

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.83.02.06>

УДК: 159.91:378.091.212

*М.М. Хаустов*

*Харківський національний медичний університет*

### **МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Проведено комплексне обстеження 412 студентів II–V курсів Харківського національного медичного університету обох статей, віком 17–22 років. Усіх обстежуваних було розділено на три групи: I група – 215 студентів, мешканців Східної України; II група – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які вступили на навчання до ХНМУ до початку АТО; III група – 110 студентів, переселенців із зони АТО. Як показали результати дослідження, студенти-переселенці виявляють більш високий рівень розладів адаптації, порівняно зі студентами I та II груп. Встановлено, що структура розладів адаптації представлена депресивним, неврастенічним, тривожним та дисоціативним синдромокомплексами. Патогенетичну значущість у формуванні дезадаптивних станів у студентів-медиків мають: зміна життєвого стереотипу, важкий навчальний матеріал, недосконалість механізмів психологічного захисту, відсутність навичок саморегуляції, неконструктивні копінг-стратегії, ситуації тривалої психічної напруги. Для студентів-переселенців стресогенним чинником є необхідність адаптації у новому та статус вимушеного переселенця. Прогностично значущими у формуванні розладів адаптації є збудливість і невірноваженість, 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. Базисом розвитку станів дезадаптації студентів є високі рівні соматизації, депресії та тривоги за шкалою SCL-90-R; переважання важкого депресивного та тривожного епізодів за шкалою Гамільтона; клінічні прояви за лікарняною шкалою тривоги і депресії, переважання інтенсивної та екстенсивної нервово-психічної напруги. Базуючись на отриманих даних, нами розроблено систему медико-психологічної підтримки студента-медика в період навчання, що передбачає застосування комплексного психотерапевтичного, психоосвітнього та психо-профілактичного впливів та доведено її ефективність.

**Ключові слова:** *студенти-медики, розлади адаптації, механізми формування, медико-психологічна підтримка, психоосвіта, психотерапія, психопрофілактика.*

Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначила необхідність глибокого реформування системи освіти в цілому, і зокрема галузі підготовки медичних кадрів, істотно змінився режим і підвищилась інтенсивність навчального процесу, а також збільшились обсяги навчального навантаження [1].

#### **Аналіз даних літератури і постановка проблеми**

Одним з найважливіших педагогічних завдань будь-якого вищого навчального закладу є робота зі студентами, спрямована на більш швидку й успішну їх адаптацію до системи навчання, до нової системи соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі студентів [2].

© М.М. Хаустов, 2019

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 [3, 4].

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 [5, 6].

Одним із провідних завдань сучасної медичної психології та психіатрії є вивчення особливостей клінічної картини та розробка методів ранньої діагностики, корекції й профілактики станів дезадаптації з позицій системного диференційованого підходу, що враховує специфіку розвитку психосоціальної дезадаптації у кожному конкретному випадку [7, 8].

Медико-соціальне значення діагностики, корекції і профілактики станів дезадаптації полягає у тому, що вплив винятково на клінічно окреслені прояви розладів адаптації не дозволяє здійснювати повноцінну реабілітацію осіб зі станами дезадаптації та профілакувати їх розвиток [9]. Лише застосування системного диференційованого підходу, що враховує специфіку розвитку психосоціальної дезадаптації у кожному конкретному випадку, відповідає вимогам, які висувуються до сучасних реабілітаційних заходів [10, 11].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

**Мета дослідження** – розробити систему психотерапевтичної корекції та психопротективної підтримки у період професійної підготовки фахівця на основі системного підходу до вивчення механізмів формування станів дезадаптації студентів-медиків

#### **Контингент, матеріал і методи**

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, віком 17–22 років.

Усіх обстежуваних було розділено на III групи: I групу становили 215 студентів, мешканців Східної України; II групу – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які вступили на навчання до ХНМУ до початку АТО; III група – 110 студентів-переселенців із зони АТО.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний, з використанням опитувальника «Виявлення факторів ризику виникнення психоневрологічних захворювань» (Рацпропозиція ХНМУ № 207 (11), 2002).

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

Психодіагностичний з використанням скороченого багатофакторного опитувальника особистості (СМОЛ) (Л. Н. Собчик, 1998), використанням клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003).

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

Дослідження відбувалося у чотири етапи. I етап містив скринінг рівнів адаптації у студентів та виявлення студентів 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 психопротективних впливів, на IV – проведено порівняльну оцінку їх ефективності.

#### **Результати досліджень та їх обговорення**

Як показали результати дослідження студенти-переселенці виявляють більш високий рівень розладів адаптації, порівняно зі студентами I та II груп. Так високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявляють у себе 0,5 % студентів I групи, 2,2 % студентів II групи та 25,4 % студентів III групи. Виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми по реадaptaції – 2,4 % студентів I, 9,2 % – II та 36,4 % III груп відповідно. Помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців – 24,1 % студентів I групи, 25,0 % II групи та 30,4 % студентів III групи.

На підставі даних клінічного обстеження студентів, встановлено, що структура розладів адаптації представлена депресивним (22,1 % обстежених I, 23,1 % II та 25,2 % III груп),

неврастенічним (27,8, 25,4 та 22,7 % відповідно), тривожним (24,5 % обстежених I, 26,6 % II та 25,3 % III групи) та дисоціативним (25,6 %, 24,9 та 26,8 % груп відповідно) синдромокомплексами.

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.

У клінічній картині неврастенічного синдромокомплексу на тлі яскраво вираженого астеничного симптомокомплексу з'являється дратівливість, гіперестезія. Спостерігаються почуття зниження розумової продуктивності після незначної інтелектуальної напруги, підвищена слабкість і стомлюваність при фізичній нарузі, немотивоване занепокоєння, тривога. 56,2 % обстежених жінок та 55,2 % чоловіків скаржаться на головний біль переважно у вигляді «шолома», який суб'єктивно характеризується як здавлення, стягування, який підсилюється при різких поворотах голови або змінах положення тіла з іррадіацією в ділянці шиї, хребта. Інтенсивність головного болю коливається, частіше він виникає або підсилюється після фізичної і розумової напруги.

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.

У клінічній картині дисоціативного синдромокомплексу переважають афективні істероневротичні реакції у вигляді дисфорій, уразливості, демонстративності, погроз і образ, афективних розрядів із розрахунком «гри на публіку». Для нього були характерні надмірне вживання алкоголю, вживання психоактивних речовин, формування різних нехімічних видів залежності. При цьому однією з постійних скарг був головний біль за типом «істеричного цвяха», інтенсивність головного болю коливалася, частіше він виникав або підсилювався після емоційної напруги або при негативних настановах на фізичну і розумову працю.

Особливістю дезадаптивних станів з'явилася їх масивна соматизація, що характеризується поліморфними вегето-вісцеральними розладами – 68,7 % обстежених та порушенням циклу «сон–неспанья» – 59,2 %.

Як свідчать результати патопсихологічного дослідження, для обстежених студентів з розладами адаптації притаманні високі рівні соматизації, депресії та тривоги за шкалою SCL-90-R; переважання важкого депресивного та тривожного епізодів за шкалою Гамільтона; клінічні прояви за лікарняною шкалою тривоги і депресії.

Як показали результати дослідження до соціально-психологічних факторів, які впливають на виникнення станів дезадаптації, студенти відносять: зміну життєвого стереотипу (28,6 % студентів I групи, 29,6 % – II та 92,4 % – III групи), важкий навчальний матеріал, складну термінологію (24,2 % студентів I групи, 23,1 % – II та 31,1 % студентів III групи), строгу навчальну дисципліну, необхідність відпрацювання пропущених занять та лекцій (15,4, 16,6 та 17,9 % обстежених студентів відповідно), недосконалість механізмів психологічного захисту (26,8 % студентів I групи, 27,1 % – II та 81,2 % – III групи), відсутність навичок саморегуляції (33,1, 35,2 та 37,6 % відповідно).

Для студентів-переселенців стресогенним чинником є необхідність адаптації у новому (66,4 %), різка зміна життєвого стереотипу (79,8 %), статус вимушеного переселенця (92,5 %).

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 %), наслідки черепно-мозкових травм (26,5 %), хронічна соматична патологія (39,2 %), зловживання спиртними напоями (24,3 %), вживання токсичних речовин (5,6 %).

Проведене дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості студентів показало відмінності у профілі особистості 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, параної і психастенії виходять за ці межі.

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження для студентів зі станами дезадаптації притаманні 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.

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.

У студентів з розладами адаптації переважав копінг, орієнтований на уникнення та на емоції.

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

Розроблено систему психотерапевтичної корекції станів дезадаптації у студентів медичного університету, яка складається з чотирьох послідовних етапів:

I етап – формування комплаєнсу, первинної адаптації до психотерапевтичного процесу.

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

III етап – корекційний, спрямований на стабілізацію емоційного стану, на формування адаптивних форм поведінки.

IV етап – закріплення і підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, профілактика рецидиву дезадаптивних станів.

Психотерапевтична корекція була спрямована на подолання розладів адаптації та потенціювання адаптивних особистісних механізмів студентів шляхом розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск дезадаптивної реакції, переробку патологічного стереотипу поведінки, формування тенденції до використання конструктивних форм копінгу, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, підвищення самооцінки, активацію захисних

психологічних механізмів, формування навичок саморегуляції психологічного стану.

Психотерапевтичний комплекс включав використання раціональної психотерапії, індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії, психотонічного варіанта аутогенного тренування – та арт-терапії з використанням технік «Малюнок себе», «Зірка почуттів».

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 та тренінгу формування комунікативних вмінь і навичок та вирішення проблем міжособистісної взаємодії.

Психоосвітні заняття проходили в закритих групах тривалістю 60 хвилин. Основними методами, що використані при проведенні психоосвітньої програми, були наступні: лекції, консультування, варіанти комунікативної терапії та проблемно-орієнтовані дискусії в групах.

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

Як показав аналіз динаміки психопатологічної симптоматики під впливом розробленої психотерапевтичної програми відмічається швидка редукція тривожної та депресивної симптоматики, нормалізація емоційного 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). При оцінці динаміки показників тривоги та депресії за психодіагностичними шкалами відзначено зниження показників до 13 і менше балів за шкалою Гамільтона, 7 і менше балів за лікарняною шкалою тривоги і депресії, що свідчить про відсутність депресивного і тривожного епізодів у обстежених студентів.

На тлі проведеної психотерапевтичної корекції відмічена позитивна динаміка виразності нервово-психічної напруги за шкалою Немчина.

Психотерапевтичне втручання сприяло позитивним змінам копінг-стратегій. До психотерапевтичного втручання у 36,2 % студентів з розладами адаптації спостерігався копінг, орієнтований на уникнення, у 19,7 % – на вирішення проблем, у 44,1 % – на емоції. Після завершення психотерапії – у 2,9 % студентів реєструвався копінг, орієнтований на уникнення; у 92,3 % копінг, орієнтований на вирішення проблеми; у 4,8% студентів – копінг, орієнтований на емоції.

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 92,6 % обстежених рецидивів порушень адаптації не наставало.

#### Висновки

1. Структура станів дезадаптації у студентів-медиків представлена депресивним (22,1 % обстежених I групи, 23,1 % II та 25,2 % III груп), неврастенічним (27,8, 25,4 та 22,7 % відповідно), тривожним (24,5 % обстежених I, 26,6 % II та 25,3 % III групи) та дисоціативним (25,6, 24,9 та 26,8 % відповідно) синдромо-комплексами.

2. Патогенетичну значущість у формуванні дезадаптивних станів у студентів-медиків мають: зміна життєвого стереотипу, важкий

навчальний матеріал, недосконалість механізмів психологічного захисту, відсутність навичок саморегуляції, ситуації тривалої психічної напруги. Для студентів-переселенців стресогенним чинником є необхідність адаптації у новому та статус вимушеного переселенця.

3. Базисом розвитку станів дезадаптації студентів є високі рівні соматизації, депресії та тривоги за шкалою SCL-90-R; переважання важкого депресивного та тривожного епізодів за шкалою Гамільтона; клінічні прояви за лікарняною шкалою тривоги і депресії, переважання інтенсивної та екстенсивної нервово-психічної напруги.

4. Доведена ефективність системи психотерапевтичної корекції станів дезадаптації у студентів медичного університету, яка складається з чотирьох послідовних етапів: I – етап формування комплаєнсу, первинної адаптації до психотерапевтичного процесу; II – психосвітний 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, профілактика рецидиву дезадаптивних станів.

Враховуючи викладені результати, перспективою подальших досліджень є вивчення механізмів формування, особливостей кінчних проявів та розробка методів корекції розладів адаптації у студентів ЗВО.

#### Література

1. Kozhyna H. The phenomenon of psychological adaptation to the professional activities of doctors / H. Kozhyna, V. Mykhaylov, V. Vyun // *European psychiatry. The Journal of the European psychiatric association*. April, 2017. – Vol. 41. – P.690–691.
2. Юрєва Л. Н. Кризиси професійної діяльності врача и пути их преодоления / Л. Н. Юрєва // *Здоров'я України*. – 2017. – № 2 (41). – С. 23–24.
3. Малахов П. С. Проблемність адаптації студентів-медиків / П. С. Малахов, Ю. О. Асєєва, А. С. Харітонова // *Медична психологія*. – 2016. – № 2. – С. 3–5.
4. Vyun V. Modern system of medical-psychological support of the internship doctors at the stage of postgraduate education / V. Vyun // *Intercollegas*. – 2017. – №3 (4). – P. 139–141.
5. Аймедов К. В. Професійна мобільність майбутніх фахівців у процесі навчання у ВНЗ: компетентнісний підхід / К. В. Аймедов, С. М. Стрельбицька // *Науково-методичний журнал «Наукові праці»*, серія педагогіка. – 2014. – Т. 251, № 239. – С. 49–52.
6. Пшук Н. Г. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді / Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк // *Український вісник психоневрології*. – 2015. – Т. 23, № 2 (83). – С. 86–91.
7. Кіосєва О. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов / О.В. Кіосєва // *Український вісник психоневрології*. – 2016. – Т. 24. – № 1 (86). – С. 60–63.
8. Чабан О. С. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія» / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук // *Медична психологія*. – 2016. – № 1. – С. 3–8.

9. Кожина Г. М. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов вузов III–IV уровней аккредитации / Г. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. Г. Гриневиц, К. О. Зеленська // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 32–35.

10. Коваленко М. В. Структурний аналіз перфекціонізму у студентів вищих навчальних медичних закладів / М. В. Коваленко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. – № 3 (80). – С. 65–68.

11. Кожина Г. М. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 200-2017. «Метод лікування розладів адаптації» / Г. М. Кожина, В. В. В'юн, К. О. Зеленська // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я, № 200-2017. Київ. – 4 с.

### References

1. Kozhyna H., Mykhaylov V., Vyun V. (2017). The phenomenon of psychological adaptation to the professional activities of doctors. *European psychiatry. The Journal of the European psychiatric association*, April, 2017. vol. 41, pp. 690–691.

2. Yureva L.N. (2017). Krizisy professionalnoy deyatelnosti vracha i puti ikh preodoleniya [Crises of the doctor's professional activities and ways to overcome it]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, № 2 (41), pp. 23–24 [in Russian].

3. Malakhov P.S., Asieieva Yu. O., Kharitonova A.S. (2016). Problemnist adaptatsii studentiv-medykiv [Problematic adaptation of medical students]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, № 2, pp. 3–5 [in Ukrainian].

4. Vyun V. (2017). Modern system of medical-psychological support of the internship doctors at the stage of postgraduate education. *Intercollegas*, №3 (4), pp. 139–141.

5. Aimeidov K.V., Strelbytska S.M. (2014). Profesiina mobilnist maibutnikh fakhivtsiv u protsesi navchannia u VNZ: kompetentnisnyi pidkhid [Professional mobility of future professionals in higher education: A Competent Approach]. *Naukovo-metodychnyi zhurnal "Naukovi pratsi", seriia pedahohika – Scientific-methodical journal "Scientific works", a series of pedagogy*, vol. 251, № 239, pp. 49–52 [in Ukrainian].

6. Pshuk N.H., Slobodianiuk D.P. (2015). Rol psykhosotsialnykh chynnykiv v genezi sotsialnoi dezadaptatsii u studentskoi molodi [The role of psychosocial factors in the genesis of social maladaptation in student youth]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 23, № 2 (83), pp. 86–91 [in Ukrainian].

7. Kiosieva O.V. (2016). Psykhopatolohycheskaia kharakterystyka emotsyonalnoy sferi u studentov mladshykh kursiv [Psychopathological characteristics of the emotional sphere in undergraduate students]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 24, № 1 (86), pp. 60–63 [in Ukrainian].

8. Chaban O.S., Khaustova O.O., Trachuk L.Ie. (2016). Shliakhy pidvyshchennia efektyvnosti navchannia studentiv za spetsialnistiu "Medychna psykholohiia" [Ways to improve the effectiveness of students' training in the specialty "Medical Psychology"]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, № 1, pp. 3–8 [in Ukrainian].

9. Kozhyna H.M., Markova M.V., Hrynevych E.H., Zelenska K.O. (2011). K probleme adaptatsyonnoho syndroma studentov mladshykh kursiv VUZov III–IV urovnei akkredytatsyy [To the problem of the adaptation syndrome of junior university students of III–IV accreditation levels]. *Arkhiv psykhitrii – Psychiatry Archive*, vol. 17, № 4 (67), pp. 32–35 [in Ukrainian].

10. Kovalenko M.V. (2014). Strukturnyi analiz perfektsionizmu u studentiv vyshchych navchalnykh medychnykh zakladiv [Structural analysis of perfectionism among students of higher educational establishments]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 22, № 3 (80), pp. 65–68 [in Ukrainian].

11. Kozhyna H.M., Viun V.V., Zelenska K.O. (2017). Metod likuvannia rozladiv adaptatsii [The method of treatment of adjustment disorders]. *Informatsiinyi lyst pro novovvedennia v systemi okhorony zdorovia*, № 200-2017, Kyiv, 4 s. [in Ukrainian].

### М.Н. Хаустов

#### МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Проведено комплексное обследование 412 студентов II–V курсов Харьковского национального медицинского университета обоих полов, в возрасте 17–22 лет. Все обследуемые были разделены на три группы: I группа – 215 студентов, жителей Восточной Украины; II группа – 87 студентов, жителей Луганской и Донецкой областей, поступивших на обучение в ХНМУ до начала АТО;

III група – 110 студентів, переселенців із зони АТО. Як показали результати дослідження студенти-переселенці проявляють більш високий рівень расстройств адаптації, порівняно зі студентами I та II груп. Установлено, що структура расстройств адаптації представлена депресивним, неврастеничним, тривожним та диссоціативним синдромокомплексами. Патогенетичну значимість у формуванні дезадаптивних станів у студентів-медиків мають: змінення життєвого стереотипа, важкий навчальний матеріал, неідеальність механізмів психологічної захисту, відсутність навичок саморегуляції, неідеальні копію-стратегії, ситуації тривалого психологічного напруження. Для студентів переселенців стресогенним фактором є необхідність адаптації у новому статусі вимушеного переселенця. Прогностично значимими у формуванні расстройств адаптації є збудливість та неідеальність, конфліктність у відносинах, тривожна мисливість, дезорганізація поведінки, неідеальність до саморегуляції, неідеальність успішно подолати стресові ситуації, діяти у умовах неідеальності, ригідність, фіксованість на травматичних та відрицательних переживаннях. Основною причиною станів дезадаптації студентів є високі рівні соматизації, депресії та тривоги за шкалою SCL-90-R; переважає важкий депресивний та тривожний епізод за шкалою Гамільтона; клінічні прояви за лікарською шкалою тривоги та депресії, переважає інтенсивний та екстенсивний нервно-психологічний напруження. ґрунруючись на отриманих даних нами розроблено систему медико-психологічної підтримки студента-медика у період навчання, яка передбачає застосування комплексного психотерапевтичного, психоедукаційного та психопрофілактичного впливів та доведено її ефективність.

**Ключові слова:** студенти-медики, расстройства адаптации, механизмы формирования, медико-психологическая поддержка, психообразование, психотерапия, психопрофилактика.

**М.М. Khaustov**

#### MECHANISMS OF THE FORMATION AND THE SYSTEM OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF STATES OF MALADAPTATION OF STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL MEDICAL INSTITUTION

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. The elements of pathogenetic significance in the formation of maladaptive states among medical students are the change of life stereotype, difficult educational material, imperfection of mechanisms of psychological protection, lack of self-regulation skills, non-constructive coping strategies, and situations of prolonged mental stress. For nonresident students, an emotionally stressful factor is the need for adaptation in the new conditions and the status of a forced migrant. 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. The basis for the development of students' maladaptation is the high levels of somatization, depression and anxiety according to the SCL-90-R scale; prevalence of severe depressive and anxiety episodes according to the Hamilton scale; clinical manifestations in accordance with the hospital scale of anxiety and depression, predominance of the inverse and extensive psychological stress. Based on the data obtained, we have a system of medical and psychological support of a medical student during the period of study, which involves the use of integrated psychotherapeutic, psychoeducational and psychoprophylactic influences and proved its effectiveness.

**Keywords:** medical students, adaptation disorders, mechanisms of formation, medical-psychological support, psychoeducation, psychotherapy, psychoprophylaxis.

Надійшла до редакції 17.05.2019

#### Контактна інформація

Хаустов Максим Миколайович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

Тел.: +380660099808.

E-mail: haustov217@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-8613-2172.