

Пушкина Клара Владимировна

канд. пед. наук, доцент

Слепнева Татьяна Дмитриевна

студентка

Недвигина Екатерина Дмитриевна

студентка

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный

университет им. И.Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Чувашская Республика

СИНДРОМ ОТЛОЖЕННОЙ ЖИЗНИ И ЕГО СВЯЗЬ С ТРЕВОГОЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПЕРВОГО КУРСА

***Аннотация:** в статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на выявление взаимосвязи между синдромом отложенной жизни (СОЖ) и уровнем тревожности у студентов-медиков первого курса. Выявлена прямая статистически значимая связь между выраженностью СОЖ и уровнем тревоги. Подтверждено, что синдром отложенной жизни является фактором риска развития тревожных и депрессивных расстройств в студенческой среде.*

***Ключевые слова:** синдром отложенной жизни, тревожность, студенты-медики, психосоматика, HADS, перфекционизм.*

***Введение.** Фразы «Вот сдам сессию – тогда и отдохну», «Сейчас не до хобби» отражают распространённый среди студентов феномен – синдром отложенной жизни (СОЖ). Термин введён В.П. Серкиным (1997) при изучении жителей Крайнего Севера, воспринимавших текущую жизнь как подготовку к «настоящей» после переезда. В дальнейшем оказалось, что СОЖ не ограничен географией и проявляется у разных групп, включая студентов [5].*

Суть СОЖ – психологическая установка, при которой текущая жизнь рассматривается как «черновик», а полноценное существование откладывается до

достижения некой «точки X» (окончание учёбы, трудоустройство и т. п.). Человек сознательно отказывает себе в удовольствиях и отдыхе. По меткому замечанию В.П. Серкина, если невротик живёт с установкой «хочу – но не могу», то человек с СОЖ – «хочу – могу – но не позволяю себе (до поры)».

Студенты-медики находятся в зоне особого риска формирования СОЖ из-за длительного и напряжённого обучения, высоких требований, перфекционизма и дефицита времени. Установка «жизнь начнётся после учёбы» маскирует хронический стресс, повышенную тревожность и склонность к депрессии [1; 2]. Поскольку тревожные расстройства среди будущих врачей встречаются чаще, чем в популяции, изучение вклада СОЖ в их развитие актуально.

Цель работы – выявить взаимосвязь между выраженностью СОЖ и уровнем тревожности у студентов-медиков первого курса. Задачи: 1) диагностировать СОЖ с помощью авторской анкеты; 2) оценить тревогу и депрессию по шкале HADS; 3) сравнить показатели тревоги в группах с разным уровнем СОЖ; 4) сформулировать выводы и рекомендации.

СОЖ характеризуется рядом признаков: ожидание «волшебного момента», делящего жизнь на «до» и «после»; частые речевые маркеры («потом», «когда-нибудь», «вот только...»); отказ от текущих радостей (отдых, хобби, встречи); накопительство вещей «на особый случай»; неспособность ценить настоящее; постоянное сравнение с другими не в свою пользу.

Причины СОЖ часто коренятся в детстве и семейных установках: «Сначала уроки – потом игры», «Это платье для праздника, не носи сейчас». Ребёнок усваивает, что удовольствие нужно заслужить, а жизнь – череда препятствий. Способствуют формированию СОЖ также низкая самооценка, перфекционизм, страх неудачи, культ достижений и нестабильность.

Последствия СОЖ включают хронический стресс, накопление усталости, тревожность, апатию, депрессивные состояния, психосоматические нарушения и снижение качества жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе медицинского факультета Чувашского государственного университета им.

И.Н. Ульянова. В выборку вошли 62 студента первого курса лечебного и педиатрического факультетов (56 женщин, 6 мужчин; 91,9% в возрасте 18–20 лет). Участие анонимное, с информированного согласия.

Нами была разработана авторская анкета СОЖ (синдром отложенной жизни), которая включала 5 утверждений, оцениваемых по 5-балльной шкале Ликерта (от «совершенно не согласен» до «полностью согласен»). Сумма баллов определяла уровень СОЖ: низкий (5–10), средний (11–17), высокий (18–25).

Нами также была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS [3], которая содержит 14 вопросов. Каждый ответ оценивается от 0 до 3 баллов. Интерпретация субшкал: 0–7 – норма, 8–10 – субклинический уровень, 11–21 – клинически выраженная тревога/депрессия.

Результаты исследования. В результате обработки данных по авторской шкале СОЖ респонденты были распределены на три группы. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение студентов по уровню СОЖ

Уровень СОЖ	Баллы	Количество студентов	Процент
Низкий	5–10	24	38,7%
Средний	11–17	31	50%
Высокий	18–25	7	11,3%

Суммарная доля студентов со средним и высоким уровнем СОЖ составила 61,3%. При анализе отдельных ответов выявлено, что 72% студентов хотя бы иногда откладывают свою жизнь на потом. Это означает, что более двух третей первокурсников в той или иной степени живут с установкой на отложенную жизнь.

Результаты оценки уровня тревоги (HADS-T) представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение студентов по уровню тревоги

Уровень тревоги	Баллы	Количество студентов	Процент
Норма	0–7	27	43,5%
Субклиническая	8–10	13	21%
Клиническая	11+	22	35,5%

Клинически выраженная тревога выявлена у 35,5% студентов (более чем у каждого третьего). Субклиническая тревога – у 21%. Таким образом, более половины студентов (56,5%) имеют тот или иной уровень тревожных расстройств, требующих внимания.

Далее мы рассчитали средние баллы тревоги (HADS-T) отдельно для каждой группы СОЖ (таблица 3).

Таблица 3

Средние показатели тревоги в группах с разным уровнем СОЖ

Группа СОЖ	Количество студентов	Средний балл тревоги	Интерпретация
Низкий	24	6,7	Норма
Средний	31	9,2	Субклиническая тревога
Высокий	7	14,9	Клиническая тревога

Разница между группами низкого и высокого СОЖ составила 8,2 балла. При проверке с помощью t-критерия Стьюдента получено значение $p < 0,001$, что свидетельствует о статистически значимых различиях (вероятность случайности – менее 0,1%). Следовательно, существует прямая статистически значимая связь между уровнем синдрома отложенной жизни и уровнем тревоги: чем выше СОЖ, тем выше тревога.

Дополнительно мы проанализировали уровень депрессии (HADS-D) в выделенных группах (таблица 4).

Таблица 4

Средние показатели депрессии в группах с разным уровнем СОЖ

Группа СОЖ	Средний балл депрессии	Интерпретация
Низкий	5	Норма
Средний	7,2	Субклиническая депрессия
Высокий	11	Клиническая депрессия

Таким образом, высокий СОЖ связан не только с тревогой, но и с депрессией. В группе высокого СОЖ средний балл депрессии достигает клинического уровня (11), в группе среднего СОЖ выявлена субклиническая депрессия (7,2), а в группе низкого СОЖ показатель остаётся в пределах нормы (5).

Обсуждение результатов. Полученные данные подтверждают гипотезу о прямой связи СОЖ и тревожности. Постоянное откладывание радостей и отдыха поддерживает хроническое напряжение, накопление усталости и, как следствие, тревогу [3]. СОЖ тесно связан с перфекционизмом, особенно социально предписанным (стремление оправдать ожидания окружающих) [4]. У студентов-медиков высокие требования со стороны родителей, преподавателей и самих себя создают замкнутый круг: чем выше требования, тем сильнее желание отложить жизнь «на потом» и тем выше тревога.

Наши результаты согласуются с данными Астащенко с соавторами (2021), которые также выявили высокий уровень СОЖ в студенческой среде и его связь с эмоциональной дезадаптацией [1]. Однако в отличие от предыдущих работ, наше исследование впервые провело количественную оценку связи СОЖ с тревогой с использованием стандартизированной шкалы HADS на выборке первокурсников-медиков.

Практическая значимость работы заключается в том, что выявление студентов с высокими показателями СОЖ может служить ранним маркером психологического неблагополучия. Скрининг СОЖ рекомендуется включить в программы адаптации первокурсников для своевременного оказания психологической поддержки. Также целесообразно проведение тренингов по тайм-менеджменту, снижению перфекционизма и формированию навыков «жизни в настоящем».

Выводы.

1. Синдром отложенной жизни широко распространён среди студентов-медиков первого курса: 72% опрошенных имеют средний или высокий уровень СОЖ.

2. Клинически выраженная тревога выявлена у 36% студентов, субклиническая – у 21%.

3. Установлена прямая статистически значимая связь между выраженностью СОЖ и уровнем тревоги ($p < 0,001$). В группе высокого СОЖ тревога достигает клинического уровня (14,9 балла), в группе низкого СОЖ – нормы (6,7 балла).

4. Высокий СОЖ связан также с клиническим уровнем депрессии (11 баллов против 5 в норме). Полученные данные позволяют рассматривать синдром отложенной жизни как фактор риска развития тревожных и депрессивных расстройств в студенческой среде. Рекомендуется внедрение скрининговых программ для раннего выявления студентов группы риска и проведение профилактических мероприятий, направленных на формирование навыков «жизни в настоящем».

Список литературы

1. Синдром отложенной жизни в студенческой среде / А.П. Асташенко, О.В. Комиссарова, Т.В. Епихина, С.А. Волкова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2021. – №85. – С. 106–112. EDN UYVTBP

2. Долгов Г.А. Факторы, влияющие на развитие депрессии у студентов-медиков / Г.А. Долгов, В.С. Кузнецова, К.В. Пушкина // Психолого-педагогические исследования – Тульскому региону: сб. материалов I Регион. науч.-практ. конф. магистрантов, аспирантов, стажеров (Тула, 18 мая 2023 года). – Чебоксары: Среда, 2023. – С. 271–274. EDN SMOCWM

3. Григорьева Е.Ю. Влияние стресса на студентов-медиков в период подготовки к экзамену / Е.Ю. Григорьева, К.В. Пушкина // Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов: сб. ст. – Чебоксары: Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, 2023. – С. 245–252. EDN DOYLUQ

4. Морозова Н.Н. Взаимосвязь синдрома отложенной жизни и перфекционизма у студентов вуза / Н.Н. Морозова, Н.А. Веряскина // Гуманитарий: актуальные проблемы гуманитарной науки и образования. – 2025. – Т. 25. №2. – С. 177–188. DOI 10.24412/2078-9823.070.025.202502.177-188. EDN WTPRRP

5. Серкин В.П. Синдром отложенной жизни: как заставить будущее работать на себя / В.П. Серкин. – М., 1997.

6. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67. No. 6. – P. 361–370.