

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

ХАУСТОВ МАКСИМ МИКОЛАЙОВИЧ



УДК: 159.91:378.091.212

**СТАНИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗВО
(МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ, СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ
КОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ)**

19.00.04 – медична психологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2019

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Харківському національному медичному університеті МОЗ України

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, завідувач кафедри

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Михайлов Борис Володимирович**, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, професор кафедри
- доктор медичних наук, професор **Пшук Наталія Григорівна**, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова МОЗ України, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, завідувач кафедри
- доктор медичних наук, доцент **Савіна Майя Василівна**, Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна МОН України, кафедра клінічної неврології, психіатрії та наркології, професор кафедри

Захист відбудеться «29» листопада 2019 р. о 11:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.609.03 в Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.

Автореферат розісланий «28» жовтня 2019 р.

Вчений секретар
Спеціалізованої Вченої ради Д 64.609.03,
кандидат психологічних наук,
доцент



Н. К. Агішева

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Обґрунтування вибору теми дослідження. Сучасний період розвитку України характеризується значною кількістю соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є тенденція до негативних зрушень в стані здоров'я населення, серед яких одним з найбільш значимих є зростання кількості дезадаптивних станів та реакцій (П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін., 2017; Б. В. Михайлов, 2018; Л. М. Юр'єва, 2018).

Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначили необхідність глибокого реформування системи освіти в цілому, і зокрема, галузі підготовки медичних кадрів, істотно змінився режим і підвищилася інтенсивність навчального процесу, а також збільшилися обсяги навчального навантаження. Навчанню у ЗВО притаманне різноманіття перенавантажень і вимог до особистості, навчальна діяльність може бути джерелом складних ситуацій, які висувають до молоді високі вимоги. Порушення адаптації перешкоджають проявити важливі особистісні властивості, що формуються за рахунок освіти (Є. В. Кришталь, 2015; Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк, 2016; В. В. Чугунов, 2017; В. В. В'юн, 2018).

Одним з найважливіших педагогічних завдань будь-якого вищого навчального закладу є робота зі студентами, спрямована на більш швидко й успішно їх адаптацію до системи навчання, до нової системи соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі студентів. Студентський вік – це особливий період у розвитку особистості як за «кризовою насиченістю» (екзаменаційні стреси, вікові проблеми, усвідомлення змісту професійної діяльності як самореалізації та самоактуалізації та ін.), так і за насиченістю можливостей максимального розвитку здібностей і потенціалу особистості (В. М. Лісовий, В. М. Сінайко, І. В. Завгородній, 2016; М. В. Маркова, 2016; Г. М. Кожина, 2017; Л. М. Юр'єва, 2017).

Розвиток станів дезадаптації студентів протягом професійного навчання є головною психологічною, медичною та соціально-економічною проблемою, що несприятливо позначається на ефективності майбутньої професійної діяльності студентів-медиків. Поширеність дезадаптивних розладів в студентській популяції за даними літератури коливається від 5,8 % до 61,35 %. Вони обумовлюють зниження працездатності, погіршення навчальної адаптації й академічної успішності, а також якості життя

студентів (К. В. Аймедов, С. М. Стрельбицька, 2014; О. В. Кіосєва, 2016; П. С. Малахов, Ю. О. Асєєва, А. С. Харітонова, 2016).

Медико-соціальне значення діагностики, корекції і профілактики станів дезадаптації полягає у тому, що терапевтичний вплив винятково на клінічно окреслені прояви розладів адаптації не дозволяє здійснювати повноцінну реабілітацію осіб зі станами дезадаптації та профілакувати її розвиток. Лише застосування системного диференційованого підходу, що враховує специфіку розвитку психосоціальної дезадаптації у кожному конкретному випадку, відповідає вимогам, котрі висуваються до сучасних реабілітаційних заходів. (P. Starling, 2014; Л. Ф. Шестопалова, 2016; Б. В. Михайлов, 2016; О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук, 2016; D. Ignatius, 2017; Н. О. Марута, 2017; Л. О. Герасименко, 2018; М. В. Савіна, 2019).

Пріоритетним завданням сучасної медичної психології є ефективне вирішення питання особливостей проявів і механізмів розвитку дезадаптивних станів в умовах соціального стресу, оптимізація надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги та психопрофілактики подібних хворобливих станів. (А. Р. Марков, 2016; О. V. Timsenko, 2016; Н. Kozhyna, V. Mykhaylov, V. Vyun, 2017; Б. В. Михайлов, 2018).

Вищезазначене свідчить про необхідність поглибленого вивчення соціально-психологічних, клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей формування порушень психологічної адаптації у студентів-медиків, що створить основу для розробки системи їх психотерапевтичної корекції та психопрофілактичної підтримки студентів в умовах медичного ЗВО.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Вивчення закономірностей формування та розробка методів профілактики суїцидальної поведінки серед населення України» (№ держреєстрації 0113U002273), «Створити систему раннього виявлення, корекції та профілактики посттравматичних стресових розладів у населення України в сучасних умовах» (№ держреєстрації 0115U000237), «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (№ держреєстрації 0115U000238).

Об'єкт дослідження – стани дезадаптації студентів-медиків.

Предмет дослідження – клініко-психологічні прояви та чинники розвитку порушень адаптації студентів-медиків, як мішені комплексної системи психотерапевтичної корекції.

Мета – на основі комплексного підходу до вивчення механізмів формування станів дезадаптації студентів розробити систему їх психотерапевтичної корекції та психопрофілактичної підтримки в умовах медичного ЗВО.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Вивчити рівні психологічної дезадаптації у студентів медичного університету.
2. Систематизувати патогенетично значущі чинники формування розладів психологічної адаптації у студентів медичного університету.
3. Розробити модель формування розладів психологічної адаптації у студентів медичного університету.
4. Вивчити специфіку клінічних проявів розладів психологічної адаптації у студентів медичного університету.
5. Розробити систему психотерапевтичної корекції розладів психологічної адаптації у студентів медичного університету.
6. Розробити принципи психопрофілактичної підтримки студентів медичного університету на моделі медико-психологічного центру Інституту якості освіти ХНМУ.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Обґрунтовано та розроблено комплексну систему психотерапевтичної корекції станів психологічної дезадаптації у студентів медичного університету, яка складеться з чотирьох послідовних етапів: первинної адаптації до психотерапевтичного процесу, психоосвітнього, корекційного та підтримки результатів.

Проаналізовано та систематизовано несприятливі соціальні, психологічні та біологічні фактори, що впливають на виникнення станів дезадаптації студентів, вивчено специфіку реагування на психотравмуючі обставини студентів-переселенців.

Розроблено модель формування розладів адаптації студентів. Описано особливості формування станів дезадаптації у студентів-вимушених переселенців.

Виділено депресивний, неврастенічний, тривожний та дисоціативний синдромокомплекси у структурі розладів адаптації студентів-медиків.

Розроблено чотирьохетапну систему психотерапевтичної корекції станів дезадаптації студентів медичного університету.

Запропоновано індивідуалізовані психотерапевтичні програми для депресивного, неврастенічного, тривожного та дисоціативного варіантів розладів адаптації студентів-медиків. Описано специфіку психотерапевтичних інтервенцій для студентів-вимушених переселенців.

Розроблено психоосвітні заходи для студентів-медиків з розладами адаптації з використанням інформаційних модулів та тренінгу формування комунікативних вмінь і навичок та вирішення проблем міжособистісної взаємодії. Описано специфіку психоосвітніх модулів для студентів-вимушених переселенців.

Практична значимість одержаних результатів. Для клінічної практики має значення розроблена та впроваджена комплексна система психопрофілактичної підтримки студентів медичного університету на моделі медико-психологічного центру Інституту якості освіти ХНМУ. Розроблена система спрямована на покращення надання психологічної допомоги студентам-медикам у період їх адаптації до професійної діяльності.

Розроблена система психопрофілактики розладів адаптації що включає в себе заходи первинної психопрофілактики – зниження рівня нервово-психічної напруженості, ранню діагностику розладів адаптації; вторинної – оцінку особистісних особливостей студентів та прогнозування їх адаптаційних реакцій, проведення комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованого на підвищення адаптаційних можливостей; третинної психопрофілактики – профілактику рецидиву розладів адаптації. Описано специфіку психопрофілактики наслідків інформаційного стресу у студентів-вимушених переселенців.

Отримані у ході роботи дані впроваджені в практичну роботу Центру медико-психологічного консультування Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (акти впровадження від 15.01.2019; 13.03.2019; 25.04.2019), Навчально-наукового Інституту якості освіти Харківського національного медичного університету (акти впровадження від 23.01.2019; 13.03.2019; 14.05.2019), Навчально-наукового

медичного комплексу «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету (акти впровадження від 04.02.2019; 13.03.2019; 14.05.2019); КНП ХОР «Міський психоневрологічний диспансер № 3» м. Харків (акти впровадження від 04.04.2019; 15.04.2019); КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» м. Харків (акти впровадження від 11.04.2019; 25.04.2019); Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня (акт впровадження від 14.05.2019); КЗ СОР «Обласний наркологічний диспансер» м. Суми (акт впровадження від 14.05.2019); ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» (акт впровадження від 21.05.2019); КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка» (акт впровадження від 27.05.2019); Медико-психологічного центру Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичного університет» (акти впровадження від 13.03.2019; 04.04.2019; 25.04.2019); Центру психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (акти впровадження від 04.02.2019; 11.04.2019; 25.04.2019).

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедр медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова та психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею. Автором одноосібно обґрунтовано, розроблено та практично реалізовано план наукового дослідження, результати якого представлені у рукописі. В процесі інформаційно-патентного пошуку здобувачем самостійно проведено ґрунтовний аналіз сучасних джерел наукової інформації з обраної теми, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження. Дисертантом розроблено дизайн дослідження, підібрано психодіагностичний інструментарій, що відповідав критеріям надійності та валідності щодо обраних методик. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, створена комп'ютерна база одержаних даних, здійснені статистична обробка, системний аналіз і наукова інтерпретація результатів дисертаційного дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Автором особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено систему психотерапевтичної корекції розладів адаптації студентів медичного

університету та психопрофілактичної підтримки студентів-медиків на моделі медико-психологічного центру Інституту якості освіти ХНМУ.

Результати наукових досліджень відображені у наукових публікаціях, які розміщені у фахових виданнях, та самостійно викладені здобувачем у дисертаційній роботі.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у статті за № 1 у списку праць, опублікованих за темою дисертації, дисертантом особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал; у статті за № 2 автором запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку; у статті за № 4 дисертантом запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку; у статті за № 10 автором подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки; у статті за № 13 дисертантом запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено роботу до друку; у статті за № 17 автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних; у роботі за № 21 автором особисто узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку; у роботі за № 22 автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних; у роботі за № 23 автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки; у роботі за № 24 особистий внесок автора склався з постановки проблеми дослідження, набору даних та інтерпретації результатів; у роботі за № 26 автором особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження; у роботі за № 27 особистий внесок автора склався з постановки проблеми та інтерпретації результатів дослідження; у роботі за № 28 автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено та проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 29 особистий внесок автора склався з постановки проблеми та інтерпретації результатів дослідження; у роботі за № 30 автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки; у роботі за № 31 дисертантом особисто здійснено

аналіз наукової літератури, підготовлено публікацію до друку; у роботі за № 32 автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки; у роботі за № 33 особистий внесок здобувача полягає у розробці методологічних засад дослідження та інтерпретації результатів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: науково-практичній конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження (XIV Платоновські читання)» (Харків, 21-22.04.2011); науково-практичній конференції «Сучасні питання сексопатології, андрології та медичної психології, присвяченої пам'яті доктора медичних наук, професора, Заслуженого діяча науки і техніки України, академіка АН ВО України Валентина Валентиновича Кришталея» (Харків, 25.11.2011); науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)» (Харків, 10-12.10.2012); міжнародному конгресі з медичної і психологічної реабілітації «Med&psy Rehab» (Київ, 30-31.10.2017); 26th European Congress of Psychiatry (France, Nice, 03-06.03.2018); міжнародній науково-практичній конференції «Війна в Україні: патоморфоз психічних та поведінкових розладів» (XXI Платоновські читання) (Дніпро, 5-6.04.2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта дослідження» (Харків, 17-18.05.2018); науково-практичній конференції «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 3-4.10.2018); конгресі «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 1-2.11.2018); 27th European Congress of Psychiatry (Poland, Warsaw, 06-09.04.2019); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (Харків, 15-16.05.2019).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 33 наукові праці, у тому числі 20 статей, серед яких 16 – у фахових наукових виданнях України, з яких 12 – у виданнях, що індексуються у наукометричних базах даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar; 4 – у зарубіжних фахових спеціалізованих журналах; з них 14 – одноосібні; 11 тез доповідей у матеріалах конференцій міжнародного та державного рівнів, 1

Патент України на корисну модель, 1 Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір.

Обсяг та структура дисертації. Текст дисертації викладено на 256 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 7 розділів (огляд літератури, обґрунтування дизайну, контингенту та методів дослідження, 5 розділів з викладенням результатів досліджень), аналізу й узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку з 262 використаних джерел літератури, з яких 84 – іншомовні, та додатків. Дисертацію ілюстровано 11 таблицями, 15 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Дизайн дослідження та характеристика обстежених. Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено комплексне соціально-демографічне, клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 412 студентів (216 жінок та 196 чоловіків) II–V курсів Харківського національного медичного університету, обох статей, у середньому віці 19 ± 3 роки.

Усіх обстежених було розділено на три групи: I група – 215 студентів (116 жінок та 99 чоловіків) – мешканців східної України; II група – 87 студентів (47 жінок та 40 чоловіків) – мешканців Луганської та Донецької областей, які поступили до навчання у ХНМУ до початку АТО; III група – 110 студентів (59 жінок та 51 чоловік) – переселенців із зони АТО.

Соціально-демографічні особливості студентів на момент обстеження наведені у таблиці 1.

Дослідження відбувалося в чотири етапи: I етап містив скринінг рівнів адаптації у студентів та виявлення серед обстежених осіб з розладами адаптації. На II етапі – проведено комплексний аналіз клінічних проявів та механізмів формування станів дезадаптації у студентів. На III етапі розроблено систему комплексних психокорекційних та психопрофілактичних впливів, на IV етапі проведено оцінку їх ефективності (рис. 1).

Соціально-демографічні особливості обстежених студентів (%)

	I група	II група	III група
Добрі матеріальні умови життя	35,1 ± 1,4	33,2 ± 1,3	25,3 ± 1,4
Середні матеріальні умови життя	40,8 ± 1,6	36,9 ± 1,4	38,5 ± 1,4
Задовільні матеріальні умови життя	24,1 ± 1,2	29,7 ± 1,3	39,2 ± 1,5
Незадовільні матеріальні умови життя	0	0,8 ± 0,1	3,3 ± 0,2
Проживали з батьками	53,9 ± 1,7	54,6 ± 1,8	55,3 ± 1,8
Мали власну або знімали квартиру	22,1 ± 1,2	21,9 ± 1,1	20,8 ± 1,2
Мешкали у гуртожитку	31,8 ± 1,5	23,5 ± 1,3	23,9 ± 1,2

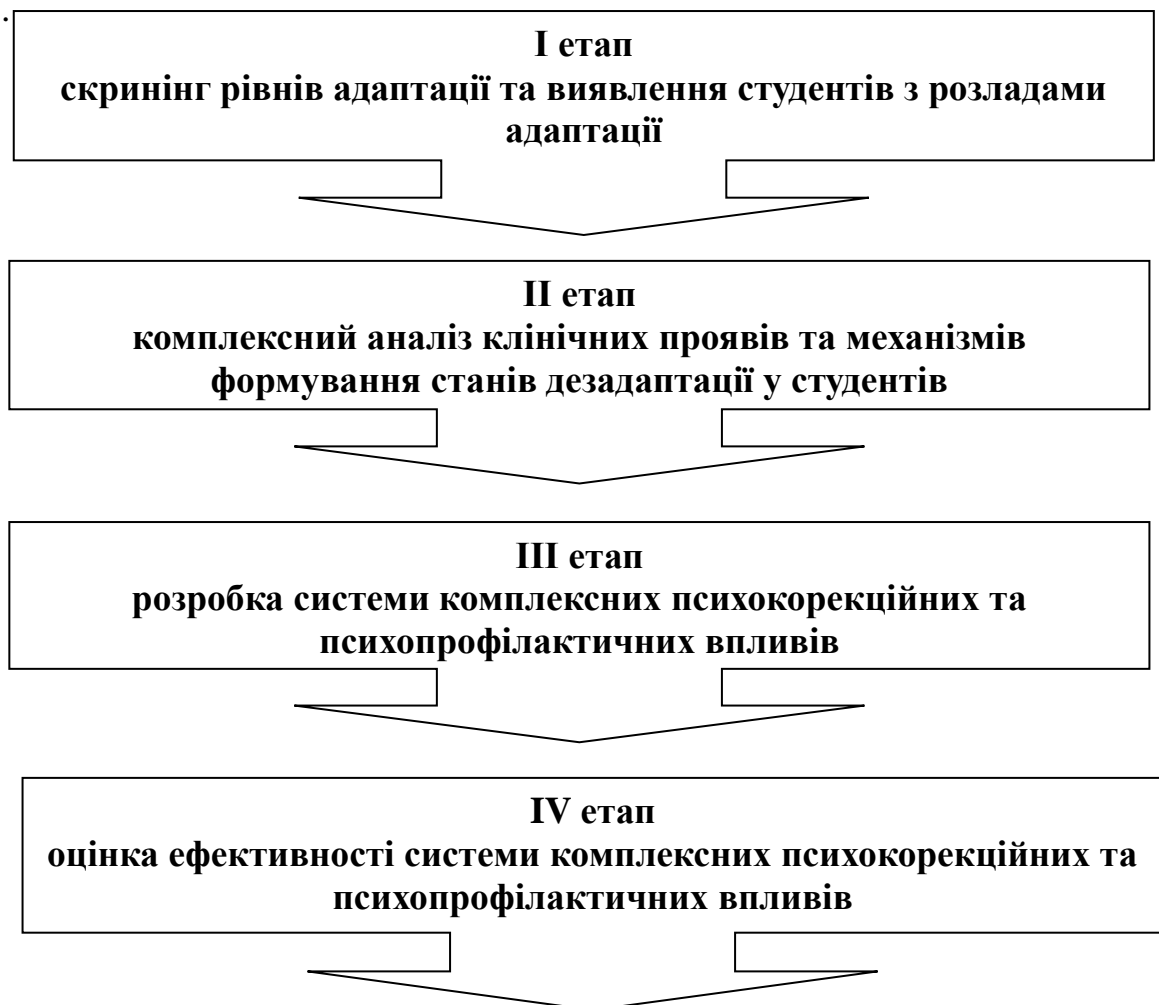


Рис. 1. Дизайн дослідження

Методи дослідження. У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний, спрямований на вивчення впливу біологічних та соціально-психологічних факторів на формування розладів адаптації, доповнений спеціально розробленим опитувальником «Опитувальник для визначення тривожних розладів у студентів-медиків» (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 83503. 2018.)

Соціально-демографічний метод полягав у вивченні таких характеристик, як розподіл обстежених за віком, статтю, умовами проживання.

Клініко-психопатологічний метод спрямований на вивчення скарг, оцінку психічного і соматоневрологічного статусу студентів, виділення основних психопатологічних синдромів, їх динаміки. Як діагностичні критерії використовувалися критерії МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав використання госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaithe, 1983); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 1988) (HDRS); опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Дерогатіса (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), (за Н. В. Тарабриною, 2001); скороченого багатофакторного опитувальника особистості (СБОУ) (Л. Н. Собчик, 1998), опитувальника нервово-психічної напруги за Т. А. Немчиним (1984); шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханіна, 1981); короткої шкали оцінки психічного стану (MMSE), проби на запам'ятовування 10 слів, коректурної проби – таблиці Шульте (А. Ю. Козирєва, 1994); шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної (в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003)); методики вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копінгу» (в адаптації Т. А. Крюкової, 2002).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Як показали результати дослідження студенти-переселенці виявляють більш високий рівень розладів адаптації, в порівнянні зі студентами I та II груп. Так високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявляють у себе $0,5 \pm 0,2$ % студентів I групи, $2,2 \pm 0,4$ % студентів II групи та $25,4 \pm 1,2$ % студентів III групи. Виражений рівень

дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми по реадаптації – $2,4 \pm 0,4$ % студентів I, $9,2 \pm 0,7$ % – II та $36,4 \pm 1,8$ % III груп відповідно. Помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців – $24,1 \pm 1,3$ % студентів I групи, $25,2 \pm 1,2$ % II групи та $30,4 \pm 1,7$ % студентів III групи (рис. 2).

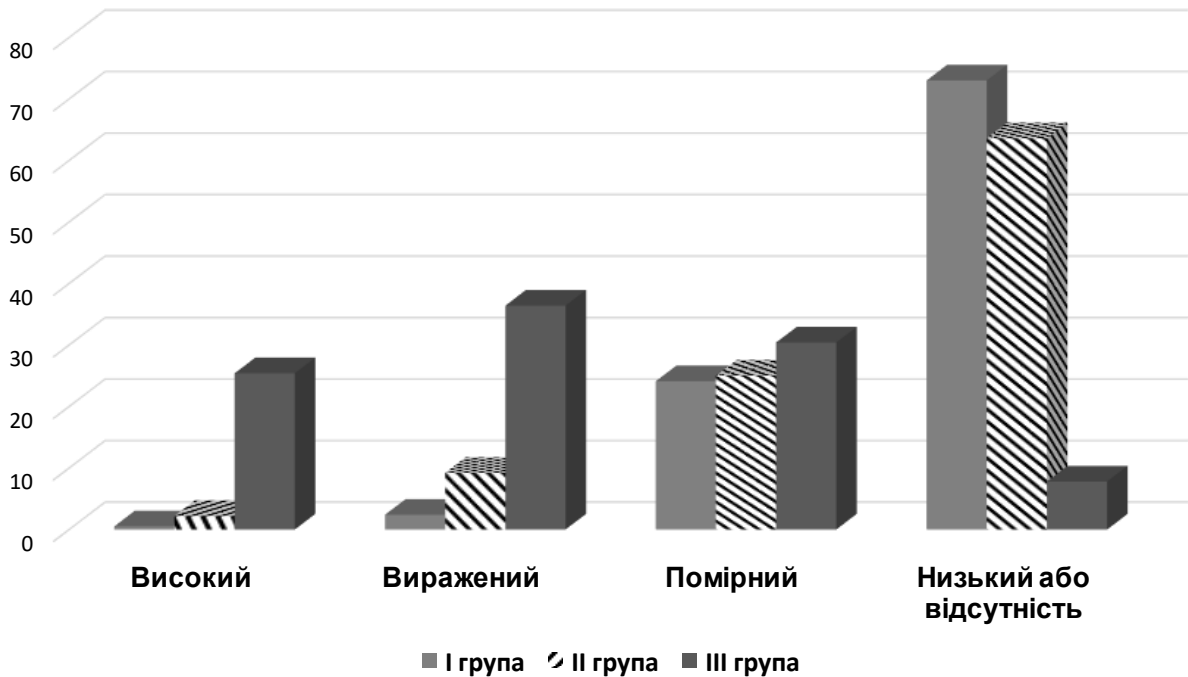


Рис. 2. Рівні дезадаптації студентів (%)

При цьому, як показали результати дослідження $24,1 \pm 1,2$ % студентів I групи, $21,9 \pm 1,1$ % II групи та $20,8 \pm 1,2$ % студентів III групи категорично заперечують необхідність психологічної допомоги, а $44,1$ % вважають, що психологічна допомога їм потрібна в першу чергу при вирішенні таких проблем як подолання інформаційного стресу, адаптація до нових умов навчання, входження в новий колектив, рішення особистісних проблем.

Стосовно отриманим у ході роботи даним до соціально-психологічних факторів, які впливають на виникнення станів дезадаптації студенти відносять: зміну життєвого стереотипу ($28,6 \pm 1,2$ % студентів I групи, $29,6 \pm 1,3$ % – II та $92,4 \pm 1,9$ % – III групи), важкий навчальний матеріал, складну термінологію ($24,2 \pm 1,1$ % студентів I групи, $23,1 \pm 1,1$ % – II та $31,1 \pm 1,5$ % студентів III групи), строгу навчальну дисципліну ($15,4 \pm 1,3$ %, $16,6 \pm 1,3$ % та $17,9 \pm 1,4$ % відповідно), необхідність відпрацювання пропущених занять та лекцій ($15,4 \pm 0,7$ %, $16,6 \pm 0,7$ % та $17,9 \pm 0,8$ % обстежених студентів відповідно), недосконалість механізмів

психологічного захисту ($26,8 \pm 1,2$ % студентів I групи, $27,1 \pm 1,2$ % – II та $81,2 \pm 1,9$ % – III групи), відсутність навичок саморегуляції ($33,1 \pm 1,4$ %, $35,2 \pm 1,4$ % та $37,6 \pm 1,5$ % відповідно) (рис. 3).

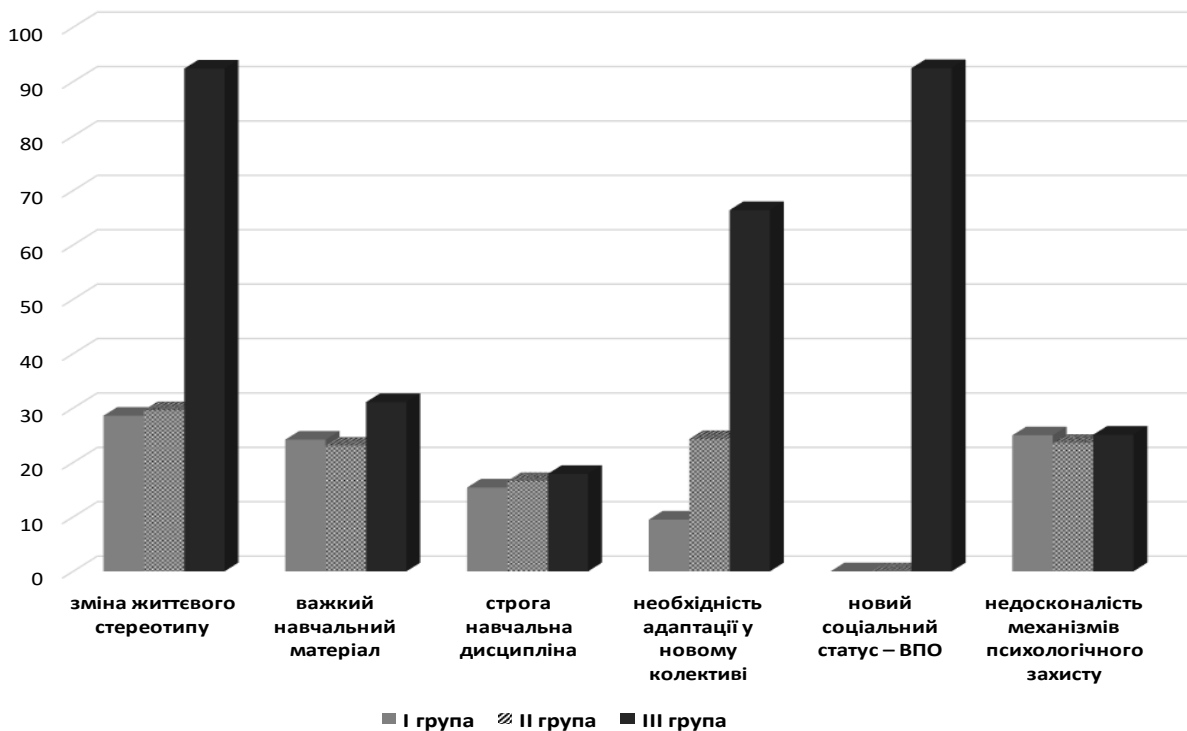


Рис. 3. Чинники ризику розвитку станів дезадаптації студентів (%)

Для студентів-переселенців стресогенними чинниками є необхідність адаптації у новому оточенні ($66,4 \pm 1,5$ %), різка зміна життєвого стереотипу ($79,8 \pm 1,7$ %), статус вимушеного переселенця ($92,5 \pm 1,8$ %). При цьому найвагомий психотравмуючий вплив мав інформаційний стрес: негативні очікування від інформаційних повідомлень подій на окупованих територіях та операції об'єднаних сил ($89,8 \pm 1,8$ %), наявність суб'єктивно значимої негативної інформації ($78,4 \pm 1,7$ %), фіксація на негативній інформації ($66,9 \pm 1,5$ %).

У ході клініко-анамнестичного дослідження нами виділено комплекс біологічних факторів, що визначають дефект морфофункціонального субстрату головного мозку та можуть розглядатися як базисні у формуванні дезадаптивних станів: часті простудні захворювання ($74,5 \pm 1,7$ %), наслідки черепно-мозкових травм ($26,5 \pm 1,2$ %), хронічна соматична патологія ($39,2 \pm 1,4$ %), зловживання спиртними напоями ($24,3 \pm 1,2$ %), вживання токсичних речовин ($5,6 \pm 1,1$ %).

Для клінічної картини розладів адаптації у обстежених студентів були притаманні скарги на пригніченість настрою, тривожні прояви, гіпертензії,

парестезії, небажання спілкуватися, втрату інтересу до навколишніх подій, труднощі в засвоєнні навчального матеріалу, порушення циклу сон-неспанья, зниження рівня спонукань, труднощі у прийнятті рішень (рис. 4).

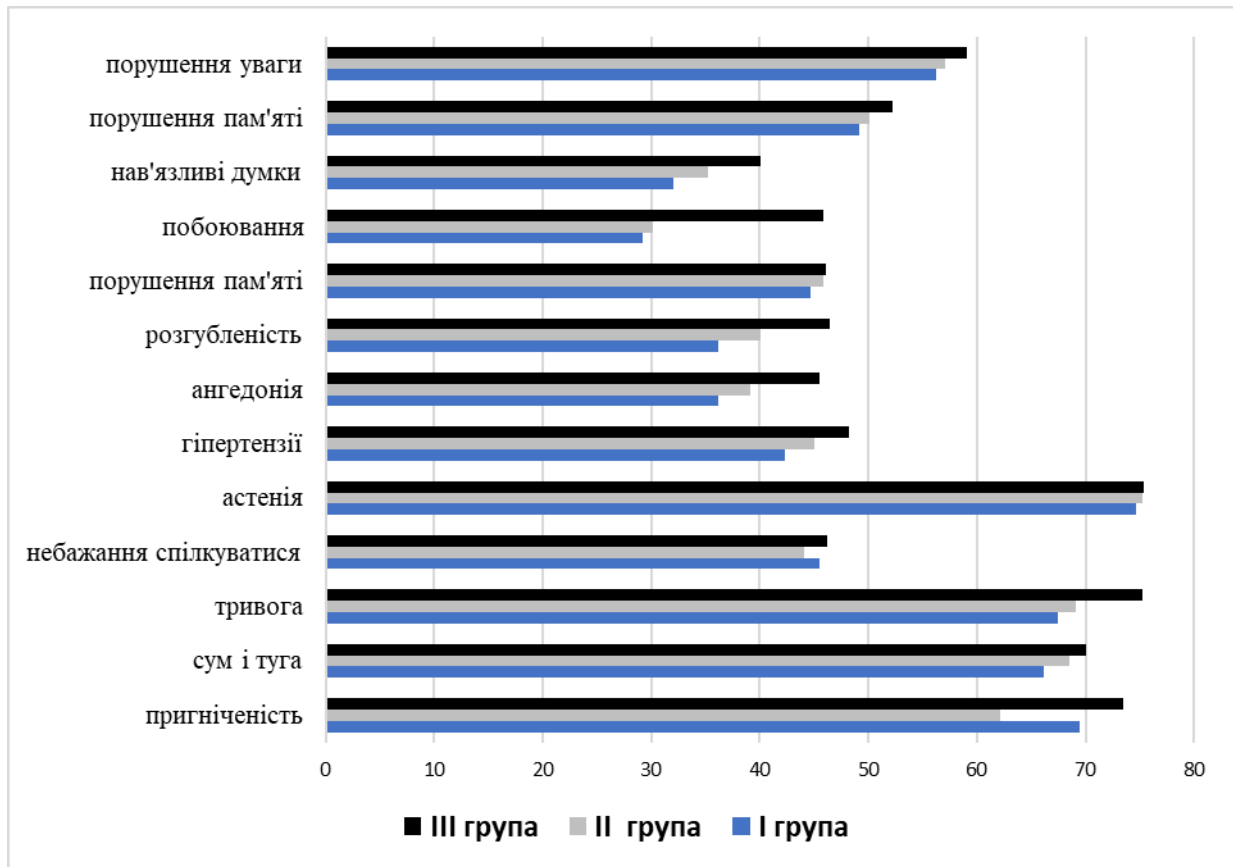


Рис. 4 Структура скарг студентів з розладами адаптації (%)

Необхідно відмітити, що тривожні переживання були пов'язані із труднощами адаптації до навчальної діяльності у медичному університеті, важким навчальним матеріалом, відсутністю взаєморозуміння із однолітками, непевністю в правильності обраного шляху та подальших перспектив.

У всіх обстежених виявлялася астенічна симптоматика – загальна слабкість, нездужання, швидка стомлюваність, труднощі при зосередженні, низька продуктивністю розумової й фізичної праці.

Проведене психодіагностиче дослідження показало, що провідне місце в клінічній картині розладів адаптації у обстежених студентів займали тривожно-депресивні порушення (табл. 2).

Вираженість тривоги і депресії у обстежених студентів з розладами адаптації (%)

Вираженість тривоги і депресії		I група	II група	III група
Шкала Гамільтона				
Відсутність	тривоги	0,8 ± 0,1	0	0
	депресії	5,7 ± 0,3	7,1 ± 0,3	3,3 ± 0,2
Легкий епізод	тривоги	44,2 ± 1,5	40,6 ± 1,5	15,2 ± 0,5
	депресії	38,3 ± 1,4	34,4 ± 1,3	8,5 ± 0,3
Помірний епізод	тривоги	30,3 ± 1,3	32,5 ± 1,3	37,2 ± 1,4
	депресії	24,6 ± 1,1	26,1 ± 1,1	49,3 ± 1,5
Важкий епізод	тривоги	25,5 ± 1,1	26,9 ± 1,2	47,6 ± 1,7
	депресії	29,6 ± 1,2	32,1 ± 1,3	38,3 ± 1,4
Лікарняна шкала тривоги і депресії				
Відсутність	тривоги	18,2 ± 1,2	15,6 ± 1,1	0,4 ± 0,1
	депресії	26,6 ± 1,1	20,0 ± 1,1	2,8 ± 0,2
Субклінічні прояви	тривоги	47,1 ± 1,7	48,6 ± 1,7	51,4 ± 1,8
	депресії	45,2 ± 1,6	46,6 ± 1,6	49,3 ± 1,7
Клінічні прояви	тривоги	34,7 ± 1,7	35,8 ± 1,7	48,2 ± 1,9
	депресії	28,8 ± 1,1	33,4 ± 1,4	47,9 ± 1,7

Клінічна структура розладів адаптації у обстежених студентів була представлена депресивним (22,1 ± 1,2 % обстежених I групи, 23,1 ± 1,2 % II групи та 25,2 ± 1,3 % обстежених III групи), неврастенічним (27,8 ± 1,4 %, 25,4 ± 1,3 %, 22,2 ± 1,2 % обстежених відповідно), тривожним (24,5 ± 1,3 % обстежених I групи, 26,6 ± 1,4 % II групи та 25,3 ± 1,3 % обстежених III групи) та дисоціативним (25,6 ± 1,3 %, 24,9 ± 1,3 % та 26,8 ± 1,4 % відповідно) синдромокомплексами (рис. 5).

У клінічній картині депресивних розладів найбільш часто спостерігаються пригніченість настрою, почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, виснаження, бездіяльність, байдужість, відсутність інтересу до спілкування та навчання, психомоторна загальмованість, іпохондричні прояви, соматовегетативні розлади, важкий рівень депресії та помірний тривоги за шкалою Гамільтона, клінічні прояви депресії та субклінічні прояви тривоги за госпітальною шкалою, помірна тривога за шкалою Спілбергера-Ханіна.

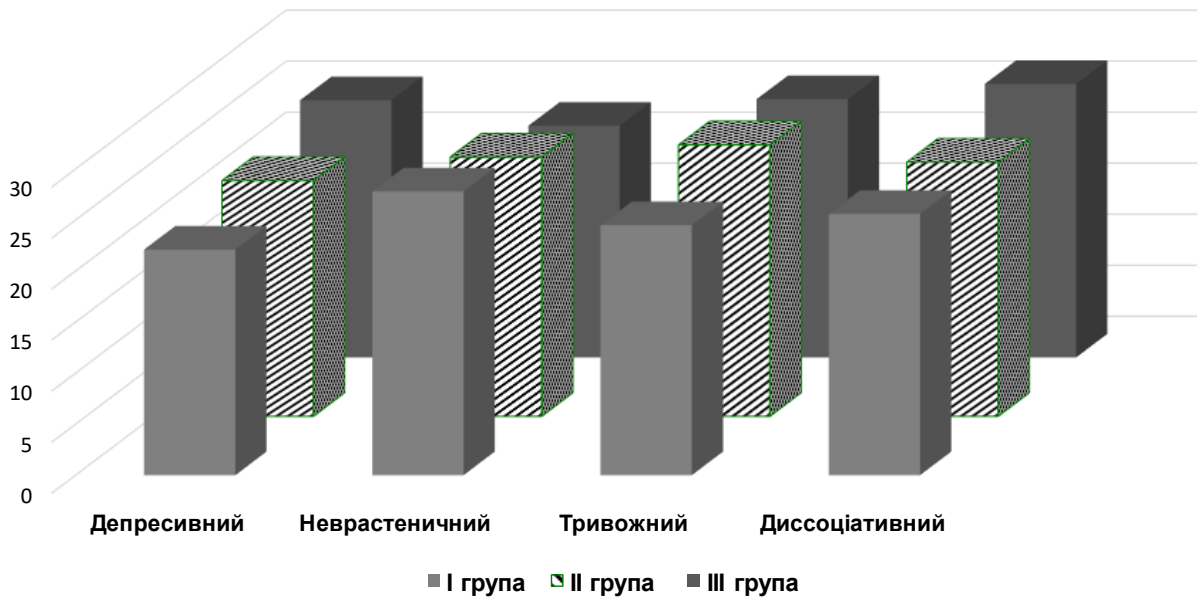


Рис. 5. Клінічна структура дезадаптивних станів студентів-медиків (%)

У обстежених III групи поряд з пригніченістю настрою, афектом туги і тривоги відмічалися різноманітні страхи і побоювання, астеничні прояви і вегетативні пароксизми. У ряді випадків відзначалися короткочасні бурхливі реакції на незначні емоційні події, невідповідність емоційних реакцій ситуації.

У клінічній картині неврастенічного синдромокомплексу на тлі яскраво вираженого астеничного симптомокомплексу з'являється дратівливість, гіперестезія. Спостерігаються зниження розумової продуктивності після незначної інтелектуальної напруги, підвищена слабкість і стомлюваність при фізичній нарузі, немотивоване занепокоєння, тривога, помірний рівень депресії та високий тривоги за шкалою Гамільтона, клінічні прояви депресії та тривоги за госпітальною шкалою, тривожні порушення високого ступеня виразності за шкалою Спілбергера-Ханіна. $56,2 \pm 1,7$ % обстежених жінок та $55,2 \pm 1,8$ % чоловіків пред'являють скарги на головні болі, переважно у вигляді «шолома», які суб'єктивно характеризуються як здавлення, стягування, які підсилюються при різких поворотах голови або змінах положення тіла з іррадіацією в область шиї, хребта. Інтенсивність головних болів коливається, частіше вони виникають або підсилюються після фізичної і розумової напруги.

Для студентів III групи в структурі неврастенічного синдромокомплексу у ряді випадків відмічалася сенсibiliзація до зовнішніх подразників, особливо в період відходу до сну і у процесі засинання.

При тривожному варіанті дезадаптивних станів відзначається знижене тло настрою, почуття тривоги, внутрішнього напруження, немотивованого занепокоєння, негативного емоційного забарвлення переживань, емоційна лабільність, наявність ізольованих нав'язливих страхів, сумнівів у правильності прийнятих рішень і дій тісно пов'язаних із тривожною помисливістю по відношенню до своєї оцінки в очах навколишніх, помірний епізод депресії та важкий епізод тривоги за шкалою Гамільтона, клінічні прояви депресії та тривоги за госпітальною шкалою, тривожні порушення високого ступеня виразності за шкалою Спілбергера-Ханіна.

У обстежених III групи на тлі тривожної симптоматики відмічалися наявність ізольованих нав'язливих страхів, тісно пов'язаних із тривожною помисливістю по відношенню до своєї оцінки в очах навколишніх.

У клінічній картині дисоціативного синдрому комплекс переважають афективні істероневротичні реакції у вигляді дісфорій, уразливості, демонстративності, погроз і образ, афективних розрядів із розрахунком «гри на публіку», помірні рівні депресії та тривоги за шкалою Гамільтона, субклінічні прояви депресії та тривоги за госпітальною шкалою, тривожні порушення помірною ступеня виразності за шкалою Спілбергера-Ханіна. Для нього були характерні надмірне вживання алкоголю, вживання психоактивних речовин, формування різних нехімічних видів залежності. При цьому одними з постійних скарг були головні болі за типом «істеричного цвяха», інтенсивність головних болів коливалася, частіше вони виникали або підсилювалися після емоційної напруги або при негативних настановах на фізичну і розумову працю.

Для обстежених III групи була притаманна схильність до пароксизмальних короткочасних або затяжних афективних реакцій, що частіше були обумовлені додатковими психотравмуючими обставинами.

Особливістю дезадаптивних станів з'явилася їх масивна соматизація, що характеризується поліморфними вегето-вісцеральними розладами ($42,6 \pm 1,5$ % обстежених першої, $47,1 \pm 1,7$ % другої та $55,5 \pm 1,6$ % третьої групи) та порушенням циклу «сон - неспання»: труднощі засинання, порушення тривалості сну та його глибини ($49,2 \pm 1,7$ %, $53,4 \pm 1,6$ % та $56,8 \pm 1,6$ % відповідно).

Як показали результати дослідження, маркерами розладів адаптації у обстежених студентів є: високі рівні соматизації ($31,5 \pm 1,2$ % обстежених першої, $33,8 \pm 1,2$ % другої та $35,1 \pm 1,3$ % третьої групи), депресії ($39,2 \pm 1,3$ %, $40,4 \pm 1,4$ % та $55,5 \pm 1,6$ % відповідно) та тривоги

($42,7 \pm 1,5$ % обстежених першої, $45,4 \pm 1,4$ % другої та $55,6 \pm 1,6$ % третьої групи) за шкалою SCL-90-R; помірний ($24,6 \pm 1,1$ % обстежених першої, $26,1 \pm 1,1$ % другої та $49,3 \pm 1,5$ % третьої груп) та важкий ($29,6\% \pm 1,2$ %, $32,1 \pm 1,3$ % та $38,3 \pm 1,4$ % відповідно) депресивний епізод за шкалою Гамільтона; помірний ($30,3 \pm 1,3$ % обстежених першої, $32,5 \pm 1,3$ % другої та $37,2 \pm 1,4$ % третьої груп) та важкий ($25,5 \pm 1,1$ %, $26,9 \pm 1,2$ % та $47,6 \pm 1,7$ % відповідно) тривожний епізод за шкалою Гамільтона; клінічні ($34,7 \pm 1,7$ % обстежених першої, $35,8 \pm 1,7$ % другої та $48,2 \pm 1,9$ % третьої групи) та субклінічні ($47,1 \pm 1,7$ %, $48,6 \pm 1,7$ % та $51,4 \pm 1,8$ % відповідно) прояви тривоги за госпітальною шкалою; клінічні ($28,8 \pm 1,1$ % обстежених першої, $33,4 \pm 1,4$ % другої та $47,9 \pm 1,7$ % третьої групи) та субклінічні ($45,2 \pm 1,6$ %, $46,6 \pm 1,6$ % та $49,3 \pm 1,7$ % відповідно) прояви депресії за госпітальною шкалою.

Результати оцінки реактивної тривоги та особистісної тривожності (за шкалою Спілбергера-Ханіна) показали, що у $41,8 \pm 1,8$ % обстежених першої, $23,1 \pm 1,2$ % другої та $19,2 \pm 1,0$ % третьої груп виявлялися тривожні порушення низького ступеня (19 ± 10 балів); у $35,6 \pm 1,4$ %, $35,7 \pm 1,5$ % та $35,5 \pm 1,4$ % обстежених відповідно тривожні порушення помірною ступеня (39 ± 5 балів); у $22,6 \pm 1,2$ % обстежених першої, $41,2 \pm 1,8$ % другої та $45,3 \pm 1,9$ % третьої груп тривожні порушення високого ступеня виразності (49 ± 5 балів).

Як свідчать результати дослідження, студентам з розладами адаптації виявились притаманними індивідуально-психологічні й поведінкові особливості, які, будучи предикторами наявних у них дезадаптивних станів, є одночасно базовими мішенями їх психотерапевтичної корекції, та, в разі здійснення медико-психологічних заходів, можуть стати їх превенторами.

Проведене дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості студентів показало відмінності в особистісному профілі студентів за шкалами СБОО в залежності від наявності станів дезадаптації. Встановлено, що для жінок з ознаками дезадаптації, характерні відхилення шкал депресії, іпохондрії, істерії, психопатії, психастенії, у чоловіків з порушенням адаптації найбільш часто спостерігаються відхилення шкал іпохондрії, депресії, гіпоманії. Слід зазначити, що коливання значення шкал відбуваються в межах середньої норми (40–60), однак показники психопатії і психастенії у жінок виходять за ці межі (рис. 6).

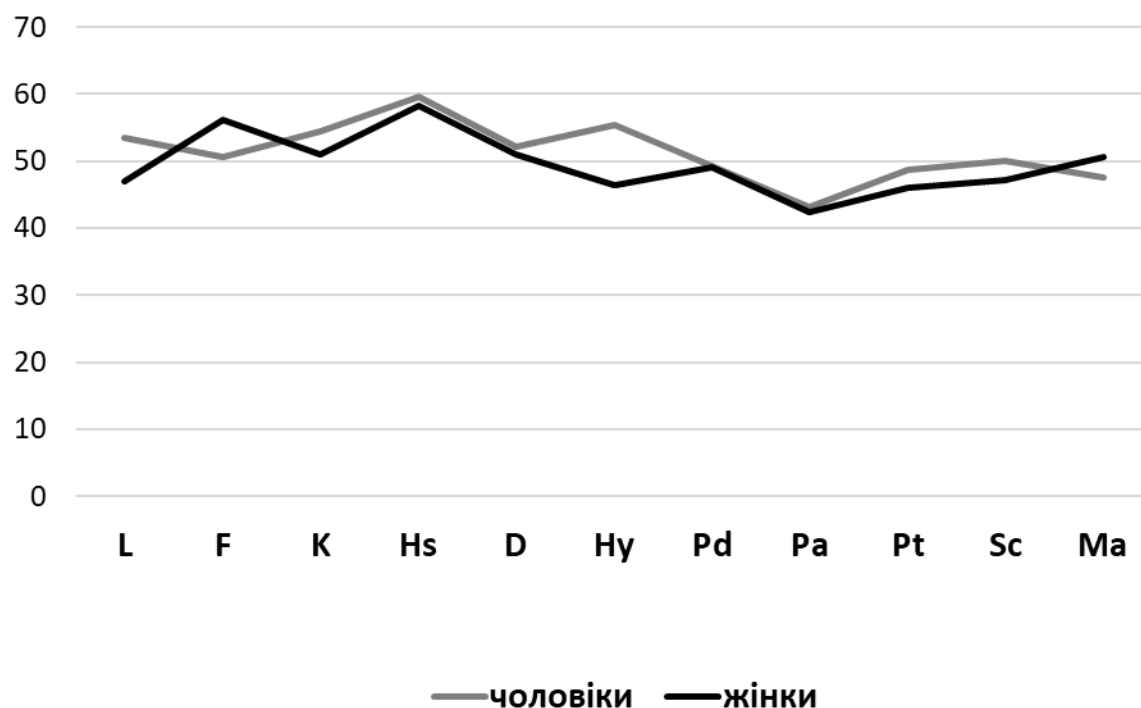


Рис. 6 Профіль особистості студентів з дезадаптивними станами

При цьому у $32,1 \pm 1,4$ % студентів I групи, $34,1 \pm 1,4$ % – II групи та $38,9 \pm 1,5$ % обстежених III групи характерні піки за шкалою депресії; у $19,8 \pm 1,1$ %, $22,1 \pm 1,2$ % та $28,8 \pm 1,3$ % обстежених відповідно – піки за шкалою психастенії; у $21,1 \pm 1,2$ % студентів I групи, $19,5 \pm 1,1$ % – II групи та $20,2 \pm 1,1$ % обстежених III групи – за шкалою іпохондрії.

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження для студентів зі станами дезадаптації притаманні збудливість і неврівноваженість ($75,6 \pm 1,6$ %), конфліктність у відносинах ($29,8 \pm 0,6$ %), тривожна помисливість ($77,1 \pm 1,6$ %), дезорганізація поведінки ($41,7 \pm 1,1$ %), неспроможність до саморегуляції ($35,4 \pm 1,0$ %), нездатність успішно долати стресові ситуації, діяти в умовах невизначеності ($36,1 \pm 1,0$ %), ригідність, фіксованість на травматичних і негативних переживаннях ($41,2 \pm 1,1$ %).

Більшість студентів пред'являли скарги на неуважність ($87,6 \pm 1,7$ %), розбитість ($89,0 \pm 1,7$ %), розумову втому ($69,2 \pm 1,5$ %). Розлади пам'яті у студентів з розладами адаптації були представлені зниженням запам'ятовування поточних подій ($36,6 \pm 1,0$ %), утрудненням пригадування необхідної інформації ($29,5 \pm 0,6$ %) та виникненням мимовільних напливів спогадів ($63,3 \pm 1,4$ %). Порушення уваги були представлені підвищеною відволікаємістю ($43,1 \pm 1,1$ %) та прикутістю уваги до неприємних

переживань ($44,4 \pm 1,1$ %). Зазначені симптоми частіше відзначалися в період екзаменаційних сесій, особливо у студентів III групи.

Вивчення когнітивних функцій за методикою MMSE виявило легкі когнітивні порушення у обстежених з розладами адаптації – в середньому по групі обстежених загальний показник за шкалою MMSE становив $28,2 \pm 0,2$ балів з 30 можливих. Мали місце зниження обсягів вербальної пам'яті ($5,7 \pm 0,6$ балів з 6 можливих), зниження швидкості лічильних операцій ($4,6 \pm 0,8$ балів з 5 можливих), утруднення орієнтації ($9,4 \pm 0,5$ балів з 10 можливих), зниження показників перцептивно-гностичної сфери ($9,6 \pm 0,6$ балів з 9 можливих балів).

Проведення тесту на запам'ятовування 10 слів виявило зниження здатності до концентрації уваги, сприйняття на слух і запам'ятовування інформації (до 7 слів). Недостатнє відстрочене у часі відтворення завчених слів (5-6 слів) відображало погіршення роботи «оперативної пам'яті» у обстежених з розладами адаптації.

Аналіз особливостей уваги за допомогою коректурної проби показав, що у студентів з розладами адаптації відмічається зниження концентрації уваги, підвищення стомлюваності, зниження толерантності до навантажень (середній показник 158,3 знака), виражена реакція втоми – максимальна концентрація уваги у обстежених відмічалася на 2 хвилині дослідження (278,6 знаків), з поступовим зниженням до 161,5 знаків в середньому на 7 хвилині. При виконанні коректурної проби на першій хвилині дослідження виявлялась висока кількість помилок, яка поступова зніжувалась на другій хвилині – відбувалося «впрацювання».

Таким чином у структурі розладів адаптації відмічаються легкі когнітивні порушення, які проявляються зниженням обсягів вербальної пам'яті, зниженням швидкості лічильних операцій, незначним утрудненням орієнтації та зниженням показників перцептивно-гностичної сфери, зниженням концентрації уваги та запам'ятовування отриманої інформації, виражена реакція психічної втоми.

Аналіз рівня нервово-психічної напруги у структурі дезадаптивних станів показав переважання інтенсивної (помірної) у студентів I та II груп та екстенсивної (надмірної) напруги у обстежених III групи (рис. 7).

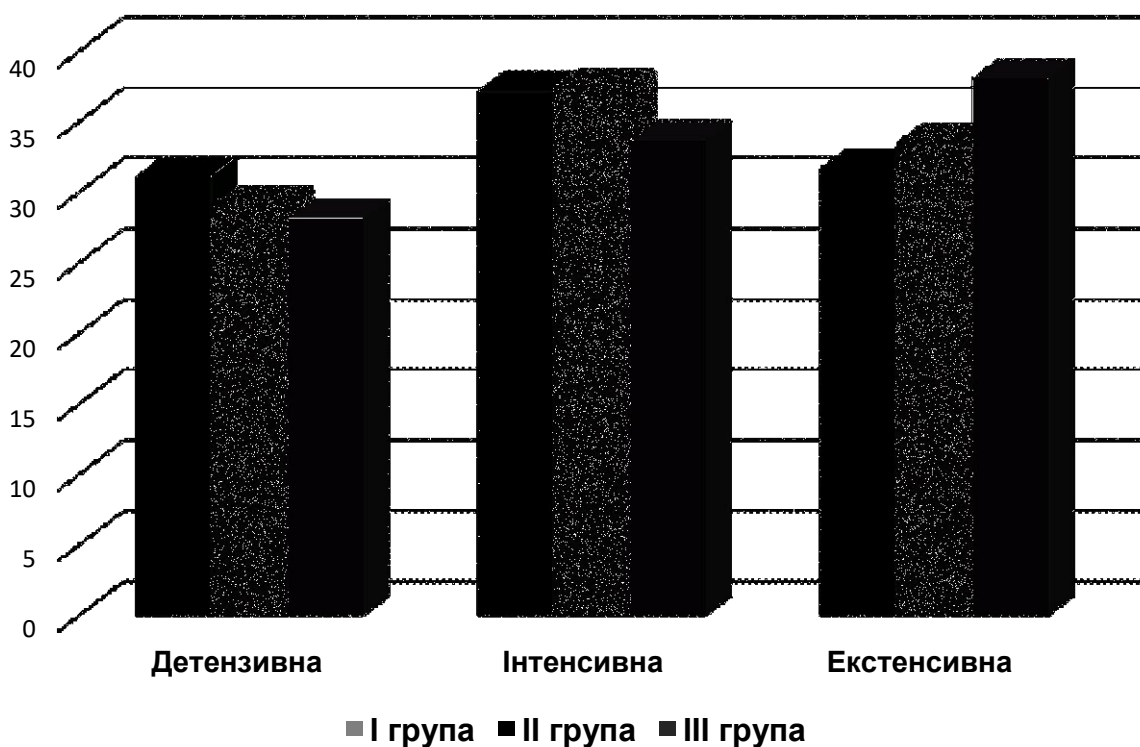


Рис.7. Ступені нервово-психічної напруги студентів (%)

Як показав аналіз застосовуваних копінг-стратегій в аспекті поведінкового способу, що дозволяв справитися з ситуацією, домінуючими у більшості студентів з розладами адаптації були стратегії спрямованої на емоції ($45,2 \pm 1,7$ % обстежених першої, $43,4 \pm 1,6$ % другої та $41,1 \pm 1,5$ % третьої груп) та уникнення ($39,1 \pm 1,4$ %, $41,1 \pm 1,5$ % та $50,2 \pm 1,7$ % відповідно) копінг, орієнтований на вирішення проблем відмічався лише у $45,2 \pm 1,6$ % студентів $15,7 \pm 1,1$ % першої, $15,5 \pm 1,1$ % другої та $8,7 \pm 0,3$ % третьої груп.

Проведений кореляційний аналіз отриманих даних виявив тісні взаємозв'язки між наявністю розладів адаптації студентів та зміною життєвого стереотипу ($r = 0,66$), складністю навчання ($r = 0,57$), недосконалістю механізмів психологічного захисту ($r = 0,60$), наявністю хронічних захворювань ($r = 0,61$), знаходженням у ситуаціях надмірної нервово-психічної напруги ($r = 0,61$), важкою тривогою і депресією за шкалами Гамільтона ($r = 0,60$), клінічними проявами тривоги та депресії за госпітальною шкалою ($r = 0,63$) та наявністю неконструктивних копінг-стратегій, орієнтованих на уникнення ($r = 0,60$).

У ході роботи був проведений аналіз кореляційних зв'язків між порушеннями у сферах сприйняття, пам'яті, уваги, мислення, емоцій, ефекторно-вольової сфери та високою нервово-психічною напругою. Було

виявлено, що чим більше кореляційних взаємозв'язків і чим вище значення коефіцієнту взаємної кореляції, тим менш стабільними є отримані результати в кореляційних парах показників, і, навпаки, чим менше число кореляційних взаємозв'язків і, чим менше значення коефіцієнта кореляції, тим більш стабільними є отримані результати за кореляційними показниками. У першому випадку можна говорити про більшу міцність і щільність зв'язків і, відповідно, про меншу адаптивну пластичність, а в другому випадку – такий прояв є більш варіативним, пов'язаним з диференційованою і стійкою поведінкою та самооцінкою.

У таблиці 3 наведені усереднені значення коефіцієнтів взаємної кореляції для студентів з розладами адаптації. Вище діагоналі представлені усереднені значення коефіцієнтів кореляції, а нижче діагоналі – кількість взаємозалежних пар показників, виражених у відсотках, що мають кореляції між відповідними показниками сфер, яка перевищує значення 0,37.

Таблиця 3

Значення коефіцієнтів кореляцій у студентів з розладами адаптації

	Нервово-психічна напруга	Сприйняття	Пам'ять	Увага	Мислення	Емоції	Ефекторно-вольова сфера
Нервово-психічна напруга	1	0,574	0,624	0,440	0,510	0,623	0,6
Сприйняття	90	1	0,660	0,575	0,587	0,670	0,592
Пам'ять	80	70	1	0,653	0,653	0,626	0,631
Увага	70	30	70	1	0,518	0,636	0,562
Мислення	70	60	70	70	1	0,664	0,543
Емоції	100	60	100	70	80	1	0,795
Ефекторно-вольова сфера	90	70	80	90	90	100	1

Як видно з наведених результатів нервово-психічна напруга найбільш сильно пов'язана з руховою активністю, працездатністю, емоційними проявами, при цьому найбільше функціональне навантаження відзначається у такій сфері, як пам'ять.

Отримані в ході роботи дані дозволили нам розробити модель формування станів дезадаптації у студентів (рис. 8).



Рис. 8. Модель формування розладів адаптації у студентів

Базуючись на отриманих даних нами розроблено систему медико-психологічної підтримки студентів-медиків у період навчання, що передбачає застосування комплексного психотерапевтичного, психоосвітнього та психопрофілактичного впливів.

Психотерапевтична програма включала чотири послідовних етапи: (рис. 9).

I – етап формування комплаєнсу, первинної адаптації до психотерапевтичного процесу, був спрямований на зниження емоційного напруження, встановлення продуктивного контакту зі студентами.

II – психоосвітній етап, спрямований на нівелювання наявного у студентів дефіциту знань щодо механізмів формування та особливостей перебігу розладів адаптації.

III – корекційний етап, спрямований на стабілізацію емоційного стану, розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск розладу адаптації, корекцію неадекватних емоційних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку патологічного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, формування навичок саморегуляції психологічного стану.

IV – етап закріплення й підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, профілактики рецидиву дезадаптивних станів, формування адаптивних форм поведінки, тенденції до використання конструктивних форм копінг, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування.

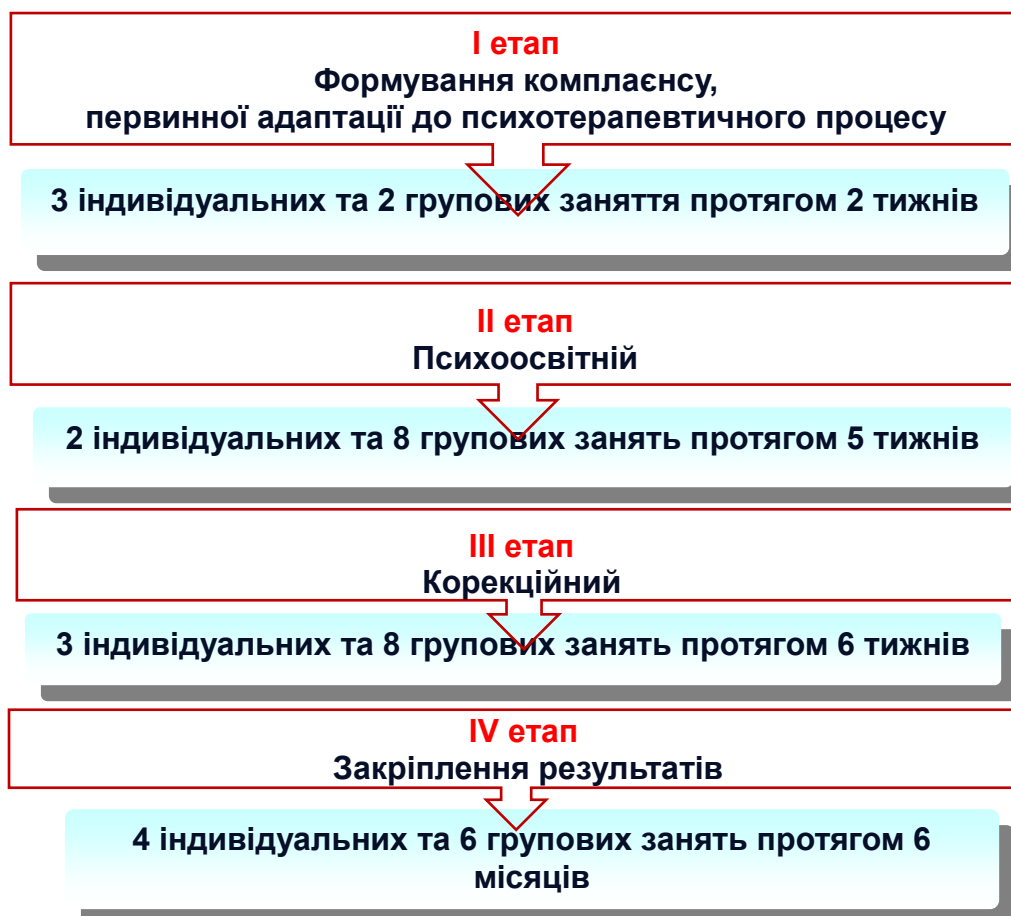


Рис. 9. Етапи психокорекційної програми

Розроблена нами психотерапевтична програма передбачала поетапне введення психотерапевтичних методик за принципом взаємного потенціювання. Програма складалася з 26 повноцінних зустрічей, тривалістю 60 хвилин з частотою 2 рази на тиждень (рис. 10).

Психотерапевтична корекція при депресивному варіанті розладів адаптації включала використання раціональної психотерапії (класичний варіант П. Дюбуа, 1912), когнітивно-поведінкової терапії Бека (А. Т. Бек, 2006) та арт-терапії у техніці «Малюнок себе».

При неврастенічному варіанті ми використовували когнітивно-поведінкову терапію Бека (А. Т. Бек, 2006), особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994), психотонічний варіант аутогенного тренування (А. М. Шогама, К. І. Мирівського, 1963).

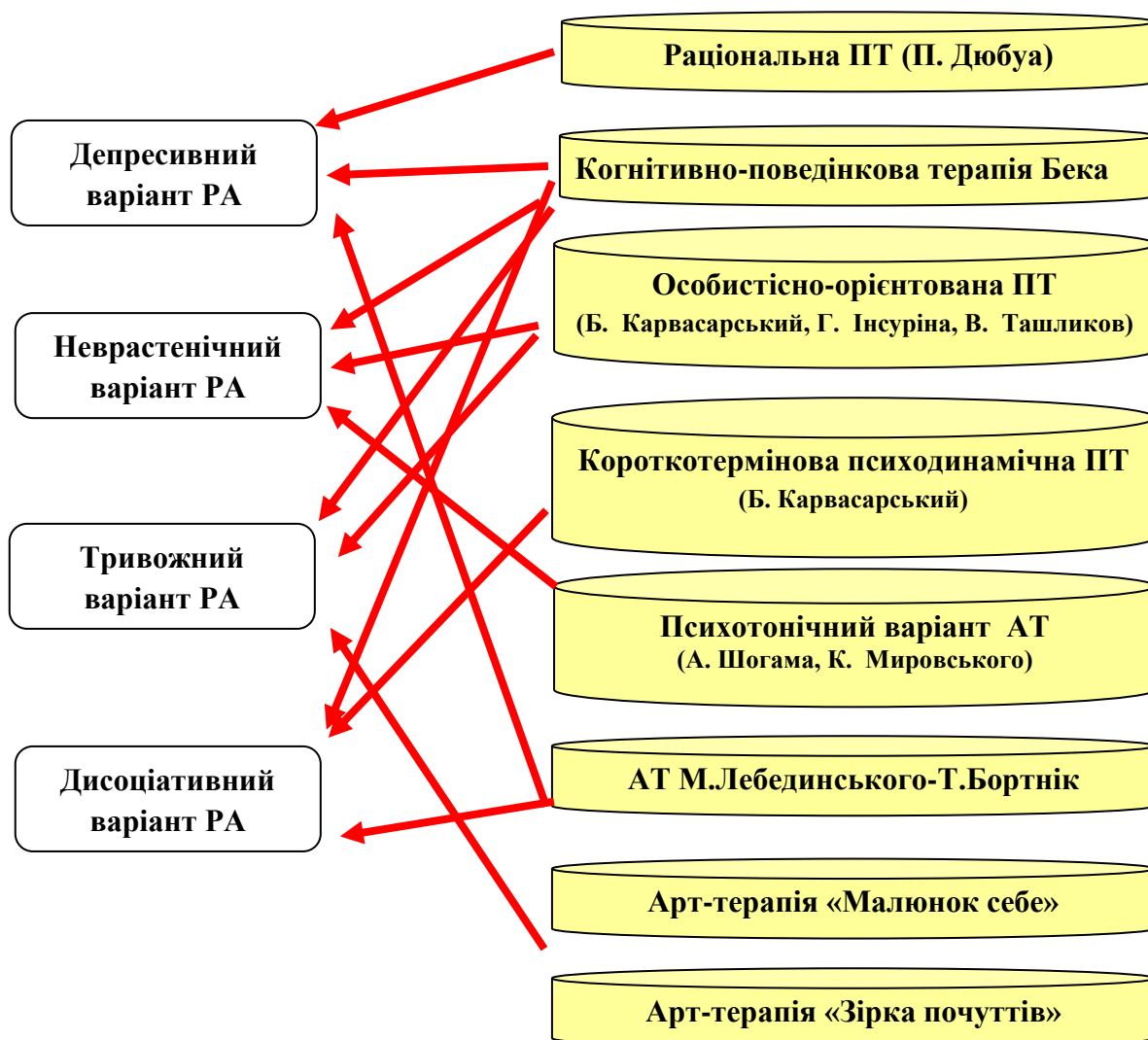


Рис. 10. Персоніфікована психотерапевтична корекція розладів адаптації у студентів

При тривожному варіанті – когнітивно-поведінкову терапію Бека (А. Т. Бек, 2006), особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994) та арт-терапію у техніці «Зірка почуттів».

При дисоціативному варіанті використовувались короткотермінова психодинамічна психотерапія (Б. Д. Карвасарський, 1999), когнітивно-поведінкова терапія Бека (А. Т. Бек, 2006), аутогенне тренування у модифікації М. С. Лебединського, Т. Л. Бортнік. (1969).

Необхідно підкреслити, що враховуючи специфіку психотравмуючих обставин студентів-переселенців та їх необхідність адаптуватися не лише до вимог навчання але і до нового соціального статусу – вимушено переселеної особи, а також більшу вираженість тривожно-депресивних проявів,

психотерапевтична програма для цієї групи була змінена в бік збільшення об'єму та тривалості психотерапевтичних інтервенцій.

Смислотворчим елементом розробленої моделі були психоосвітні заходи з використанням інформаційних модулів у вигляді проблемно-орієнтованих дискусій та комунікативної терапії.

Психоосвітній модуль складався з 10 занять, тривалістю 60 хвилин з частотою 2 рази на тиждень. Основною метою психоосвіти у випадку роботи із студентами I та II груп були подолання дефіциту знань відносно механізмів формування розладів адаптації, навчання навичкам «оволодіння стресом», зміну неконструктивних копінг-стратегій.

Основними методами, що використовувалися при проведенні психоосвітньої програми, були наступні: лекції, консультування, варіанти комунікативної терапії та проблемно-орієнтовані дискусії в групах.

Психоосвітня програма для студентів III групи була спрямована на зниження емоційного напруження, що спровоковано статусом вимушено переселеної особи, відновлення особистісного і соціального ресурсу, превенцію декомпенсації емоційного стану, безпосередньо пов'язану із новою інформацією відносно операції об'єднаних сил та подій на окупованих територіях, навчання навичкам вирішення проблем, зміну не конструктивного копінгу.

Необхідно відзначити, що ефективність психотерапевтичного та психоосвітнього впливу можлива лише в поєднанні із заходами організаційного та педагогічного плану.

Розроблена система диференційованої психопрофілактичної підтримки студентів медичного університету, яка базувалась на загальноприйнятих вимогах до первинної, вторинної та третинної профілактики.

Первинна психопрофілактика передбачала превенцію формування розладів адаптації, зниження рівня нервово-психічної напруги, ранню діагностику розладів адаптації, допомогу у адаптації до учбового навантаження.

Вторинна психопрофілактика полягала у оцінці особистісних особливостей студентів та прогнозування їх адаптаційних реакцій, проведення комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованих на підвищення адаптаційних можливостей.

Третинна психопрофілактика передбачала профілактику рецидиву розладів адаптації. Побудова психопрофілактичних програм відбувалась

диференційовано для студентів I, II та III груп обстежених з урахуванням основних факторів і механізмів формування розладів адаптації.

Як показав аналіз динаміки психопатологічної симптоматики під впливом розробленої психотерапевтичної програми відмічається швидка редукція тривожної та депресивної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, підвищення психофізичної активності студентів.

Дослідження динаміки психічного стану за шкалою SCL-90-R у обстежених студентів з розладами адаптації на тлі проведеної психотерапевтичної корекції показало зниження рівнів соматизації (з 1,63 до 1,32 балів), депресії (з 1,22 до 0,61 балів), тривоги (з 1,07 до 0,50 балів) (рис. 11).

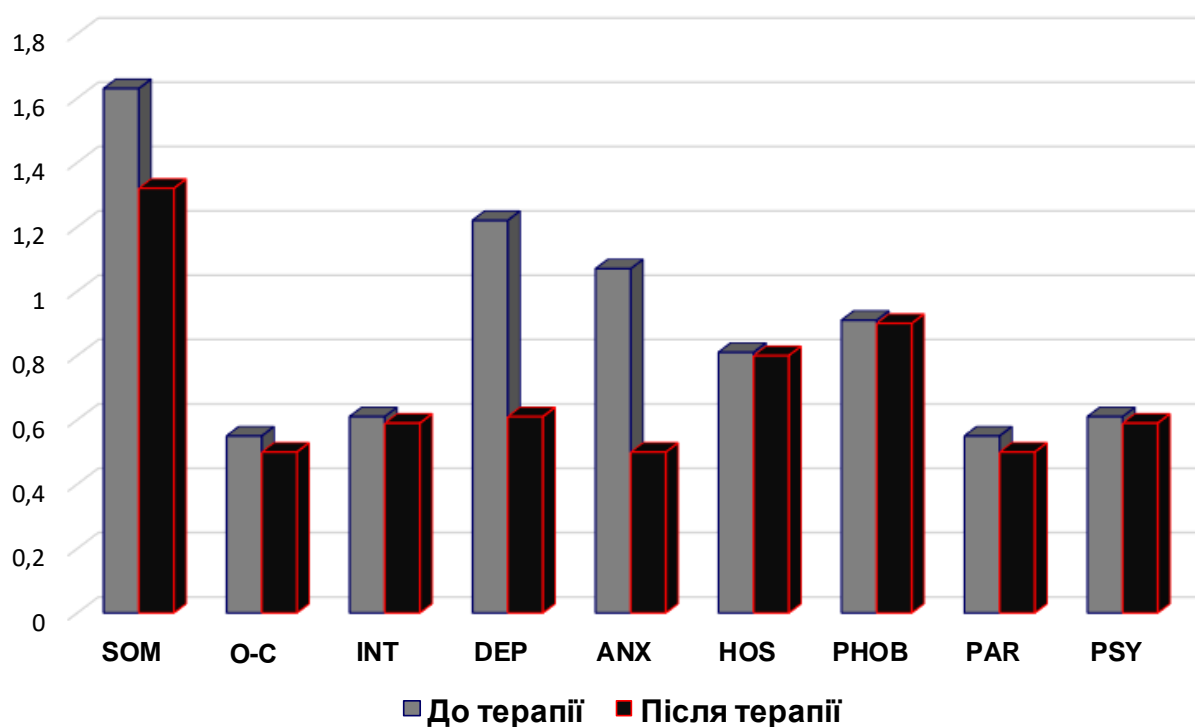


Рис. 11. Динаміка психічного стану за шкалою SCL-90-R

При оцінці динаміки показників тривоги та депресії за психодіагностичними шкалами відзначено зниження показників до 13 і менше балів за шкалою Гамільтона, 7 і менш балів за лікарняної шкалою тривоги і депресії, що свідчить про відсутність депресивного і тривожного епізодів у обстежених студентів.

На тлі проведеної психотерапевтичної корекції відмічена позитивна динаміка рівня нервово-психічної напруги за шкалою Немчина (табл. 4).

Динамика виразності нервово-психічної напруги у студентів з розладами адаптації (%)

Вираженість нервово-психічної напруги	До психотерапії	Після психотерапії
Детензивна (слабка) НПН	31,1	65,9
Інтенсивна (помірна) НПН	37,2	32,7
Екстенсивна (надмірна) НПН	31,7	1,4

Психотерапевтичне втручання сприяло позитивним змінам копінг-стратегій. Після завершення психотерапії – $75,3 \pm 2,1$ % студентів першої, $74,2 \pm 2,0$ % другої та $65,5 \pm 1,9$ % третьої груп реєструвався копінг, орієнтований на вирішення проблеми; у $19,1 \pm 1,2$ %, $18,8 \pm 1,1$ % та $22,1 \pm 1,2$ % обстежених відповідно – копінг орієнтований на емоції; у $5,6 \pm 0,3$ % студентів першої, $7,0 \pm 0,3$ % другої та $12,4 \pm 0,4$ % третьої груп відмічались копінг-стратегії спрямовані на уникнення (рис. 12).

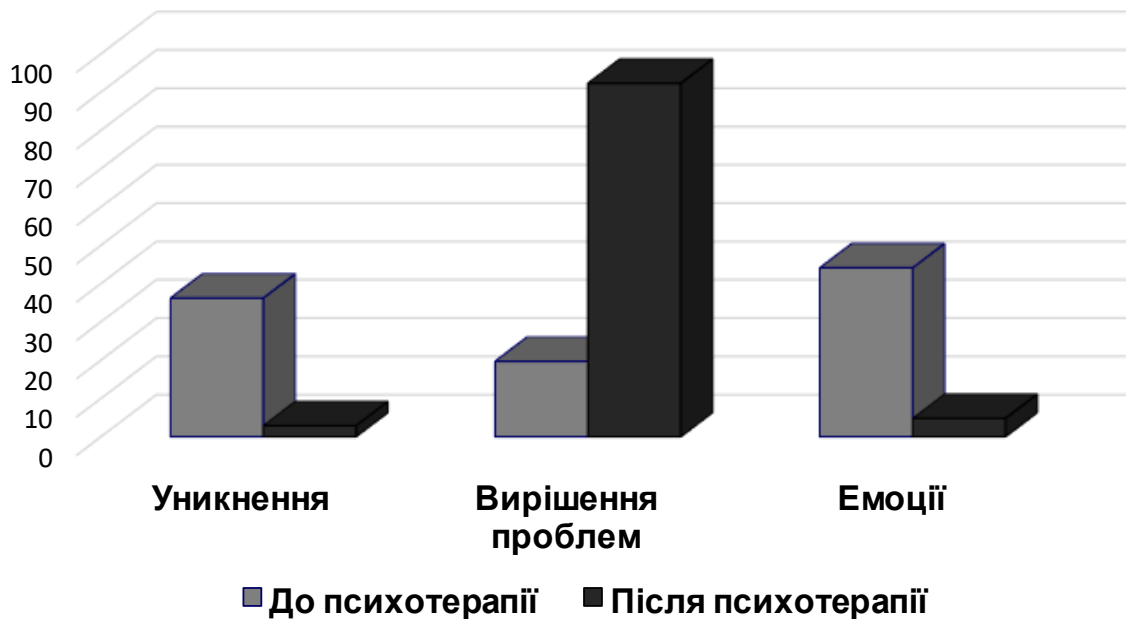


Рис. 12. Динаміка копінг-стратегій

Результати трьохрічного катамнестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи психотерапевтичної корекції дезадаптивних станів, на тлі її проведення відмічалась позитивна динаміка психічного стану, дезадаптивні стани редукувалися; у $89,6 \pm 1,6$ % обстежених рецидивів порушень адаптації не наставало.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі здійснено теоретичне обґрунтування та наведено нове практичне вирішення проблеми клінічних проявів, механізмів формування та психотерапевтичної корекції розладів адаптації на основі системного підходу до вивчення механізмів їх формування. В практику впроваджена система психопрофілактичної підтримки студентів медичного ЗВО в період професійної підготовки фахівця.

2. Студенти-вимушені переселенці виявляють більш високий рівень розладів адаптації, в порівнянні зі студентами I та II груп. Високий рівень дезадаптації виявлено у $0,5 \pm 0,2$ % студентів I групи, $2,2 \pm 0,4$ % студентів II групи та $25,4 \pm 1,2$ % студентів III групи; виражений рівень дезадаптації – $2,4 \pm 0,4$ %, $9,2 \pm 0,7$ % та $36,4 \pm 1,8$ % студентів відповідно; помірний рівень дезадаптації – $24,1 \pm 1,3$ % студентів I групи, $25,2 \pm 1,2$ % II групи та $30,4 \pm 1,7$ % студентів III групи.

3. Патогенетично значущими чинниками ризику формування розладів адаптації у студентів медиків є: соціально-психологічні – зміна життєвого стереотипу ($28,6 \pm 1,2$ % студентів I групи, $29,6 \pm 1,3$ % – II та $92,4 \pm 1,9$ % – III групи), важкий навчальний матеріал ($24,2 \pm 1,1$ % студентів I групи, $23,1 \pm 1,1$ % – II та $31,1 \pm 1,5$ % студентів III групи), строга навчальна дисципліна ($15,4 \pm 1,3$ %, $16,6 \pm 1,3$ % та $17,9 \pm 1,4$ % відповідно), недосконалість механізмів психологічного захисту ($26,8 \pm 1,2$ % студентів I групи, $27,1 \pm 1,2$ % – II та $81,2 \pm 1,9$ % – III групи), відсутність навичок саморегуляції ($33,1 \pm 1,4$ %, $35,2 \pm 1,4$ % та $37,6 \pm 1,5$ % відповідно) та біологічні – часті простудні захворювання ($74,5 \pm 1,7$ %), наслідки черепно-мозкових травм ($26,5 \pm 1,2$ %), хронічна соматична патологія ($39,2 \pm 1,4$ %). При цьому у студентів-переселенців стресогенним чинником є необхідність адаптації у новому оточенні ($66,4 \pm 1,5$ %), різка зміна життєвого стереотипу ($79,8 \pm 1,7$ %) та статус вимушеного переселенця ($92,5 \pm 1,8$ %).

4. Модель формування розладів адаптації у студентів медичного університету представлена комплексом патогенних чинників. Прогностично значущими у формуванні розладів адаптації є зміна життєвого стереотипу, недосконалість механізмів психологічного захисту, відсутність навичок саморегуляції, учбове перенавантаження, збудливість і неврівноваженість, тривожна помисливість, низька комунікативність, нездатність успішно долати стресові ситуації, діяти в умовах невизначеності.

Базисом для формування дезадаптивних станів є часті простудні захворювання та наявність хронічної соматичної патології.

Тригерами розвитку станів дезадаптації є знаходження у ситуаціях надмірної нервово-психічної напруги, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії HDRS, клінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою та наявність неконструктивних копінг-стратегій.

5. Клінічна структура розладів адаптації у студентів-медиків представлена депресивним ($22,1 \pm 1,2$ % обстежених I групи, $23,1 \pm 1,2$ % II групи та $25,2 \pm 1,3$ % обстежених III групи), неврастенічним ($27,8 \pm 1,4$ %, $25,4 \pm 1,3$ %, $22,2 \pm 1,2$ % обстежених відповідно), тривожним ($24,5 \pm 1,3$ % обстежених I групи, $26,6 \pm 1,4$ % II групи та $25,3 \pm 1,3$ % обстежених III групи) та дисоціативним ($25,6 \pm 1,3$ %, $24,9 \pm 1,3$ % та $26,8 \pm 1,4$ % відповідно) синдромокомплексами.

6. Доведена ефективність системи диференційованої психотерапевтичної корекції станів дезадаптації у студентів медичного університету. Психотерапевтична корекція при депресивному варіанті розладів адаптації включала використання раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека та арт-терапії «Малюнок себе»; при неврастенічному варіанті – когнітивно-поведінкової терапії Бека, особистісно-орієнтованої психотерапії, аутогенного тренування А. Шогама, К. Мировського; при тривожному варіанті – когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої психотерапії та арт-терапії «Зірка почуттів»; при дисоціативному варіанті – короткотермінової психодинамічної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, аутогенного тренування М. Лебединського-Т. Бортнік.

7. Диференційована система психопрофілактичної підтримки студентів медичного університету повинна включати заходи первинної – превенцію формування розладів адаптації, зниження рівня нервово-психічної напруженості, ранню діагностику розладів адаптації, допомогу у адаптації до учбового навантаження; вторинної – оцінку особистісних особливостей студентів та прогнозування їх адаптаційних реакцій, проведення комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованого на підвищення адаптаційних можливостей та третинної психопрофілактика – профілактику рецидиву розладів адаптації.

Апробація запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації та психопрофілактичної підтримки студентів медичного ЗВО здійснено на моделі медико-психологічного центру Інституту якості

освіти Харківського національного медичного університету. Результати трьохрічного катамнестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи – дезадаптивні стани редукувалися; у $89,6 \pm 1,6\%$ обстежених рецидивів порушень адаптації не наставало.

Отримані у ході роботи дані впроваджені в практичну роботу Центру медико-психологічного консультування Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (акти впровадження від 15.01.2019; 13.03.2019; 25.04.2019), Навчально-наукового Інституту якості освіти Харківського національного медичного університету (акти впровадження від 23.01.2019; 13.03.2019, 14.05.2019), Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету (акти впровадження від 04.02.2019, 13.03.2019, 14.05.2019); КНП ХОР «Міський психоневрологічний диспансер № 3» (акти впровадження від 04.04.2019; 15.04.2019); КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (акти впровадження від 11.04.2019; 25.04.2019); Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня (акт впровадження від 14.05.2019); КЗ СОР «Обласний наркологічний диспансер» (акт впровадження від 14.05.2019); ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» (акт впровадження від 21.05.2019); КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенко» (акт впровадження від 27.05.2019); Медико-психологічного центру Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичного університет» (акти впровадження від 13.03.2019; 04.04.2019; 25.04.2019); Центру психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (акти впровадження від 04.02.2019; 11.04.2019; 25.04.2019).

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Психотерапевтична корекція розладів адаптації повинна включати чотири послідовних етапи: I – етап формування комплаєнсу, первинної адаптації до психотерапевтичного процесу; II – психоосвітній етап, спрямований на нівелювання наявного у студентів дефіциту знань щодо

механізмів формування та особливостей перебігу розладів адаптації; III – корекційний етап, спрямований на стабілізацію емоційного стану, на формування адаптивних форм поведінки; IV – етап закріплення й підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, профілактики рецидиву дезадаптивних станів.

2. Обов'язковою складовою психотерапевтичної та психопрофілактичної програми для студентів-медиків є психоосвітні тренінги. Психоосвіта студентів I та II груп повинна бути спрямована на подолання дефіциту знань відносно механізмів формування розладів адаптації, навчання навичкам «оволодіння стресом», зміну неконструктивних копінг-стратегій; студентів III групи – на зниження емоційного напруження, що спровоковано статусом вимушено переселеної особи, відновлення особистісного і соціального ресурсу, превенцію декомпенсації емоційного стану, безпосередньо пов'язану із новою інформацією відносно операції об'єднаних сил та подій на окупованих територіях, навчання навичкам вирішення проблем, зміну не конструктивного копіngu.

3. Психотерапевтична програма для студентів-вимушених переселенців повинна враховувати специфіку психотравмуючих обставин та необхідність адаптуватися не лише до вимог навчання, але і до нового соціального статусу – вимушено переселеної особи, а також більшу вираженість тривожно-депресивних проявів у студентів.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. В'юн В. В., Хаустов М. М., Вітенко І. С. До питання феномену психологічної адаптації лікаря до професійної діяльності. // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca. 2013. Том 17. № 4 (65). С. 86-89. *(Автором особисто сформульовано гіпотезу роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал).*

2. Кожина Г. М., Маркова М. В., Маракушин Д. І., Зеленська К. О., Хаустов М. М., Зеленська Г. М. Комплексна система психопрофілактики розвитку станів дезадаптації у студентів перших років навчання. // **Архів психіатрії**. 2016. Том 22. № 4 (87). С. 51-54. *(Автором запропоновано ідею*

роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку).

3. Кожина Г. М., Маракушин Д. І., Зеленська К. О., Хаустов М. М., Зеленська Г. М. Психофізіологічні особливості станів дезадаптації у студентів-медиків в сучасних умовах. // **Український журнал медицини, біології та спорту**. 2017. № 1 (3). С. 91-95. (Автором узагальнено дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку).

4. Kozhyna G. M., Marakushyn D. I., Zelenska K. O., Khaustov M. M., Zelenska G. M. Individual-psychological and physiological manifestations of maladjustment to educational activities. // **Inter collegas**. 2017. № 3 (4). P. 146-149. (Автором запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку).

5. Хаустов М. М. Систематизація чинників ризику формування станів дезадаптації у студентів в сучасних умовах. // **Науковий журнал «ScienceRise: MedicalScience»**. 2017. № 10 (18). С. 44-48.

6. Khaustov M. Principles and algorithms of psychotherapy of maladaptive states for students. // **Journal of Education, Health and Sport**. 2017. № 7 (12). P. 683-688.

7. Хаустов М. М. Сучасні предиктори формування соціальної дезадаптації у студентської молоді. // **Международный научный журнал «United-Journal»**. 2017. № 10. С. 13-15.

8. Хаустов М. М. Психологічні та психопатологічні особливості розладів адаптації у студентів в аспекті їх інтегративної психотерапії. // **Архів психіатрії**. 2017. Том 23. № 4 (91). С. 243-246.

9. Хаустов М. М. Медико-психологічна підтримка студентів-медиків при виникненні дезадаптивних реакцій та станів. // **Науковий журнал «ScienceRise: MedicalScience»**. 2018. № 2 (22). С. 27-30.

10. Sinayko V., Khaustov M. Systematics of states of mental maladaptation in students. // **Journal of Education, Health and Sport**. 2018. № 8 (11). P. 857-862. (Автором подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки).

11. Хаустов М. М. Модель медико-психологічної підтримки студентів-медиків з порушеннями адаптації. // **Український вісник психоневрології**. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 60-61.

12. Хаустов М. М. Методологія та ефективність системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації у студентів. // **Науковий журнал «ScienceRise: MedicalScience»**. 2018. № 6 (26). С. 54-58.

13. Сінайко В. М., Хаустов М. М. Комплексна оцінка динаміки станів психічної дезадаптації у студентів медичного вищого навчального закладу. // **Архів психіатрії**. 2018. Том 24. № 4 (95). С. 212-215. (*Дисертантом запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено роботу до друку*).

14. Khaustov M. Basic principles and substantiation of medical and psychological correction of adaptation disorders in students. // **Journal of Education, Health and Sport**. 2018. № 2 (10). P. 562-569.

15. Хаустов М. М. Психодіагностичні особливості осіб молодого віку з розладами адаптації. // **Науковий журнал «ScienceRise: MedicalScience»**. 2019. № 1 (28). С. 45-47.

16. Khaustov M. Clinical specificity of adaptation disorders in students. // **EUREKA: Health Sciences**. 2019. № 1. P. 48-52.

17. Vashkite I., Khaustov M. Features of the clinical picture of depressive disorders of different registers in university students. // **Inter collegas**. 2019. № 2 (6). P. 112-119. (*Автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних*).

18. Хаустов М. М. Механізми формування та система психотерапевтичної корекції станів дезадаптації у студентів медичного закладу вищої освіти. // **Експериментальна і клінічна медицина**. 2019. № 2. С. 58-63.

19. Хаустов М. М. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості станів психічної дезадаптації у студентів медичного закладу вищої освіти. // **Архів психіатрії**. 2019. Том 22. № 2 (91). С. 315-314.

20. Хаустов М. М. Медико-психологічний погляд на проблему розладів адаптації у студентів. // **Медицина сьогодні і завтра**. 2019. № 2. С. 65-70.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

21. Кожина Г. М., Маркова М. В., Хаустов М. М. Діагностика порушень адаптації у студентів молодших курсів. // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО, Том 2 «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)», м. Харків, 10-12 жовтня 2012 р.: тези доповідей. – Харків. 2012. С. 117-118. (*Автором особисто узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку*).

22. Кожина Г. М., Хаустов М. М. Проблема адаптації студентської молоді до навчальної діяльності. // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Здоров'я сучасної людини у духовно-соціальному та фізичному вимірі», м. Харків, 2013 р.: тези доповідей. – Харків. 2013. С. 76-77. (Автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних).

23. Лісовий В. М., Капустник В. А., Марковський В. Д., Хаустов М. М., Дмитрієнко К. В., Сінайко В. М., Завгородній І. В. Проблеми соціально-психологічної адаптації студентів першого курсу ХНМУ – мешканців Луганської та Донецької областей. // **Український вісник психоневрології**. 2015. Том 23. № 3 (84). С. 140. (Автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки).

24. Лісовий В. М., Капустник В. А., Марковський В. Д., Хаустов М. М., Дмитрієнко К. В., Сінайко В. М., Завгородній І. В. Соціально-психологічна адаптація студентів першого курсу ХНМУ – мешканців Луганської та Донецької областей. // Матеріали науково-практичної конференції «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переселених з зони АТО на базі центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман Екопарк», м. Харків, 12-13 жовтня 2016 р.: тези доповідей. – Харків. 2016. С. 33-34. (Особистий внесок автора склався у постановці проблеми дослідження, наборі даних та інтерпретації результатів).

25. Хаустов М. М. Психопрофілактика розвитку станів дезадаптації у студентів перших років навчання. // Матеріали Міжнародного конгресу з медичної і соціальної реабілітації «MedsPsy Reehab», м. Київ, 30-31 жовтня 2017 р.: тези доповідей. – Київ. 2017. С. 92-93.

26. Kozhyna H., Marakushyn D., Zelenska K., Khaustov M., Mykhaylov V., Zelenska G. Psychological manifestation of maladjustment to educational activities. // 26th European Congress of Psychiatry – 2018, France, March 2018: – Abstracts in the **journal of the European psychiatric association**, March 2018, Vol. 48. E.P.A. Nice, France, March 2018. S. 245-246. (Автором особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження).

27. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Гайчук Л. М., Хаустов М. М., Зеленська Г. М. Медико-психологічний погляд на проблему адаптації англомовних студентів молодших курсів до навчальної діяльності. //

матеріали ІІ навчально-методичної конференції «Англomовне навчання в ХНМУ: сучасний стан, проблеми та перспективи», м. Харків, 31 січня 2018 р.: тези доповідей. – Харків, ХНМУ. 2018. С. 54-56. (*Особистий внесок автора склався з постановки проблеми та інтерпретації результатів дослідження*).

28. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Хаустов М. М. Основні фактори ризику формування станів дезадаптації у студентів. // Матеріали міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах», м. Харків, 29 березня 2018 р.: тези доповідей. – Харків, ХНМУ. 2018. С. 82-83. (*Автором особисто сформульовано гіпотезу роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал*).

29. Хаустов М. М., Гордієнко Н. О., Поручіков В. В., Колотілов О. В. Нова стратегія розвитку медичної освіти в Україні: інтеграція досвіду лідерів галузі // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення забезпечення громадського здоров'я в Україні» (до 95-річного ювілею з дня заснування кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ), м. Харків, 24 жовтня 2018 р.: тези доповідей. – Харків, ХНМУ. 2018. С. 139-140. (*Особистий внесок автора склався з постановки проблеми та інтерпретації результатів дослідження*).

30. Kozhyna H., Khaustov M., Zelenska K., Markova M., Markov A. Clinical and psychological characteristics of maladaptive states in the civilian population in conditions of macrosocial stress and hybrid warfare. // 27th European Congress of Psychiatry – 2019, Poland, April 2019.: – Abstracts in the **journal of the European psychiatric association**, April, 2019, Vol. 56. E.P.A. Warsaw, Poland, April, 2018. S. 245. (*Автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки*).

31. Мозгова Т. П., Лещина І. В., Федорченко С. В., Хаустов М. М., Георгієвська Н. В., Зеленська К. О., Литвиненко В. В. Підвищення ефективності комунікативної компетенції майбутніх лікарів шляхом інноваційних технологій // ІІІ навчально-методичної конференції ХНМУ «Впровадження інноваційних технологій організації навчального процесу у ХНМУ – провідний шлях підвищення якості вищої медичної освіти» м. Харків, 30 січня 2019 р.: матеріали конференції. – Харків, ХНМУ. 2019.

С. 83-84. (Автором особисто здійснено аналіз наукової літератури, підготовлено публікацію до друку)

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації.

32. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Хаустов М. М. «Опитувальник для визначення тривожних розладів у студентів медиків» / Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір. №83503. 2018. (Автором особисто визначено завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних, сформульовані висновки).

33. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Хаустов М. М. «Спосіб комплексного лікування хворих на розлади адаптації» / Патент на корисну модель №135637 від 10.07.2019 р. 3 с. (Особистий внесок здобувача полягає у розробці методологічних засад дослідження та інтерпретації результатів).

АНОТАЦІЯ

Хаустов М. М. Стани психологічної дезадаптації студентів медичного ЗВО (механізми формування, система психотерапевтичної корекції та психопрофілактичної підтримки). – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2019.

У ході роботи на основі комплексного підходу до вивчення механізмів формування станів дезадаптації студентів розробити систему їх психотерапевтичної корекції та психопрофілактичної підтримки в умовах медичного ЗВО.

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне обстеження 412 студентів II–V курсів Харківського національного медичного університету, обох статей, у віці 17–22 років.

Усіх обстежених були розділено на три групи: 1 група – 215 – студентів мешканців східної України; 2 група – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які поступили до навчання у ХНМУ до початку АТО; 3 група – 110 студентів – переселенців із зони АТО.

Як показали результати дослідження студенти-переселенці виявляють більш високий рівень розладів адаптації, в порівнянні зі студентами I та II груп. Встановлено, що структура розладів адаптації представлена

депресивним, неврастенічним, тривожним та дисоціативним синдромокомплексами.

Прогностично значущими у формуванні розладів адаптації є збудливість і неврівноваженість, конфліктність у відносинах, тривожна помисливість, дезорганізація поведінки, неспроможність до саморегуляції, нездатність успішно долати стресові ситуації, діяти в умовах невизначеності, ригідність, фіксованість на травматичних і негативних переживаннях.

Маркерами розладів адаптації у обстежених студентів є: високі рівні соматизації, депресії, та тривоги за шкалою SCL-90-R; помірний і важкий депресивний та тривожний епізоди за шкалою Гамільтона, клінічні та субклінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою.

Базуючись на отриманих даних розроблено систему медико-психологічної підтримки студента-медика у період навчання, що передбачає застосування комплексного диференційованого психотерапевтичного, психоосвітнього та психопрофілактичного впливів.

Як показав аналіз динаміки психопатологічної симптоматики під впливом розробленої психотерапевтичної програми відмічається позитивна динаміка психологічного стану: швидка редукція тривожної та депресивної симптоматики, зниження рівня нервово-психічної напруги, підвищення психофізичної активності студентів, позитивна зміна копінг-стратегії.

Ключові слова: студенти-медики, розлади адаптації, тривога, депресія, особливості особистості, психоосвіта, психотерапія

АННОТАЦІЯ

Хаустов М. Н. Состояния психологической дезадаптации студентов медицинского УВО (механизмы формирования, система психотерапевтической коррекции и психопрофилактической поддержки). – Рукопись

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины. – Харьков, 2019.

В ходе работы на основе комплексного подхода к изучению механизмов формирования состояний дезадаптации студентов разработать систему психотерапевтической коррекции и психопрофилактической поддержки в условиях медицинского УВО.

Для решения поставленной цели с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное обследование 412 студентов II-V курсов Харьковского национального медицинского университета, обоих полов, в возрасте 17-22 лет.

Все обследованные были разделены на три группы: 1 группа – 215 студентов, жителей восточной Украины; 2 группа – 87 студентов, жителей Луганской и Донецкой областей, поступивших на обучение в ХНМУ до начала АТО; 3 группа – 110 студентов-переселенцев из зоны АТО.

Как показали результаты исследования, студенты-переселенцы проявляют более высокий уровень расстройств адаптации, по сравнению со студентами I и II групп. Установлено, что структура расстройств адаптации представлена депрессивным, неврастеничным, тревожным и диссоциативным синдромокомплексами.

Прогностически значимыми в формировании расстройств адаптации являются возбудимость и неуравновешенность, конфликтность в отношениях, тревожная мнительность, дезорганизация поведения, неспособность к саморегуляции, неспособность успешно преодолевать стрессовые ситуации, действовать в условиях неопределенности, ригидность, фиксированность на травматических и отрицательных переживаниях.

Маркерами расстройств адаптации у обследованных студентов являются: высокие уровни соматизации, депрессии, и тревоги по шкале SCL-90-R; умеренный и тяжелый депрессивный и тревожный эпизоды по шкале Гамильтона; клинические и субклинические проявления тревоги и депрессии по госпитальной шкале.

Основываясь на полученных данных, разработана система медико-психологической поддержки студентов-медиков в период обучения, предусматривающая применение комплексного дифференцированного психотерапевтического, психообразовательного и психопрофилактического воздействий.

Психотерапевтическая коррекция при депрессивном варианте расстройств адаптации включала использование рациональной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека и арт-терапии «Рисунок себя»; при неврастеническом варианте – когнитивно-поведенческой терапии Бека, личностно-ориентированной психотерапии, аутогенной тренировки А. Шогама, К. Мировского; при тревожном варианте – когнитивно-поведенческой терапии, личностно-ориентированной

психотерапии и арт-терапии «Звезда чувств»; при диссоциативном варианте – краткосрочной психодинамической психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека, аутогенной тренировки М. Лебединского-Т. Бортник.

Психообразование студентов I и II групп должно быть направлено на преодоление дефицита знаний относительно механизмов формирования расстройств адаптации, обучения навыкам «овладения стрессом», изменение неконструктивных копинг-стратегий; студентов III группы – на снижение эмоционального напряжения, спровоцированного статусом вынужденного переселенца, восстановление личностного и социального ресурса, превенцию декомпенсации эмоционального состояния, непосредственно связанную с новой информацией относительно операции объединённых сил и событий на оккупированных территориях, обучение навыкам решения проблем, смену не конструктивного копинга.

На фоне проводимой психотерапевтической коррекции отмечена положительная динамика психологического состояния: быстрая редукция тревожной и депрессивной симптоматики, снижение уровня нервно-психического напряжения, повышение психофизической активности студентов, положительное изменение копинг стратегии.

Ключевые слова: студенты-медики, расстройства адаптации, тревога, депрессия, особенности личности, психообразование, психотерапия.

SUMMARY

M. M. Khaustov States of psychological maladaptation of medical higher education institutions students (formation mechanisms, system of psychotherapeutic correction and psychoprophylactic support) – Manuscript.

The dissertation for scientific degree of Doctor of Medical Sciences in specialty 19.00.04 – medical psychology. – Kharkiv medical academy of postgraduate education of the Ministry of Health of Ukraine. – Kharkiv, 2019.

In the course of work is to identify and develop a system of measures for psychotherapeutic correction on the basis of identification and comprehensive evaluation of clinical and psychological manifestations and mechanisms of formation of maladaptive states in medical students. In order to achieve this aim, in compliance with the principles of bioethics and deontology, 412 students of the 2-5 academic years of the Kharkiv National Medical University, of both sexes, at the age of 17-22 years, were examined.

All the surveyed people were divided into three groups: Group 1 included 215 students-inhabitants of the Eastern Ukraine; Group 2 consisted of 87 students-residents of Luhansk and Donetsk regions, who entered the study at the KhNMU before the ATO; Group 3 consisted of 110 students-migrants from the ATO zone. As the results of the study indicated, students-migrants have a higher level of adaptation disorders, compared with the students of the first and second groups. It was established that the structure of adaptation disorders is represented by depressive, neurasthenic, anxious and dissociative syndrome complexes.

Prognostically significant elements in the formation of adaptation disorders are excitability and imbalance, proneness to conflicts in relationships, disturbing confidence, disorganization of behavior, failure to self-regulation, inability to successfully overcome stressful situations, act in conditions of uncertainty, rigidity, and focusing on traumatic and negative feelings.

According to the results of the pathopsychological examination, high levels of somatization, depression and anxiety by the SCL-90-R scale; the prevalence of severe depressive and anxiety episodes by the Hamilton scale; clinical manifestations by the hospital anxiety and depression scale were characteristic for the examined students with disorders of adaptation. Based on the data obtained, a system of medical and psychological support of the medical student during the study period was developed, which envisages the use of complex differentiated psychotherapeutic, psychoeducational and psychoprophylactic influences.

Against the background of the psychotherapeutic correction, a positive dynamic of the psychological state was noted: rapid reduction of anxiety and depressive symptoms, reduction of the level of neuro-psychic tension, increase of students' psychophysical activity, positive change of coping strategy.

Key words: medical students, adaptation disorders, anxiety, depression, personality traits, psychoeducation, psychotherapy.