

УДК 616.092+616.89-008  
DOI: 10.26435/UC.V014(33).435

Г.А. Игнатенко, Н.В. Киосев

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

## ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Студенчество – социальная группа в системе высшего образования, характеризуется определенной численностью, половозрастной структурой, территориальным распределением, отдельным общественным положением, ролью и статусом, особой фазой, стадией социализации (студенческие годы), которую проходит значительная часть молодежи, и определяется установленными социально-психологическими особенностями. Отличительными признаками студенчества от других совокупностей являются: выполнение в стране обусловленных функций (учебно-образовательная деятельность), объективность существования, однозначная детерминированность поведения членов когорты, специфицированная целостность и самостоятельность относительно внешнего окружения, определенные специфические качества и системы ценностей. Значимой чертой выступает напряженный поиск смысла жизни, стремление к новым идеям и прогрессивным преобразованиям в отечестве. Важная особенность – это активное взаимодействие с различными социальными стратами и слоями общества. Несмотря на различия общественного происхождения, и, соответственно, материальных возможностей, студенчество интегрировано общим видом деятельности и образует, таким образом, определенную социально-профессиональную группу. В молодежной среде оно является наиболее подготовленной, образованной частью, что выдвигает его в ряд передовых групп [1].

Студенческий период характеризуется высоким риском манифестации и развития психических заболеваний, обострением патологических черт характера, выраженными социальными противоречиями [2-4].

Особое внимание привлекают к себе студенты младших курсов высших учебных учреждений, столкнувшиеся с совокупностью стрессогенных событий. Качественно иные обстоятельства жизнедеятельности, обусловленные новым

социальным статусом и значительными учебными нагрузками, могут негативно отражаться на психоэмоциональном здоровье молодых людей. По результатам отечественных и зарубежных исследований частота выявления расстройств адаптации у различных слоев населения варьирует от 11-18% до 10-35%. У студентов, по научным данным, расстройства адаптации определяются в 14-21% случаев, что связано с высоким уровнем нагрузки первых лет обучения, трудностями психосоциальной адаптации в новой микросоциальной среде и учебно-воспитательном пространстве вуза [5, 6].

Психическое здоровье студента – явление многоуровневое, может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других. Оно определяется запасом прочности (жизнестойкости) в отношении возможных негативных воздействий учебно-воспитательного процесса в вузе. Жизнестойкость личности определяет, насколько надежно и легко защитные силы компенсируют эти влияния, не допуская искажений протекания адаптационных процессов [2-5, 9].

Патогенез расстройств адаптации сложный. По современным представлениям, развитие дезадаптационных состояний отражает возникновение системного регуляторного дисбаланса некоторых нейромедиаторов на разных уровнях структурно-функциональной организации. Ключевое место в формировании дисбаланса занимает ГАМК-эргическая система. Именно нарушение ГАМК-зависимых процессов в центральной нервной системе (ЦНС) опосредует дисфункции серотонин-, катехоламин- и пептидергических систем, вызывая в дальнейшем развитие нарушения адаптации, вызванного стрессовыми нагрузками [7].

В основе развития субклинических и клинических вариантов течения расстройств адапта-

ции является хронический стресс и его патологическое влияние на ЦНС. Именно пролонгированные ситуации нервно-психического перенапряжения запускают порочный круг нарушений психоэмоциональной сферы, нейроэндокринных и висцеральных механизмов, которые формируют в зависимости от генетических, личностных, конституционных, экологических и других факторов разнообразную психопатологическую симптоматику. При этом определенный сомато-вегетативный симптомокомплекс обязательно сочетается с психопатологическим синдромом различной степени выраженности и ведущих его проявлений (соматизации, тревоги, депрессии, фобической тревоги, межличностной сензитивности и др.) [2, 3, 7].

Расстройства адаптации и субклинические стресс-индуцированные состояния оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, ведут к снижению эффективности образовательной деятельности, сопровождаются нарушениями отношений с другими людьми, повышают риск употребления психоактивных веществ и суицидов в студенческой среде [4-6].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Охарактеризовать патофизиологический аспект и установить роль психофункциональных особенностей в формировании расстройств адаптации у студенческой молодежи.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В сплошном, проспективном, контролируемом, когортном, мультицентровом исследовании, при наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии проведен скрининг психического статуса 208

студентов младших курсов одного из университетов нашей Республики: 136 девушек (65,4%) и 72 юношей (34,6%), в возрасте от 17 до 21 года.

Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-психологический, психодиагностический, математико-статистический.

Систематизация данных исследования осуществлялась на основе унифицированной «Карты обследования студента» («КОС», Е.В. Киосева, 2017) [1]. Оценка признаков, симптомов, жалоб, результатов наблюдения, выявленных стрессогенных психосоциальных факторов, выполнена на основе использования соответствующих критериев в МКБ-10.

На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, агломеративным методом минимальной дисперсии (кластеризация методом «k-срединных») было выполнено распределение контингента на 3 группы (см. рис.). Практически здоровые студенты составили группу 1: n = 114 (54,8%). Лица с признаками нарушения адаптации вошли в группу 2 (Z73.0): n = 64 (30,8%). Из студентов с признаками расстройств адаптации было сформировано группу 3 (F43.2): n = 30 (14,4%).

Психодиагностический метод реализован при помощи методики дифференцированной самооценки функционального состояния «Самочувствие, Активность и Настроение» («САН», В.О. Доскин и соавт., 1973) [8], которая представляет собой разновидность опросников состояний и настроений. Тест позволяет оценить самочувствие, активность, настроение респондентов. О благоприятном функциональном психоэмоциональном состоянии обследуемого говорят оценки, превышающие 4 балла; об оптимальном – лежащие в диапазоне 5,0-5,5 балла; о неблагоприятном – ниже 4 баллов.

Самочувствие определяется как комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление его мыслей, чувств. Активность выступает как общая характеристика, включающая физическую и нервно-психическую активность, определяется интенсивностью и объемом взаимодействия личности с социальной средой. Настроение – представляется как эмоциональный фон, либо как четко идентифицируемое состояние и проявляется в особенностях эмоционального отклика на внешние воздей-



Рис. Скринингово-диагностический этап

ствия. Для оценки психофункционального статуса важны как значения отдельных его показателей, так и их соотношение. Благоприятное состояние характеризуется сопоставимыми оптимальными значениями активности, настроения и самочувствия. Превышение показателей настроения над значениями самочувствия и активности может свидетельствовать об усталости респондента.

Для определения уровня развития жизнестойкости использовали «Тест жизнестойкости», который является адаптацией опросника «Hardiness Survey» – Maddi et al., 1984 [9], русскоязычного «Теста жизнестойкости» скрининговой версии Е.Н. Осина, 2013 [10]. Методика субъективного самоотчета представляет собой тест-опросник, состоящий из 12 пунктов, объединенных общим показателем и тремя субшкалами: вовлеченность, контроль, принятие риска. Жизнестойкость («hardiness») – это система убеждений личности по отношению к сложным жизненным обстоятельствам и миру в целом, образует особый профиль устойчивой личности и включает в себя три компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска.

Вовлеченность (commitment) – это вера человека в то, что благодаря активному участию в мероприятиях он может найти в жизни что-то интересное и ценное для себя.

Контроль (control) – является убеждение в том, что благодаря своей активности личность способна влиять на последствия, происходящие вокруг нее.

Принятие риска (challenge) – уверенность, что любой опыт, даже отрицательный, ценен сам по себе как возможность чему-то научиться, а значит, не стоит бояться возможной неудачи.

Применяли нормативные данные выборки сотрудников, полученные в ходе работы в рамках Программы фундаментальных изысканий Российского научно-исследовательского университета «Высшей школы экономики» в 2013 году. Диагностически значимыми, как величину необходимости, считали баллы, отличающиеся от среднего более чем на одно стандартное отклонение (по автору скрининговой методики Е.М. Осина, 2013 г.) [10].

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ «Statistica» for Windows 10.0. Рассчитывали среднюю арифметическую величину (M); стандартное отклонение (SD); минимум (min) и максимум (max) значений в выборке; нижний (q25) и верхний квартили (q75). Для ненормального распределения определяли медиану (Me). Формат представленных данных в тексте и таблицах следующий: M±SD; (min-max); Me =, (q25 – q75) [11].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов исследования (табл. 1.) позволил определить отдельные показатели психофункционального состояния и их соотношение: превышение показателей настроения (Me = 5,95) над значениями самочувствия (Me = 5,50) и активности (Me = 4,20) у 50% молодежи может указывать на усталость. Установлено, что значение медианы настроения студентов (Me = 5,95) у 50% лиц превышает верхнюю границу оптимального диапазона, что свидетельствует об их психоэмоциональном возбуждении, что приводит к хроническому переутомлению и развитию психологического дистресса.

По результатам исследования для всех изучаемых показателей САН обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min – max от 1,00 до 7,00. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков психофункциональных характеристик у обследованных.

Установлены (табл. 2.) статистически значимые различия (p<0,001) по всем шкалам теста «САН» с четкой тенденцией к снижению от группы 1-ой ко 2-ой и от 1-ой к 3-ей, с небольшим, но значимым увеличением показателей всех шкал (за исключением активности) между студенческими группами от 2-ой к 3-ей. Выявлено, что показатели самочувствия в группах студентов 2 и 3 находятся существенно ниже оптимального диапазона, на что указывают значения минимумов (3,0 – в группе 3 и 2,5 – во 2-ой)). Величины медиан (Me=3,70 и Me=4,25) в этих группах демонстрируют, что 50% обследуемых лиц находятся в психофункциональном состоянии ниже оптимального диапазона.

Таблица 1.

Психоэмоциональная характеристика студентов младших курсов университета по методике «САН: самочувствие, активность и настроение», баллы, (n = 208)

Шкала	САН	Самочувствие	Активность	Настроение
Показатель	4,72±0,84; (2,10-6,60); Me=4,85; (4,18-5,35)	4,76±0,99; (2,50-6,90) Me=5,50; (3,90-5,60)	4,26±0,88; (1,50-6,90) Me=4,20; (3,75-4,90)	5,13±1,24; (1,00-7,00) Me=5,40; (4,35-6,05)

Таблица 2.

Психоземotionalная характеристика студентов 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН»), баллы

Шкала	Группа 1, n=114	Группа 2, n=64	Группа 3, n=30
САН	5,25±0,47; (4,43-6,60); Me=5,2; (4,90-5,60)	3,80±0,54;* (2,10-4,60); Me=3,87; (3,47-4,23)	4,32±0,76;*# (3,03-6,40); Me=4,33; (3,80-4,70)
Самочувствие	5,33±0,68; (3,70-6,90); Me=5,30; (4,80-5,80)	3,77±0,64;* (2,50-5,70); Me=3,60; (3,40-4,10)	4,35±0,87;*# (3,00-6,20); Me=4,30; (3,70-4,80)
Активность	4,55±0,80; (2,40-6,90); Me=4,60; (4,10-5,00)	3,73±0,69;* (1,50-5,30); Me=3,80; (3,50-3,90)	4,08±1,02;*◇ (2,40-6,90) Me=3,90; (3,30-4,70)
Настроение	5,87±0,66; (3,50-7,00); Me=5,90; (5,50-6,40)	3,90±0,99;* (1,00-6,00); Me=3,75; (3,20-4,70)	4,53±1,25;*# (1,30-6,30); Me=4,90; (3,30-5,40)

Примечания: \* – уровень статистической значимости различий значений с группой 1 на уровне  $p < 0,001$ ; # – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне  $p < 0,001$ ; ◇ – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне  $p < 0,05$ .

Проведенное исследование позволило установить, что на эмоциональном уровне признаки нарушения адаптации (группа 2) выражались в появлении незначительного чувства тревожной напряженности и скованности, «небольшого волнения», некоторого внутреннего беспокойства на занятиях в университете с элементами заторможенности или суетливости в поведении, повышенной чувствительности к обычным межличностным взаимодействиям в студенческой группе, утомляемости, трудностей при выполнении привычных университетских задач и недостаточного сна. Также обследуемые отмечали, что иногда у них возникало учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, дрожь во всем теле, потливость ладоней, тошнота. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно неприятное», что отразилось в пониженных значениях показателей самочувствия (3,86 ± 0,69 баллов),

По определению студентов 3-й группы эмоционально это состояние отражалось в ощущении беспокойства, тревоги, которая была чаще направлена в будущее. Иногда молодые люди испытывали чувство внутренней дрожи, пониженное настроение, грусть, напряжение относительно взаимоотношений с окружающими, раздражительность, не присущую им ранее, трудности концентрации внимания при выполнении привычной работы, раздражительность, усталость, забывчивость, потерю интереса к сексуальным отношениям, отсутствие потребности общения с подругами, друзьями. Им свойственно нарушение сна, изменения аппе-

тита, неспецифические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, повышение артериального давления, учащение пульса, расширение зрачков, бледность кожных покровов, потливость, сухость во рту. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно дискомфортное», что отразилось в снижении показателя самочувствия и значении его минимума (1,8 баллов), по методике «САН».

Выявлено (табл. 3.), статистически значимое снижение значений теста «САН» по всем шкалам от 1-ой к 3-ей группе девушек младших курсов ( $p < 0,001$ ). Доказано, что исследуемые показатели во 2-ой и 3-ей группах имеют статистически значимые различия

( $p < 0,001$ ) между собой. Исключение составляют показатели активности обследуемого контингента ( $p = 0,09$ ). Установленные величины медиан шкалы активности расположены в значениях, ниже благоприятных (Me=3,8; Me=3,9).

Анализируя результаты исследования показателей методики «САН» у юношей установлено, что статистически значимо различаются значения всех шкал, снижаясь от 1-ой группы к 3-ей ( $p < 0,001$ ). Доказано отсутствие различий между показателями опросника 2-ой и 3-ей исследуемых групп (табл. 4.).

Исследование жизнестойкости студентов показало, что выраженное личностное качество «hardiness» имеют 54,8% студентов младших курсов университета. Доказано, что средние значения шкал «Теста жизнестойкости» («ЖС») у практически здоровых девушек и юношей

Таблица 3.

Психозмоциональная характеристика девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН»), баллы

Шкала	Группа 1, n=82	Группа 2, n=40	Группа 3, n=14
САН	5,27±0,47; (4,50-6,60); Me=5,23; (4,93-5,57)	3,80±0,46;* (2,33-4,60); Me=3,80; (3,47-4,22)	4,33±0,91;*◇ (3,03-6,40); Me=4,33; (3,63-4,93)
Самочувствие	5,31±0,70; (3,70-6,90); Me=5,30; (4,90-6,90)	3,72±0,47;* (2,60-5,10); Me=4,25; (3,40-3,95)	4,26±0,82;***# (3,00-6,00); Me=4,25; (3,60-4,80)
Активность	4,57±0,82; (3,00-6,90); Me=4,60; (4,10-5,000)	3,80±0,58;* (2,40-5,30); Me=3,80; (3,55-3,85)	4,04±1,22;* (2,40-6,90) Me=3,90; (3,30-4,70)
Настроение	5,93±0,58; (4,60-7,00); Me=5,90; (5,60-6,30)	3,89±0,96;* (1,00-5,80); Me=3,70; (3,20-4,60)	4,70±1,25;*◇ (3,10-6,30); Me=5,15; (3,720-5,80)

Примечания: \* – уровень статистической значимости различий значений с группой 1 на уровне  $p < 0,001$ ; # – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне  $p < 0,001$ ; ◇ – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне  $p < 0,05$ .

( $n = 82$ ;  $n = 39$ ) по сравнению с нормативными данными отличаются в положительную сторону по всем шкалам теста (использовался непарный критерий Стьюдента; межгрупповые различия достоверны по уровню  $p < 0,001$  и  $p < 0,05$ ). Так, средние значения шкал «ЖС», «вовлеченность», «контроль» и «принятие риска» у обследованных студентов первой группы составили:  $28,25 \pm 5,56$ ;  $10,17 \pm 2,08$ ;  $9,08 \pm 2,05$ ;  $9,01 \pm 2,15$  баллов у девушек и  $29,96 \pm 5,72$ ;  $10,21 \pm 2,09$ ;  $10,07 \pm 2,15$ ;  $9,67 \pm 2,01$  баллов у юношей соответственно, при норме  $24,62 \pm 6,89$ ;  $8,82 \pm 2,59$ ;  $8,12 \pm 2,46$ ;  $7,68 \pm 2,64$  баллов. Наблюдается меньше, чем в норме, разброс по этим средним значениям. Выявлен высокий разрыв min-max – от 14,0 до 36,0 у девушек и от 18,0 до 36,0 у юношей соответственно. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков жизнестойкости у практически здоровых студентов, они более жизнеспособны и склонны чувствовать собственную значимость и ценность. Им присуще лидерство, здоровый образ мыслей и поведения, свойственна способность к поиску путей влияния на тяжелые жизненные события.

Высокие значения показателей по шкале «Принятие риска» характеризуют студентов как открытых опыту, убежденных в том, что все, что с ними происходит, способствует их развитию. Отношение к своей деятельности, как к процессу освоения окружающего мира, помогает юношам и девушкам быть открытыми для обучения, воспринимать свои успехи и ошибки, как основу для формирования профессиональной идентичности и укрепления профессиональной по-

зиции. Молодежь из первой группы способна воспринимать новые ситуации как вызов, а не как угрозу. Отвечая на происходящее, она может научиться новому и узнать больше о себе, что способствует ее развитию. Другими словами, развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента.

В группе практически здоровой молодежи, получен высокий уровень статистической значимости гендерных различий по некоторым показателям. Параметры жизнестойкости у юношей значительно выше, чем у девушек, а именно: показатель жизнестойкости ( $t = 4,24$ ;  $p < 0,001$ ), показатель контроля ( $t = 6,08$ ;  $p < 0,001$ ) и показатель принятия риска соответственно ( $t = 4,10$ ;  $p < 0,001$ ), хотя величина этих различий низкая (полученная разница между средними составляет 0,6 стандартных отклонений).

Установлено, что по шкале вовлеченность значимые различия между юношами и девушками во всей выборке ( $n = 208$ ) отсутствуют, это демонстрирует гендерное единство характеристики вовлеченности, присущей студенчеству. Иначе говоря, полученные данные совпадают с представлением о том, что формирование половых различий детерминировано влиянием социокультуральной среды и является результатом усвоения личностью системы определенных социальных ценностей как норм, образцов поведения, предлагаемых социумом лицам мужского и женского полов. Обучение, общение с однокурсниками представляют собой источник ощущения вовлеченности, так как это каче-

ство равнозначно отображает период студенчества для обоих полов.

Для студентов второй группы установлены статистически значимые различия по шкале принятия риска: параметры девушек превышают юношей ( $t = 2,82$ ;  $p < 0,05$ ), то есть юноши с признаками нарушений адаптации, оказываются несколько осторожнее в принятии решений, чем девушки.

Доказано отсутствие гендерных различий среди юношей и девушек из 3-й группы. Для них характерен низкий уровень развития жизнестойкости, как отражение расстройств адаптации.

Следующий этап анализа заключался в сопоставлении показателей «Теста жизнестойкости» среди исследуемого контингента: девушек ( $n = 82$ ;  $n = 40$ ;  $n = 14$ ) и юношей ( $n = 39$ ;  $n = 18$ ;  $n = 15$ ).

Как свидетельствуют полученные данные, среди девушек установлены статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) по всем шкалам опросника «Тест жизнестойкости» с четким закономерным снижением от группы 1-ой ко второй, от первой к 3-ей и от второй к 3-ей.

Выявлено, что показатели теста основных составляющих жизнестойкости студенток второй группы находятся ниже нормы, а 3-й группы – существенно ниже нормы. У практически здоровых девушек развит компонент вовлеченности – они получают удовольствие от собственной деятельности, а у студенток с признаками нарушения адаптации (2 группа) снижается чувство уверенности в себе.

Лица женского пола с признаками расстройства адаптации (3 группа) характеризуются низким уровнем качества вовлеченности, а иногда совсем отсутствием исследуемого конструкта (0,0), что порождает у них чувство отверженности, ощущение себя «вне жизни». Сниженная развитость «вовлеченности» у молодежи сопровождается устойчивой неудовлетворенностью своей действительностью.

Значение медианы ( $Me = 11,0$ ) по шкале «вовлеченность» указывает на то, что 50% студенток первой группы имеют высоко развитый компонент вовлеченности; у 50% девушек второй группы изучаемый параметр несколько ниже нормы ( $Me = 8,0$ ); 50% лиц женского пола 3-й группы по шкале вовлеченности характеризуются существенно ниже нормы ( $Me = 7,0$ ), на уровне  $p < 0,001$ . Девушки второй и особенно 3-й группы испытывают сомнения в собственной ценности, демонстрируют отчужденность, зависимость, самообвинения, неумение адекватно и позитивно оценивать и применять собственные силы и ресурсы. Проявляется как неспособность брать на себя ответственность, невозможность найти прочную основу для адекватной самооценки, на основе которой можно создавать жизненные перспективы.

На этапе сопоставления показателей «Теста жизнестойкости» среди юношей обнаружены аналогичные результаты.

Проведенное исследование позволило установить четкие различия выделенных групп, обследуемых по шкалам «жизнестойкость», «контроль» и «принятие риска». Выявлено, что сред-

Таблица 4.

Психоэмоциональная характеристика юношей 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН»), баллы

Шкала	Группа 1, n=39	Группа 2, n=18	Группа 3, n=15
САН	5,21±0,48; (4,43-6,37); Me=5,03; (4,87-5,67)	3,79±0,70;* (2,10-4,60); Me=3,80; (3,47-4,22)	4,30±0,63;* ◊ (3,47-6,67); Me=4,37; (3,80-4,70)
Самочувствие	5,36±0,66; (4,00-6,90); Me=5,40; (4,80-5,80)	3,87±0,91;* (2,50-5,70); Me=3,65; (3,40-4,20)	4,43±0,93;* (3,10-6,20); Me=4,50; (3,70-5,40)
Активность	4,52±0,78; (2,40-6,10); Me=4,80; (4,00-4,90)	3,59±0,89;* (1,50-5,10); Me=3,80; (3,30-4,00)	4,11±0,83;* (2,60-5,20); Me=4,60; (3,50-4,70)
Настроение	5,76±0,79; (3,50-7,00); Me=5,70; (5,30-6,40)	3,92±1,09;* (1,00-6,00); Me=3,95; (3,20-4,70)	4,37±1,26;* (1,30-6,20); Me=4,80; (3,30-5,10)

Примечания: \* – уровень статистической значимости различий значений с группой 1 на уровне  $p < 0,001$ ; # – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне  $p < 0,001$ ; ◊ – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне  $p < 0,05$ .

ние значения шкал «Теста жизнестойкости» у девушек и юношей с признаками нарушений адаптации ( $n = 40$  и  $n = 18$ ) и расстройств адаптации ( $n = 14$  и  $n = 15$ ) по сравнению с нормативными данными отличаются в отрицательную сторону. Так, средние значения параметра «жизнестойкость» у обследованных студентов второй группы составили  $23,48 \pm 5,54$  баллов у девушек и  $22,53 \pm 5,61$  баллов у юношей против молодежи 3-й группы  $18,94 \pm 5,37$  баллов у девушек и  $18,63 \pm 6,73$  баллов у юношей соответственно, при норме  $24,62 \pm 6,89$  баллов.

Полученные данные демонстрируют то, что слабо развитая жизнестойкость характерна для студентов с нарушением и расстройством адаптации. Студенты второй группы не очень увлекались собственной деятельностью, быстро уставали от неразрешимых проблем, хотя выполняли учебные задачи. Они не пытались преодолеть трудности, возникшие в настоящее время, а откладывали их решение и предпочли не вовлекаться глубоко в отношения с однокурсниками, часть учебной программы казалась им «пустой». На эмоциональном уровне указанное выражалось в появлении незначительного чувства тревожной напряженности и скованности, «небольшого волнения», некоторого внутреннего беспокойства на занятиях в университете с элементами заторможенности или суетливости в поведении, повышенной чувствительности к обычным межличностным взаимодействиям в студенческой группе, утомляемости, трудностей при выполнении привычных университетских задач и недостаточного сна. Также обследуемые отмечали, что иногда у них возникало учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, дрожь во всем теле, потливость ладоней, тошнота. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно неприятное», что отразилось в пониженных значениях показателей самочувствия ( $3,86 \pm 0,69$  баллов), активности ( $3,77 \pm 0,72$  баллов) и настроения ( $4,01 \pm 1,05$  баллов) по методике «САН». Несмотря на перечисленные ощущения, студентам часто удавалось успешно подавлять состояние тревоги.

В то же время, исследованная молодежь уверена: все, что происходило, положительного или отрицательного, способствовало ее развитию. Также, представители второй группы чаще стремились совершать действия более обдуманно, не спеша, предпочитали «переждать трудности», критически оценивали свои дальнейшие поступки.

По определению студентов 3-й группы, их не очень устраивала собственная деятельность. Они часто чувствовали себя брошенными, иногда юношеству казалось, что никому нет до них

дела, что жизнь проходит мимо. Исследуемые так уставали, что уже ничто не могло их заинтересовать. Эти молодые люди предпочли не вовлекаться глубоко в отношения с однокурсниками, часть учебной программы казалась им лишней. С точки зрения студентов, окружающие их недооценивали. Молодежь не меняла свои планы в зависимости от обстоятельств, то есть она не подстраивала свои действия под ситуацию, которая складывалась. Обследуемые недовольны своими предыдущими достижениями и не уверены в своем будущем. Кроме того, они предпочитали не рисковать. Эмоционально это состояние отражалось в ощущении беспокойства, тревоги, которая часто была направлена в будущее. Иногда молодые люди испытывали чувство внутренней дрожи, пониженное настроение, грусть, напряжение, относительно взаимоотношений с окружающими, раздражительность, не присущую им ранее, трудности концентрации внимания при выполнении привычной работы, усталость, забывчивость, потерю интереса к сексуальным отношениям, отсутствие потребности общения с подругами, друзьями. Им свойственно нарушение сна, изменения аппетита, неспецифические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, повышение артериального давления, учащение пульса, расширение зрачков, бледность кожных покровов, потливость, сухость во рту. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно дискомфортное», что отразилось в снижении показателя самочувствия и значения его минимума ( $1,8$  баллов), по методике «САН». Также величина медианы показателя «САН» ( $Me = 3,9$  баллов) в этой группе демонстрирует наличие у 50% лиц психофункционального состояния существенно ниже оптимального диапазона.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психоэмоциональное состояние студентов младших курсов университета характеризуется плазмиморфностью.

Определены психофункциональные гендерные особенности у молодежи в группах: практически здоровых студентов, лиц с признаками нарушений и расстройств адаптации. Доказано, что у девушек, в отличие от юношей, в условиях стрессогенных ситуаций статистически значимо снижаются показатели активности, как ранний признак психологического дистресса.

Установлено, что выраженное личностное качество «hardiness» имеют 54,8% студентов младших курсов университета.

Показатели теста жизнестойкости у 30,8% (64/208) студентов (группа 2) находятся ниже

нормы, а у 14,4% (30/208) респондентов (группа 3) – значительно ниже нормы, что на эмоциональном уровне отображает гетерогенную группу психопатологических состояний – расстройств адаптации как континуум индивидуальных вариаций состояния психологической дезадаптации, степени адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники», а так же когнитивных и поведенческих нарушений.

Психоэмоциональные нарушения в рамках дезадаптационных расстройств у студентов младших курсов имеют субклинический уровень проявления. Ведущее место при этом за-

нимают донозологические формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально-лабильного, соматовегетативного регистров, выступая предикторами формирования клинической симптоматики расстройств адаптации.

Доказано, что слабо сформированная жизнестойкость является фактором дезадаптации. Развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента.

На основании полученных данных нами сформирована научно обоснованная модель эффективной медико-психологической помощи студентам с дезадаптационными расстройствами.

**Г.А. Игнатенко, Н.В. Киосев**

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк*

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

Цель – охарактеризовать патофизиологический аспект и установить роль психофункциональных особенностей в формировании расстройств адаптации у студенческой молодежи.

Материал и методы. Проведен анализ психоэмоционального состояния 208 студентов университета, определен уровень сформированности жизнестойкости. Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, клинко-анамнестический, клинко-психопатологический, клинко-психологический, психодиагностический, математико-статистический.

Результаты и обсуждение. Установлен высокий уровень разнообразия психоэмоциональной сферы и жизнестойкости у студенческой молодежи. Показатели теста жизнестойкости у 30,8% (64/208) студентов находятся ниже нормы, а у 14,4% (30/208) респондентов – значительно ниже нормы, что отображает континуум индивидуальных вариаций состояния психологической дезадаптации, степени адаптационных

нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники», а так же когнитивных и поведенческих нарушений.

Заключение. Психоэмоциональные нарушения в рамках дезадаптационных расстройств у студентов младших курсов имеют субклинический уровень проявления. Ведущее место при этом занимают донозологические формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально-лабильного, соматовегетативного регистров, выступая предикторами формирования клинической симптоматики расстройств адаптации.

Слабо сформированная жизнестойкость является фактором дезадаптации. Развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента.

**Ключевые слова:** студенты, молодежь, стресс, дистресс, расстройства адаптации, университет.

**G.A. Ignatenko, N.V. Kiosev**

*SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk*

**PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECT AND PSYCHO-FUNCTIONAL FEATURES OF FORMATION OF ADAPTATION DISORDERS IN STUDENT YOUTH**

Purpose. The aim is to characterize the pathophysiological aspect and to establish the role of psycho-functional features in the formation of adaptation disorders in student youth.

Material and methods. The analysis of the psycho-emotional state of 208 students of the university was conducted, the level of formation of vitality was determined.

Research methods: informational and analytical methods, clinic-anamnestic methods, social and demographic methods, clinical and psychopathological method, clinical and psychological method, psychodiagnostic methods, statistical methods.

Results and discussion.

High level of diversity of psycho-emotional sphere



and vitality of student youth has been established. Vitality test scores in 30.8% (64/208) students are below normal, and in 14.4% (30/208) respondents are significantly below normal, which reflects the continuum of individual variations in psychological maladaptation, the degree of adaptive disorders and the severity of accompanying psychopathological radicals with a wide range of negative emotions: from “discomfort” to “panic”, as well as cognitive and behavioral disorders.

Conclusion.

Psycho-emotional disorders in the framework of mal-

adaptation disorders in junior students have a subclinical level of manifestation. The leading place is occupied by donozological forms of dysfunction of anxiety-depressive, phobic, emotionally-labile, somatovegetative registers, acting as predictors of the formation of clinical symptoms of adaptation disorders.

Poorly formed hardiness is a factor in maladaptation. Developed hardiness is a condition and a sign of the mental health of a modern student.

**Key words:** students, the youth, stress, distress, adjustment disorder, university.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Киосева Е.В. Медико-психологическая характеристика и психопревенция адаптационных нарушений у студенческой молодежи (симптоматология, патоперсоналогия, аддиктивный фон, копинг-стратегии, генодиспозиционная коммуникация) : докт. дис. на соискание научной степени д-ра мед. наук. Харьков; 2017. 354.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.; 1988: 13-21.
3. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи. Социальная и клиническая психиатрия. 2009; 2: 17-25.
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г., Москова М.В. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов. Вопросы психологии. 2009; 3: 16-26.
5. Красик Е.Д., Положий Б.С., Крюков Е.А. Нервно-психические заболевания у студентов. Томск; 1982: 7.
6. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология. М.: Медицина; 2002: 18-78.
7. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Москва: Литтера; 2010. 272.
8. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния. Вопросы психологии. 1973; 6: 141-145.
9. Maddi S.R. Harvey R.H., Khoshaba D.M. et al. The personality construct of hardiness, III: Relationships with Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance. Journal of Personality. 2006; Vol. 74, 32: 575-598.
10. Осин Е.Н. Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости. Организационная психология. 2013; Т.3, 3: 42-60.
11. Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов. М.: Практическая медицина; 2011. 480.

## REFERENCES

1. Kioseva E.V. Mediko-psikhologicheskaya kharakteristika i psikhopreventsiya adaptatsionnykh narushenii u studentcheskoi molodezhi (simptomatologiya, patopersonologiya, addiktivnyi fon, koping-strategii, genodispozitsionnaya kommunikatsiya) : dokt. dis. na soiskanie nauchnoi stepeni d-ra med. nauk. Khar'kov; 2017. 354 (in Russian).
2. Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka. L.; 1988: 13-21 (in Russian).
3. Voitsek V.F., Gal'tsev E.V. Narushenie adaptatsii i suitsidal'noe povedenie u molodezhi. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya. 2009; 2: 17-25 (in Russian).
4. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Evdokimova Ya.G., Moskova M.V. Psikhologicheskie faktory emotsional'noi dezadaptatsii u studentov. Voprosy psikhologii. 2009; 3: 16-26 (in Russian).
5. Krasik E.D., Polozhii B.S., Kryukov E.A. Nervno-psikhicheskie zabolevaniya u studentov. Tomsk; 1982: 7 (in Russian).
6. Kryzhanovskii G.N. Dizregulyatsionnaya patologiya. M.: Meditsina; 2002: 18-78 (in Russian).
7. Aleksandrovskii Yu.A. Predbolezennyye sostoyaniya i pogranichnye psikhicheskie rasstroystva. Moskva: Littera; 2010. 272 (in Russian).
8. Doskin V.A., Lavrent'eva N.A., Miroshnikov M.P., Sharai V.B. Test differentsirovannoi samoostenki funktsional'nogo sostoyaniya. Voprosy psikhologii. 1973; 6: 141-145 (in Russian).
9. Maddi S.R. Harvey R.H., Khoshaba D.M. et al. The personality construct of hardiness, III: Relationships with Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance. Journal of Personality. 2006; Vol. 74, 32: 575-598.
10. Osin E.N. Faktornaya struktura kratkoi versii Testa zhiznesteokosti. Organizatsionnaya psikhologiya. 2013; T.3, 3: 42-60 (in Russian).
11. Lang T.A., Sesik M. Kak opisyyvat' statistiku v meditsine. Annotirovannoe rukovodstvo dlya avtorov, redaktorov i retsenzentov. M.: Prakticheskaya meditsina; 2011. 480 (in Russian).