3
высокий уровень	12	34,3	8	40	9	28,1	11	39,3
Интроверсия								
низкий уровень	5	14,3	2	10	5	15,6 $p = 0,052$	2	7,1
интровертное направление личности	24	68,6	15	75	24	75	23	82,1
черты интроверсии	3	8,6	3	15	3	9,4	3	10,7

Таблица 2

Степень выраженности тревоги по шкале Шихана и критерий безнадёжности в зависимости от личностных особенностей студентов

Table 2

The severity of anxiety on the Sheehan scale and the criterion of hopelessness, depending on the personality traits of students

Черты личности	Шкала Шихана						Шкала Бека					
	Выраженная тревога (n = 29)		Тяжёлое расстройство (n = 3)		Лёгкая безнадёжность (n = 10)		Умеренная безнадёжность (n = 6)		Тяжёлая безнадёжность (n = 1)		Итого (n = 17)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипертимность												
низкий уровень	4	13,8	—	—	—	—	4	66,7	—	—	4	23,5
нормативный уровень	7	24,1	—	—	2	20	1	16,7	1	100	4	23,5
высокий уровень	11	37,9	2	66,7	5	50	—	—	—	—	5	29,4
выраженная акцентуация	7	24,1	1	33,3	3	30	1	16,7	—	—	4	23,5
Застраиваемость												
низкий уровень	1	3,5	1	33,3 $p = 0,052$	2	20	—	—	—	—	2	11,8 $p = 0,000$
нормативный уровень	17	58,6	1	33,3	5	50	4	66,7	1	100	10	58,8
уровень выше среднего	10	34,4	1	33,3	3	30	2	33,3	—	—	5	29,4 $p = 0,019$
выраженный уровень	1	3,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Эмотивность												
низкий уровень	1	3,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
нормативный уровень	15	51,7	1	33,3	5	50	4	66,7	—	—	9	52,9
избыточно высокий уровень	13	44,8	2	66,7	5	50	2	33,3	1	100	8	47,1
Педантичность												
низкий уровень	3	10,4	—	—	1	10	1	16,7 $p = 0,049$	1	100	3	17,6 $p = 0,005$
нормативный уровень	13	44,8	1	33,3	5	50	2	33,3	—	—	7	41,2
уровень выше нормы	13	44,8	2	66,7	4	40	2	33,3	1	100	7	41,2
Тревожность												
низкий уровень	2	6,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
нормативный уровень	16	55,2	1	33,3	4	40	4	66,7	—	—	8	47,1
уровень выше нормы	11	37,9	2	66,7	7	70	2	33,3	1	100	10	58,8
Циклотимность												
колебания настроения выше нормы	12	41,3	1	33,3	4	40	2	33,3	—	—	6	35,3 $p = 0,033$
несколько неустойчивое настроение	2	6,9	1	33,3	1	10	2	33,3	—	—	3	17,6 $p = 0,001$
неустойчивое настроение	14	48,3	1	33,3	5	50	2	33,3	1	100	8	47,1
крайне неустойчивое настроение	1	3,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Демонстративность												
низкий уровень	3	10,4	—	—	1	10	—	—	1	100	2	11,8
нормативный уровень	13	44,8	2	66,7	6	60	6	100	—	—	12	70,6 $p = 0,000$
демонстративность выше нормы	12	41,3	1	33,3	3	30	—	—	—	—	—	—
высокий уровень	1	3,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблица 2 (Продолжение)

Table 2 (Continued)

Черты личности	Шкала Шихана				Шкала Бека							
	Выраженная тревога (n = 29)		Тяжёлое расстройство (n = 3)		Лёгкая безнадёжность (n = 10)		Умеренная безнадёжность (n = 6)		Тяжёлая безнадёжность (n = 1)		Итого (n = 17)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возбудимость												
низкий уровень	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
нормативный уровень	11	37,9	2	66,7	4	40	4	66,7	1	100	9	52,9
высокий уровень	15	51,8	–	–	4	40	2	33,3	–	–	6	35,3
избыточно высокий уровень	3	10,3	1	33,3	2	20	–	–	–	–	2	11,8
Дистимия												
нормативный уровень	4	13,8	1	33,3	2	20	1	16,7	–	–	3	17,6
пессимизм и драматизация	11	37,9	–	–	3	30	1	16,7	1	100	5	29,4
попытка отрицать трудности	14	48,3	2	66,7	5	50	4	66,7	–	–	9	52,9
Экзальтированность												
низкий уровень	8	27,6	–	–	2	20	2	33,3	–	–	4	23,5
средний уровень	11	37,9	2	66,7	5	50	2	33,3	–	–	7	41,2
высокий уровень	10	34,5	1	33,3	4	40	2	33,3	–	–	6	35,3
Интроверсия												
низкий уровень	5	17,2	–	–	1	10	–	–	1	100	2	11,8
интровертное направление личности	22	75,9	3	100	8	80	6	100	–	–	14	82,4
черты интроверсии	2	6,9	–	–	2	20	–	–	–	–	2	11,8

ток отрицать трудности (52,9 %), нормативным уровнем (17,6 %; $p = 0,001$) и пессимизмом и драматизацией (29,4 %; $p = 0,009$); между средним (41,2 %; $p = 0,039$) и низким (23,5 %) уровнем экзальтированности; между интровертным направлением личности (82,4 %), низким уровнем и чертами интроверсии (11,8 %; $p = 0,000$). К личностным особенностям исследуемого с выявленной тяжелой безнадёжностью по шкале Бека отнесены: нормативный уровень гипертимности, застреваемости, возбудимости и дистимии, избыточно высокий уровень эмотивности, низкий уровень педантичности, демонстративности, интроверсии, высокий уровень тревожности, циклотимность в виде неустойчивого настроения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведённого исследования среди студентов 3-го курса лечебного факультета Иркутского государственного медицинского университета выявлена высокая частота тревожности: по шкале Спилбергера – Ханина умеренная и выраженная ситуативная тревога – у 90,2 %, умеренная и выраженная личностная тревога – у 98,4 %; по шкале Шихана клинически выраженная тревога и тяжёлое тревожное расстройство – у 52,4 %. К личностным особенностям студентов с наличием

тревожности отнесены гипертимность (низкий и нормативный уровень), педантичность (низкий, нормативный уровень и уровень выше нормы), возбудимость (нормативный уровень), дистимия (пессимизм и драматизация), циклотимия в виде неустойчивого настроения, низкий уровень интроверсии и экзальтированности.

По шкале Бека безнадёжность у студентов медицинского вуза выявлялась в 27,9 % случаях, в том числе лёгкая – в 16,4 %, умеренная – в 9,8 %, тяжёлая – в 1,6 %. Отсутствие безнадёжности (72,1 %) встречалось статистически значимо чаще по сравнению с лёгкой, умеренной и тяжёлой безнадёжностью ($p = 0,000$). Статистически значимо чаще критерий безнадёжности выявлялся у студентов с выраженной ситуативной и личностной тревогой в сравнении с умеренно выраженной тревогой по шкале Спилбергера – Ханина (соответственно, 50 % и 39,3 %; $p = 0,009$); по шкале Шихана выраженная тревога и тяжёлое тревожное расстройство выявлялись, соответственно, в 51,7 % и 66,7 % случаев без статистически значимой разницы.

К личностным особенностям студентов с критерием безнадёжности отнесены застреваемость, педантичность (нормативный уровень и уровень выше среднего); циклотимность в виде неустойчивого настроения,

демонстративность, возбудимость (нормативный уровень), дистимия в виде попыток отрицать трудности, экзальтированность (средний уровень); интровертное направление личности.

Важным в профилактике и коррекции суицидального поведения среди студентов медицинского вуза является определение факторов суицидального риска, в том числе наличие тревожных и депрессивных расстройств, а также личностных особенностей.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи сообщают об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деревянных Е.В., Балашова Н.А., Яскевич Р.А., Москаленко О.Л. Частота и выраженность тревожно-депрессивных нарушений у студентов медицинского ВУЗа. *В мире научных открытий*. 2017; 9(1): 10-28. doi: 10.12731/wsd-2017-1-10-28
2. Руженкова В.В., Руженков В.А., Шкилева И.Ю., Шелякина Е.В., Сидякина Я.В., Науменко Н.М. Влияние учебного стресса на проявление тревожных и тревожно-фобических расстройств у студентов-медиков 1 курса. *Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация*. 2018; 41(2): 305-316. doi: 10.18413/2075-4728-2018-41-2-305-316
3. Colbert-Getz JM, Fleishman C, Jung J, Shilkofski N. How do gender and anxiety affect students' self-assessment and actual performance on a high stakes clinical skills examination? *Acad Med*. 2013; 88(1):44-48. doi: 10.1097/ACM.0b013e318276bcc4
4. Mayer FB, Santos IS, Silveira PSP, de Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ*. 2016; 16(1): 282. doi: 10.1186/s12909-016-0791-1
5. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. 2014; 48(10): 963-979. doi: 10.1111/medu.12512
6. Beck TA, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985; 142(5): 559-563. doi: 10.1176/ajp.142.5.559
7. Maniou M, Klisiaris C, Zyga S, Tsikritsakis G, Anathreptaki K, Togas C, et al. Anxiety and suicidality risk in primary care in general population. *Am Res J Nurs*. 2017; 3(1). doi: 10.21694/2379-2922.17007
8. Enns MW, Cox BJ, Inayatulla M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal Ideation. *J Am Acad Child Psy*. 2003; 42(6): 720-727. doi: 10.1097/01.CHI.0000046847.56865.B0
9. Babarakhimova SB, Abdullaeva VK, Sultonova KB, Abasova DS. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents. *Sciences of Europe*. 2019; 2(36): 52-55.
10. Сырковашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24(3): 8-24. doi: 10.17759/cpp.2016240302
11. Романенко А.А., Саенко Д.М., Разуваева Т.Н. Тревожность как фактор возникновения суицидального риска у подростков. *Коллекция гуманитарных исследований*. 2018; 2(11): 59-65.
12. Slavin SJ, Chibnall JT. Finding the why, changing the how: improving the mental health of medical students, residents, and physicians. *Acad Med*. 2016; 91(9): 1194-1196. doi: 10.1097/ACM.0000000000001226
13. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы... *Суицидология*. 2017; 8(4): 56-76.
14. Морозова И.С., Борисенко Ю.В., Евсеенкова Е.В. Современное состояние исследований риска суицидального поведения личности. *Общество: социология, психология, педагогика*. 2019; (10): 83-91. doi: 10.24158/spp.2019.10.11

15. Батаршев А.В. *Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике*. СПб.: Речь; 2005.

16. Вигдорчик М.И. *Психодинамический подход к проблеме акцентуаций*. Кемерово; 1995.

17. Леонгард К. *Акцентуированные личности*. Ростов-на-Дону: Феникс; 2000.

18. Белобрыкина О.А., Солоницына М.А. Диагностическая информативность методики «Шкала безнадежности» А.Т. Бека: проблемы практического применения. *РЕМ: Psychology. Educology. Medicine*. 2019; (1): 34-61.

REFERENCES

1. Derevyannykh EV, Balashova NA, Yaskovich RA, Moskalenko OL. The frequency and severity of anxiety-depressive disorders in medical students. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2017; 9(1): 10-28. doi: 10.12731/wsd-2017-1-10-28. (In Russ.)
2. Ruzhenkova VV, Ruzhenkov VA, Shkileva IYu, Shelyakina EV, Sidiyakina YaV, Naumenko NM. The influence of educational stress on the manifestation of anxiety and anxiety-phobic disorders in 1st year medical students. *Archive of the Issue (Challenges in Modern Medicine)*. 2018; 41(2): 305-316. doi: 10.18413/2075-4728-2018-41-2-305-316. (In Russ.)
3. Colbert-Getz JM, Fleishman C, Jung J, Shilkofski N. How do gender and anxiety affect students' self-assessment and actual performance on a high stakes clinical skills examination? *Acad Med*. 2013; 88(1):44-48. doi: 10.1097/ACM.0b013e318276bcc4
4. Mayer FB, Santos IS, Silveira PSP, de Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ*. 2016; 16(1): 282. doi: 10.1186/s12909-016-0791-1
5. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. 2014; 48(10): 963-979. doi: 10.1111/medu.12512
6. Beck TA, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985; 142(5): 559-563. doi: 10.1176/ajp.142.5.559
7. Maniou M, Klisiaris C, Zyga S, Tsikritsakis G, Anathreptaki K, Togas C, et al. Anxiety and suicidality risk in primary care in general population. *Am Res J Nurs*. 2017; 3(1). doi: 10.21694/2379-2922.17007
8. Enns MW, Cox BJ, Inayatulla M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal Ideation. *J Am Acad Child Psy*. 2003; 42(6): 720-727. doi: 10.1097/01.CHI.0000046847.56865.B0
9. Babarakhimova SB, Abdullaeva VK, Sultonova KB, Abasova DS. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents. *Sciences of Europe*. 2019; 2(36): 52-55.
10. Syrovkashina KV, Dozortseva EG. Psychological risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Counseling Psychology and Psychotherapy* 2016; 24(3): 8-24. doi: 10.17759/cpp.2016240302. (In Russ.)
11. Romanenko AA, Saenko DM, Razuvaeva TN. Anxiety as a factor in the occurrence of suicidal risk in adolescents. *Kollekciya gumanitarnykh issledovaniy. Electronic scientific journal*. 2018; 2(11): 59-65. (In Russ.)
12. Slavin SJ, Chibnall JT. Finding the why, changing the how: improving the mental health of medical students, residents, and physicians. *Acad Med*. 2016; 91(9): 1194-1196. doi: 10.1097/ACM.0000000000001226
13. Lyubov EB. Clinical and social burden of relatives of suicide victim: What if... *Suicidology*. 2017; 8(4): 56-76. (In Russ.)
14. Morozova IS, Borisenko YuV, Evseenkova EV. The current state of research on the risk of suicidal behavior of the individual. *Society: Sociology, Psychology, Pedagogics*. 2019; (10): 83-91. doi: 10.24158/spp.2019.10.11. (In Russ.)
15. Batarshhev AV. *Basic psychological properties and self-determination of personality: A practical guide to psychological diagnostics*. Saint Petersburg: Rech; 2005. (In Russ.)

16. Vigdorichik Ml. *Psychodynamic approach to the problem of accentuations*. Kemerovo; 1995. (In Russ.)

17. Leonhard K. *Accentuated personality*. Rostov-on-Don: Feniks; 2000. (In Russ.)

18. Belobrykina OA, Solonitsyna MA. Diagnostic informative value of the A.T. Beck "Scale of hopelessness": Problems of practical application. *PEM: Psychology. Educology. Medicine*. 2019; (1): 34-61. (In Russ.)

Сведения об авторах

Иванова Людмила Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>

Злобина Ольга Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии человека, оперативной хирургии и судебной медицины, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: o_zlobina70@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1407-3003>

Information about the authors

Lyudmila A. Ivanova – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Psychiatry and Narcology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>

Olga Y. Zlobina – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Human Anatomy, Operative Surgery and Forensic Medicine, Irkutsk State Medical University, e-mail: o_zlobina70@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1407-3003>

Статья получена: 12.12.2020. Статья принята: 18.02.2021. Статья опубликована: 26.02.2021.

Received: 12.12.2020. Accepted: 18.02.2021. Published: 26.02.2021.