

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

На правах рукописи



КИОСЕВ НИКИТА ВЛАДИМИРОВИЧ

УДК 616.092+616.89-008:378-057.875]-036-037-084

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПРЕВЕНЦИИ
АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ**
(диагностика, симптоматология, профилактика)

14.03.03 – патологическая физиология
19.00.04 – медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Игнатенко Григорий Анатольевич
член-корр. НАМНУ, доктор
медицинских наук, профессор

Экземпляр, идентичный всем
существующим, у Учёного секретаря
Диссертационного совета Д 01.022.05
Стрельченко Ю. И.



Донецк — 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

На правах рукописи

КИОСЕВ НИКИТА ВЛАДИМИРОВИЧ

УДК 616.092+616.89-008:378-057.875]-036-037-084

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПРЕВЕНЦИИ
АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ
(диагностика, симптоматология, профилактика)**

14.03.03 – патологическая физиология
19.00.04 – медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Игнатенко Григорий Анатольевич
член-корр. НАМНУ, доктор
медицинских наук, профессор

*Экземпляр, идентичный всем
существующим, у Учёного секретаря
Диссертационного совета Д 01.022.05
Стрельченко Ю. И.*

Донецк — 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
РАЗДЕЛ 1 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	15
1.1. Современные представления о кризисных ситуациях и систематике стрессогенных расстройств. Патофизиологические концепты адаптационных расстройств в условиях исследовательских доменов.....	15
1.2. Уровень жизнестойкости, благополучия и удовлетворенность жизнью в патогенезе стрессогенных расстройств.....	22
1.3. Современные представления о расстройствах адаптации, их классификации, подходы к диагностике и контингенты.....	39
1.4. Современные подходы к превенции дезадаптивных состояний и промоции психического здоровья.....	44
1.5. Распространенность и тенденции употребления психоактивных веществ на фоне нарушения адаптации среди студенческой молодежи.....	57
1.6. Меры профилактики наркотизации лиц из числа студенческой молодежи.....	64
1.7. Персонифицированные подходы к медико-психологической помощи молодым людям с нарушением адаптации и аддиктивным фоном.....	67
РАЗДЕЛ 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	74
2.1. Дизайн исследования и общая характеристика обследованного контингента.....	74
2.2. Характеристика методов исследования.....	88
РАЗДЕЛ 3 ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ. ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	98
3.1. Клинико-анамнестические и социально-демографические особенности студенческой молодежи.....	98
3.2. Особенности патофизиологического аспекта психоэмоциональной сферы у студенческой молодежи.....	100
3.3 Особенности патофизиологического аспекта психопатологической симптоматики у студентов.....	106

3.4. Патоперсонологическая характеристика респондентов и взаимосвязь выраженности психопатологических проявлений, удовлетворенностью жизнью и чувством у них счастья.....	118
РАЗДЕЛ 4 ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ.....	133
4.1. Копинг-стратегии у студенческой молодежи.....	133
4.2. Аддиктивный статус студенческой молодежи.....	137
4.3 Мотивационные предикторы употребления ПАВ студенческой молодежью.....	141
4.4. Патофизиологические особенности жизнестойкости студентов младших курсов с расстройством адаптации.....	146
РАЗДЕЛ 5. ПРИНЦИПЫ И СИСТЕМА ПСИХОПРЕВЕНЦИИ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ.....	161
5.1. Принципы и система психопреventивных образовательных мероприятий при дезадаптационных состояниях и употреблении психоактивных веществ студенческой молодежью.....	161
5.2. Индивидуальное психодидактическое (тьюторское) сопровождение как фактор превенции нарушений адаптации у студенческой молодежи.....	180
5.3. Интерактивные коммуникативные тренировки для коррекции нарушений адаптации у студенческой молодежи.....	192
5.4. Адаптивные коммуникативные тренировки в симулированном идеализированном сеттинге в структуре превентивного процесса аддиктивного поведения у студенческой молодежи.....	195
5.5. Адаптивное управление в симулированной сеттинге с динамическим изменением коммуникативных ракурсов у студенческой молодежи.....	197
5.6. Лечебно-профилактические интерактивные психодидактические тренировки у студенческой молодежи.....	199
АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	206
ВЫВОДЫ.....	214
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	218
ПРИЛОЖЕНИЯ. ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	271

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АРА	Ассоциация американских психиатров (American Psychiatric Association)
ВОЗ	Всемирная организация здоровья
ГТР	генерализованное тревожное расстройство
ОСР	острое стрессовое расстройство
ДПДГ	десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR)
ЕПА	европейская ассоциация психиатров
ЖС	Тест «Жизнестойкость» («Hardiness Survey» Maddi et al., 1984, скрининговая версия Е.Н. Осина, 2013)
УЖ	Тест «Удовлетворенность жизнью» - «Satisfaction with Life Scale» (SWLS Diener E. et al., 1985, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина, 2008)
КОС	Карта обследования студента
КПТ	когнитивно-поведенческая терапия
КП	когнитивная психотерапия (А. Бека)
ПР	поведенческое расстройство
МКБ-10	Международная статистическая классификация болезней и связанных нарушений состояния здоровья (10-е издание) (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)
МЗ ДНР	Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
ОКР	обсессивно-компульсивное расстройство
ПАВ	психоактивные вещества
ПТСР	посттравматическое стрессовое расстройство
ПГ	психогигиена
ПК	психокоррекция
ПП	психопрофилактика
ППР	психические и поведенческие расстройства
ПТ	психотерапия
РА	расстройства адаптации
РТ	реактивная тревожность
ТФ-КПТ	травмофокусированная когнитивно-поведенческая терапия
ТК	табакокурение
ТЗ	табачная зависимость
ХЗ	химическая зависимость
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test — тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный в 1989 году рабочей группой ВОЗ
DSM-5	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-го издания
SCL-90-R	Шкала Symptom Check List-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Расстройства адаптации это гетерогенная группа психопатологических состояний, зачастую связанные со стрессом, представлены широким спектром проявлений: от донозологических нарушений (ощущения субъективного дистресса и снижения настроения, которые нарушают повседневное функционирование и продуктивность) и кратковременных реакций непсихотического уровня до клинически очерченных нарушений с разнообразными психопатологическими проявлениями, прежде всего аффективными расстройствами тревожно-депрессивного характера, и выраженными нарушениями поведения.

По результатам отечественных и зарубежных исследований частота выявления расстройств адаптации у различных слоев населения варьирует от 11-18% до 10-35% [384, 337, 377, 385, 256, 245, 311].

У студентов, по научным данным, расстройства адаптации определяются в 14-21% случаев, что связано с высоким уровнем нагрузки первых лет обучения и трудностями психосоциальной адаптации в новой микросоциальной среде и учебно-воспитательном пространстве вуза, а также изменениями во внутрисемейном функционировании и отрывом от семьи [212, 153, 119, 68].

В свою очередь, психоадаптационные нарушения и расстройства оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, сопровождаются формированием диссонантных отношений с окружающими, повышают риск употребления психоактивных веществ (ПАВ) и суицидов в студенческой среде [59].

Степень разработанности темы. Общеизвестно, что студенческий период характеризуется высокой восприимчивостью к манифестации и развитию психических заболеваний, разнообразных состояний психологической декомпенсации [117, 77, 78, 39, 115, 114], что вызывает поиск средств снятия

психоэмоционального напряжения и приводит к формированию различных стратегий преодоления стрессорных воздействий (копинга), чаще с применением ПАВ. Прогрессирующее распространение употребления молодежью ПАВ, негативным образом влияя на здоровье, является острой и актуальной медико-социальной проблемой современного общества [8, 79, 107]. Кроме того, применение психоактивных веществ – это одна из причин распространения ВИЧ / СПИДа и других социально-опасных инфекций.

В Донецкой Народной Республике использование молодежью ПАВ базируется на том же основании, что и в странах ближнего и дальнего зарубежья [184, 379, 54, 109, 192, 71, 113, 72, 341, 38, 128, 160, 50, 68]. По данным ВОЗ, алкоголь - наиболее широко распространенное ПАВ среди молодых людей. Причиной смертности двух третей юношей и девушек от 15 до 20 лет является отравление алкоголем или несчастные случаи вследствие опьянения [379, 139, 157, 158]. Одним из самых распространенных видов ПАВ также является и табак: 51,5% подростков и молодежи в возрасте 15-17 лет курит постоянно, и более 500 тысяч ежегодно приобщаются к табакокурению. Ситуация усугубляется тем, что они почти одновременно принимают алкоголь и наркотики. В то же время, прием ПАВ является коморбидной составляющей адаптационных нарушений и расстройств, особенно у лиц молодого возраста, имеет тенденцию к росту частоты во всем мире [65, 13, 24, 128, 160, 42].

Доминирующую роль в коррекции коморбидных дезадаптационных и аддиктивных состояний играет психотерапия и психопревенция, а в их предупреждении – психообразование [20, 180, 33, 127, 73, 101, 102, 207, 68].

Исходя из вышеизложенного, разработка новых форм стратегий развития своевременной диагностики, психотерапии и психопревенции адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи с учетом аддиктивного фона и гендерных особенностей, является актуальной и своевременной.

Цель исследования – на основе комплексного подхода к изучению факторов риска и механизмов формирования адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи разработать систему их психопревенции.

Для выполнения цели были сформированы следующие **задачи**:

1. Осуществить общую скрининговую оценку психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у лиц молодого возраста, которые учатся на первых курсах университета.
2. Определить особенности функционального психоэмоционального состояния у респондентов.
3. Оценить аддиктивный статус студентов в гендерном аспекте и его связь с адаптационными нарушениями и расстройствами в качестве аггравирующего фона.
4. Выявить особенности жизнестойкости и копинг-стратегий у студенческой молодежи.
5. Установить взаимосвязь психопатологической симптоматики, индивидуально-личностных особенностей, психоадаптационных факторов и определить патогенетические звенья нарушений и расстройств адаптации у студентов.
6. Обосновать, разработать и внедрить систему психопревенции, основанной на психообразовательно-развивающих мероприятиях, провести катамнестическое исследование результативности ее применения.

Объект исследования: адаптационные нарушения и расстройства у студенческой молодежи.

Предмет исследования: факторы, патогенетические механизмы развития и психопатологические особенности адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи.

Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-эпидемиологический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический и математико-статистический.

Методы исследования характера употребления ПАВ были построены на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The

ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МБА) В. Ю. Завьялова (1988). Комплексную оценку аддиктивного статуса проводили при помощи следующих методик:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);
2. CANNABIS-UDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов (препаратов конопли: гашиша, марихуаны, драпа, анаши, сенсимиаллы);
3. STIMULANTS-UDIT (Stimulants Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина, в том числе из официальных препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и др.);
4. TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака;
5. OPIATES-UDIT (Opiates Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением опиоидов (вытяжка из мака, героин, трамадол и др.);
6. SOLVENTS-UDIT (Solvents Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением летучих органических растворителей (эфира, бензина, ацетона, клея «Момент» и др.).

При проведении клинико-психопатологического исследования в патофизиологическом аспекте использованы следующие методики и тесты.

Психоэмоциональное состояние и социальную активность оценивали по методике «САН: Самочувствие, Активность и Настроение» – тест дифференцированной самооценки функционального состояния (В. О. Доскин и соавт., 1973).

Определение и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществлялся с помощью опросника SCL-90-R (L. R. Derogatis et al., в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001)

Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека (по А. В. Батаршеву, 2004).

Исследование жизнестойкости проводили по тесту «Жизнестойкость» (S. R. Maddi et al., 1984, скрининговая версия Е. Н. Осина, 2013).

Удовлетворенность жизнью измеряли по «Шкале удовлетворенности жизнью» («Satisfaction with Life Scale», SWLS E. Diener et al., 1985, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008).

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли «Опросник совладания со стрессом» «COPE» (C. S. Carver et al., 1989, адаптация Т. А. Гордеевой, Е. Р. Осина, 2010).

Математико-статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ «Statistica for Windows 10.0». Проверка нормальности распределения осуществлялась методом Шапиро-Уилка (2006). Рассчитывали групповые показатели описательной статистики: для нормального распределения - среднюю арифметическую величину (M), стандартное отклонение (SD), минимум (min) и максимум (max) значений в выборке. Для ненормального распределения определяли медиану (Me), нижний (q25) и верхний квартили (q75); коэффициент вариации, 95% ДИ. Для оценки различий между средними величинами в группах сравнения применялся непараметрический тест Манна-Уитни (2006); для определения взаимосвязи между значениями использовали коэффициент корреляции ранга Спирмена (2006); рассчитывали абсолютное значение, % доли (P%), критерий Крускала-Уоллиса. Формат предоставляемых данных в тексте и таблицах следующий: $M \pm SD$; (min-max); Me =; (q25 – q75); K-W: H; p-level.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

– впервые обосновано и осуществлено теоретическое и эмпирическое исследование проблемы адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи с учетом аддиктивного фона как сферы компетенции патофизиологии и медицинской психологии; выделены и проанализированы ведущие патопсихологические проявления адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи с помощью унифицированного диагностического инструмента, что позволило выявить весь спектр разнообразной психодезадаптационной симптоматики и особенности фоновой аддикции; охарактеризованы особенности функционального психоэмоционального состояния и представлена общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодежи в гендерном аспекте, что позволило выделить важнейшие факторы риска и механизмы формирования психодезадаптационных состояний для их дальнейшей коррекции и предупреждения;

– расширены и дополнены научные представления о патогенном влиянии мотивационно-личностных особенностей аддиктивного поведения студентов на степень выраженности эмоционального напряжения; о роли патоперсонологической декомпенсации в развитии и степени выраженности дезадаптационных состояний; об отягощающей взаимосвязи употребления ПАВ и развитием, и выраженностью дезадаптационных состояний;

– получила дальнейшее развитие система научных представлений о патогенности отрицательного микро- и макросоциального влияния, верификации деструктивного действия хронических стрессорных факторов как основы для развития адаптационных нарушений и расстройств, а также употребления ПАВ.

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов заключается в обосновании, разработке и внедрении системы психопревенции психообразовательно-развивающей направленности для студенческой молодежи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ, направленной на нивелирование патопсихологических,

личностных и поведенческих негативных эффектов, формирования адаптивных копинг-стратегий преодоления стрессовых ситуаций и трансформации способа жизни с приобретением новых конструктивных навыков жизнедеятельности в свободном от ПАВ пространстве.

Уточненная концепция патогенеза и саногенеза дезадаптационных состояний с учетом аддиктивного фона легла в основу разработки и внедрения в практику индивидуального психодидактического сопровождения, которое способствует оптимизации воспитательно-образовательного процесса в образовательных организациях высшего профессионального образования, улучшению психосоциальной адаптации молодежи в студенческой среде и образовательном пространстве вуза. Используется в педагогическом процессе для студентов, интернов, ординаторов, врачей-курсантов и аспирантов на кафедрах патофизиологии, дерматовенерологии и медицинской косметологии, психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

Основные результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность учреждений здравоохранения: «Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики» (акт внедрения от 10.01.2020); «Городской психоневрологический диспансер г. Донецка Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики» (акт внедрения от 12.02.2020); в педагогический процесс кафедр: кафедра дерматовенерологии и медицинской косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (акт внедрения от 14.01.2020); кафедра патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (акт внедрения от 09.01.2020).

Положения, выносимые на защиту:

1. Психоэмоциональные нарушения в рамках дезадаптационных расстройств у студентов младших курсов имеют субклинический уровень проявления. Ведущее место в генезисе адаптационных нарушений у лиц молодого возраста, обучающихся в университете, занимают донозологические формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально

лабильного характера, соматовегетативного спектра, выступая предикторами формирования клинической симптоматики расстройств адаптации.

2. Студенты младших курсов университета склонны к употреблению ПАВ. Субмиссивные, атарактические, гедонистические мотивы определяют структуру мотивов, побуждающих молодых людей употреблять ПАВ. Развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента. Слабо развитая жизнестойкость является фактором дезадаптации.

3. Психопатологическая симптоматика, индивидуально-личностные особенности и психоадаптационные факторы взаимосвязаны у лиц с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ. Перенапряжение компенсаторных процессов из-за влияния хронических стрессовых факторов приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, которые на основе взаимоусиливающего действия декомпенсации индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют патофизиологический порочный круг.

4. Эффективное освоение студентами новых компетенций, знаний и умений превентивного характера возможно путем комбинированного применения психотерапевтических технологий и интерактивных методов обучения кейс-стади CBL (англ. Case-study CBL – case Based Learning – основанный на клиническом случае).

Личный вклад соискателя. Автором проведен анализ зарубежной и отеческой литературы по исследуемой проблеме, выполнен весь объем клинико-анамнестических, клинико-психологических и психодиагностических исследований, проведена статистическая обработка результатов, осуществлен анализ и интерпретация полученных данных, сформулированы научные выводы. На основе комплексного исследования диссертантом обоснована, разработана и внедрена система психопревенции психообразовательно-развивающей направленности для студенческой молодежи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ.

Степень достоверности и апробация результатов. Надежность и достоверность результатов исследования обеспечивалась разносторонним теоретическим анализом проблемы, комплексным использованием психодиагностического инструментария, соответствующего предмету и задачам исследования; репрезентативной выборке обследованных, содержательным количественным и качественным анализом полученных данных; корректным использованием методов математико-статистической обработки данных.

Материалы диссертации заслушаны, обговорены и рекомендованы к представлению в Диссертационный совет Д 01.022.05 на апробационном семинаре по патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол № 3 от 25 сентября 2020 г.

Основные теоретико-методологические положения, практические результаты и выводы исследования докладывались и обсуждались на заседаниях кафедры патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО, а также на следующих республиканских и международных конференциях, форумах и симпозиумах: III Международной междисциплинарной научно-практической on-line конференции «Реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья в современных условиях», 2018 г.; 4-й, 5-й и 6-й Республиканских междисциплинарных научно-образовательных сессиях им. профессора Донского Г.И. «Стоматология: проблемы, поиски, решения»; II и III Международных междисциплинарных симпозиумах по дерматокосметологии и эстетической медицине, 2018 г., 2019 г., г. Донецк; Междисциплинарной научно-практической конференции в рамках непрерывного медицинского обучения (по реестру внутривузовских научно-практических конференций) «Гиперандрогенные состояния в дерматологии: взаимодействие специалистов», 2018г.; II, III и IV Международных медицинских форумах Донбасса «Наука побеждать...болезнь», 2018, 2019, 2020 гг.; Республиканской специализированной психологической конференции с международным участием «Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий», 2018 г., г. Донецк; Междисциплинарной научно-практической конференции

«Особенности оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным пациентам», 2019 г.; Междисциплинарной научно-практической конференции «Атопия сквозь призму современной медицины», 2019 г.; III Международном on-line круглом столе «Психолого-педагогические аспекты адаптации студентов с ограниченными возможностями здоровья», 2019 г.; V Международной междисциплинарной научно-практической on-line конференции «Технологии социальной и медицинской реабилитации лиц с инвалидностью в современных условиях», 2019 г.; II Конференции с международным участием Медицина военного времени. Опыт Донбасса 2014-2019 гг., 2019 г., г. Донецк.

Публикация результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 22 научные работы, в том числе глава в монографии, 8 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики (из них две – без соавторов), 10 тезисов в материалах научно-практических конференций, одни методические рекомендации; 2 рационализаторских предложения.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из содержания, вступления, пяти разделов, анализа и обобщения результатов исследования, выводов, списка использованной литературы и приложений. Текст изложен на 302 страницах компьютерного текста (основной текст – 217 страниц), иллюстрирована 38 таблицами и 7 рисунками, список использованной литературы включает 401 источник (из них 185 – латиницей).

РАЗДЕЛ 1

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

1.1. Современные представления о кризисных ситуациях и систематике стрессогенных расстройств. Патофизиологические концепты адаптационных расстройств в условиях исследовательских доменов

Стрессогенные расстройства являются одной из основных проблем в сферах компетенции медицинской психологии, клинической психиатрии и патологической физиологии. Несмотря на то, что в психологическом ракурсе обычно анализируются конфликтологические аспекты дезадаптивных состояний, клинические формы стрессогенных расстройств, которые представлены психопатологической симптоматикой и рассматриваются в контексте психиатрической клиники, являются моделью, позволяющей выявить факторы риска и патогенетические механизмы влияния стресса на психическое функционирование.

ПТСР интерпретируется как специфическое стресс-ассоциированное нарушение психической деятельности, причиной которого выступает определенное неприемлемое для личности / индивида событие.

Чаще всего ПТСР развивается у лиц, которые:

- принимали участие в боевых действиях, войне, или проживали на оккупированных территориях;
- стали жертвами природных катаклизмов (ураганов, наводнений, землетрясений и т.д.);

- были участниками чрезвычайных ситуаций;
- подверглись влиянию техногенных катастроф;
- потеряли близкого им человека;
- подверглись сексуальному или физическому насилию [273, 276, 305, 306].

Различия в условиях постановки диагноза ПТСР по классификациям ICD-10 и DSM-IV установлено L. Peters, T. Slade, G. Andrews [344].

M. S. Scheeringa, C. H. Zeanah, J. A. Cohen обосновали условия перехода от эмпирической диагностики ПТСР к единому отработанному алгоритму постановки этого диагноза [366].

Исследованием кросс-культуральной валидности диагностических критериев ПТСР по DSM-5 занимались также D. E. Hinton, R. Lewis-Fernandez [301].

K. F. Dyer, M. J. Dorahy, G. Hamilton исследовали клинические проявления гнева, гетеро- и аутоагресий, аутодеструктивного поведения у лиц с ПТСР [228].

R. A. Bryant, M. Creamer, M. L. O'Donnell установили возможность перехода острой реакции на стресс в устойчивое посттравматическое стрессогенное расстройство [219]. R. A. Bryant даже рассматривал острую реакцию на стресс как предиктор развития ПТСР в будущем [243].

C. R. Brewin вместе с соавторами изучал переформулирование диагноза ПТСР по внедрению новых критериев его постановки для DSM-V [360]. Похожие результаты были получены в исследовании D. A. Regier, E. A. Kuhl, D. J. Kupfer, R. L. Spitzer, M. B. First, J. C. Wakefield [361, 375].

О. С. Чабан, И. А. Франко изучали характеристики современных тенденций по постановке диагноза и комплексной терапии ПТСР, сравнивали их с таковыми в Украине, и отметили их сходство [205].

В. Andrews вместе с соавторами в своем исследовании изучал причины и распространенность отсроченного развития ПТСР. Поскольку концепт ПТСР еще с тех пор, как данный диагноз был введен в DSM-3, остается дискуссионным как среди американских психиатров, так и среди психиатров других стран мира (иногда доходит до того, что существование данного диагноза вообще ставится под сомнение), для получения достоверных данных авторским коллективом был проведен мета-анализ исследований по тематике ПТСР с отсроченным началом, в котором данный диагноз был выставлен по критериям DSM-5. Результаты анализа 19 групповых и 10 отдельных (так называемых «кейс-стади») исследований показали, что в 38,2% постановки диагноза «ПТСР с отсроченным началом», у больных ранее уже отмечались характерные для ПТСР симптомы, поэтому то состояние их психики, которое было принято врачами как экзacerbации ПТСР с отсроченным началом, на самом деле представляло собой состояние реактивации ранее имеющихся симптомов. В то же время, 15,3% постановки диагноза «ПТСР с отсроченным началом» предшествовало появлению единичных симптомов данного расстройства, которые не были приняты врачами во внимание. Стоит отметить, что остальные случаи действительно представляли собой классическую картину ПТСР с отсроченным началом [271].

К основным симптомам и признакам, характерным для ПТСР, относятся:

- неотступные, навязчивые воспоминания о неприемлемом для психики событии;
- ощущение повторного переживания психотравмирующей ситуации;
- ночные кошмары;
- избегание каких-либо упоминаний о событиях, ставших причиной расстройства;
- частичная амнезия на неприемлемые для психики события;

- ощущение круга дереализации-деперсонализации, отгороженность от окружающих;
- диссомнии;
- гневливость, дисфория;
- гипотимия, депрессивность;
- ощущение психического и/или физического перенапряжения, напряжения в мышцах;
- влечение к употреблению ПАВ, которое развилось после переживания психотравмирующей ситуации.

М. J. Friedman, B. Andrews вместе с соавторами в своем исследовании изучали особенности классификации расстройств, связанных со стрессом и психическими травмами в DSM-5. В своей научной работе коллектив авторов рассматривал вопрос о том, следует ли кластер таких расстройств, как адаптационные расстройства, острая реакция на стресс, ПТСР и диссоциативное расстройство размещать в секции аномальных реакций на стресс и психическую травму. Проводилась дискуссия с соответствующей аргументацией – следует ли относить ПТСР к тревожным расстройствам, или стресс-индуцированным фобическим расстройствам, или интернализационным расстройствам, или все же, причислить их к аномальным реакциям на стресс и психическую травму. Хотя мнения экспертов разделились, наиболее последовательная аргументация была предоставлена по предложению о переносе ПТСР к группе расстройств тревожного спектра [262].

A. Cook, J. Spinazzola, J. D. Ford исследовали влияние комплексной психологической травмы на детей и взрослых, а также разницу в реагировании последних, и обнаружили ее многообразие [266].

Различия между критериями верификации и постановки диагноза ПТСР для детей и взрослых в рамках различных классификаций изучали P. Sturmey, M. Hersen, и установили непаритетность в этом вопросе [299].

M. S. Scheeringa, C. H. Zeanah, J. A. Cohen изучали условия перехода от эмпирической диагностики ПТСР к единому отработанному алгоритму постановки этого диагноза, и отметили необходимость консенсуса [366].

Прогрессивные тенденции в диагностике и терапии ПТСР в своих научных трудах описала R. McNally [334].

В 2008 году Национальный институт психического здоровья США, включил в новый Стратегический план следующую цель: «Разработка для исследовательских целей новых способов классификации психических расстройств на основе оценки наблюдаемого поведения и нейробиологических мероприятий» [365, 331].

С целью сглаживания перехода системы психиатрических диагнозов и диагностических критериев от МКБ в DSM, Национальным институтом психического здоровья США было создано RDoC – критерии исследовательских доменов. Наибольшее внимание разработке критериев исследовательских доменов в своих трудах посвятил B. N. Cuthbert [270].

Целью RDoC стала полидименсиональная интеграция нейронаук и психопатологии в рамках существующих классификаций психических заболеваний. Все расстройства психической деятельности рассматриваются со стороны патофизиологии мозга.

RDoC пока содержит пять основных доменов:

- 1) отрицательная аффективно-конативная семиотика;
- 2) положительная аффективно-конативная семиотика;
- 3) семиотика когнитивно-мнестического спектра;
- 4) бихевиоральные и социальные аспекты деятельности;
- 5) психовегетативные и базисные валеологические симптомы.

Концепты адаптационных расстройств и ПТСР в условиях исследовательских доменов определяются первым из них (отрицательной аффективно-конативной семиотикой), который включает в себя такую принадлежащую домену симптоматику:

- тревогу;
- страх;
- дистимию;
- дисфорию;
- апатию.

На самом деле, дискуссия, развернувшаяся после публикации DSM-5 и старта проекта Исследовательских критериев доменов (RDoC), показала, что, с одной стороны, существует проблема с несколькими позициями в МКБ/DSM, удаленных от вопросов нейронауки, а с другой – проблема с частью состояний RDoC, удаленных от «актуальной клиники, которая приводит пациентов в больницу» [270].

Этот разрыв особенно заметен в том, что касается психозов: по выражению В. Cuthbert, на конференциях и симпозиумах можно услышать неформальные замечания по поводу того, что психотические состояния являются «черным ящиком» в RDoC.

Когда проект RDoC был представлен как конкурент существующим диагностическим системам, начался диалог между Американским национальным институтом психического здоровья (NIMH) с одной стороны и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Американской психиатрической ассоциацией (АРА) с другой стороны [365].

В этом контексте следует отметить, что понимание адаптационных расстройств и ПТСР недостаточно полно, поскольку в структуру данных расстройств входит также ряд концептов, которые относятся к другим доменам.

Ученые рассматривают концептуальные замечания, которые вытекают из представленной литературы по философии психиатрии. Между прочим, как говорил Т. Кун: «Обращение за помощью к философии и обсуждение фундаментальных положений – это симптом перехода от нормального исследования к экстраординарному, которое соответствует смене парадигм в научной дисциплине». Несомненно, что это именно то, что наблюдается в текущей фазе развития психиатрии [316].

О сложности психодиагностических процедур уже было сказано К. Т. Ясперс сто лет назад: «Метод живой мозаики – то есть представление о том, что болезнь состоит из мозаичных структур, составленных из одинаковых и оригинальных элементов – превращает психопатологическое исследование и диагностику во что-то чисто механическое и приводит любые выявленные в процессе анализа данные в безнадежно застывшее состояние» [309].

Н. J. Berenbaum отмечает: «Если мы занимаемся разработкой новых психотропных препаратов, то исследование на уровне нейронных сетей будет наиболее эффективным, но если наша цель в том, чтобы разработать новую психотерапевтическую методику или новый подход к психосоциальной интервенции, то полезными и эффективными будут другие уровни наблюдения и объяснения» [235].

Что касается развития науки, то клиницисты и исследователи психических расстройств, с одной стороны, и нейробиологи – с другой, по выражению К. Т. Ясперса, «исследуют неизвестный континент с противоположных концов» [309]. Ни та, ни другая команда не может утверждать, что ее работа *a priori* является наиболее фундаментальной, ценной или более научной, а также заявлять, что она сейчас или в будущем будет полностью контролировать исследуемый ареал.

1.2. Уровень жизнестойкости, благополучия и удовлетворенность жизнью в генезе стрессогенных расстройств

Психологический фон имеет особое значение в контексте проблемы психореактивных и стрессогенных расстройств. Психоконституционные, персонологические и психоонтогенетические формы трансформации информации, подлежащие усвоению, определяют ту степень и характер реакции психики, что может стать как новым опытом, который имеет адаптивный характер, так и привести к вхождению в патологическое состояние дезадаптации. Попытка интеграции указанных черт индивида в ракурсе резистентности к психогенным воздействиям была воплощена в концепте жизнестойкости.

Как известно, под жизнестойкостью личности принято понимать умение эффективно существовать вопреки жизненным препятствиям и трудностям, способность человека сохранять баланс между приспособлением к новым требованиям и стремлением жить гармонично, полноценно.

Теоретический конструкт жизнестойкости (*hardiness*), предложенный S. Maddi и S. Kobasa в конце 1970-х годов, зарекомендовал себя как предиктор успешного совладания со стрессом, психического и соматического здоровья, субъективного благополучия и успешности в различных областях функционирования. Жизнестойкость оказывается более мощным предиктором преодоления, чем такие переменные, как оптимизм и религиозность.

Концепции жизнестойкости в психологии изучала Л. А. Александрова [15].

Жизнестойкость как один из компонентов психического потенциала рассматривали С. А. Богомаз, Д. Ю. Баланев [31].

Корреляционные связи целеустремленности, решительности и мотивационных факторов с жизнестойкостью установлены в исследовании С. А. Богомаз, Т. Е. Левицкой [32].

Такие аспекты жизнестойкости личности, как интеграция в общество и социальная защищенность, изучали в своих работах Т. М. Титаренко, Т. А. Ларина [199].

В. В. Горлинский рассматривал особенности культурного развития человека и его связь с параметрами жизнестойкости [46].

Корреляционные связи между жизнестойкостью и личностной тревожностью у акцентуированных личностей и их влияние на социофобические проявления исследовала Л. В. Жукова [59].

С. Г. Мадди, Д. Кошаба-Мадди изучали способы диагностики уровня жизнестойкости населения и методики ее повышения [96].

Е. Н. Осин, Е. И. Рассказова разработали сокращенную версию теста жизнестойкости, которая может быть использована не только медицинскими психологами и врачами-психиатрами, но и врачами общей практики, и позволяет проводить быстрое скрининговое обследование для выявления группы лиц с риском развития дезадаптационных расстройств [125, 126].

Т. В. Рогачева изучала жизнестойкость как один из основных факторов психического благополучия [162].

Важным направлением патофизиологических и медико-психологических исследований в контексте психосоциальных и интроспективных аспектов существования индивида в условиях стрессовых и конфликтных состояний выступает пропорция между жизнестойкостью и удовольствием жизнью. Стабильность психического функционирования, что находит отражение в чертах личности, обеспечивающих резистентность к психогенным факторам, может модулировать интроспективное ощущение

уровня удовлетворения, собственной ценности и другие экзистенциальные аспекты психического функционирования.

Надежность личности, уровень ее удовлетворенности жизнью и состояние эмоциональной сферы после перенесенного кратковременного стресса изучали I. Anusic, R. E. Lucas, M. B. Donnellan [229].

I. Anusic, S. C. Y. Yip, R. E. Lucas провели общенациональное (на австралийском контингенте) исследование для установления корреляционных связей между уровнем удовлетворенности жизнью и умением адаптироваться к неожиданным изменениям в жизненном укладе [230].

H. Park, B. S. Suh, W. S. Kim в своем исследовании установили влияние профиля личности и особенностей характера на чувство удовлетворенности жизнью [259].

H. Du, A. B. I. Bernardo, S. S. Yeung изучали так называемый «локус надежды» и уровень удовлетворенности, что индивид получает от жизни, демонстрируя их корреляционную зависимость от соотношения персональной и относительной самооценки личности [285].

W. Pavot вместе с соавторами исследовал валидность шкал для измерения уровня удовлетворенности жизнью, и корреляцию полученных по данным шкалам результатов с объективной и субъективной оценкой уровня благополучия, и установил определенные несоответствия [295].

J. Clark, H. Arkowitz проработали проблемы социальной тревожности и ее влияние на самооценку и выбор социальной роли [260].

B. Bajaj, R. Gupta, N. Pande в своих работах по оценке качества жизни пациентов с адаптивными расстройствами главным критерием благополучия пациентов называли их самооценку [233].

S. R. Madd в своих исследованиях рассматривал твердость характера как необходимую черту для поддержания психического здоровья и благополучия. Вместе с соавторами он также провел параллели между твердостью характера

и такими его качествами как авторитарность, инновационность и производительность [324-329, 383].

М. А. Busseri, S. W. Sadava, N. DeCourville занимались разработкой модели оценки субъективного и объективного уровня благополучия, которая учитывала бы уровень удовлетворенности жизнью и выразительность проявлений положительных и отрицательных эмоций. В результате они создали трехмерную модель оценки уровня благополучия, по результатам которой можно проводить концептуализацию, операционализацию, анализ и синтез полученных данных [246, 247].

Исследование U. Schimmack, E. Diener, S. Oishi показали, что субъективная оценка удовлетворенности жизнью является результатом моментального суждения и является стабильной характеристикой личности, практически неизменяемой жизненными условиями [367].

Ю. Д. Черткова, А. С. Алексеева, А. Я. Фоминых изучали взаимосвязь между удовлетворенностью жизнью, диспозиционными чертами личности и так называемой «темной триадой» личностных качеств. Для этого коллективом авторов было обследовано 363 человека с помощью опросника HEXACO-PI-R на предмет выявления уровня их удовлетворенности жизнью, а затем сопоставлено с результатами исследования изучаемого контингента на наличие определенного соотношения черт «темной триады» личности.

В состав «темной триады» личностных черт личности входят следующие:

- 1) нарциссизм;
- 2) макиавеллизм;
- 3) психопатия неклинической степени выраженности.

Результаты исследования показывают, что из черт «темной триады» личности сильнее коррелируют с удовлетворенностью жизнью макиавеллизм,

на втором месте находится нарциссизм и на третьем – неклинические психопатии [206].

Результаты разработок К. М. Sheldon, S. Lyubomirsky показывают, что уровень ощущения счастья личностью напрямую коррелирует с количеством усилий, которые она прилагает для достижения поставленной цели, в то время как подобная зависимость уровня ощущения счастья с результативностью труда отсутствует [369].

Результаты исследований D. C. Shin, D. M. Johnson показывают, что признание другими высокого уровня счастья личности оказывает значительное влияние как на самооценку, так и на субъективную оценку собственного качества жизни [370].

Е. Н. Осин, Д. А. Леонтьев стали авторами русскоязычных версий двух шкал, которые были нацелены на экспресс-оценку субъективного благополучия [124].

Е. Diener в своих исследованиях отмечал субъективность удовлетворенности жизнью и ощущения счастья, что сильно затрудняет их измерение с помощью традиционных медико-психологических шкал, психиатрических и психометрических методик [279].

Е. D. Diener, S. Oishi, R. E. Lucas в своих работах показали, что когнитивная оценка и эмоциональное восприятие уровня удовлетворенности жизнью могут демонстрировать сильные разногласия. К тому же, субъективное ощущение счастья находится в значительной зависимости от социокультурных норм и личных убеждений [280].

В. А. Доскин вместе с соавторами разработал тест дифференцированной самооценки функционального состояния, который имеет широкие пределы применения и является простым в использовании как для врачей-психиатров, так и для медицинских психологов [198].

В условиях декомпенсации механизмов психологической резистентности под влиянием субъективно массивной (по критерию интенсивности или при кумулятивном воздействии) стрессовой нагрузки, происходит презентация патологических паттернов психического и поведенческого реагирования, соответствующие переходу индивида от состояния адаптивного благополучия, что ассоциировано с чувством удовлетворенностью жизнью и высокими показателями жизнестойкости к дезадаптивному состоянию, что включает в свой состав не только прямые проявления патологии, но и широкий спектр психологических реакций, которые являются атипичными в отношении распространенных в общей популяции.

Поскольку стресс-ассоциированные расстройства в последнее время приобретают все большее распространение как в Донецкой Народной Республике, так и в мире, изучению их аспектов посвящен ряд знаковых работ как российских, так и зарубежных ученых [57, 58, 195, 398, 399].

J. W. Keeley вместе с соавторами исследовал специфические расстройства, ассоциированные со стрессом, и провел клинический разбор характеристик стресс-ассоциированных психических и поведенческих отклонений с позиций современной ICD-11 [281].

M. J. Horowitz, G. F. Solomon изучали предикторы отсроченной реакции на стресс у ветеранов Вьетнамской войны [302].

L. Isserlin, G. Zerach, Z. Solomon исследовали семиотические характеристики лиц с острой реакцией на стресс по шкалам ASD, ASR, и CSR, и установили ряд совпадений [308].

Психические расстройства, развивающиеся вследствие чрезвычайных ситуаций, и психопатологические проявления при них исследовал Ю. А. Александровский, что позволило ему дополнительно обосновать концепцию пограничных психических расстройств [17].

J. Parnas вместе с соавторами ознакомился с уровнем распространенности у людей «аномального» опыта пребывания в тяжелых кризисных ситуациях [287].

Особенности поведения человека в чрезвычайных ситуациях изучены в работе П. С. Гуревич [47].

Рассмотрению кризисов юности, их характеристик и предикторов, а также стрессовых факторов, с которыми перманентно сталкиваются лица молодого возраста, а также исследованию концепта идентичности посвящен известный труд Э. Эриксона [215].

В. Н. Непопалов вместе с соавторами определили особенности психического функционирования у лиц, находящихся в кризисных ситуациях под воздействием сильного стресса [141].

В. Л. Зливков, С. А. Лукомский, А. В. Феда изучали особенности психодиагностического обследования лиц, находящихся в состоянии чрезвычайного стресса вследствие кризисных обстоятельств [63].

Реакцию личности на стресс при чрезвычайных ситуациях изучал В. М. Загуровский, и сделал заключение о ее преимущественно психосоматическом характере [61]. Также В. М. Загуровский в рамках исследования психопатологии психосоматического генеза рассматривал как консолидирующие факторы поведенческих стратегий при стрессовых ситуациях [62].

Влияние экстремальных ситуаций на человека и его последствия для психического здоровья исследовала И. Г. Малкина-Пых [100].

Особенности поведения лиц, столкнувшихся со стрессовыми факторами в кризисных ситуациях, изучал А. В. Батаршев. Механизмы адаптации к кризисам, их психический и психофизиологический базис установил в своих исследованиях Ф. Б. Березин [27, 28].

Компаративный анализ психопатологической семиотики депрессивного спектра у лиц с диагностированными коморбидными и резистентными депрессивными состояниями был проведен М. В. Марковой, Л. В. Рахман [104].

Наличие особенностей аффективной патологии у студентов высших учебных заведений установила Т. Ю. Мысина [119].

Причины повышенной тревожности у лиц из числа студенческой молодежи изучали Т. С. Павлова, А. Б. Холмогорова [131].

Характеристики психопатологической семиотики у лиц из числа студенческой молодежи, страдающих тревожными и фобическими расстройствами, в том числе и социофобией, а также предикторы их возникновения и способы их психопревенции и коррекции рассматривала Н. Г. Пшук [153, 155, 156].

Е. В. Киосева исследовала патоперсонологические особенности, копинг-стратегии и генодиспозиционную коммуникацию у студенческой молодежи при дезадаптационных состояниях с учетом аддиктивного фона [68].

Аутоагрессивные тенденции и суицидальная активность у парней призывного возраста, клинические особенности семиотики и аспекты психиатрического осмотра данного контингента изучали В. А. Руженков, А. В. Боева, Г. А. Лобов [167].

К. Melamud, А. Cherkasova, Н. Kozhyna рассматривали депрессивные расстройства у лиц подросткового возраста, развившиеся из-за ограничений их личных прав и свобод, и установили их психотравмирующий характер [273].

Р. А. Bryant в своих научных трудах рассматривал долговременное ощущение горя как психическое расстройство, которое требует вмешательства психиатров и оказания квалифицированной медицинской – и, прежде всего, психотерапевтической помощи [243, 244].

Схожие с вышеописанными исследования были проведены К. Shear вместе с соавторами [392].

S. C. Kobasa установила наличие корреляционных связей между стрессовыми событиями в жизни, личностными особенностями и психическим благополучием индивида [313].

G. Alarcon, K. J. Eschleman, N. A. Bowling установили коморбидность личностных особенностей и различных акцентуаций характера с развитием синдрома выгорания [225].

S. M. Olson вместе с соавторами исследовал взаимосвязь синдрома выгорания и уровня физической активности на примере студентов университета, и установил наличие соответствующих корреляций [245].

Возникла дискуссия следующего содержания: хотя все аномальные психические феномены реализуются с помощью нейронных сетей, это не значит, что эти сети «сломались» и их нужно «залатать». На взгляд D. Bolton, некоторые виды психической дисфункции, в частности расстройства адаптации, связаны с усвоением в процессе обучения неадаптивных навыков [238], что может сопровождаться изменениями конфигурации нейронной активности, которые не являются «патологическими», хотя и отличаются от обычной схемы. Другими словами, уровень патологии может быть выше уровня нейронных сетей, и вмешательство на уровне этих сетей не будет адекватным ответом на существование дисфункции.

Одной из наиболее дискуссионных тенденций в клинической психиатрии является трансформация понимания нормативного ответа на стресс. Диагностические критерии и протоколы представляют постоянную смену отношения к феномену нормативности в отношении кластера психопатологических расстройств, имеющих в основе своего психопатогенеза психогенный радикал. Психологическая сторона вопроса и в настоящее время не имеет четкого дефинитивного структурирования. С одной стороны, такое

положение дел свидетельствует о психоэкологической трансформации, которая изменяет само представление о нормативности в зависимости от социо-культуральных условий, с другой – о недостаточности конвенционного подхода, вызванной дискурсивной гетерогенностью в сфере психологических исследований.

M. K. Shear, N. Simon, M. Wall исследовали ощущение горя вследствие тяжелых потерь родных с позиции их отражения в DSM-5, и установили его гетерогенность [267].

W. G. Lichtenthal, D. G. Cruess, H. G. Prigerson отметили несколько клинических случаев, когда ощущение пациентами острого горя было расценено по DSM-5 как психическое заболевание [322].

Компаративный анализ критериев постановки психиатрического диагноза лицам, переживающим тяжелое горе в рамках классификаций DSM-5 и ICD-11, изучали H. G. Prigerson с соавторами, и установили многообразие таких подходов [350].

M. F. O'Connor вместе с соавторами исследовал мозговую активность людей, страдающих от сильного горя, и пришел к выводу, что переживания сильного горя активирует центры, соответствующие ощущению чувства удовольствия [340].

A. Kozhyna, V. Korostiy, K. Zelenska изучали формирование паттернов поведения у лиц с тяжелой депрессией, имеющих суицидальные идеи и намерения, и установили доминирование сложных интериоризированных форм суицидального поведения [314].

R. F. Krueger, C. G. DeYoung изучали отражение структуры психопатологии в инициативе RDoC [315].

T. S. Kuhn исследовал структуру «научных революций» в общеобразовательном научном аспекте и применил понятие «парадигма»,

которое используется в теоретической психиатрии и смежных психодисциплинах [316].

М. Maj изучал способы уменьшения различий в диагностических критериях и клинических номинациях психиатрических заболеваний в ICD и DSM [331].

P. McGorry, M. Keshavan, S. Goldstone исследовали биомаркеры психических заболеваний, которые в данный момент заключаются в создании концепции эндофенотипа [333].

Порядок и приоритетность структурных факторов объективных и психологических признаков благополучия для оценки уровня счастья изучала P. A. Linley с соавторами [335].

В классических трудах М. Mead изложены взаимосвязи культуры и науки в современном мире [336].

P. M. Mommersteeg, J. Denollet, E. J. Martens исследовали личностей типа D, особенности имеющейся у них депрессивной симптоматики и прогноз по их возвращению к трудовой деятельности в качестве меры эффективности терапевтических мероприятий [337].

Предикторы возникновения соматогенных депрессий изучали В. Mykhaylov, Н. Kozhyna, V. Korostiy [338].

C. R. Brewin вместе с соавторами рассматривал влияние психологических последствий взрывов в Лондоне в 2005 году на дальнейшее психическое состояние потерпевших и свидетелей [342]. Похожие исследования проводились коллективом авторов под руководством G. J. Rubin [353].

Н. Park, D. Y. Jeong изучали уровень удовлетворенности жизнью, благополучия и самооценку перфекционистов, лиц, частично склонных к перфекционизму, и non-перфекционистов [343].

Особенности отражения психических расстройств, связанных со стрессом, в классификации ICD-11 рассматривали А. Maercker с соавторами, а также ряд других исследователей [217, 220, 227, 248-258, 261, 351, 352].

С. С. Evans вместе с соавторами изучал результаты глобального исследования действующих диагностических классификаций психических расстройств с WHO-IUPsyS [356].

Взаимоотношения между ощущением эффективности собственной деятельности, планами на будущее и удовлетворенностью жизнью показали N. Azizli с соавторами [362].

Теории личности и индивидуальных различий, их факторы и систему внутренних взаимосвязей изучали J. Royce, A. Powell [363].

Средства и методы классификации психопатологии у детей и взрослых исследовали M. Rutter, R. Uher [364].

M. T. Dryman вместе с соавторами изучал влияние социальных тревожных расстройств на качество жизни путем модификации уровня удовлетворенности жизнью из-за негативной или положительной оценки личности обществом [372].

Особенности реакций на стресс и различия в аспектах формирования синдрома выгорания у работников различных сфер деятельности исследовали L. De Azevedo Guido с соавторами [377].

Симптоматологический профиль по оси II и коморбидность с суицидальной активностью при депрессивных расстройствах у молодых мужчин по DSM-III-R изучали G. Spalletta с соавторами [378].

Последствия сочетание тревожной сенситивности с клинической картиной депрессивных и тревожных расстройств и беспокойством рассматривали А. М. Norr вместе с соавторами [381].

Особенности формирования синдрома эмоционального выгорания на этапе их доклинического существования показали R. Mazurkiewicz вместе с соавторами [384].

G. S. De Oliveira вместе с соавторами исследовала распространенность синдрома выгорания и депрессивных расстройств и их связь с чрезмерными требованиями к соблюдению стандартов медицинской практики между интернами отделения анестезиологии в США [385].

E. Diener вместе с соавторами изучал шкалы для измерения уровня удовлетворенности жизнью [386].

G. M. Reed вместе с соавторами провели масштабное исследование отношения практикующих психиатров в существующих классификациях психических болезней по методике WPA-WHO, и установили определенные различия в зависимости от ряда параметров [387].

A. Harsányi вместе с соавторами в своем исследовании изучал два типа нарушений при ОКР: обсессии он рассматривал как расстройство, возникающее вследствие подавления мыслей, а компульсии – как следствие поведенческих нарушений [393].

Прикладную ценность и сферы применения современной психологии в жизни общества исследовали W. Weiten, D. S. Dunn, E. Y. Hammer [396]. Ими установлен широкий круг сфер, в которых интегрировано научно-психологическое достояние.

Реакцию психики пилотов и членов экипажа на авиарейды изучал H. Wilson [397].

S. C. Y. Yip, I. Anusic, R. E. Lucas в своих исследованиях пытались выявить предикторы эмоциональных реакций и изменений в психическом состоянии на главные жизненные события (свадьбы, рождение детей, развод, смерть близких родственников, безработность). Для установления взаимосвязей между основными личностными чертами личности (так

называемой «большой пятеркой») и главными событиями в жизни было обследовано 1742 человека без психических заболеваний. К установленным основным личностным чертам относятся:

- 1) невротизм;
- 2) экстраверсия;
- 3) открытость новому опыту;
- 4) конформность;
- 5) самосознание.

Были установлены их личностные характеристики и реакции на основные жизненные события, но клинически значимых корреляционных связей обнаружено не было, при этом в ходе исследования было выявлено, что основные жизненные события, независимо от типа реагирования на них, всегда имели значительное влияние на уровень удовлетворенности жизнью [400].

T. Yufik, L. J. Simms провели мета-анализ 40 печатных работ, описывающих 14827 случаев постановки диагноза ПТСР, с целью установления наиболее типичного структурного наполнения диагноза ПТСР и сравнение его с таким по критериям DSM-5. В результате исследования было установлено, что, хотя критерии диагностики ПТСР, предоставленные в DSM-5, соответствуют описанию типичных клинических случаев заболевания, однако более подходящей является созданная авторами четырёхфакторная модель, включающая в себя такие симптомы, как интрузия, избегание, повышенная возбудимость и дисфория [401].

C. A. Sanislow исследовал роль моторной системы в формировании психопатологической симптоматики, и отметил формирование сложной системы взаимоотношений психопатологических проявлений и моторных паттернов [365].

G. M. Reed, T. Dua, S. Saxena изучили отношение 4887 психиатров из 44 стран мира к существующим психиатрическим классификациям и различиям в них. Большинство клиницистов утверждают, что удобнее было бы пользоваться единой классификацией психических заболеваний, что позволило бы избежать путаницы и недоразумений. Почти две трети опрошенных психиатров хотели бы пользоваться более гибкими критериями постановки диагноза [358, 359].

K. M. DeNeve, H. Cooper исследовали взаимосвязи между личностными чертами личности и чувством удовлетворенности жизнью. Авторами был проведен мета-анализ данных по 137 чертам личности и их корреляций с субъективной оценкой уровня благополучия. Было установлено, что личностные черты могут служить предикторами склонности к положительному реагированию, однако в качестве предикторов негативных аффектов их рассматривать нельзя. К чертам личности, которые наиболее тесно связаны с субъективным ощущением удовлетворенности жизнью, относятся:

- доверчивость;
- эмоциональная стабильность;
- стремление к контролю над ситуацией;
- дефензивность;
- твердость характера;
- гипертимность;
- изменение локуса контроля;
- чувство собственного достоинства.

Установлено, что из «большой пятерки» личностных черт личности тесно связаны с оценкой собственного уровня благополучия такие, как невротизм и экстраверсия [272].

И. Ю. Юркова, П. А. Понизовский в своих трудах описали постановления, которые были приняты Германской ассоциацией психиатров, психотерапевтов и неврологов, на Конгрессе в Берлине 25-18 января 2015 г. [216].

Т. А. Гордеева вместе с соавторами занималась изучением копинг-стратегий и адаптировала опросник COPE для применения в странах СНГ [48].

С. Г. Мадди был рассмотрен процесс смыслообразования в рамках различных стратегий принятия решений [97].

С. А. Айвазян, С. И. Бежаева, О. В. Староверов изучали классификацию многомерных наблюдений [2].

Типологию характера и личности с целью дальнейшей разработки руководства по медико-психологической диагностике разрабатывал А. В. Батаршев [20].

Особенности личностно-ориентированной психиатрии исследовали В. А. Абрамов, А. И. Осокина, Г. Г. Путятин, которые на основе полученных данных создали концепцию ценностно-гуманистических подходов к лечению психически больных [1].

I. Vodopivec, A. Vujaklija, M. Hrabak изучали отношение к науке и научной деятельности со стороны студентов младших курсов медицинских университетов, и установили мотивирующий смысл стремления к научной работе [312].

С. Г. Мадди изучал изложенные в научной литературе теории личности и проводил их компаративный анализ [98].

Основные направления исследований в нейропсихологии изучил и описал Т. Г. Визель [37].

Большой вклад в становление медико-психологических направлений исследований в психиатрических дисциплинах внесли также работы

многочисленных психологов [43, 67, 85, 120, 132, 145, 166, 175-177, 179, 193, 210].

Ю. А. Александровский изучал преморбидные состояния и предельные психические расстройства и в своих работах привел подробную характеристику их основных аспектов [16].

A. Frances изучал современное состояние психиатрии, а также этапы становления этой науки и прогнозы дальнейшего развития в будущем [292].

Sh. Kawa, J. Giordano создали историческую справку по развитию и становлению диагностических и статистических сведений о психических заболеваниях [310].

J. Campion вместе с соавторами исследовал юридические и социальные права лиц с психическими заболеваниями [306].

B. D. Kelly изучал связь между психическим здоровьем, психическими заболеваниями, психиатрическим диагнозом и правами людей в Индии [311].

Динамические и клинические характеристики психического состояния украинского населения исследовала И. Я. Пинчук вместе с соавторами [50]. Также ею было исследованы эпидемиологии психических заболеваний в Украине [134].

Д. А. Леонтьев вместе с соавторами принимали определяющую роль в разработке методик структурной диагностики личностного потенциала [123].

Ментальный образ счастья у студентов высших учебных заведений исследован и изложен Е. В. Сверхюк [171].

Активно изучал особенности протекания психических процессов у лиц молодого возраста В. А. Луков [95].

D. Bolton установил, что представляют собой психические расстройства и заболевания с философской, научной, медицинской и социальной точки зрения; что приближает психиатрию к гуманистическим мировым тенденциям [238].

Одним из основоположников учения об общей психопатологии является К. Jaspers, именем которого названа самая важная диагностическая «триада» психотравмирующая заболеваний [309].

В. В. Чугунов, А. Ф. Пиронкова в своих трудах рассматривали частную психиатрическую помощь как один из объектов социального моделирования, и показали ее отличие в разных странах мира [205].

В. В. Чугунов в своих научно-исследовательских работах освещал различные характеристики психических расстройств [207, 209]. Наибольшее внимание он уделил таким из них:

- 1) Этиология: генеалогия; казуальность.
- 2) Мезомерия: конекзистенция; конъюгация.
- 3) Факторы патопластической модификации: инфлюенция, аггравация; пермутации.
- 4) Детерминирующий фон: predisposition; аранжировка.

Научные поиски Т. Шибутани посвящены разработке я-концепции как акта персонификации личности в современной социальной среде [210, 211].

1.3. Современные представления о расстройствах адаптации, их классификации, подходы к диагностике и контингенты

Исследование феноменов адаптации и дезадаптации опираются на биопсихосоциальные аспекты функционирования индивида. Выступая основным критерием разграничения нормативных и патологических состояний, наличие или отсутствие адаптации остается условным фактором, определяется, с одной стороны интроспективными предпосылками – наличие критического осмысления собственного состояния, нозогнозией и чувственной стороной мировосприятия, с другой – социальными и этнокультуральными факторами. Дополнительно на уровень адаптации влияет

степень социального протезирования со стороны других и уровень функционирования индивида, который ожидается от него окружением. Такая высокая степень дефинитивного опосредования дихотомии «адаптация – дезадаптация» диктует необходимость исследования различных аспектов проблемы в номотетическом ракурсе.

К. В. Аймедов, А. В. Кривоногова изучали синдром профессионального выгорания как адаптивного расстройства, и рассматривали его клинико-психопатологические аспекты у медицинских работников всех звеньев учреждений здравоохранения Украины [5].

Особенности дезадаптационных состояний у студентов, обусловленных наличием у них перфекционизма, изучали Н. Г. Гаранян, Д. А. Андрусенко, И. Д. Хломов [44].

А. Н. Кожина, М. В. Маркова изучали методики выявления и верификации адаптивных нарушений и расстройств у лиц из числа студенческой молодежи [73].

В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова исследовали уровень тревожности и распространенности состояний дезадаптации среди студентов высших учебных заведений [77].

Коморбидность высокого уровня личностной тревожности со склонностью студентов высших учебных заведений к суицидальной активности изучили и описали в своих работах В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова [78].

Преморбидные личностные характеристики, клинически выраженные психопатологические проявления и уровень социального функционирования лиц с тревожными расстройствами исследовали Е. В. Кришталь, М. В. Закладной [79].

Расстройства адаптации в качестве дизрегуляторной патологии изучал Г. Н. Крыжановский [80].

Акцентуированные личности и особенности течения у них психических процессов, в том числе и тех, которые обуславливают развитие дезадаптационных нарушений, у лиц пубертатного и молодого возраста рассматривал А. Е. Личко [89-91].

М. В. Маркова, П. В. Козыря изучали ПТСР и нарушения адаптации как следствие негативных социальных явлений [101].

Особенности адаптационных нарушений при воздействии на человека сильных стрессовых факторов исследовали Т. П. Мозговая, И. В. Лещина, С. В. Федорченко [115].

М. В. Москова рассматривала личностные черты, которые являются предикторами дезадаптационных расстройств аффективного характера у лиц из числа студенческой молодежи [117].

Н. Г. Гаранян вместе с соавторами исследовал особенности аффективной патологии и ее влияние на генезис дезадаптационных состояний у лиц из числа студенческой молодежи [140].

Л. И. Вассерман вместе с соавторами изучал психосоциальные факторы, приводящие к развитию расстройств адаптации у лиц, профессиональная деятельность которых связана с действием значительной по силе или интенсивности стрессовой нагрузки [142].

С. В. Пухно показал предикторы нарушения адаптации студентов младших курсов высших учебных заведений [143]. Также он представил медико-психологические характеристики адаптационных процессов у студентов младших курсов высших учебных заведений [147].

Н. Г. Пшук, А. А. Каминская исследовали корреляционные связи между способами самоконтроля и формированием расстройств адаптации и синдрома профессионального выгорания у хирургов и врачей общей практики – семейной медицины [148-151, 154].

Депрессивные расстройства, нарушения адаптации и их прогноз у подростков исследовала Н. Е. Решетовская [159].

Т. Л. Ряполова с соавторами в научно-исследовательских работах представляла результаты различных психодиагностических методов, в том числе уровень жизнестойкости и ее компонентов у студенческой молодежи [168].

Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина в своих работах осветили клинические особенности и динамические характеристики адаптационных расстройств у лиц из числа студентов высших учебных заведений Российской Федерации [212].

A. Fernández вместе с соавторами исследовал первичные случаи адаптационных расстройств у лиц, которые ранее были полностью психически здоровыми [222].

D. Servant вместе с соавторами изучал коморбидность тревожных расстройств и адаптационных расстройств у лиц, проходивших терапию у врачей общей практики – семейной медицины [223].

J. Briere, M. Hodges, N. Godbout установили наличие явлений травматического стресса, дисрегуляции аффекта и реакций ухода у лиц с адаптационными расстройствами [241].

T. Bronisch с целью глубинного изучения психопатологии адаптивных расстройств проводил как долгосрочное катamnестическое исследования лиц, у которых были диагностированы дезадаптивные состояния, так и ретроспективное исследование преморбидного психического состояния больных [242].

J. N. Despland, L. Monod, F. Ferrero предоставили обзор клинических характеристик расстройств адаптации с позиции классификации DSM-III-R и DSM-IV [277].

A. M. Doherty вместе с соавторами изучал различия между нарушениями адаптации и малыми депрессивными эпизодами в клинической практике, и отмечал роли личностных характеристик личности для проведения достоверной дифференциальной диагностики вышеуказанных нарушений [282].

D. J. Stein вместе с соавторами изучал различия между определением характеристик и пониманием сути стресс-ассоциированных расстройств в DSM-5 и ICD-11, а также между «узкими» и «широкими» критериям диагностики адаптационных нарушений и стресс-ассоциированных расстройств [283].

R. S. Pynoos вместе с соавторами исследовал диагностические критерии ПТСР и адаптивных нарушений в DSM-5, и их различия для детей, лиц подросткового возраста и взрослых в рамках данной классификации [284].

F. Fard, R. W. Hudgen, A. Welner рассматривали уровень распространенности недиагностированных психиатрических расстройств, в том числе адаптационных нарушений, в популяции и установили, что он имеет высокий уровень [291].

W. M. Greenberg, D. N. Rosenfeld, E. A. Ortega определили адаптационные расстройства как показания для госпитализации в психиатрический стационар [296].

D. Grevenstein, M. Bluemke исследовали отображения валидности классификации адаптационных расстройств как психических заболеваний, требующих психиатрического вмешательства, в DSM-5, и установили их связь с уровнем удовлетворенности жизнью и ощущением тяжелого личного дистресса [278, 297].

M. Zimmerman вместе с соавторами установил наличие различий в клинической картине у лиц с адаптационными расстройствами и

депрессивным настроением и лиц с адаптационными расстройствами со смешанным тревожным и депрессивным настроением [307].

L. Lorenz, R. C. Bachem, A. Maercker исследовали эффективность инструментов для скрининга адаптационных расстройств и дезадаптационных состояний в популяции, и сделали вывод о ее недостаточности [323].

A. Maercker, F. Einsle, V. Kollner создали новый диагностический концепт адаптационных расстройств как частного случая реакции на стресс, и подкрепили свои теоретические исследования описанием соответствующих клинических случаев [330].

Психосоматические характеристики адаптационных расстройств для их дальнейшего внедрения в классификацию DSM-5 определяли L. Grassi вместе с соавторами [357].

S. Snyder, J. J. Strain, D. Wolf изучали принципы дифференциальной диагностики депрессивных расстройств с адаптационными расстройствами с позиций доказательной медицины [371].

A. M. Kozhyna вместе с соавторами исследовала особенности суицидального поведения лиц с адаптационными расстройствами в условиях современного общества [374].

Причины осложнения диагностики адаптационных расстройств и дезадаптивных состояний изучали J. J. train, A. Diefenbacher [376].

Результативность внедрения в схему лечения адаптационных расстройств когнитивно-бихевиоральной терапии через интернет, изучали J. V. Olthuis вместе с соавторами [389]; была показана ее высокая эффективность и целесообразность.

1.4. Современные подходы к превенции дезадаптивных состояний и промоции психического здоровья

Вопросы диагностики, лечения и превенции дезадаптивных состояний разрабатываются не только на клиническом, но и на теоретическом уровне, в том числе на патогенетическом уровне. Внесение диагностических критериев, представлений о симптоматологических и синдромальных структурах в диагностические, протоколы и квалификационные документы встречает ряд существенных трудностей.

Во-первых, это индивидуальная вариабельность реакций на стресс, что детерминирует необходимость проведения масштабных исследований на широких контингентах, что тождественно поиску среднепопуляционной нормы – центральном «слабом» месте эмпирических взглядов на психодиагностику.

Во-вторых, существует фактическая невозможность разграничения реакций на стресс, у лиц с нормативным психическим статусом, и таких реакций у лиц с недиагностированными психическими расстройствами и психоконституционными аномалиями.

В контексте последнего возникает вопрос: является ли патологическая реакция на стресс эссенциальной, отдельной формой психопатологии, или она является только фактором провокации, которая декомпенсирует существующую психическую недостаточность?

Расстройства адаптации в диагностической концепции DSM-5 определены как «синдром стрессовой реакции» – эмоциональные или поведенческие симптомы в ответ на стрессор. Они подразделяются на подтипы:

- депрессивное настроение;
- тревога (беспокойство)

- тревога и подавленное настроение;
- нарушения поведения;
- смешанный;
- неопределенный.

Расстройства адаптации в DSM-5 представлены на рис. 1.4.1.

К. В. Аймедов рассматривал целесообразность и результативность применения в вузах медицинского направления так называемого «опережающего обучения», который применяется для предупреждения появления синдрома эмоционального выгорания и психической слабости – психастении – у студентов-медиков [4, 6].

К. В. Аймедов, Н. Н. Сердюк исследовали результативность внедрения современных технологий и компьютеризации учебного процесса студентов высших учебных заведений [10].

Способы преодоления кризисных ситуаций, адаптационные стратегии, методы и методики психологической защиты подробно изучались Ф. Э. Василюком [35, 36].

П. В. Волошин, Н. А. Марута изучали подходы к сохранению и коррекции психического здоровья и благополучия украинского населения в целом [40].

К. Н. Волченкова изучала тьюторское, или психодидактическое, сопровождение лиц из числа студенческой молодежи, его особенности, медико-психологические характеристики, условия проведения, результативность и эффективность, а также отношения между студентом и тьютором или преподавателем [41].



Рис. 1.4.1. Adjustment Disorders as a Stress-Related Disorder, DSM-5
(Daniela Kocalevent, Charite' University Medicine, Berlin, Germany, May 2014)

Предметом научных изысканий Р. Дилтса стало нейролингвистическое программирование; он активно исследовал его роль и эффективность при применении в рамках психодидактики и тьюторства студентов высших учебных заведений [49].

Ю. Д. Кокамбо, А. В. Скоробогатова исследовали модели тьюторских отношений педагога со студентами [74].

Эпидемиологию, этиологию, методы профилактики и коррекции расстройств невротического спектра у лиц из числа студенческой молодежи исследовали Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков [75].

А. И. Красило исследовал эффективность лечения расстройств адаптации и ПТСР с помощью методики психологического консультирования [76].

Роль личностного потенциала в развитии адаптационных нарушений изучал Д. А. Леонтьев. По материалам собственных исследований человеческих возможностей применения психологической защиты для предотвращения развития адаптационных расстройств при воздействии стрессорных факторов им был разработан тест жизнестойкости [87, 88].

Характерные особенности и мотивационные компоненты личностного роста, тяги к знаниям и профессионального развития студентов высших учебных заведений анализировали И. А. Логинов, А. Ю. Белогуров, М. А. Кулыгин [94].

А. Г. Маджуга, И. А. Синицына разработали новую концепцию здоровьесобудующей педагогики, которая была представлена ими как революционная технология в рамках среднего, средне-специального и высшего образования [99].

М. В. Маркова исследовала предикторы расстройств социального функционирования в студенческих семьях, и изучала способы их ПП, психопревенции и ПК [105].

Методы и способы коррекции, сложившейся в результате ПТСР психопатологической семиотики у лиц, принимавших участие в АТО, разрабатывал А. В. Галацан с соавторами [108].

Б. В. Михайлов провел анализ эффективности реформ в медицинской сфере с точки зрения условий для оказания психотерапевтической и медико-психологической помощи жителям Украины [111].

Е. М. Либанова подчеркивала необходимость активных мер по сохранению и укреплению психического здоровья в популяции лиц молодого возраста [116].

Разработкой стратегии медико-психологического сопровождения и социальной протекции студентов высших учебных заведений с особыми потребностями в обучении занималась Г. А. Мысина [118].

Р. Х. Бегайдарова вместе с соавторами разрабатывала и активно внедряла в практику педагогической деятельности высших учебных заведений технологии активного обучения (CBL) [122].

Л. В. Покушалова изучала результативность внедрения методики case-study в учебный процесс студентов высших учебных заведений [135].

Н. Авсиевич вместе с соавторами осуществил аналитическое исследование учебного процесса в средней школе с использованием методики ESPAD [136].

Т. М. Ковалева вместе с соавторами провела компаративный анализ между обычным преподавателем и тьютором, и отметила преимущества последнего [137].

Использование тьюторства в качестве замены классических педагогических практик в средней школе исследовала Т. Б. Серебровская [178].

Стратегии улучшения адаптивных возможностей студентов младших курсов высших учебных заведений и внедрение тьюторства для

осуществления социопротективного сопровождения студентов изучал Н. А. Тамразян [194].

Г. К. Ташкеева в своей работе рассматривала интерактивное обучение студентов как один из способов активации творческой деятельности студентов для раскрытия их потенциала и достижения ими больших успехов в учебе [196].

М. К. Телеуов, Р. С. Досмагамбетова, Л. Г. Тургунова изучали сферы компетентности выпускников высших медицинских учебных заведений, способы проверки их компетенций, навыков работы в команде и профессионализма [197].

Т. Н. Максименко, С. В. Пухно в своих научных трудах отмечали необходимость правильной организации учебной и научной работы студентов высших учебных заведений, что будет играть важную роль для сохранения психического здоровья лиц молодого возраста из числа студентов [144].

Изучением копинг-стратегий и их основных характеристик у студенческой молодежи занимались Н. Г. Пшук и А. А. Каминская [152].

Стратегии предоставления и критерии подбора конгруэнтной психотерапевтической помощи и медико-психологического сопровождения лиц, оказавшихся в кризисных ситуациях, изучали и разрабатывали В. Г. Ромек, В. А. Канторович, Е. И. Крукович [165].

Стратегии профилактики и психопревенции дезадаптационных расстройств студентов с дистимией и предельными депрессивными расстройствами исследовали А. А. Северный, А. К. Ануфриев [172].

В классических трудах Г. Селье исследованы различные средства борьбы со стрессом и проведен компаративный анализ их эффективности [173, 174].

Новейшее направление в медицине – ментальную медицину, которая призвана прийти на смену привычным нозоцентрическим практикам, изучали П. И. Сидоров, И. Б. Якушев [180 - 182].

Т. М. Титаренко, Л. А. Лепихова, А. Я. Кляпець разработали методические рекомендации по созданию у лиц молодого возраста положительного образа здорового образа жизни и формирование намерений следовать ему [200].

Н. В. Третьякова исследовала особенности управления качеством деятельности в учебных заведениях средне-специального и высшего образования [201].

Д. В. Ушаков, А. Д. Карнышев в своих научных трудах рассматривали компетенции, предприимчивость, целеустремленность и креативность как основы инновационных потенциалов как отдельных личностей, так и целых социальных групп [202].

М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. А. Марута в своих научных работах обрабатывали проблематику социально-ориентированной помощи лицам с психическими расстройствами и психиатрическими заболеваниями из числа уязвимых контингентов населения [203].

Влияние стрессовых факторов на психику человека и особенности психотерапевтической коррекции последствий стрессовых воздействий изучал Ю. В. Щербатых [213].

М. Эриксон, Э. Л. Росси посвятили свои научные поиски методам и методикам гипноза, гипнотерапии, самосознания личности и способам ее развития, а также разработали концепт «человека из февраля» [214].

Мета-анализ результатов применения психодинамической терапии как метода лечения тревожных расстройств был проведен J. R. Keefe, K. S. McCarthy, U. Dinger [218].

Лечение расстройств адаптации путем использования сети Интернет изучали A. Maercker, R. C. Bachem, L. Lorenz [221].

L. M. McTeague вместе с соавторами исследовал эффективность применения авersiveй имажинерии в качестве психотерапевтической методики для лечения лиц с адаптационными расстройствами, и отмечал физиологическую реактивность этих больных [231].

R. C. Bachem, A. Maercker показали возможности обучения больных с адаптационными расстройствами методикам самопомощи [232].

E. Hedman, S. El. Alaoui, N. Lindefors с целью проведения сравнительного анализа клинической и экономической эффективности лечения тревожных расстройств групповой с помощью когнитивно-бихевиоральной терапии и когнитивно-бихевиоральной терапии, проведенной через интернет, провели рандомизированное контролируемое исследование с последующим катамнестическим контролем пациентов в течение четырех лет. Исследование показало, что осуществлена через интернет-сеть когнитивно-бихевиоральная терапия является более экономически выгодной, однако долгосрочная эффективность групповой когнитивно-бихевиоральной терапии выше [263].

Эффективность и экономическую выгодность когнитивно-бихевиоральной терапии, проведенной через интернет, для лечения тревожных расстройств определял также L. B. Nordgren с соавторами, получив в ходе исследований схожие с вышеописанными результаты [288].

A. D. Kanper, J. C. Coyne, C. Schaefer провели компаративный анализ эффективности двух моделей борьбы со стрессом на примере повседневных мелких стрессовых факторов и серьезных кризисных ситуаций [265].

R. A. Cummins, H. Nistico в своем исследовании отметили роль положительного когнитивного смещения как психотерапевтической методики для повышения уровня удовлетворенности жизнью [268].

J. P. Curran исследовал эффективность отработки социальных навыков в рамках борьбы с тяжелыми социальными тревожными расстройствами [269].

D. Shiers, J. Campion, P. Jones рассматривали влияние раннего обрыва психоза на дальнейшее психическое здоровье личности, доведя в своих научных трудах его эффективность для обеспечения долгосрочных ремиссий [286].

Hsiao Fei-Hsiu вместе с соавторами исследовал эффективность психотерапевтических вмешательств, соединенных с суточным мониторингом уровня кортизола, у пациентов с расстройствами адаптации, депрессивным настроением и суицидальными идеями [289, 290].

J. Frank, D. Bienenfeld изучали подходы к терапии расстройств адаптации и отметили эффективность программы социальной поддержки лиц с нарушениями адаптации [293, 294].

Положительную разницу между результативностью когнитивно-бихевиоральной терапии, проведенной вживую, и ее интернет-версии, для различных психиатрических и соматических заболеваний, изучали также G. Andersson с соавторами [298]. Похожие исследования проводили и E. Hedman, B. Ljótsson, N. Lindefors и получили подобные выводы [300].

M. Huibers исследовал эффективность групповой когнитивно-бихевиоральной терапии для редукции выраженности депрессивной симптоматики у лиц пожилого возраста с диагностированными депрессивными расстройствами [303].

Использование виртуальной реальности и положительных стратегий психологии в лечении адаптационных расстройств изучали M. S. Andreu Mateu с соавторами [318].

R. A. Lanius, R. L. Bluhm, P. A. Frewen исследовали нейробиологическую природу ПТСР с целью внедрения основанной на нейробиологических данных

когнитивной и аффективной терапии в клиническую практику лечения этой группы заболеваний [319].

H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal реконструировали и проанализировали модель саморегуляции организма, что обеспечивает сохранение здоровья и элиминацию заболеваний в широком смысле [321].

M. V. Markova, L. V. Rakhman исследовали структуру и типы копинг-стратегий в лечении больных с терапевтически-резистентными депрессиями [332].

N. A. Sowa вместе с соавторами изучала предикторы выздоровления от депрессии у ВИЧ-инфицированных лиц путем обследования ВИЧ-положительных в центре инфекционных заболеваний с последующим катамнестическим исследованием [346].

M. H. Nauta вместе с соавторами изучал методы профилактики аффективных и тревожных расстройств у лиц молодого возраста с наследственной предрасположенностью к развитию указанных заболеваний [348].

Разработками методик психотерапевтической коррекции для взрослых и детей, переживших психическую травму, занимался D. Gillies вместе с соавторами [354].

N. P. Roberts вместе с соавторами изучал методы психотерапевтической коррекции ПТСР, коморбидной с употреблением наркотических веществ, и отметил дополнительные ее затруднения и низкую эффективность [355].

N. Shankar, R. Roora исследовали результативность внедрения методики командного обучения к изучению эмбриологии студентами-медиками первого курса [368].

Olavi Lindfors вместе с соавторами изучал влияние социальной поддержки на результативность краткосрочной и долгосрочной ПТ депрессивных и тревожных расстройств [373].

S. Ben-Itzhak вместе с соавторами провел компаративные исследования эффективности краткосрочной психодинамической ПТ и психодинамической ПТ промежуточной длительности в рамках лечения лиц с адаптивными расстройствами [380].

E. Driessen вместе с соавторами изучал результативность применения краткосрочной психодинамической терапии в рамках лечения лиц с депрессией [382].

Результативность внедрения в схему лечения адаптационных расстройств когнитивно-бихевиоральной терапии через интернет, изучали J. V. Olthuis вместе с соавторами [389].

C. F. Reynolds вместе с соавторами изучал результативность применения нортриптилина и межличностной ПТ для лечения больших депрессивных эпизодов, развившихся вследствие тяжелого горя из-за потери близкого человека. Для этого учеными было проведено двойное плацебо-контролируемое исследование, в котором первая группа получала только нортриптилин, вторая - только межличностную ПТ, третья - комбинацию вышеупомянутого препарата и межличностной ПТ, а контрольная (четвертая) группа не получала никакого лечения. Результаты исследования показали, что комбинация нортриптилином с межличностной ПТ дает лучший результат по нивелированию депрессивной симптоматики (что было достоверно верифицировано по снижению выраженности депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона) [390].

M. Cloitre вместе с соавторами провели опрос ведущих клиницистов Международного общества исследования травматического стресса (ISTSS) для достижения согласования по лучшим методам и методикам, необходимым для комплексного лечения ПТСР. По результатам опроса специалистов удалось обнаружить две линии терапевтических мероприятий.

1) первая линия включает мероприятия, которые будут влиять на базовую симптоматику ПТСР, которая всегда присутствует при этом заболевании:

- обучение регуляции эмоций;
- уменьшение объема воспоминаний о психотравмирующем событии,
- когнитивная реконструкция;
- выработка стратегий релаксации и борьбы со стрессом;
- отработка межличностных навыков;

2) вторая линия терапии направлена на лечение и коррекцию факультативной семиотики:

- овладение навыками переключения внимания;
- обучение медитации;
- овладение методик преодоления тревоги;
- обучение методикам аутогенной тренировки.

Впрочем, консенсуса по необходимой продолжительности курса лечения ПТСР или необходимости назначения фармакотерапии, ее типа и объема специалистами по ISTSS достигнуто не было [391].

К. Shear вместе с соавторами изучал методики лечения реактивных депрессивных расстройств, обусловленных наличием тяжелого горя. В ходе исследования учеными были сравнены две группы пациентов с вышеуказанными расстройствами, при этом первой группе проводили стандартную межличностную терапию, а второй - новую методику ПТ, направленную именно на терапию сложного горя. Результаты исследования показали, что, хотя обе психотерапевтические стратегии оказались эффективными, новейшая методика терапии сложного горя показала достоверную большую результативность по снижению выраженности семиотики депрессивного спектра в исследованном контингенте [392].

1.5. Распространенность и тенденции употребления психоактивных веществ на фоне нарушения адаптации среди студенческой молодежи

Вопросы исследования уровня представленности аддиктивного поведения среди молодежи является одним из наиболее приоритетных медицинских направлений социальной психопрофилактики. Согласно одной из самых массивных исследований «Европейский опрос учащихся по употреблению алкоголя и наркотиков – ESPAD (European school survey project on alcohol and drugs)», включавшее опрос в 24 областях Украины и автономной республики Крым в 2015 году, проблема аддиктивного поведения среди украинской молодежи стоит очень остро. Аналогичные результаты получены ESPAD и в 2019 году.

В частности, уровень алкоголизации и употребление других видов ПАВ подрастающим поколением является своеобразным индикатором психического здоровья нации.

Проблема аддиктивного поведения среди молодежи разработана в контексте медико-психологических, клинико-психопатологических и наркологических исследований. В настоящее время наблюдается тенденция к комплексному подходу к изучению проблемы зависимости; актуальным вопросам в аспекте выявления патологических механизмов употребления ПАВ молодежью является разграничение вопросов и сфер компетенции наркологии и аддиктологии с последующей интеграцией научно-методологических достижений обоих этих ракурсов исследования проблемы в психопреентивный и социопсихопрофилактический процесс.

Предметом изучения К. В. Аймедова, Т. В. Винокурова были коррелятивные связи бихевиоральных расстройств и аддикций к наркотическим веществам [3].

К. В. Аймедов исследовал также триггеры о возобновлении употребления ПАВ у лиц с уже сложившейся аддикцией, которые временно прекращали употребление наркотических веществ [7]. Также им были исследованы распространенность поведенческих аддикций, в том числе и среди студенческой молодежи, в городе Одесса и Одесской области [8].

К. В. Аймедов, В. А. Мельник активно изучали компьютерную зависимость, ее причины, клинические проявления, распространение, а также способы лечения, особенно методы и методики ПТ компьютерной зависимости [11].

К. В. Аймедов исследовал также этиологию формирования зависимости от алкоголя, акцентируя внимание на предиктор становления этого вида химических аддикций [12].

И. В. Аксючиц изучал мотивационные факторы употребления наркотических веществ и условия дальнейшего отказа от ПАВ в студенческой среде [13].

Одним из исследователей зависимости от ПАВ у лиц молодого возраста была К. Андерсон, она изучала особенности опасного употребления алкоголя и наркотических веществ, а также курение табака вышеупомянутым контингентом [18].

Е. В. Аносова, А. В. Погосов исследовали клинические характеристики и динамические особенности пивного алкоголизма, коморбидного с аддикцией к гашишу, у лиц пубертатного возраста [21].

А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина изучали основные факторы и условия формирования коморбидности химических и нехимических аддикций [22].

Н. А. Бохан, Н. Е. Буторина, Е. Н. Кривулина изучали особенности психопатологических проявлений у лиц с химическими и нехимическими аддикциями [33].

А.Г. Бухтиярова исследовала особенности и клинические характеристики психопатологической симптоматики у лиц, зависимых от ТК [34].

Семиотику, клиническую характеристику, особенности психопатологии и предикторы употребления ПАВ у лиц подросткового и пубертатного периода со сложившимися химическими аддикциями изучал А. Н. Виевский [38].

Семиотику, клиническую характеристику и психопатологические особенности адаптационных нарушений, аутоагрессивной и суицидальной активности у лиц молодого возраста рассматривали В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев [39].

А. В. Воронина изучала особенности жизнедеятельности и психопатологические характеристики молодых людей, склонных к ТК [42].

Проблема распространенности химических и нехимических аддикций особенно среди лиц молодого возраста, в реалиях возникает чрезвычайно остро. Именно поэтому многие ученые из числа психиатров и наркологов занимались вопросами статистики употребления ПАВ населением [121, 133, 163, 185 - 191].

Вычисление количества лиц с зависимым поведением и сформированными аддикции к ПАВ, процентного соотношения мотивационных компонентов к употреблению наркотических веществ было проведено с применением методов математической статистики [51, 56, 84, 130, 203].

И. В. Линский вместе с соавторами занимался исследованием распространенности алкоголизма и эпидемиологии других химических аддикций в Украине. Проблемами распространенности зависимости от ПАВ занимались также С. И. Табачников, А. М. Виевский и П. В. Волошин с соавторами [52, 53, 54, 55, 64].

Роль психосоматики и ее психопатогенетический базис в формировании аддикции и синдрома отмены изучал В. М. Загуровский [60].

Похожие исследования о психосоматике проводил Б. В. Михайлов, с учетом классических взглядов Ф. Александера [14, 112].

А. Н. Балакирева вместе с соавторами исследовала эпидемиологию курения табачных изделий, опасного употребления спиртных напитков, в том числе и пивного алкоголизма, и аддикций в других наркотических веществ среди лиц пубертатного периода, с помощью опросника ESPAD [82]. Также А. М. Балакирева с соавторами изучала эпидемиологию курения табака, употребления крепких алкогольных напитков и других наркотических веществ среди обучающихся в учреждениях среднего и высшего образования [161].

И. Куценко исследовала самые распространенные теории о этиофакторах, специфических триггерах и мотивационных компонентах по употреблению наркотических веществ, а также методики профилактики и лечения аддикций к ПАВ [83].

Т.П. Танакина и соавторы изучали влияние стресса на уровень злоупотребления ПАВ, а также взаимосвязь здоровья студентов и вредных привычек [193,192].

А. В Лапшина исследовала распространенность аддиктивной патологии путем использования Интернет-сети, и отметила высокую эффективность и результативность исследования за счет анонимности респондентов [86].

И. В. Линский, А. И. Минко в рамках своих исследований рассматривали аддиктивное поведение и наркотизацию как одну из форм аутоагрессивного поведения [92]. Также они изучали предикторы и мотивационные компоненты алкоголизации и наркотизации взрослого населения [93].

С. П. Колядко вместе с соавторами исследовала клинические характеристики психопатологических расстройств у лиц с заболеваниями невротического уровня, коморбидные с длительным употреблением ПАВ [70].

С. И. Табачников вместе с соавторами исследовал психопатологические характеристики зависимого поведения у лиц подросткового и пубертатного периода, а также их связь с уровнем социального функционирования и качества жизни определенного контингента [71]. С. И. Табачников вместе с соавторами также изучал характерные особенности клинко-психопатологической семиотики у лиц пубертатного периода и молодого возраста, страдающих токсикоманией [109].

Клинко-психопатологические характеристики нехимических аддикций у лиц с расстройствами невротического уровня изучали Н. А. Марута, С. П. Колядко, М. М. Денисенко [107].

Структуру формирования аддиктивного влечения исследовал в своих работах В. Д. Менделевич [110].

Н. А. Бохан вместе с соавторами рассматривал клинические характеристики личностного потенциала у лиц молодого возраста с алкогольной зависимостью [127].

Е. С. Осуховская изучала расстройства адаптации у молодежи, страдающей алкоголизмом, ТК и патологическим гемблингом [128]. Ею также установлено наличие амплифицирующего потенциала химических и нехимических аддикций у лиц молодого возраста [129].

В. Д. Строков вместе с соавторами провел аналитическое исследование психопатологической симптоматики и поведенческих расстройств у наркозависимых лиц [139].

В. В. Пономарева изучала тревожные и фобические расстройства у лиц подросткового возраста, коморбидные с химическими и нехимическими аддикциями [146].

Ю. Е. Разводовский изучал влияние алкогольной политики и законов о продаже алкогольных напитков на распространение аддикций к алкоголю [157, 158].

А. Л. Романова показала предикторы формирования аддикции к наркотическим веществам и мотивационные компоненты их употребления у лиц подросткового возраста, а также особенности проведения эффективной первичной профилактики в вышеупомянутой категории населения [164].

И. П. Рущенко изучал динамические особенности и характеристику распространения наркотических средств среди лиц из числа студенческой молодежи [168].

Употребление наркотических веществ лицами молодого возраста как социокультурное явление изучала Ю. А. Свеженцева [170].

Разработку и применение AUDIT-подобных тестов с целью многоуровневой оценки аддиктивного статуса осуществил И. В. Линский с соавторами [184].

A. Włachnio, A. Przepiorka, I. Panti исследовали коррелятивные связи между зависимостью от интернета, в частности, от социальных сетей, самооценкой и уровнем удовлетворенности жизнью [236].

H. Black, J. Gill, J. Chick провели исследование влияния цен на алкоголь на уровень потребления спиртного лицами, употребляющими алкоголь периодически - и теми, кто страдает хроническим алкоголизмом [237].

D. Borsboom, A. O. Cramer в своих работах показали интегративный подход к изучению структуры психопатологии у лиц с аддикциями [239].

A. Kozhyna, V. Korostiy, M. Markova исследовали клинические проявления козависимости как модели стресс-ассоциированных ментальных расстройств на примере мужчин с алкогольной зависимостью [264].

О. Iakunchykova в своих исследованиях рассматривала раннее начало употребления алкоголя детьми из неполных семей как результат неверной стратегии воспитания [304].

V. Korostiy вместе с соавторами исследовал нейробиологический базис смешанного влияния стресса и аддикции к алкоголю у взрослых [339].

Е. L. Österberg изучал влияние налогов на алкогольные напитки на уровень потребления алкоголя в Европе [341].

М. А. Bellis вместе с соавторами исследовал предикторы опасного употребления алкоголя лицами школьного возраста с целью создания превентивных программ [347].

Взаимосвязи между доступностью алкоголя, уровнем потребления крепких алкогольных напитков и вреда от рискованного употребления алкоголя в странах Европы исследовали G. Spalletta вместе с соавторами [379].

А. С. Wagenaar, М. J. Salois, К. А. Komro исследовали влияние цен на алкогольные напитки на употребление алкоголя, проведя метаанализ данных 112 исследований, которые в совокупности содержат 1003 оценки взаимоотношений между стоимостью алкоголя, налогами на спиртные напитки и уровнем потреблением алкогольных напитков. Результаты исследования показывают наличие обратно пропорциональной связи между ценами и налогами на алкоголь, и количеством потребляемого алкоголя на душу населения. При этом стоит отметить, что для слабоалкогольных напитков, а также для пива и вина данная корреляционная зависимость выражена сильнее, чем для крепких напитков. Установлено также, что эффективность повышения цен на алкоголь является более эффективной мерой для снижения уровня пьянства, чем программы профилактики потребления алкоголя [394].

A. C. Wagenaar, M. J Salois, K. A. Komro провели исследования с целью выяснения взаимосвязей между алкогольной политикой, заболеваемостью и смертностью, связанными с алкоголем. Для этого авторский коллектив проанализировал данные 50 статей, содержащих 340 оценок сведений о стоимости алкоголя и распространенности опасного его применения, что ведет к вредным последствиям. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют, что подорожание алкогольных напитков вдвое ведет к снижению связанной с алкоголем смертности на 35%, количества дорожных аварий, вызванных опьянением водителя – на 11%, а связанные с употреблением алкоголя уровни передачи половых заболеваний – на 6%, насилия – на 2%, уголовных преступлений – на 1,4%, поэтому можно сделать вывод, что существуют обратно пропорциональные связи между стоимостью спиртных напитков и распространенностью связанных с алкоголем заболеваниями и смертностью [395].

1.6. Меры профилактики наркотизации лиц из числа студенческой молодежи

Основными средствами психопревенции употребления наркотических веществ являются:

- предоставление приоритета психопревентивным мероприятиям;
- закрепление антинаркотической политики на государственном уровне;
- распространение информации о вреде для здоровья наркотиков в СМИ;
- пропаганда здорового образа жизни;
- уделение максимального внимания социально уязвимым категориям – детям и подросткам, студенческой молодежи;

- создание произведений художественной литературы, видеофильмов на антинаркотическую тематику;

- обеспечение адекватного доступа всех слоев населения к информации о вредном влиянии наркотических средств на организм.

Стратегии психопревенции курения табака, употребления алкоголя и других наркотических веществ у студентов высших учебных заведений изучали и разрабатывали М. В. Маркова, А. Н. Кожина, Т. В. Сеницкая, Е. В. Киосева [102, 68].

Роль интернета в профилактике аддикции к ПАВ изучала Т. И. Андреева [19].

В. В. Аршинова рассмотрела особенности профилактики и психопревенции аддиктивного поведения среди населения юношеского возраста [24].

Методики профилактики и психопревенции аддиктивного поведения у лиц молодого возраста из числа студентов исследовали С. В. Базыльчик, А. В. Копытов [25].

Особенности превенции и возможности лечения или частичной коррекции отклоненного поведения стали предметом изучения А. А. Бирюка [29].

Превенцию аддиктивного поведения и употребления наркотических веществ путем использования Интернет-пространства исследовали К. Блум, С. Стинг [30].

А. В. Горднюк исследовал методы психопревенции относительно курения табака студенческой молодежью [45].

Т. Н. Каневская, В. А. Середа исследовали действенность пропаганды здорового образа жизни в студенческой среде как меры психопревенции и психопрофилактики употребления наркотических веществ студентами [65].

Также исследование способов использования сети Интернет в качестве подспорья в психопрофилактике употребления наркотических веществ были проведены В. Н. Кузьминовым, А. А. Сердюком [81].

М. В. Маркова, А. В. Пионтковская изучали факторы психопревенции дезадаптационных состояний у родителей, чьи дети больны онкопатологией [103].

М. В. Маркова, Т. В. Сеницкая изучали особенности зависимого поведения студентов высших учебных учреждений и разрабатывали стратегии их психопревенции [106].

Основы психопреентивных стратегий по распространению аддиктивного поведения среди молодежи были сформированы в работе В. В. Бурлаки [138].

Принципы психопревенции и ПК ТК среди лиц подросткового и юношеского возраста изучала И. С. Рыткис [160].

Профилактику наркотизации населения путем пропаганды здорового образа жизни рассматривали Р. Г. Садыкова, В. Д. Менделевич, А. Н. Грязнов [169].

Новейшие методы профилактики и психопревенции различных химических аддикций в студенческой среде разработаны Н. А. Сиротой, В. М. Ялтонским [183].

K. L. Kumpfer, R. Aivarado, P. Smith исследовали программы и различные средства профилактики формирования аддикции к наркотическим веществам [317].

S. Lawn, J. Campion изучали основы создания менталитета населения, согласно которому курение является недопустимым фактором нанесения вреда здоровью [320].

L. K. Eldredge вместе с соавторами разрабатывала стратегии эффективной пропаганды здорового образа жизни среди взрослого населения [345].

J. Campion вместе с соавторами изучали влияние первичной профилактики курения табака у лиц молодого возраста на дальнейшее состояние их психического благополучия, и отметили патогенность этого воздействия [349].

1.7. Персонифицированные подходы к медико-психологической помощи молодым людям с нарушением адаптации и аддиктивным фоном

Психотерапевтическая и психокоррекционная компетентность существующих психотехник в отношении стресс-индуцированных расстройств, развивающихся на фоне реализации аддиктивных паттернов поведения, является недостаточно исследованной. Особенно это касается реализации саногенного эффекта среди лиц, не достигших стабильного уровня психосоциального функционирования – детей и юношей. Данная проблема опирается на ряд фактов:

Во-первых – эффективность психологической помощи в условиях актуального воздействия стрессорного фактора ограничивается выработкой адаптивного паттерна психического взаимодействия с объектом, который провоцирует стресс. Данный механизм ограничен ресурсами личности и лимитирован мощностью стрессора.

Во-вторых – наличие аддиктивного поведения, которое реализуется в модусе аутокурации или является необходимым условием инициации в микросоциальном окружении, приводит к неэффективности попыток замещения привычного и условно рационального, в условиях континуального

стрессового воздействия, аддиктивного паттерна на адаптивный, что не допускает употребления ПАВ.

В-третьих – незрелость психосоциальных отношений и интроспекции компетенции детей и юношей приводит к недостаточности многих психотехнических приемов, эффективных у взрослых – апелляция к авторитету, импаритетный ракурс суггестии и другие.

Для лечения и реабилитации наркозависимых лиц необходимо соблюдение следующих основных положений:

- создание единой государственной стратегии лечения наркотических расстройств;
- создание клиник, специализирующихся на оказании медицинской помощи наркозависимым лицам;
- обеспечение достаточного финансирования учреждений, направленных на ликвидацию аддикции к ПАВ;
- подготовка специалистов по наркологии из числа медицинских работников (преимущественно психиатров)
- лечение наркозависимых лиц на основе современных биопсихосоциальных подходов;
- мониторинг качества антинаркотической терапии
- внедрение программ социальной поддержки лиц, которые лечатся от наркотической зависимости;
- проведение массовых мероприятий, направленных на дестигматизацию лиц из числа бывших наркозависимых.

Роль и задачи медицинской психологии в рамках помощи лицам с сложившейся аддикцией к наркотическим веществам изучал К. В. Аймедов [9].

П. Г. Андрух, В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов определили особенности ПТ и психореабилитации специфических аффективных нарушений у лиц с аддикцией к ПАВ [20].

А. П. Архипенко рассматривал копинг-стратегии и способы борьбы со стрессом у больных алкоголизмом женщин [23].

Роль когнитивно-бихевиоральной терапии в лечении зависимых от наркотических веществ подростков и лиц молодого возраста изучал С. И. Табачников вместе с соавторами [72].

Когнитивно-бихевиоральную терапию в качестве метода коррекции употребления алкоголя и других ПАВ у лиц с длительной аддикцией к ним исследовал А. Б. Карачевский [66].

Методики медико-психологической помощи и стратегии социальной реабилитации подростков с химическими аддикциями разрабатывали С. И. Табачников с соавторами [113].

Т. П. Мозговая, И. В. Лещина, С. В. Федорченко в своих научных трудах отмечали необходимость смещения акцента с терапии уже сложившихся поведенческих расстройств у лиц подросткового возраста на превенцию психопатологических нарушений у лиц пубертатного периода [114].

Резюме к разделу I

Стрессовые расстройства выступают одной из основных проблем в сферах компетенции патологической физиологии, медицинской психологии и клинической психиатрии. Несмотря на то, что в психологическом ракурсе обычно анализируются конфликтологические аспекты дезадаптивных состояний, клинические формы стрессогенных расстройств, которые представлены психопатологической симптоматикой и рассматриваются в контексте психиатрической клиники, являются моделью, позволяющей

выявить общие патофизиологические механизмы влияния стресса на психическое функционирование.

Психологический фон имеет особое значение в контексте проблемы психореактивных и стрессогенных расстройств. Психоконституционные, персонологические и психоонтогенетические формы трансформации информации, акцептируясь, определяют степень и характер реакции психики, которые могут стать как новым опытом, имеющим адаптивный характер, так и привести к патологическому состоянию дезадаптации. Попытка интеграции указанных черт индивида в ракурсе резистентности к психогенным воздействиям была воплощена в концепте жизнестойкости.

Важным патофизиологическим аспектом медико-психологических исследований в рамках психосоциальных и интроспективных концепций существования индивида в условиях стрессовых и конфликтных состояний является пропорция между жизнестойкостью и удовлетворением жизнью. Стабильность психического функционирования, которая находит отражение в чертах личности, обеспечивающих резистентность к психогенным факторам, может модулировать интроспективное ощущение уровня удовлетворения, собственной ценности и другие экзистенциальные аспекты психического функционирования.

В условиях декомпенсации механизмов психологической резистентности под влиянием субъективно массивной (по критерию интенсивности или при кумулятивном воздействии) стрессовой нагрузки, происходит презентация патологических паттернов психического и поведенческого реагирования, которые соответствуют переходу индивида от состояния адаптивного благополучия, которое ассоциировано с чувством удовлетворенности жизнью и высокими показателями жизнестойкости, к дезадаптивному состоянию, которое включает в свой состав не только прямые проявления патологии, но и широкий спектр психологических реакций.

Одной из наиболее дискуссионных тенденций в клинической психиатрии является трансформация понимания нормативного ответа на стресс. Диагностические критерии и протоколы представляют постоянную смену отношения к феномену нормативности в отношении кластера психопатологических расстройств, имеющих в основе своего психопатогенеза психогенный радикал. Психологическая сторона вопроса и в настоящее время не имеет четкого дефинитивного структурирования. С одной стороны, такое положение дел свидетельствует о психосоциальной трансформации, которая изменяет само представление о нормативности в зависимости от социо-культуральных условий, с другой – о недостаточности конвенционного подхода, вызванного дискурсивной гетерогенностью в сфере патофизиологических аспектов медико-психологических исследований.

Исследование феноменов адаптации и дезадаптации опираются на биопсихосоциальные принципы функционирования индивида. Выступая основным критерием разграничения нормативных и патологических состояний, наличие или отсутствие адаптации остается условным фактором, определяется, с одной стороны, интроспективными факторами – наличием критического осмысления собственного состояния, нозогнозией и чувственной стороной мировосприятия, с другой – социальными и этнокультуральными факторами. Дополнительно на уровень адаптации влияет степень социального протезирования со стороны окружения и уровень функционирования индивида, который ожидается от него. Такая высокая степень дефинитивного опосредования дихотомии «адаптация – дезадаптация» диктует необходимость исследования различных аспектов проблемы в номотетическом ракурсе.

Внесение диагностических критериев, симптоматологической и синдромальной структуры в диагностические протоколы и квалификационные документы встречает ряд существенных трудностей. Во-первых, это

индивидуальная вариабельность реакций на стресс, которая детерминирует необходимость проведения масштабных исследований на широком контингенте, что тождественно поиску среднепопуляционной нормы – центральном «слабом» месте эмпирических взглядов на психодиагностику. Во-вторых – существует фактическая невозможность разграничения реакций на стресс, у лиц с нормативным психическим статусом, и таких реакций у лиц с недиагностированными психическими расстройствами и психоконституционными аномалиями.

Вопросы исследования уровня представленности аддиктивного поведения среди молодежи является одним из наиболее приоритетных медицинских направлений психосоциальной профилактики. Согласно одного из самых массивных исследований «Европейский опрос учащихся по употреблению алкоголя и наркотиков», включавшее опрос в Российской Федерации, Украине и Беларуси в 2015 – 2019 годах, проблема аддиктивного поведения среди молодежи стоит очень остро.

Проблема аддиктивного поведения среди молодежи разработана в контексте патофизиологических, медико-психологических, клинко-психопатологических и наркологических исследований. В настоящее время наблюдается тенденция к комплексному подходу к изучению проблемы зависимости; актуальным вопросом в аспекте выявления патогенетических механизмов употребления ПАВ молодежью является разграничение вопросов и сфер компетенций наркологии и аддиктологии с последующей интеграцией научно-методологических достижений обоих этих ракурсов исследования проблемы в психопреентивный и социопсихопрофилактический процесс.

Психотерапевтическая и психокоррекционная компетентность существующих психотехник в отношении стресс-индуцированных расстройств, развивающихся на фоне реализации аддиктивных паттернов поведения, является недостаточно исследованной. Особенно это касается

реализации саногенного эффекта ПТ среди лиц, не достигших стабильного уровня психосоциального функционирования – детей и юношей.

Данная ситуация связана с тем, что, во-первых – эффективность психологической помощи в условиях актуального воздействия стрессорного фактора ограничивается выработкой адаптивного паттерна психического взаимодействия с объектом, который провоцирует стресс. Данный механизм ограничен ресурсами личности и лимитирован мощностью стрессора.

Во-вторых, это обусловлено наличием аддиктивного поведения, которое реализуется в модусе аутокурации или является необходимым условием инициации в микросоциальном окружении, что приводит к неэффективности попыток замещения привычного и условно рационального, в условиях континуального стрессового воздействия, аддиктивного паттерна на адаптивный, без наркотизации.

В-третьих, важную роль играет незрелость психосоциальных отношений и интроспекции компетенции подростков и молодежи, которая приводит к недостаточности многих психотехнических приемов, эффективных у взрослых – апелляций к авторитету, паритетного ракурса суггестии и др.

Основные научные данные, представленные в данном разделе, опубликованы в следующих научных работах:

1. Горбенко А.С., Киосев Н.В. Роль стресса в развитии аллергических дерматозов (обзор литературы) / А.С. Горбенко, Н.В. Киосев // Научно-практический журнал по дермато-венерологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2016. – Вып.14. – С. 66 – 76.

2. Агарков В.И., Бабюк И.А., Титиевский С.В., Евтушенко Е.И., Киосев Н.В. Охрана психического здоровья населения в условиях социально-экономической и экологической депрессии: методические рекомендации – Донецк, 2018г. – 24с.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования и общая характеристика обследованного контингента

Достижение цели диссертационной работы предусматривало разработку дизайна комплексной программы исследования на основе биопсихосоциального подхода с проведением нескольких этапов, каждый из которых обеспечивался адекватными методами исследования, достаточным объемом фактического материала, что гарантировало получение полной достоверной информации для оценки объекта исследования.

На протяжении 2015-2019 гг. с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, при наличии информированного согласия было обследовано 479 студентов ГОО ВПО ДОН НМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО. В проспективное, сплошное, контролируемое, когортное, исследование вошли 335 девушек (69,9%) и 144 юноши (30,1%) медицинского факультета в возрасте от 17 до 21 года, которые обучались на младших курсах в разные годы, а именно: 208 студентов в 2014-2015 учебном году и 269 молодых людей – в 2017-2018 учебном году.

Дизайн исследования был реализован в 4 основных этапа (рис.2.1.1)

1. Скринингово-диагностический этап включал изучение психического и аддиктивного статуса студентов и формирование групп с наличием адаптационных нарушений и расстройств.

На данном этапе осуществляли скрининговую оценку психического и аддиктивного статусов студентов, определение особенностей их

психоэмоциональных характеристик, выявление и анализ опыта употребления ПАВ с соответствующими поведенческими паттернами.

Критериями включения в исследование выступали (табл. 2.1.1):

- 1) наличие предикторов и признаков адаптационных нарушений (Z55, Z59, Z60, Z64, Z72, Z73) или расстройств (F43.2);
- 2) положительные ответы на вопросы об опыте употребления ПАВ (в том числе алкоголь, табачные изделия (курительные смеси)).

На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, употребления ПАВ с соответствующими поведенческими паттернами, было выполнено распределение контингента на 3 группы, согласно диагностическим критериям МКБ-10.

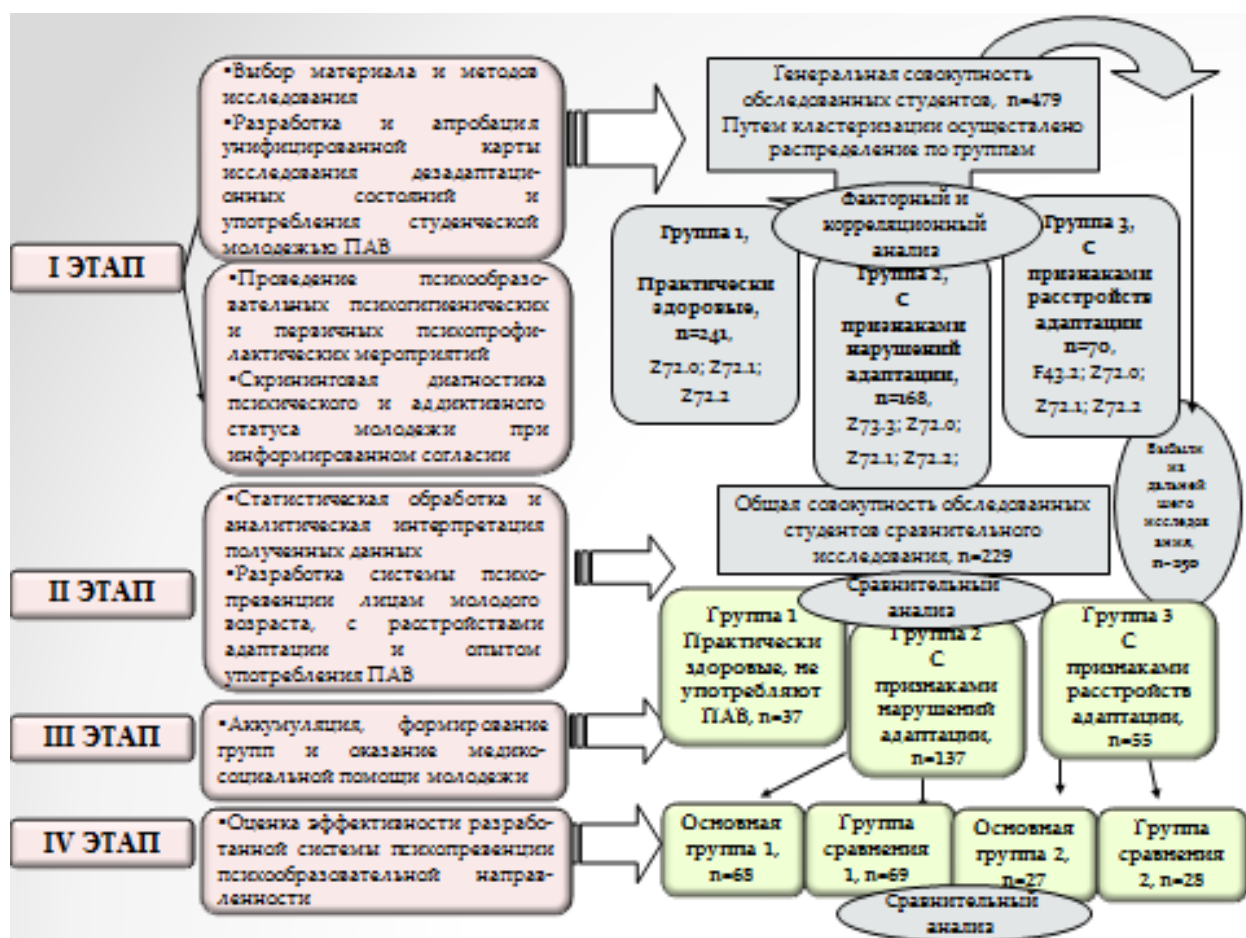


Рис.2.1.1 Основные этапы исследования

Таблица 2.1.1

Критерии включения в исследование при наличии признаков адаптационных нарушений и расстройств с учетом аддиктивного фона

Адаптационные нарушения	Адаптационные расстройства	Аддиктивный фон
Проблемы, связанные с обучением и грамотностью (Z55): Z55.1 Отсутствие способности к обучению; Z55.2 Провал на экзаменах; Z55.3 Отставание в учебе; Z55.4 Плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с учителями и соучениками Проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера (Z59): Z59.1 Неудовлетворительные жилищные условия; Z59.2 Конфликты с соседями, постояльцами, хозяевами Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни (Z60): Z60.0 Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни; Z60.1 Нетипичная ситуация с родителями; Z60.2 Проживание в одиночестве; Z60.3 Трудности, связанные с принятием другой культуры; Z60.4 Социальная изоляция и остракизм; Z60.8 Другие проблемы, связанные с социальным окружением Проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами (Z64): Z64.2 Поиск и использование физических, пищевых и химических веществ, известных как вредные и опасные; Z64.3 Поиск и принятие действий поведенческого и психологического характера, известных как вредные и опасные Проблемы, связанные с образом жизни (Z72): Z72.3 Недостаток физической активности; Z72.4 Неприемлемый пищевой рацион и вредные привычки в приеме пищи; Z72.5 Сексуальное поведение с высокой степенью риска; Z72.6 Склонность к азартным играм и пари; Z72.8 Другие проблемы, связанные с образом жизни (поведение, приводящее к самоповреждениям) Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни (Z73): Z73.0 Переутомление; Z73.1 Акцентуированные личностные черты; Z73.2 Недостаточность отдыха и расслабления; Z73.3 Стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках; Z73.5 Конфликт, связанный с социальной ролью, не классифицированный в др. рубриках	Расстройства адаптации (F43.2) Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, нарушают социальное функционирование и продуктивность, возникают в период адаптации к значимым изменениям в жизни или вследствие стрессовой жизненной ситуации. Стрессовый фактор может отражать интегральность микросоциальных связей пациента (переживания разлуки), а также – более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей. Проявления многообразны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их сочетание); ощущение неспособности справиться с ситуацией, планировать свои действия или продолжать оставаться в существующей ситуации. Наблюдается некоторая степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Индивидуум может демонстрировать склонность к драматизированному поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или диссоциальное поведение)	Проблемы, связанные с образом жизни (Z72): – Z72.0 Употребление табака; – Z72.1 Употребление алкоголя; – Z72.2 Использование наркотиков В личном анамнезе некоторые другие болезни (Z86): – Z86.4 В личном анамнезе злоупотребление ПАВ

На данном этапе осуществляли скрининговую оценку психического и аддиктивного состояния студентов ($n = 479$) младших курсов университета с определением особенностей психоэмоциональных характеристик и наличия у респондентов признаков употребления ПАВ и соответствующих поведенческих паттернов у студенческой молодежи. Основной гипотезой для проведения скринингового исследования стало предположение о том, что лица молодого возраста, в том числе студенты первых курсов вуза, могут столкнуться с риском манифестации психической патологии в связи с высоким уровнем нагрузки и трудностями психосоциальной адаптации в студенческой среде и воспитательно-образовательном пространстве высшего учебного заведения, и не имеют возможности при различных обстоятельствах получить эффективную медико-психологическую помощь.

В свою очередь, адаптационные расстройства и нарушения оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, сопровождаются диссонансными отношениями с окружающими людьми, повышают риск употребления психоактивных веществ и суицидов в студенческой среде.

На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, употребления ПАВ и оценки поведенческих паттернов, выполнено распределение объектов на группы по заданному алгоритму. Критерием качества кластеризации стала концепция компактности классов разбиения. Выбор метрики кластеризации и задачи алгоритма разбиения студентов на группы содержал субшкалы SCL-90-R: SOM; INT; DEP; ANX; PHOB и шкала САН: «Самочувствие, активность, настроение».

Методом агломеративного минимальной дисперсии (кластеризация методом «k-срединых») осуществлено распределение на три группы в соответствии с диагностических критериев МКБ-10.

Практически здоровые студенты составили группу 1, $n = 241$ (50,3%).

Лица с признаками нарушения адаптации вошли в группу 2, $n = 168$ (35,1%), среди них 137 (81,5%) лиц с опытом употребления ПАВ, а именно 97 (80,2%) девушек и 40 (85,1%) юношей.

Из студентов с признаками расстройств адаптации было сформировано группу 3, $n = 70$ (14,6%), среди них 55 лиц с опытом употребления ПАВ, а именно: 37 (78,7%) девушек и 18 (78,3%) юношей. Распределение контингента на группы представлено на рис.2.1.2.

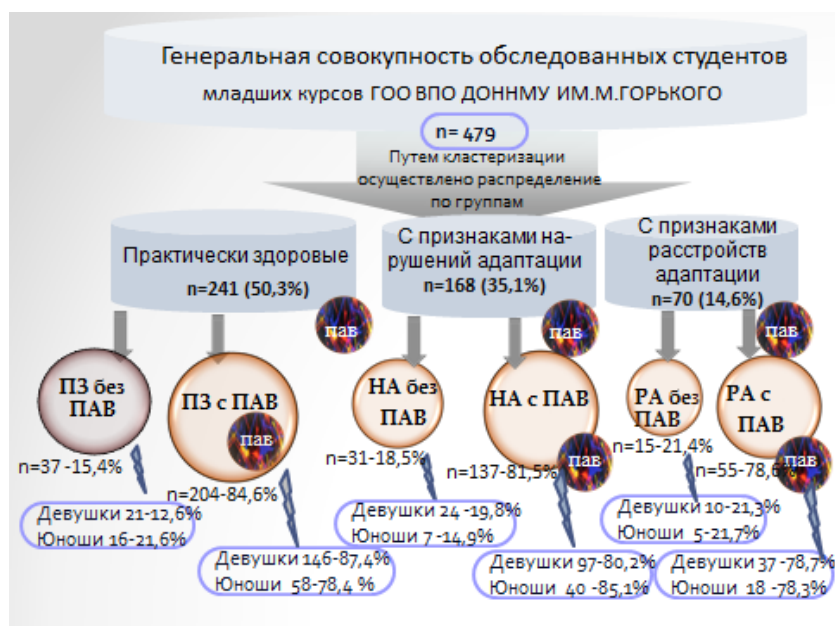


Рис.2.1.2 Алгоритм кластеризации контингента (скринингово-диагностический этап)

II. На этапе сравнительного анализа для дальнейшей работы из студентов групп 2 (137/81,5%) и 3 (55/78,6%), было сформировано когорту риска возникновения адаптационных нарушений и расстройств, а также формирования зависимости от ПАВ, всего 192/238 (80,7%) лиц, которые были

сопоставлены со студентами группы 1 37/241 (15,4%), состоящей из практически здоровой молодежи без опыта употребления ПАВ (рис.2.1.3).



Рис. 2.1.3 Алгоритм исследования студентов
(этап сравнительного анализа)

III. Этап психопреентивных и психообразовательных воздействий (в том числе психо- и социокоррекционные, психотерапевтические и лечебные мероприятия) для соответствующих групп риска, которые базировались на принципах этапности, дифференцированности, комплексности и реализовывались в групповой или индивидуальной формах.

В соответствии с приведенным распределением контингента исследования на основе углубленного анализа установленных психопатологических, патопсихологических, индивидуально-личностных особенностей, выявленных психосоциальных характеристик и аддиктивных паттернов студентов первых лет обучения с адаптационными нарушениями и расстройствами, определяли мишени психопреентивных,

психокоррекционных, психотерапевтических и психообразовательных мероприятий (рис. 2.1.4).



Рис. 2.1.4 Алгоритм системы психопреventивных и психообразовательных мероприятий в среде студенческой молодежи (этап психопреventивно-психообразовательных воздействий)

IV. Этап оценки эффективности включал проведение катamnестического исследования со всесторонним анализом достигнутых результатов.

Оценка признаков, симптомов, жалоб, результатов наблюдения, выявленных стрессогенных психосоциальных факторов, аддиктивных стигм осуществлялась на основе использования соответствующих критериев в МКБ-10.

Исследование имело в своей структуре этап предварительного скрининга, направленного на установление статуса исследуемой проблемы и определение локусов дальнейшего анализа. Этап предварительного скрининга был реализован по материалам опроса, проведенного в период с марта по май 2015-2019гг (анкетный опрос) с целью изучения восприятия, осознания и

отношения студентов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО к проблеме употребления психоактивных веществ в молодежной среде. В исследовании приняли участие 479 студентов медицинского университета. В проспективное, сплошное, контролируемое, когортное, исследование вошли 335 девушек (69,9%) и 144 юноши (30,1%) медицинского факультета в возрасте от 17 до 21 года, которые обучались на младших курсах в разные годы, а именно: 208 студентов в 2014-2015 учебном году и 269 молодых людей – в 2017-2018 учебном году. Основным его методом был избран опрос, в форме многофакторного анонимного анкетирования, которое содержало 118 вопросов с множественным выбором ответов о социально-демографических данных жизни студентов, их отношении к различным видам ПАВ, которые могут вызвать зависимость, а также особенностей их характера и личности. Опрос осуществлялся конфиденциально и добровольно.

Известно, что большинство студентов проживает в общежитии, так как приезжает учиться из других городов.

Сбор и систематизация данных осуществлялась при помощи «Карты обследования студента» («КОС», Е. В. Киосева, 2017) [68].

Исследование характера употребления ПАВ было построено на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МБА) В. Ю. Завьялова (1988).

На всех студентов, включенных в исследование, заполнялась «КОС», где были отобраны наиболее существенные и значимые факторы, влияющие на формирование у исследуемого контингента состояния дезадаптации и аддиктивного обременения. В ней нашли отражение такие социально-демографические признаки, как пол, возраст, образование, место работы родителей, материально-бытовые условия, семейное положение,

взаимоотношения в семье. Унифицированная карта четко структурирована, состоит из 11 разделов, посвященных актуальности темы исследования и анализа состояния вопроса (содержит 14 методик) [Приложение А].

Первый раздел «КОС» имеет целью определение особенностей генодиспозиционной коммуникации студентов младших курсов с близким окружением. Сначала респондентам предлагается ответить на ряд демографических вопросов (о поле и возрасте). На следующем этапе студенты должны ответить на общие вопросы, связанные с составом семьи, трудоустройством и профессией родителей и уровнем эмоциональной близости между членами семьи. Далее, отвечая на вопрос об осведомленности родителей о близком окружении респондента, основные сферы его расходов и способ проведения свободного времени, определяется уровень родительского контроля для матери и отца отдельно. Следующие вопросы посвящены выявлению нарушений во взаимоотношениях с родителями: определяется уровень поддержки со стороны родителей, возможность респондента принимать самостоятельные решения, отношение матери и отца к избранному решению.

На следующем этапе анализируется стилистика родительского воспитания. Респондент отвечает на вопросы о характере реагирования матери и отца, когда с их точки зрения он ведет себя неправильно, определяется значение личностной мысли опрашиваемого для родителей и уровень межличностной коммуникации между членами семьи.

Далее респонденту предлагается ответить на вопрос о стиле и характера досуга. Определяется количество времени, которое респондент может потратить каждый день на просмотр телевизионных передач, игру в видеоигры, общении в социальных сетях в зависимости от дня недели.

Следующий блок вопросов посвящен изучению способности респондента устанавливать и поддерживать социальные контакты за пределами семьи. В частности, определяется количество друзей опрашиваемого и вид их коллективной деятельности (совместное прослушивание музыки, танцы, выполнение домашнего задания, разнообразные игры, общение в социальных

сетях, художественная деятельность, прогулки по городу и др.). Также респонденту предлагается к выбору ряд утверждений, которые возможно могут дать характеристику компании его друзей: хорошо учатся, занимаются спортом или другими культурными мероприятиями, проводят время с родителями, помогают нуждающимся, принимают участие в мероприятиях охраны окружающей среды, имеют сексуальные связи с лицами одноименного пола, употребляют ПАВ, носят холодное оружие.

На следующем этапе определяется отношение студента к пребыванию в условиях высшего учебного заведения. Респондент отвечает на вопросы об уровне собственной успешности, отношении преподавателей и однокурсников к нему и наоборот. Следующие вопросы посвящены анализу уровня поддержки студента в учебном процессе со стороны преподавателей и родителей.

Последний блок вопросов этого раздела посвящен определению уровня материального благоустройства в семье. Респондент отвечает на вопрос о наличии автотранспорта в собственности семьи, частоту выезда из своего населенного пункта с семьей на праздники или каникулы, количество компьютеров и тому подобное. Также студенту дают возможность субъективно оценить уровень материального благосостояния собственной семьи и выбрать из предложенных признаков те, которые, по его мнению, могут стать предметом зависти окружающих его людей: престижное место жительства; учеба в элитном учебном заведении, высокая успеваемость в учебе, положение родителей в обществе, туристические поездки за границу, модная одежда, уровень физического развития, личные спортивные достижения, высокий уровень материальной обеспеченности семьи, достаточное количество свободных карманных денег, наличие хобби, высокий уровень интеллекта, наличие личного заработка и тому подобное.

Второй раздел унифицированной карты посвящен определению опыта и отношение к употреблению различных ПАВ студентами младших курсов.

На этом этапе определяется опыт респондента в табакокурении и как часто он курит в настоящее время. Далее анализируются кратность употребления

алкогольных напитков в зависимости от их группы (пиво, алкогольные энергетические напитки, вино, водка, и т.д.). Кроме этого определяется продолжительность и частота употребления каннабиноидов исследуемым. Далее приводятся ряд утверждений, среди которых обследуемый должен выбрать те, которые по его мнению в большей степени мотивируют его сверстников к употреблению ПАВ: под воздействием компании друзей; из-за употребления алкогольных напитков; из-за безделья, неосведомленность о последствиях употребления наркотических средств; стремление получить удовольствие; желание выглядеть более взрослым; чтобы отойти от проблем; из-за отсутствия контроля родителей, интерес к «запретному плоду», невозможность самоконтроля, через принуждение или чтобы расположить к себе членов микросоциальной среды.

Следующие вопросы определяют наличие в близком окружении респондента лиц, регулярно употребляющих наркотические средства, делают это в его присутствии или предлагают «присоединиться». Также определяется доступность для опрашиваемого информации о наркотических средствах, и были ли объяснительные беседы о вредных последствиях употребления ПАВ учителями или преподавателями в школе и университете.

Следующий блок вопросов этого раздела направлен на анализ отношения респондента к ПАВ и лиц, их употребляющих. Так, определяется характер эмоционального и поведенческого реагирования студента во время общения с потребителями наркотиков, а также основные мотивационные факторы, которые привели (или могут привести) к употреблению наркотических средств респондентом. Далее приводятся ряд мер профилактики употребления ПАВ, среди которых обследуемый должен выбрать те, которые по его мнению являются наиболее эффективными: групповые или индивидуальные занятия, наглядная агитация (плакаты, фильмы и т.д.), распространение брошюр и листовок, встречи с бывшими наркоманами, врачами-наркологами или сотрудниками МВД, психологические тренинги.

На следующем этапе определяются особенности студенческого микросоциального окружения респондента. Сначала приводится ряд маргинальных поступков, среди которых обследуемый должен выбрать те, которые, по его мнению, являются наиболее ошибочными: кража, драка, прогуливания занятий в университете, употребление алкогольных напитков, курение и употребление наркотических средств. Далее, соглашаясь или не соглашаясь с приведенными утверждениями, студент дает характеристику студенческому самоуправлению, сообщает о своей вовлеченности в социальные работы и общественную жизнь университета, а также об отношении ректората и деканата к студенческой образовательной деятельности.

На следующем этапе студенту предлагается выбрать то, что по его мнению будет выглядеть «крутым» в глазах сверстников: курение кальяна, употребление алкогольных напитков, активное занятие спортом, хорошую учебу или употребления наркотических средств.

Далее респонденту предлагают оценить уровень вреда от курения одной или более пачек сигарет в день, одно или двукратной попытки употребления марихуаны, регулярного употребления каннабиноидов и алкоголя.

На заключительном этапе данного раздела определяется уровень психоэмоциональной поддержки студента со стороны его микросоциального окружения (родители, педагоги и друзья). Также предлагается кратко описать свой жизненный девиз, увлечения и привести примеры собственного идеала.

Третий раздел унифицированной карты посвящен субъективному определению состояния психического здоровья студентов младших курсов и кратность посещений психолога (или психотерапевта) по собственной инициативе.

Вопросы четвертого раздела КОС позволяют более детально проанализировать опыт и характер употребления ПАВ по группам (табак, алкогольные напитки, психостимуляторы, опиоиды, каннабиноиды и летучие органические соединения). Также, при сложившейся зависимости, определить

степень критики к своему состоянию и беспокойство близкого окружения актуальным состоянием опрашиваемого.

В пятом разделе унифицированной карты представлен ряд утверждений и вопросов, соглашаясь с которыми или нет, исследуемый предоставляет материал, позволяющий определить его характерологические особенности. Среди таких утверждений являются следующие: «У Вас чаще – веселое и беззаботное настроение.», «Вы чувствительны к оскорблениям», «Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании?», «Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?», «Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, или Вы сразу же стремитесь поправить их?», «Вы в детстве боялись оставаться один в доме?», «Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?», «Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?» и др.

Шестой раздел КОС посвящен исследованию состояния психического здоровья студентов младших курсов. Он состоит из ряда утверждений, с которыми испытуемый может согласиться или нет, в частности: «Иногда Вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать», «Иногда у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача», «С вами происходили (или происходят) странные вещи», «Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу», «У Вас прерывистый и беспокойный сон», «Когда Вы находитесь среди людей, Вам слышатся странные вещи», «Иногда Ваши мысли текли так быстро, что Вы не успевали их высказывать», «Есть люди, которые пытаются украсть Ваши идеи и мысли» и др.

Седьмой раздел КОС призван более подробно описать субъективное актуальное состояние студента по следующим шкалам: самочувствие, ощущение жизненной силы, активности, подвижность, настроение, работоспособность, чувство физических сил, счастье, жизнерадостность, напряженность, здоровье, равнодушие, увлечения, радость, отдых, свежесть, сонливость, желание отдохнуть, спокойствие, оптимистичность, выносливость, бодрость, рассеянность, надежда, радость.

Восьмой раздел КОС позволяет определить клинико-психопатологические характеристики студентов младших курсов. Респонденту предлагается ряд утверждений, с которыми он может согласиться или нет, в частности: «Ощущение, что Вы в ловушке или пойманы», «Неожиданный или беспричинный страх», «Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-нибудь», «Ощущение, что другие не понимают Вас или сочувствуют Вам», «Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас», «Потребность повторять действия: касаться, мыться, пересчитывать», «Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте», «Мысли о том, что с Вашим умом творится что-то неладное» и др.

Девятый раздел унифицированной карты посвящен диагностике тревожно-депрессивной симптоматики среди студентов младших курсов. Вниманию респондента приводятся ряд утверждений, с которыми он может согласиться или нет, в частности: «Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела», «Мои мечты редко сбываются», «Иногда мне кажется, что все мои усилия тщетны», «Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей», «Я часто жалею о том, что уже сделано», «Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми», «Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль», «Иногда меня пугают мысли о будущем», «бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются», «Мне кажется, жизнь проходит мимо меня», «Мне кажется, если бы в прошлом у

меня было меньше разочарований и проблем, мне было бы сейчас легче жить на свете», «Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал».

Десятый раздел КОС посвящен определению общего уровня удовлетворенности жизнью студента младших курсов. Вниманию исследуемого приводятся ряд утверждений, с которыми он может в разной степени согласиться или нет, в частности: «Во многом моя жизнь соответствует моему идеалу», «Условия моей жизни отличные», «Я доволен своей жизнью», «Пока я достигал в главном всего, чего хотел в жизни», «Если бы я мог прожить свою жизнь еще раз, я бы почти ничего в ней не изменил».

Одиннадцатый раздел разработанной КОС посвящен исследованию особенностей преодоления стрессовых ситуаций студентами младших курсов. Респонденту приводятся ряд утверждений, с которыми он может согласиться или нет, в частности: «Я перевожу то, что случилось в шутку», «Я стараюсь принять то, что случилось, привыкнуть к этому», «Я прошу помощи у Бога», «Я думаю, как лучше я могу справиться с этой проблемой», «Я стараюсь не действовать слишком поспешно, чтобы не усугубить ситуацию», «Я стараюсь, чтобы другие дела не мешали мне прилагать максимум усилий, чтобы справиться с проблемой», «Я обсуждаю свои переживания с кем-то из моих близких», «Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему».

2.2. Характеристика методов исследования

Научная работа реализовывалась при помощи следующих методов: информационно-аналитического, социально-демографического, клинико-эпидемиологического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, психодиагностического и математико-статистического.

Для проведения клинико-психопатологического исследования использованы следующие методики и тесты.

Психоэмоциональное состояние и социальную активность оценивали по методике: «Самочувствие, Активность и Настроение» («САН») (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния В. О. Доскин и соавт., 1973). [198], 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 воздействия.

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 проведения клинико-психопатологического исследования использованы следующие методики и тесты.

Определение и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществляли с помощью опросника SCL-90-R (L. R. Derogatis et al., в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001) [195; 275]. Шкала SCL-90-R позволяет оценивать паттерны психологических признаков, как у больных,

так и у здоровых лиц [12]. Опросник состоит из 90 утверждений, отражающих наличие соматических и психологических проблем. Оценку и интерпретацию результатов проводили по 9 основным субшкалам, объединяющим определенные группы симптомов: соматизации — Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности — Obsessive-Compulsive (O-C), межличностной сензитивности — Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии — Depression (DEP), тревожности — Anxiety (ANX), враждебности — Hostility (HOS), фобической тревожности — Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций — Paranoid Ideation (PAR), психотизма — Psychoticism (PSY). Дополнительные вопросы — Additional Items (ADD) — семь вопросов, которые не объединены между собой в виде шкалы определенного расстройства, а учитываются при общей обработке теста [19, 20].

Для определения границ нормы по SCL-90-R применяли нормативные данные, полученные в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии Российской Академии наук в рамках совместного Российско-Американского проекта.

При интерпретации результатов исследования использовали три обобщенных шкалы второго порядка, которые позволяют более гибко оценивать психопатологический статус. К интегральным показателям относятся: индекс общей тяжести состояния (General Symptomatical Index – GSI); общее число утвердительных ответов (Positive Symptomatical Index – PSI); индекс наличного симптоматического дистресса (Positive Distress Symptomatical Index – PDSI).

Исследование характера употребления ПАВ было построено на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с

использованием мотивационной модели потребления алкоголя (МПА) В. Ю. Завьялова (1988).

Комплексную оценку аддиктивного статуса проводили при помощи методики AUDIT – (Alcohol Use Disorders Identification Test) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный в 1989 году рабочей группой ВОЗ и системы AUDIT-подобных тестов (И.В. Линскийи соавт., 2012) [184]:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);
2. CANNABIS-UDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов (препаратов конопли: гашиша, марихуаны, драпа, анаши, сенсимиллы);
3. STIMULANTS-UDIT (Stimulants Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина, в том числе из официальных препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и др.);
4. TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака;
5. OPIATES-UDIT (Opiates Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением опиоидов (вытяжка из мака, героин, трамадол и др.);
6. SOLVENTS-UDIT (Solvents Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением летучих органических растворителей (эфира, бензина, ацетона, клея «Момент» и др.).

Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека (по А. В. Батаршеву, 2004).

Комплекс психоадаптационных параметров оценивали по ряду методик.

Исследование жизнестойкости проводили по тесту «Жизнестойкость» – адаптированному опроснику «Hardiness Survey» (S. R. Maddi et al., 1984, [96-98, 313, 324-329, 383], русскоязычного «Теста жизнестойкости» Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой, 2006 [88], скрининговой версии Е. Н. Осина, 2013 [126].

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. Другими словами, возможность стрессоустойчивости представляет собой лишь возможность, но еще не действительность, то есть появляется в виде предпосылок, а затем переходит в действительность в зависимости от уровня развитости.

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

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

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.

Прежде чем сформироваться стрессоустойчивости и стать объективной реальностью, жизнестойкость представляет собой лишь возможность, но еще не действительность, то есть жизнестойкость появляется в виде предпосылок, а затем переходит в действительность.

Три компонента жизнестойкости относительно независимы и в совокупности определяют меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю устойчивость при условии, что успешность деятельности не снижается.

Для определения нормы опросника «Тест жизнестойкости» 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.Н. Осина, 2013 г.) [126].

Удовлетворенность жизнью измеряли по «Шкале удовлетворенности жизнью» («Satisfaction with Life Scale», SWLS E. Diener et al., 1985, в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008) [386, 124, 125], которая является коротким скрининговым самоотчетом, предназначенным для изучения когнитивной оценки соответствия жизненных обстоятельств ожиданиям индивида.

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли «Опросник совладания со стрессом» «COPE» (C. S. Carver et al., 1989, в адаптации Т. А. Гордеевой, Е. Р. Осина, 2010) [186], предназначенный для измерения ситуационных копинг-стратегий и диспозиционных стилей,

которые лежат в их основе. Авторы методики К. Карвер, М. Шейер и Дж. Вентрауб при его разработке основывались на двух теоретических подходах – подходе Лазаруса и на их собственной модели саморегуляции поведения (Scheier, Carver, 1988) [30].

Опросник состоит из 60 пунктов, объединенных в 15 шкал, которые вносят дополнительные различия внутри категорий проблемно-ориентированного и эмоционально-ориентированного копинга и добавляют новые, основанные на современных исследованиях, стратегии совладания: «обращение к Богу» и «избегание (алкоголь и наркотики)». Шкалы COPE: F1: Позитивное переформулирование и личностный рост; F2: Мысленный уход от проблемы; F3: Концентрация на эмоциях и их активное выражение; F4: Использование инструментальной социальной поддержки; F5: Активное совладание; F6: Отрицание; F7: Обращение к религии; F8: Юмор; F9: Поведенческий уход от проблемы; F10: Сдерживание; F11: Использование эмоциональной социальной поддержки; F12: Использование «успокоительных»; F13: Принятие; F14: Подавление конкурирующей деятельности; F15: Планирование.

Математико-статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ «Statistica for Windows 10.0». Проверка нормальности распределения осуществлялась методом Шапиро-Уилки (2006). Рассчитывали групповые показатели описательной статистики: для нормального распределения – среднюю арифметическую величину (M), стандартное отклонение (SD), минимум (min) и максимум (max) значений в выборке. Для ненормального распределения определяли медиану (Me), нижний (q25) и верхний квартили (q75); коэффициент вариации, 95% ДИ. Для оценки различий между средними величинами в группах сравнения применялся непараметрический тест Манна-Уитни (2006); для определения взаимосвязи между значениями использовали коэффициент корреляции ранга

Спирмена (2006); рассчитывали абсолютное значение, % доли (P%), критерий Крускала-Уоллиса. Формат предоставляемых данных в тексте и таблицах следующий: $M \pm SD$; (min-max); $Me =$; (q25 – q75); K-W: H; p-level [56, 84,133].

Резюме к разделу 2

В сплошном, проспективном, контролируемом, когортном, исследовании, при наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии на протяжении 2015-2019 гг. на базе ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО проведено комплексное обследование 479 студентов младших курсов: 335 девушек (69,9%) и 144 юноши (30,1%) медицинского факультета в возрасте от 17 до 21 года.

Диссертационное исследование было выполнено в четыре этапа: скринингово-диагностический этап (скрининговая оценка психического и аддиктивного состояния студентов младших курсов университета с определением особенностей психоэмоциональных характеристик и наличия у респондентов признаков употребления ПАВ и соответствующих поведенческих паттернов у студенческой молодежи) этап сравнительного анализа (из контингента исследования сформировано когорту риска возникновения адаптационных нарушений и расстройств и формирования зависимости от ПАВ, была сопоставлена с практически здоровыми студентами без опыта употребления ПАВ); этап психопревентивно-психообразовательных воздействий (предусматривал на основе углубленного анализа установленных патогенетических, психопатологических, патопсихологических, индивидуально-личностных особенностей, выявленных психосоциальных характеристик и аддиктивных паттернов студентов первых лет обучения с адаптационными нарушениями и расстройствами, определение мишеней психопревентивных, психокоррекционных, психотерапевтических и

психообразовательных мероприятий); этап оценки эффективности (включал проведение катamnестического исследования с всесторонним анализом достигнутых результатов).

Для реализации цели и задач исследования были использованы: информационно-аналитический, клинико-анамнестический, социально-демографический, клинико-психопатологический, психодиагностические и математико-статистический методы исследования.

Для проведения клинико-психопатологического исследования использованы следующие методики и тесты: «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН) – для оценки психоэмоционального состояния и социальной активности; SCL-90-R – для определения и анализа выраженности психопатологической симптоматики; «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МПА) В. Ю. Завьялова – для исследования характера употребления ПАВ; комплексную оценку аддиктивного статуса проводили при помощи разработанных рабочей группой ВОЗ AUDIT-подобных тестов.

Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека.

Комплекс психоадаптационных параметров оценивали по тесту «Жизнестойкость» и «Шкале удовлетворенности жизнью».

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли «Опросник совладания со стрессом» «COPE».

Математико-статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ «Statistica for Windows 10.0».

Основные научные данные, представленные в данном разделе, опубликованы в следующих научных работах:

1. Киосев Н.В. Опыт многофакторного анкетирования студенческой молодежи / Н. В. Киосев // Научно-практический журнал по дерматологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2018. – № 1 (19). – С. 36 – 40.

РАЗДЕЛ 3

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ.
ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

**3.1. Клинико-анамнестические и социально-демографические
особенности студенческой молодежи**

Таблица 3.1.1

Общая социально-демографическая характеристика обследованных

Показатель		Студенты, n = 479, абс.(%)
Пол	Девушки	335 (69,9)
	Юноши	144 (30,1)
Распредел ение по возрастным группами, годы	17-18	217 (45,3)
	19-20	158 (33,0)
	21 и больше	104 (21,7)
Семейное положение	Не находится в браке	454 (94,8)
	Находится в браке	25 (5,2)

Результаты исследования распределения студентов по группам по параметрам возраста и семейного положения представлены в табл. 3.1.2.

Таблица 3.1.2

Характеристика групп обследованных по параметрам возраста и семейного положения

Распределение по возрастным группам, годы	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
17 - 18	109/45,2	75/44,6	33/47,1
19 -20	77/32,0	59/35,1**	22/31,4
21 и>	55/22,8	34/20,2**	15/21,4
Находится в браке (%)	11/4,5	10/6,0	4/5,7**
Не находится в браке (%)	230/95,4	158/94,0	66/94,3**

Примечание: ** – высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 1 на уровне $p < 0,001$

Анализ данных, представленных в табл. 3.1.2 позволил отметить, что в группе студентов с признаками адаптационных нарушений количество лиц в возрасте 21 и более – ниже, чем в 1 и 3 соответственно. Установлено, что среди молодежи с признаками адаптационных расстройств удельный вес лиц в браке ниже, чем в 1 и 2 группах.

По анамнестическим данным членов семей студентов выявлено, что отец не работает у 6,5% студентов первой группы, 11% и 15% – 2 и 3 группах респондентов соответственно.

Определено, что мать не работает у 9% обследованных 1 группы, 17% – 2 группы. Есть матери у 33% студентов 1 группы, 35% – 2 группы. У всех студентов 3 группы есть матери, 30,7% из них не работают.

Установлено, что в образовании отца у обследованных статистически значимых различий не было. По образовательному уровню матерей различия

по группам распределения: в 1 группе – 70% матерей имеют высшее образование, в 2 – 60% и в 3 – 46% ($p < 0,05$).

3.2. Особенности патофизиологического аспекта психоэмоциональной сферы у студенческой молодежи

Патофизиологический аспект психофункционального состояния студентов исследовали с помощью опросника САН, что позволило оценить их самочувствие, активность и общее настроение. О благоприятном функциональном психоэмоциональном состоянии свидетельствовали оценки выше 4 баллов; оптимальный – оценки, которые расположены в диапазоне 5,0 - 5,5 баллов; неблагоприятный – оценки, которые были ниже 4 баллов (таб. 3.2.1).

Таблица 3.2.1

Функциональное психоэмоциональное состояние обследованных
(по САН, $n=479$; абс./ $P \pm m$, % (95% ДИ))

Шкала	Благоприятное (от 4 до 5 баллов)	Оптимальное (от 5 до 5,5 баллов)	Неблагоприятное (до 4 баллов)
САН	107/22,3 $\pm$ 1,9 (18,6-26,1)	56/11,7 $\pm$ 1,5 (8,8-14,6)	274/57,2 $\pm$ 2,3 (52,8-61,6)
Самочувствие	94/19,6 $\pm$ 1,8 (16,1-23,2)	51/10,6 $\pm$ 1,4 (7,9-13,4)	270/56,4 $\pm$ 2,3 (51,9-60,8)
Активность	159/33,2 $\pm$ 2,2 (29,0-37,4)	53/11,1 $\pm$ 1,4 (8,3-13,9)	239/49,9 $\pm$ 2,3 (45,4-54,5)
Настроение	71/14,8 $\pm$ 1,6 (11,6-18,0)	42/8,8 $\pm$ 1,3 (6,2-11,3)	260/54,3 $\pm$ 2,3 (49,8-58,7)

Дизайн исследования также предусматривал оценку средних значений групповых показателей описательной статистики, которые приведены в табл. 3.2.2.

Таблица 3.2.2

Средние значения групповых показателей психоэмоционального состояния
обследованных (по САН; n=479, баллы)

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=5,95; (4,35–6,05)

Анализ результатов исследования (табл.3.2.2) 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. 3.2.3) 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.

Таблица 3.2.3

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

Шкала	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
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: 1. Здесь и далее в табл. 3.2.4 и 3.2.5 – * – уровень статистической значимости различий значений с группой 1 на уровне $p < 0,001$;

2. # – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне $p < 0,001$.

3. ◇ – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне $p < 0,05$.

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.

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 ($3,86 \pm 0,69$ 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 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 значении его минимума (1,8 баллов), по методике «САН».

Выявлено (табл. 3.2.4), статистически значимое снижение значений теста «САН» по всем шкалам от 1-ой к 3-ей группе девушек младших курсов ($p < 0,001$).

Таблица 3.2.4

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

Шкала	Группа 1, n=167	Группа 2, n=121	Группа 3, n=47
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)

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. 3.2.5).

Таблица 3.2.5

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

Шкала	Группа 1, n=74	Группа 2, n=47	Группа 3, n=23
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)

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. Расстройства адаптации существенно нарушают социальное функционирование студентов и приводят к учебной дезадаптации. Полученные данные легли в основу комплексной системы психопревенции адаптационных нарушений у лиц молодого возраста.

3.3. Особенности патофизиологического аспекта психопатологической симптоматики у студентов

Патофизиологическую характеристику скрининговой оценки психического состояния, уровень психологического дистресса и выраженность психопатологических симптомов во всей выборке ($n = 479$) осуществляли при помощи опросника SCL-90-R.

Было установлено следующее превышение нормативных значений по субшкалам во всей выборке студентов ($n = 479$): **SOM** у 232/48,4±2,3 (95% ДИ = 44,0-52,9); **O-C** у 181/37,8±2,2 (95% ДИ = 33,4-42,1); **INT** у 222/46,3±2,3 (95% ДИ = 41,9-50,8); **DEP** у 204/42,6±2,3 (95% ДИ = 38,2-47,0); **ANX** у 197/41,1±2,2 (95% ДИ = 36,7-45,5); **HOS** у 175/36,5±2,2 (95% ДИ = 32,2-40,8); **PHOB** у 225/47,0±2,3 (95% ДИ = 42,5-51,4); **PAR** у 194/40,5±2,2 (95% ДИ = 36,1-44,9); **PSY** у 199/41,5±2,3 (95% ДИ = 37,1-46,0); **ADD** у 174/36,3±2,2 (95% ДИ = 32,0-40,6); **GSI** у 350/73,1±2,0 (95% ДИ = 69,1-77,0); **PSI** у 295/61,6±2,2 (95% ДИ = 57,2-65,9); **PDSI** у 357/74,5±2,0 (95% ДИ = 70,6-78,4) соответственно.

Из всех обследованных ($n = 479$) у 225/47,0±2,3 (95% ДИ = 42,5-51,4) студентов доминирует превышение показателей по шкале фобической тревожности ($0,43 \pm 0,61$, при норме $0,18 \pm 0,02$ балла), что проявляется как переживание широкого спектра негативных ощущений. Беспокойство, внутреннее напряжение, неуверенность в правильности своего поведения свидетельствуют о наличии у молодых людей когнитивных компонентов чувства опасности, неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности в отношении конкретных людей, событий, ситуаций. Иррациональный характер переживаний влечет за собой тенденцию к избегающему поведению, негативными ожиданиями относительно коммуникаций в образовательной среде (однокурсниками,

преподавателями), чувством недовольства отношениями с окружающими, повышенной чувствительностью к их действиям, высказываниям и подтверждается повышением уровня показателя шкалы психотизма ($0,43 \pm 0,62$, при норме $0,30 \pm 0,03$ балла), что отражает затруднения в межличностной коммуникации, негативные эмоциональные переживания и раздражительность, не свойственные им ранее.

Результаты анализа психоэмоциональной сферы и общего психического состояния студентов, с оценкой средних значений групповых показателей по шкале SCL-90-R, приведены в табл. 3.3.1.

Таблица 3.3.1

Показатели психопатологической симптоматики у обследованных
(по SCL-90-R)

Шкала*	Все обследованные	Девушки	Юноши	Норма
	n=479	n=335	n=144	
SOM (баллы)	$0,64 \pm 0,65$ (0,00–4,00); Me=0,42 (0,17–0,92)	$0,66 \pm 0,65$ (0,00–4,00) Me=0,50 (0,17–0,92)	$0,58 \pm 0,62$ (0,00–4,00) Me=0,33 (1,00–0,33)	$0,44 \pm 0,03$
O-C (баллы)	$0,68 \pm 0,62$ (0,00–4,00) Me=0,50 (0,20–1,00)	$0,67 \pm 0,61$ (0,00–3,20) Me=0,30 (0,10–0,50)	$0,73 \pm 0,67$ (0,00–4,00) Me=0,55 (0,20–1,00)	$0,75 \pm 0,04$
INT (баллы)	$0,76 \pm 0,71$ (0,00–4,00) Me=0,56 (0,22–1,11)	$0,75 \pm 0,72$ (0,00–3,89) Me=0,44 (0,22–1,11)	$0,77 \pm 0,69$ (0,00–4,00) Me=0,56 (0,22–1,11)	$0,66 \pm 0,03$
DEP (баллы)	$0,68 \pm 0,52$ (0,00–4,00) Me=0,46 (0,15–1,00)	$0,66 \pm 0,43$ (0,00–3,77) Me=0,38 (0,15–1,00)	$0,73 \pm 0,67$ (0,00–4,00) Me=0,46 (0,12–1,00)	$0,62 \pm 0,04$
ANX (баллы)	$0,55 \pm 0,66$ (0,00–4,00) Me=0,30 (0,10–0,80)	$0,55 \pm 0,66$ (0,00–3,60) Me=0,30 (0,10–0,70)	$0,55 \pm 0,67$ (0,00–4,00) Me=0,30 (0,10–1,00)	$0,47 \pm 0,03$
HOS (баллы)	$0,57 \pm 0,66$ (0,00–4,00) Me=0,33	$0,54 \pm 0,40$ (0,00–3,67) Me=0,33	$0,63 \pm 0,67$ (0,00–4,00) Me=0,50	$0,60 \pm 0,04$

	(0,17–0,83)	(0,00–0,83)	(0,17–1,00)	
PHOB (баллы)	0,43±0,61 (0,00–4,00) Me=0,14 (0,00–0,57)	0,39±0,55 (0,00–2,71) Me=0,14 (0,00–0,57)	0,52±0,71 (0,00–4,00) Me=0,29 (0,00–0,86)	0,18±0,02
PAR (баллы)	0,61±0,66 (0,00–4,00) Me=0,33 (0,17–1,00)	0,56±0,63 (0,00–3,17) Me=0,33 (0,17–0,83)	0,71±0,71 (0,00–4,00) Me=0,67 (0,17–1,00)	0,54±0,04
PSY (баллы)	0,51±0,67 (0,00–4,00) Me=0,20 (0,00–0,70)	0,46±0,64 (0,00–3,20) Me=0,20 (0,00–0,60)	0,62±0,72 (0,00–4,00) Me=0,35 (0,10–1,00)	0,30±0,03
ADD (баллы)	0,51±0,61 (0,00–4,00) Me=0,29 (0,00–0,86)	0,47±0,55 (0,00–2,86) Me=0,29 (0,14–0,71)	0,61±0,73 (0,00–4,00) Me=0,43 (0,00–1,00)	0,49±0,03
GSI	1,05±0,70 (0,02–4,00) Me=1,00 (0,46–1,41)	1,06±0,72 (0,03–3,64) Me=1,00 (0,42–1,44)	1,01±0,67 (0,02–4,00) Me=1,00 (0,51–1,31)	0,51±0,03
PDSI	8,30±19,28 (1,00–90,00) Me=2,13 (1,16–4,76)	7,37±16,98 (1,00–90,00) Me=2,20 (1,17–5,10)	10,48±23,70 (1,00–90,00) Me=1,88 (1,13–4,08)	1,17±0,03
PSI	34,99±25,63 (1,00–90,00) Me=16,00 (9,00–26,00)	33,94±24,35 (3,00–86,00) Me=29,00 (15,00–49,00)	37,44±28,33 (2,00–90,00) Me=31,50 (13,00–63,00)	21,39±0,03

*Примечания: Somatization (SOM) – субшкала соматизации, Obsessive-Compulsive (O-C) – субшкала обсессивности-компульсивности, Interpersonal Sensitivity (INT) – субшкала межличностной сензитивности, Depression (DEP) – субшкала депрессии, Anxiety (ANX) – субшкала тревоги, Hostility (HOS) – субшкала враждебности, Fobic Anxiety (PHOB) – субшкала фобичной тревоги, Paranoid Ideation (PAR) – субшкала паранояльных тенденций, Psychoticism (PSY) – субшкала психотизма, Additional Items (ADD) – дополнительные вопросы; GSI – индекс общей тяжести состояния, PDSI – индекс наличного симптоматического дистресса, PSI – общее число утвердительных ответов.

Выявлено повышение показателей по шкале соматизации ($0,64 \pm 0,65$, при норме $0,44 \pm 0,03$ балла). Соматовегетативные компоненты (кардиоваскулярный, гастроинтестинальный, респираторный и другие), а также головная и другие боли, дискомфорт со стороны общей мускулатуры у молодых людей, при отсутствии органической патологии, рассматривается

как симптоматический эквивалент тревоги и свидетельствует о наличии у них психологического дистресса.

Межличностная сензитивность у студентов – несколько выше ($0,76 \pm 0,71$), чем в норме ($0,66 \pm 0,03$ балла), определяется чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности, когда молодой человек сравнивает себя с другими. Данная шкала тестирует самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми, что можно интерпретировать как сложности адаптации в социуме, имеющем иные нормы социальной регуляции поведения по сравнению со сложившимися стереотипами и установками в подростковом периоде.

Менее выражены симптомы депрессивного характера ($0,68 \pm 0,52$, при норме $0,62 \pm 0,04$ балла), что отражает снижение мотивации к активности у студенческой молодежи.

Анализ результатов исследования, представленных в табл. 3.3.1, позволил отметить высокую степень разнообразия признаков эмоциональной характеристики студентов: отмечается высокое значение стандартного отклонения и высокий разброс $\min - \max$: от 0,00 до 4,00 по всем субшкалам SCL-90-R. Установлена выраженная полярность значения индекса проявления симптоматики (PSI), определено высокое значение стандартного отклонения и высокий разброс $\min - \max$ от 1,00 до 90,00. Это свидетельствует о том, что некоторые студенты дают отрицательные ответы почти на все вопросы, а часть из них положительно отвечает на все вопросы самоотчета с разной степенью выраженности жалоб.

Доказано, что по всем изученным показателям величина стандартного отклонения (SD) больше, чем значение средней арифметической (M), что является подтверждением неоднородности обследованной группы и свидетельствует о многообразии признаков. Установлено, что коэффициент

вариации превышает критическое значение на более чем 20% по всем шкалам. Наибольший коэффициент вариации по показателю фобичности – 72,2%. Среди обследованных студентов выявлена высокая полярность признаков по всем шкалам.

При интерпретации результатов обобщенных шкал второго порядка установлено повышенное значение индекса проявления симптоматики PSI, что отражает широту представленности симптомов и составляет $34,99 \pm 25,63$; (1,00 – 90,00) при норме $21,39 \pm 2,02$.

Выявлено, что обобщенный показатель, отражающий тяжесть симптоматики – индекс GSI превышает норму и составляет $1,05 \pm 0,70$; (0,02—4,00) при норме $0,51 \pm 0,02$.

Выше нормативных границ определен индекс выраженности дистресса PDSI, отражающий уровень субъективного симптоматического дистресса, и составляет $8,30 \pm 19,28$; (1,00 – 90,00), при норме $1,17 \pm 0,05$.

Таким образом, анализ и оценка полученных результатов свидетельствуют о том, что выявленные симптомы являются скорее транзиторным следствием наличного психического дистресса, нежели признаком устойчивой психопатологической черты у студентов.

В исследовании был также получен важный результат относительно гендерных различий: по всем шкалам показатели были более выражены у лиц мужского пола (рис. 3.3.1).

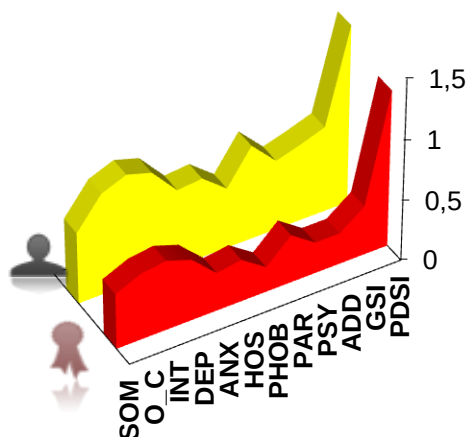


Рис. 3.3.1 Гендерные различия выраженности психопатологической симптоматики у обследованных студентов

Результаты исследования позволяют констатировать, что психоэмоциональные нарушения в пределах дезадаптационных расстройств у студентов младших курсов имеют субклинический уровень проявления.

Ведущее место при этом занимают донозологични формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально лабиального характера, соматовегетативного спектра, выступая предикторами формирования клинической симптоматики расстройств адаптации.

Следующим этапом работы стало распределение объектов на группы при заданном алгоритме, так как критерием качества кластеризации является концепция компактности классов распределения. Выбор метрики кластеризации и задачи алгоритма распределения студентов на группы содержал субшкалы SCL-90-R: SOM; INT; DEP: ANX; PHOB и шкалы САН.

Окончательный вариант распределения объектов на группы статистически достоверный, представлен в табл. 3.3.2.

Таблица 3.3.2

Характеристика кластерного анализа

Кластер №	№1	№2	№3
№1	0,000	0,982	1,599
№2	0,991	0,000	0,420
№3	1,265	0,648	0,000

Адекватность проводимой кластеризации демонстрируется эвклидовым расстоянием между кластерами: между первым и вторым – 0,991; между первым и третьим – 1,265; между вторым и третьим кластерами – 0,648.

Обобщая исследование, при помощи агломеративного метода минимальной дисперсии (кластеризация методом «к-срединных») было выделено три группы: первая группа: $n = 241$ (50,3%) студентов – практически здоровые, из них девушки $n = 167$ (69,3%), юноши $n = 74$ (30,7%); вторая группа: $n = 168$ (35,1%) студентов, имеющих признаки нарушения адаптации (по МКБ-10 : Z-73.3), из них девушки $n = 121$ (72,0%), юноши $n = 47$ (28,0%); третья группа: $n = 70$ (14,6%) студентов – с расстройствами адаптации (по МКБ-10: F-43.2), из них девушки $n = 47$ (67,1%), юноши $n = 23$ (32,9%).

Исследование психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R показало, что существовала значительная разница в проявлении симптомов по отдельным шкалам и общем уровне психопатологических нарушений среди студентов из группы 2 и 3.

Детальный анализ психоэмоциональной сферы у студентов младших курсов ($n = 479$) приведен в табл. 3.3.3. – 3.3.6.

Таблица 3.3.3

Результаты скрининга психического состояния практически здоровых
студентов по шкале SCL-90-R

Шкала*	n=241	Девушки n=167	Юноши n=74	Норма
SOM (баллы)	0,22±0,16; (0,00-1,17); Me=0,17; (0,17-0,38)	0,23±0,17; (0,00-1,17); Me=0,17; (0,83-0,33)	0,20±0,12; (0,00-0,58); Me=0,17; (0,08-0,25)	0,44±0,03
O-C (баллы)	0,24±0,21; (0,00-1,30) Me=0,20; (0,10-0,50)	0,25±0,22; (0,00-1,30) Me=0,20; (0,10-0,40)	0,22±0,18; (0,00-0,90) Me=0,20; (0,10-0,30)	0,75±0,04
INT (баллы)	0,25±0,21; (0,00-1,33) Me=0,22; (0,11-0,56)	0,25±0,21; (0,00-1,00) Me=0,22; (0,11-0,33)	0,24±0,21; (0,00-1,33) Me=0,11; (0,11-0,33)	0,66±0,03
DEP (баллы)	0,18±0,17; (0,00-1,08) Me=0,15; (0,08-0,38)	0,20±0,18; (0,00-1,07) Me=0,15; (0,08-0,31)	0,13±0,16; (0,00-1,00) Me=0,08; (0,00-0,15)	0,62±0,04
ANX (баллы)	0,12±0,14; (0,00-0,80) Me=0,10; (0,00-0,20)	0,14±0,14; (0,00-0,80) Me=0,10; (0,00-0,20)	0,09±0,13; (0,00-0,80) Me=0,00; (0,00-0,20)	0,47±0,03
HOS (баллы)	0,19±0,23; (0,00-1,17) Me=0,17; (0,00-0,33)	0,18±0,22; (0,00-1,00) Me=0,17; (0,00-0,33)	0,21±0,25; (0,00-1,17) Me=0,17; (0,00-0,33)	0,60±0,04
PHOB (баллы)	0,04±0,09; (0,00-0,71) Me=0,00; (0,00-0,14)	0,05±0,10; (0,00-0,71) Me=0,00; (0,00-0,00)	0,02±0,05; (0,00-0,29) Me=0,00; (0,00-0,00)	0,18±0,02
PAR (баллы)	0,20±0,23; (0,00-1,33) Me=0,17; (0,00-0,50)	0,20±0,24; (0,00-1,33) Me=0,17; (0,00-0,33)	0,20±0,23; (0,00-1,17) Me=0,17; (0,00-0,17)	0,54±0,04
PSY (баллы)	0,10±0,15; (0,00-1,80) Me=0,10; (0,00-0,20)	0,11±0,15; (0,00-1,80) Me=0,10; (0,00-0,20)	0,09±0,15; (0,00-1,80) Me=0,10; (0,00-0,10)	0,30±0,03
ADD	0,14±0,18;	0,13±0,18;	0,16±0,17;	0,49±0,03

(баллы)	(0,00-1,29) Me=0,14; (0,00-0,29)	(0,00-1,29) Me=0,14; (0,00-0,14)	(0,00-0,71) Me=0,14; (0,00-0,14)	
GSI	0,17±0,11 (0,02 – 0,80) Me=0,16; (0,11-0,32)	0,18±0,11 (0,03 – 0,80) Me=0,18; (0,10-0,23)	0,16±0,11 (0,02 – 0,71) Me=0,13; (0,08-0,17)	0,51±0,03
PDSI	1,13±0,24 (1,00 – 2,25) Me=1,00; (1,00-1,31)	1,13±0,25 (1,00 – 2,25) Me=1,00; (1,00-1,18)	1,12±0,20 (1,00 – 1,71) Me=1,00; (1,00-1,18)	1,17±0,03
PSI	14,24±8,57 (2,00 – 46,00) Me=13,00; (9,00-26,00)	14,89±8,46 (3,00 – 46,00) Me=15,00; (7,00-20,00)	12,64±8,65 (2,00 – 45,00) Me=10,00; (7,00-15,00)	21,39±0,03

**Примечания: В таб. 3.3.3-3.3.5 – Somatization (SOM) – субшкала соматизации, Obsessive-Compulsive (O-C) – субшкала обсессивности-компульсивности, Interpersonal Sensitivity (INT) – субшкала межличностной сензитивности, Depression (DEP) – субшкала депрессии, Anxiety (ANX) – субшкала тревоги, Hostility (HOS) – субшкала враждебности, Fobic Anxiety (PHOB) – субшкала фобичной тревоги, Paranoid Ideation (PAR) – субшкала паранояльных тенденций, Psychoticism (PSY) – субшкала психотизма, Additional Items (ADD) – дополнительные вопросы; GSI – индекс общей тяжести состояния, PDSI – индекс наличного симптоматического дистресса, PSI – общее число утвердительных ответов.*

Таблица 3.3.4

Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов младших курсов университета с нарушением адаптации по шкале SCL-90-R

Шкала	n=168	Девушки, n=121	Юноши, n=47	Норма
SOM (баллы)	0,41±0,32; (0,00-1,67); Me=0,33; (0,67-1,50)	0,41±0,32; (0,00-1,67); Me=0,33; (0,16-0,58)	0,42±0,32; (0,08-1,17); Me=0,33; (0,08-0,58)	0,44±0,03
O-C (баллы)	0,57±0,35; (0,00-1,70); Me=0,50; (1,00-1,80)	0,56±0,34; (0,00-1,50); Me=0,50; (0,30-0,80)	0,60±0,37; (0,10-1,70); Me=0,60; (0,30-0,80)	0,75±0,04
INT (баллы)	0,56±0,37; (0,00-1,67); Me=0,56; (1,22-2,39)	0,55±0,39; (0,00-1,67); Me=0,44; (0,22-0,78)	0,60±0,29; (0,22-1,56); Me=0,56; (0,44-0,67)	0,66±0,03
DEP (баллы)	0,49±0,33; (0,00-1,62);	0,48±0,31; (0,00-1,62);	0,52±0,38; (0,00-1,62);	0,62±0,04

	Me=0,38; (0,92-2,19)	Me=0,38; (0,23-0,62)	Me=0,38; (0,23-0,85)	
ANX (баллы)	0,28±0,26; (0,00-1,00); Me=0,20; (0,70-1,60)	0,28±0,25; (0,00-1,00); Me=0,20; (0,10-0,40)	0,29±0,28; (0,00-1,00); Me=0,20; (0,10-0,50)	0,47±0,03
HOS (баллы)	0,34±0,34; (0,00-1,50); Me=0,17; (0,67-1,67)	0,34±0,32; (0,00-1,50); Me=0,17; (0,17-0,50)	0,36±0,38; (0,00-1,33); Me=0,17; (0,17-0,50)	0,60±0,04
PHOV (баллы)	0,16±0,25; (0,00-1,14); Me=0,00; (0,57-1,71)	0,14±0,25; (0,00-1,14); Me=0,00; (0,00-0,29)	0,21±0,25; (0,00-0,86); Me=0,04; (0,00-0,29)	0,18±0,02
PAR (баллы)	0,48±0,40; (0,00-1,83); Me=0,33; (0,00-0,50)	0,42±0,36; (0,00-1,83); Me=0,33; (0,17-0,67)	0,66±0,44; (0,00-1,50); Me=0,67; (0,17-1,00)	0,54±0,04
PSY (баллы)	0,27±0,26; (0,00-1,30); Me=0,20; (0,60-1,50)	0,26±0,24; (0,00-1,00); Me=0,20; (0,10-0,30)	0,31±0,29; (0,00-1,30); Me=0,30; (0,10-0,40)	0,30±0,03
ADD (баллы)	0,28±0,28; (0,00-1,14) Me=0,14; (0,71-1,57)	0,25±0,25; (0,00-1,00) Me=0,14; (0,00-0,43)	0,35±0,35; (0,00-1,14) Me=0,29; (0,00-0,57)	0,49±0,03
GSI	0,40±0,22; (0,08 – 0,99); Me=0,37; (0,01-1,68)	0,38±0,22; (0,08 – 0,99); Me=0,37; (0,21-1,51)	0,44±0,22; (0,13 – 0,85); Me=0,40; (0,25-0,61)	0,51±0,03
PDSI	1,25±0,30; (1,00 – 3,62;) Me=1,20; (1,55-2,32)	1,21±0,24; (1,00 – 2,56;) Me=1,17; (1,00-1,32)	1,34±0,41; (1,00 – 3,62;) Me=1,22; (1,07-1,57)	1,17±0,03
PSI	28,40±14,56; (7,00–74,00); Me=27,00; (59,00-69,50)	27,93±14,05; (7,00–70,00); Me=25,00; (19,00-37,00)	29,59±14,34; (7,00–74,00); Me=28,00; (18,00-35,00)	21,39±0,03

Таблица 3.3.5

Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов младших курсов университета с расстройствами адаптации по шкале SCL-90-R

Шкала*	n=70	Девушки, n=47	Юноши, n=23	Норма
SOM (баллы)	1,15±0,69; (0,08 – 4,00); Me=1,17; (0,67–1,50)	1,17±0,71; (0,08–3,42); Me=1,33; (0,67–1,58)	1,13±0,68; (0,08–4,00); Me=1,00; (0,67–1,50)	0,44±0,03
O-C (баллы)	1,48±0,67; (0,00–4,00) Me=1,30; (1,00–1,80)	1,43±0,72; (0,20–3,00) Me=1,30; (1,00–1,80)	1,53±0,60; (0,50–4,00) Me=1,45; (1,10–1,85)	0,75±0,04
INT (баллы)	0,89±0,70; (0,00–4,00) Me=1,67; (1,22–2,39)	2,05±0,70; (1,11–3,56) Me=2,00; (1,44–2,56)	1,69±0,66; (0,78–4,00) Me=1,56; (1,22–2,11)	0,66±0,03
DEP (баллы)	1,64±0,87; (0,00–4,00) Me=1,54; (0,92–2,19)	1,47±0,83; (0,62–3,79) Me=1,08; (0,92–1,73)	1,85±0,87; (0,77–4,00) Me=1,62; (1,15–2,62)	0,62±0,04
ANX (баллы)	1,34±0,82; (0,00–4,00) Me=1,10; (0,70–1,60)	1,31±0,94; (0,00–3,60) Me=0,90; (0,70–1,65)	1,38±0,66; (0,10–4,00) Me=1,40; (1,00–1,60)	0,47±0,03
HOS (баллы)	1,26±0,74; (0,00–4,00) Me=1,26; (0,67–1,67)	1,22±0,80; (0,17–3,67) Me=1,00; (0,67–1,67)	1,30±0,66; (0,33–4,00) Me=1,33; (0,83–1,67)	0,60±0,04
PHOB (баллы)	1,14±0,72; (0,00–4,00) Me=1,14; (0,57–1,71)	1,06±0,64; (0,14–2,71) Me=1,00; (0,43–1,71)	1,24±0,80; (0,29–4,00) Me=1,00; (0,57–1,86)	0,18±0,02
PAR (баллы)	1,43±0,59; (0,00–4,00) Me=1,43; (0,00–0,50)	1,43±0,59; (0,00–4,00) Me=1,43; (0,00–0,50)	1,48±0,64; (0,50–4,00) Me=1,33; (1,08–1,67)	0,54±0,04
PSY (баллы)	1,21±0,68; (0,00–4,00) Me=1,21; (0,60–1,50)	1,03±0,67; (0,30–3,20) Me=0,85; (0,55–1,50)	1,41±0,65; (0,40–4,00) Me=1,40; (1,00–1,70)	0,30±0,03

Путем кластеризации определена группа студентов (группа 2) – 168 человек (35,1%), которые имеют признаки нарушения адаптации.

Большинство студентов этой группы определяли субъективный уровень стресса как средний – 52,86%, также показатель шкалы «САН» составил 4, 08 баллов, (по шкалам: 4,06-3,94-4,24 баллов), что ниже границы нормы.

Установлен удельный вес лиц, имеющих достоверное превышение нормативных значений по субшкалами SCL-90-R, распределились подобным образом, а именно: соматизации (SOM) = 48,42%; фобической тревоги (PHOB) = 47,02%; межличностной сензитивности (INT) = 46,31%; депрессии (DEP) = 42,62%; тревоги (ANX) = 41,12%. Соответственно, ведущее место занимают донозологични формы дисфункции соматовегетативного спектра и тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально лабильного круга, которые являются предикторами формирования клинической симптоматики расстройств адаптации.

Среди студентов группы три выявлены доминирующие синдромы: депрессивный – 59,5%, тревожный – 45,0%, сомато-вегетативный – 35,1%.

Таким образом, у 14,6% студентов младших курсов психический дистресс имел тенденцию к трансформации в клинически очерченные расстройства адаптации.

Ведущими психопатологическими проявлениями у студентов этой группы установлены депрессия, фобическая тревожность, межличностная сензитивность, соматизация.

Таким образом, несмотря на то, что у лиц молодого возраста с расстройствами адаптации психопатологическая симптоматика выражена преимущественно легко и имеет благоприятную направленность, эти состояния существенно нарушают социальное функционирование студентов и приводят к учебной дезадаптации.

3.4. Патоперсонологическая характеристика респондентов и взаимосвязь выраженности психопатологических проявлений, уровня жизнестойкости, удовлетворенности жизнью и чувством у них счастья

Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда - Г. Шмишека (по А.В. Батаршеву, 2002). По результатам исследования патоперсонологических особенностей были выявлены следующие показатели (табл. 3.4.1).

Определение ощущения счастья проводилось по КОС (частотный анализ и удельный вес ответов на вопрос 36).

Для исследования психосоциального фактора социокультурного феномена счастья студентам предлагалось в порядке возрастания субъективной значимости определить свое ощущение счастья, ответив на вопрос: «В целом, можно сказать, что Вы ... очень счастлив(а), достаточно счастлив(а), недостаточно счастливый(а)?». Результаты опроса изучались с позиций частотного анализа содержательного контекста высказываний и последующим определением роли полученных факторов.

На основании сравнительного анализа результатов исследования особенностей психофункционального состояния студентов младших курсов университета, а именно: практически здоровых студентов (группа 1, $n = 241$), лиц с признаками нарушения адаптации (группа 2, $n = 168$) и молодежи с признаками расстройств адаптации (группа 3, $n = 70$), с учетом гендерного аспекта установлено статистически значимое снижение значений теста «САН» по всем шкалам от 1-й к 3-й группе девушек младших курсов ($p < 0,001$). Доказано, что исследуемые показатели у девушек 2-й и 3-й групп имеют статистически значимые различия ($p < 0,001$) между собой.

Таблица 3.4.1

Результаты оценки индивидуально-личностных особенностей (по тесту Леонгарда – Шмишека, $M \pm SD$, баллы)

Тип акцентуации личности	Практически здоровые n=241		Адаптационные нарушения n=168		Адаптационные расстройства n=70	
	без ПАВ n=37	с ПАВ n=204	без ПАВ n=31	с ПАВ n=137	без ПАВ n=15	с ПАВ n=55
Демонстративный	14,48±3,63 (8,00-24,00)	14,90±4,19 (4,00-24,00)	14,08±2,17 (6,00-18,00)	14,12±4,47 (4,00-22,00)	14,27±4,89 (8,00-22,00)	13,86±3,31 (4,00-22,00)
Педантичный	13,51±3,84 (8,00-18,00)	14,19±3,73 (4,00-20,00)	13,92±6,55 (4,00-22,00)	11,80±4,36 (0,00-22,00)	16,40±4,22 (12,00-22,00)	13,86±3,91 (2,00-20,00)
Застревающий	13,78±4,38 (8,00-20,00)	14,25±3,14 (6,00-20,00)	14,58±2,54 (6,00-18,00)	13,54±4,56 (2,00-22,00)	15,33±4,38 (8,00-20,00)	13,32±3,72 (4,00-22,00)
Возбудимый	10,23±3,63 (3,00-21,00)	11,53±4,68 (0,00-21,00)	8,63±2,70 (0,00-12,00)	12,95±3,96 (3,00-24,00)	12,60±5,80 (6,00-24,00)	15,08±3,77 (6,00-21,00)
Гипертимический	16,03±4,07 (6,00-24,00)	17,75±4,21 (3,00-24,00)	15,88±4,00 (6,00-21,00)	15,18±5,56 (0,00-24,00)	16,40±6,40 (9,00-24,00)	14,63±5,45 (3,00-24,00)
Дистимический	5,35±2,38 (3,00-12,00)	7,53±4,14 (0,00-21,00)	8,00±5,50 (0,00-18,00)	9,58±4,12 (0,00-21,00)	11,20±4,60 (3,00-18,00)	11,59±3,88 (6,00-18,00)
Тревожный	7,41±6,17 (0,00-18,00)	8,40±5,63 (0,00-21,00)	6,25±5,73 (0,00-21,00)	9,56±4,80 (0,00-21,00)	13,60±4,66 (6,00-21,00)	12,21±4,83 (3,00-18,00)
Циклотимический	9,80±3,44 (6,00-18,00)	15,03±4,69 (3,00-24,00)	14,25±3,78 (6,00-18,00)	15,35±5,43 (6,00-24,00)	14,60±4,52 (9,00-24,00)	17,26±3,67 (9,00-24,00)
Аффективно- экзальтированный	13,59±3,86 (6,00-24,00)	13,01±4,43 (6,00-24,00)	12,00±5,60 (6,00-18,00)	14,16±5,77 (6,00-24,00)	14,40±6,73 (6,00-24,00)	18,82±5,03 (6,00-24,00)
Эмотивный	13,14±2,82 (9,00-18,00)	14,34±4,74 (3,00-24,00)	17,50±3,61 (9,00-21,00)	14,66±4,53 (3,00-21,00)	16,40±4,80 (12,00-24,00)	15,08±5,05 (0,00-24,00)

Исключение составляют показатели активности обследуемого контингента ($p = 0,09$). Установленные величины медиан шкалы активности расположены в значениях, ниже благоприятных ($Me = 3,8$; $Me = 3,9$). Тогда как у юношей, хотя также статистически значимо различаются значения всех шкал по методике «САН», которые снижаются от 1-й группы к 3-й ($p < 0,001$), доказано отсутствие различий между показателями опросника 2-й и 3-й исследуемых групп. Иначе говоря, у девушек первых курсов университета, в отличие от юношей, в условиях стрессогенных ситуаций статистически значимо снижаются показатели активности, как ранний признак психологического дистресса.

Исследование психопатологической симптоматики у студентов показало, что существовала значимая разница проявлений симптомов по методике SCL-90-R. Выяснено, что у обоих полов молодежи 2-й и 3-й группы доминирует превышение показателей по шкалам соматизации (SOM), фобической тревоги (PHOB), межличностной сенситивности (INT), депрессии (DEP), и общего уровня психопатологических нарушений: у 35,1% (168/479) молодежи является выше нормы, а у 14,6% (70/479) – существенно выше нормы, что отображает континуум индивидуальных вариаций состояния психологической дезадаптации, степени проявлений адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники». Относительно гендерных различий: юноши значимое преобладали девушек по степени и выраженности всех выделенных признаков (исключение – субшкалы SOM и DEP).

В то же время, установлена распространенность употребления ПАВ среди студентов младших курсов: всего употребляют ПАВ 82,7%, доля от девушек 58,5%, доля от юношей 24,2%.

Учитывая вышеизложенное, для дальнейшей работы по согласованию были отобраны только девушки с признаками нарушения

адаптации, у которых есть опыт употребления ПАВ, то есть сформирована целевая учебная группа исследования, которая составила 72,0% (121/168) человек. Для определения направленности полученных взаимосвязей мы применяли многофакторный дисперсный анализ и обнаружили наличие детерминационных различий между средними величинами исследуемых показателей. Полученные результаты тщательно проанализированы, обобщены и экстраполированы на генеральную совокупность исследуемого контингента.

То есть, для проведения анализа была отобрана группа девушек с нарушениями адаптации, так как именно у них психоэмоциональные нарушения появлялись раньше и были более выраженными (по «САН» и SCL -R-90).

Далее выясняли удовлетворенность жизнью по «Satisfaction with Life Scale». Результаты исследования приведены в табл. 3.4.2.

Таблица 3.4.2

Характеристика удовлетворенностью жизнью девушек 1-й, 2-й та 3-й групп младших курсов университета (методика «УЖ»), баллы

Шкала	Группа 1, n=167	Группа 2, n=121	Группа 3, n=47
УЖ	27,23±4,29; (15,00-35,00); Me=25,57; (24,00-26,00)	21,76±6,21; (10,00-33,00); Me=22,00; (11,00-33,00)	22,54±5,67; (8,00-32,00); Me=20,00; (19,00-32,00)

Следующим шагом исследования стало выявление взаимосвязи между психопатологической симптоматикой по шкале SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, LR Derogatis, в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001), уровнем развития жизнестойкости молодежи по методике «Тест

жизнестойкости» («Hardiness Survey»), удовлетворенностью жизнью по «Satisfaction with Life Scale» у девушек с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ. (табл. 3.4.3).

Таблица 3.4.3

Взаимосвязь выраженности психопатологических расстройств, патоперсонологических особенностей, уровня жизнестойкости, удовлетворенности жизнью и ощущением счастья у девушек первых лет обучения с адаптационными нарушениями и расстройствами (n=97)

Шкалы	Достаточно счастлива, n=78	Недостаточно счастлива, n=18	Очень счастлива, n=7	H; p-level
SOM (баллы)	0,36±0,30 0,0-1,58	0,56±0,30; 0,17-1,08	0,24±0,03; 0,17-0,25	H=9,0; p<0,01
O-C (баллы)	0,54±0,33; 0,0-1,50	0,66±0,19; 0,40-1,0	0,29±0,04; 0,20-0,30	H=14,6; p<0,001
INT (баллы)	0,56±0,41; 0,0-1,56	0,41±0,20; 0,22-1,11	0,14±0,08; 0,11-0,33	H=9,3; p<0,01
DEP (баллы)	0,47±0,30; 0,08-1,62	0,56±0,13; 0,23-0,77	0,01±0,03; 0,0-0,08	H=23,3; p<0,001
ANX (баллы)	0,25±0,23; 0,0-1,0	0,56±0,28; 0,2-0,9	0,13±0,08; 0,1-0,3	H=22,8; p<0,001
HOS (баллы)	0,35±0,33; 0,0-1,5	0,49±0,35; 0,17-1,33	0,00±0,00; 0,0-0,0	H=20,7; p<0,001
GSI	0,37±0,22; 0,08-0,99	0,48±0,11; 0,31-0,7	0,11±0,03; 0,1-0,17	H=20,2; p<0,001
PDSI	1,21±0,26; 1,0-2,56	1,21±0,13; 1,0-4,0	1,00±0,0; 1,0-1,0	H=20,3; p<0,001

PSI	27,08±14,62; 7,0-70,0	35,61±5,77; 28,0-45,0	9,86±2,27; 9,0-15,0	H=22,0; p<0,001
Демонстративный	14,61±3,34; 13,0-35,0	16,00±5,13; 12,0-24,0	21,71±0,76; 22,0-29,0	H=19,9; p<0,001
Педантичный	11,65±,33 4,0-22,0	11,89±4,33 8,0-20,0	16,57±1,51 16,0-20,0	H=10,7; p<0,005
Дистимический	8,59±3,77 0,0-15,0	12,67±4,43 9,0-21,0	8,57±1,13 9,0-9,0	H=11,1; p<0,004
Тревожный	10,18±4,40 0,0-18,0	9,17±4,88 3,0-18,0	18,43±1,13 18,0-21,0	H=19,8; p<0,001
Циклотимический	16,13±4,91 6,0-24,0	18,50±6,77 6,0-24,0	12,86±2,27 12,0-18,0	H=8,8; p<0,012
Аффективно- экзальтированный	14,92±5,98 6,0-24,0	15,00±5,14 6,0-24,0	7,71±4,54 6,0-18,0	H =9,7; p<0,008
Commitment (баллы)	8,42±2,38; 3,0-12,0	6,11±1,94; 4,0-10,0	8,43±1,13; 8,0-11,0	H=14,6; p<0,001
Control (баллы)	7,79±1,81; 4,0-11,0	6,39±1,24; 5,0-8,0	8,14±0,38; 8,0-9,0	H=8,0; p<0,05
Challenge (баллы)	8,28±2,25; 2,0-12,0	6,22±1,31; 2,0-8,0	6,43±1,13; 6,0-9,0	H=20,1; p<0,001
Hardiness (баллы)	24,50±5,55; 13,0-35,0	18,72±3,58; 12,0-24,0	23,00±2,65; 22,0-29,0	H=20,4; p<0,001
Life satisfaction (баллы)	23,34±5,10; 10,0-33,0	13,22±3,34; 10,0-21,0	18,71±4,54; 17,0-29,0	H=40,1; p<0,001

Установлено, что 80,2% (78/97) девушек с признаками адаптационных нарушений и опытом употребления ПАВ, то есть 16,3% (78/479) из общего числа обследованных студентов, относят себя к категории «достаточно счастливых». Определили себя как «недостаточно счастливы» 13,4% (13/97)

студенток, то есть 2,7% (13/479) общего контингента. Чувствуют себя «очень счастливыми» 5,2% (5/97) девушек группы 2, что составляет 1,0% (5/479) от всей выборки.

Также установлено, что у «очень счастливых» девушек данные самоотчета по SCL-90-R находятся в пределах нормы. Одновременно, средние значения по подшкалам «жизнестойкость», «вовлеченность», «принятие риска» (табл. 3.4.3) у этих студенток, по сравнению с нормативными данными, отклоняются в отрицательную сторону, что характеризует их склонность испытывать сомнения в собственной значимости, неумение положительно оценивать и применять собственные ресурсы.

Девушкам, у которых преобладают признаки демонстративного типа акцентуации характера ($21,71 \pm 0,76$ баллов), были присущи эгоцентризм, безмерное стремление внимания и сочувствия к себе. Их отношение к учебе зависит от того, насколько она способствует удовлетворению их главной необходимости – добиться внимания, выделиться среди однокурсников. Свои неудачи в учебе эти девушки оправдывают влиянием внешних обстоятельств.

На втором месте у «очень счастливых» студенток находится тревожный тип акцентуации характера ($18,43 \pm 1,13$ баллов). Они нерешительны, склонны к размышлениям, самоанализу, тревожно подозрительны. У них легко возникают навязчивые страхи, мысли и представления. Нерешительность в раздумьях и действиях взаимосвязаны. Необходимость самостоятельного выбора может спровоцировать длительные и невыносимые колебания. Нерешительность часто приводит к гиперкомпенсации, формами которой могут быть внезапное чувство самоуверенности, безапелляционность в суждениях, поспешные действия в ситуациях, которые требуют рассудительности и осторожности. Неудачи, которые случаются в результате таких действий, только усиливают нерешительность и сомнения.

У 53,6% обследованных девушек выявлено превышение 12 баллов по шкале педантичности ($16,57 \pm 1,51$ баллов), что указывает на наличие признаков соответствующего типа акцентуации, характеризующегося повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, долгим переживанием психотравмирующих событий из-за неспособности их вытеснения. На поведенческом уровне это проявляется пассивностью, требовательностью и нетерпимостью к нарушениям порядка, добросовестностью, склонностью неукоснительно соблюдать установленный план, неторопливостью, ориентацией на высокое качество работы и особую аккуратность, склонность к самопроверкам и сомнениям в правильности выполненных действий.

Черты циклотимического (аффективно-лабильного) типа выявлены у 73,2% ($18,50 \pm 6,77$) обследованных студенток. Им были свойственны частые периодические смены настроения. В периоды подавленного настроения они были замкнуты и напоминали лиц, которым присущ дистимический тип акцентуации, при котором доминируют пессимистическое настроение, сосредоточенность на негативных сторонах жизни, сниженная самооценка, малая контактность, немногословность, склонность к уединению. В гипертимической фазе студентки с циклотимным типом испытывали трудности в соблюдении повседневной дисциплины, плохо выдерживали вынужденное одиночество и монотонный темп деятельности, были склонны к повышенной раздражительности.

Аффективно-экзальтированный тип акцентуации диагностирован у 13,4% ($15,00 \pm 5,14$) обследованных девушек. Их доминирующими характерологическими чертами были бурные эмоциональные реакции на жизненные события – от абсолютного счастья к полному бессилию, печали. Они легко приходили в восторг от радостных событий и в отчаяние – от печальных. Студенткам с аффективно-экзальтированным типом была присуща тревожность, готовность к ощущению отчаяния. Чувство долга,

особенно по выполнению учебной программы, формировалось трудно. Они не выдерживали суровых реалий жизнедеятельности. Сложность межличностных отношений возникала из-за чрезмерной чувствительности. В то же время их увлечения никак не зависели от личных отношений – как с юношами, так и с подругами, а зависели от внешних обстоятельств и изменений настроения.

У девушек, которые определились со своим чувством счастья как «очень счастливы», обнаружен средний уровень удовлетворенности жизнью ($18,71 \pm 4,54$, $p < 0,001$).

Установлено, что среди студенток, оценивающих себя как «недостаточно счастливых», статистически значимо повышены нормативные показатели по субшкалам ANX и SOM, а также индексы PDSI и PSI по SCL-90-R. У этих девушек зафиксирован рост степени выраженности симптоматики по субшкалам ANX ($0,56 \pm 0,28$, $p < 0,001$ при норме $0,47 \pm 0,03$) и SOM ($0,56 \pm 0,30$, $p < 0,01$ при норме $0,44 \pm 0,03$), как следствие переживания широкого спектра негативных ощущений. На эмоциональном уровне это отражалось появлением чувства тревожной напряженности и скованности, определенного внутреннего беспокойства с элементами заторможенности в поведении, повышенной чувствительностью к повседневному межличностному взаимодействию, утомляемости, трудностью в выполнении обычных задач. Также эти студентки жаловались на периодически возникавшее учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, потливость, тошноту. Они оценивали свое состояние как «субъективно неприятное», что отражалось в низких значениях показателя удовлетворенности жизнью ($13,22 \pm 3,34$, $p < 0,001$). У «недостаточно счастливых» девушек была выявлена статистически значимая слабо развитая жизнестойкость ($18,72 \pm 3,58$, $p < 0,001$). Эти студентки были склонны к демонстрации отчужденности, зависимости от других, самообвинения.

Кроме того, им были присущи сложности принятия ответственности и сниженная самооценка.

Проведенный корреляционный анализ между значениями вовлеченности, контроля, принятия риска, жизнестойкости и удовлетворенности жизнью обследованных девушек второй группы (использовался коэффициент корреляции ранга Спирмана, достоверность по уровню $p < 0,001$ и $p < 0,05$) показал наличие слабой и средней силы корреляционной взаимосвязи между этими показателями: $R = 0,284$, $p < 0,001$; $R = 0,342$, $p < 0,001$; $R = 0,386$, $p < 0,001$; $R = 0,373$, $p < 0,001$.

Значение максимумов (1,58; 1,50; 1,56; 1,62; 1,0; 1,50) субшкал SOM, OC, INT, DEP, ANX, HOS и индексов GSI, PDSI, PSI (0,99; 2,56; 70) у «достаточно счастливых» девушек 2-ой группы говорят о том, что исследованные показатели находятся значительно выше оптимального диапазона. Установлено, что средняя величина значения шкалы «удовлетворенность жизнью» соответствует высокому уровню ($23,34 \pm 5,10$, $p < 0,001$). Наряду с этим, значение минимума «удовлетворенности жизнью» значительно ниже ($\min = 10,0$) и соответствует низкому уровню изучаемого показателя. Это свидетельствует о том, что для «достаточно счастливых» студенток с признаками адаптационных нарушений и опытом употребления ПАВ характерно большое многообразие изучаемых признаков. Исследованные параметры на эмоциональном уровне проявляются дискомфортом в процессе межличностного взаимодействия, сопровождаются появлением неуверенности в себе, чувством личной неполноценности по сравнению с другими, а также негативными ожиданиями в отношении любых коммуникаций с социальным окружением. Следовательно, уровень удовлетворенности жизнью и счастья выступает индикатором ограничения или расширения возможностей социального функционирования студентов.

Также было выявлено, что средние значения величин шкал «жизнестойкость», «вовлеченность», «принятие риска» (табл. 3.4.3)

студенток второй группы, независимо от характеристики «ощущения счастья», по сравнению с нормативными данными, значимо отличаются в отрицательную сторону, отражают степень проявления адаптационных нарушений и выраженность сопутствующих психопатологических расстройств.

Таким образом, в исследовании установлена значимая обратная связь между удовлетворенностью жизнью и счастьем, интенсивностью психологического дистресса, степенью проявления адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов. Показано, что феномен адаптационных нарушений у лиц женского пола связан с тревожно-депрессивными проявлениями, эмоциональной лабильностью, трудностями межличностной коммуникации.

Определено, что ощущение счастья препятствует развитию выраженных психопатологических радикалов, сопутствующих психологическому дистрессу, поддерживает удовлетворенность жизнью и выступает предиктором дезадаптации. Вместе с тем, без дополнительных ресурсов жизнестойкости не может направленно воздействовать на степень проявления адаптационных нарушений.

Полученные данные легли в основу системы комплексной медико-психологической помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации.

Выяснение патогенетических индивидуально-психологических предикторов формирования состояний дезадаптации и употребления молодежью ПАВ является приоритетным перспективным направлением дальнейших исследований оценки вероятности психического дистресса и аддиктивного поведения, несет в себе большой инновационно-методический потенциал по оптимизации учебно-воспитательного процесса в университете, в частности превентивно-профилактической архитектуры современной модели медико-психологической помощи студенческой молодежи с

нарушениями и расстройствами адаптации, и опытом употребления психоактивных веществ, которая нацелена на формирование активной, сильной личности, способной смело разрабатывать стратегию поведения, осуществлять нравственный выбор и нести за него ответственность.

Резюме к разделу 3

1. По результатам проведенного исследования были получены следующие клинико-анамнестические и социально-демографические показатели по всей выборке (всего $n = 479$).

Установлено, что по гендерному признаку группы распределились неравномерно. В 1 и 2 группе распределение между девушками и юношами составило 70% и 30%, а в 3 группе – 55% и 45% соответственно.

По результатам анализа групп студентов по признакам возраста и семейного положения было отмечено, что в группе студентов с признаками адаптационных нарушений количество лиц в возрасте 21 и более – ниже, чем в 1 и 3 соответственно. Установлено, что среди молодежи с признаками адаптационных расстройств удельный вес в браке значительно выше, чем в 1 и 2 группах.

По анамнестическим данным членов семей студентов выявлено, что отец не работает у 6,5% студентов 1 группы, 11% и 15% – 2 и 3 группах респондентов соответственно. Определено, что мать не работает у 9% обследованных 1 группы, 17% - 2 группы. Есть матери у 33% студентов 1 группы, 35% – 2 группы. У всех студентов 3 группы есть матери, 30,7% из них не работают.

Установлено, что в образовании отца у обследованных статистически значимых различий не было. По образовательному уровню матерей различия по группам распределения: в 1 группе – 70% матерей имеют высшее образование, во 2 – 60% и в 3 – 46% ($p < 0,05$).

Анамнестически был подтвержден высокий уровень ощущения напряженности среди исследуемого контингента при выполнении домашних заданий, а также значительная потребность в медико-психологической помощи таким студентам.

2. 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. Расстройства адаптации существенно нарушают социальное функционирование студентов и приводят к учебной дезадаптации. Полученные данные легли в основу комплексной системы медико-психологической помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации.

3. По данным клинико-психопатологического обследования, реализованного с помощью шкалы SCL-90-R, выявлено, что из всей совокупности обследованных студентов доминирует превышение показателей по шкале фобической тревожности ($0,43 \pm 0,61$, при норме $0,18 \pm 0,02$ балла), что проявляется как переживание широкого спектра негативных ощущений. Беспокойство, внутреннее напряжение, неуверенность в правильности своего поведения свидетельствуют о наличии у молодых людей когнитивных компонентов чувства опасности, неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности в отношении конкретных людей, событий, ситуаций. Иррациональный характер переживаний влечет за собой тенденцию к избегающему поведению, негативными ожиданиями относительно коммуникаций в образовательной среде (однокурсниками, преподавателями), чувством недовольства отношениями с окружающими,

повышенной чувствительностью к их действиям, высказываниям и подтверждается повышением уровня показателя шкалы психотизма ($0,43 \pm 0,62$, при норме $0,30 \pm 0,03$ балла), что отражает затруднения в межличностной коммуникации, негативные эмоциональные переживания и раздражительность, не свойственные им ранее.

4. Определено, что ощущение счастья препятствует развитию выраженных психопатологических радикалов, сопутствующих психологическому дистрессу, поддерживает удовлетворенность жизнью и выступает предиктором дезадаптации. Вместе с тем, без дополнительных ресурсов жизнестойкости не может направленно воздействовать на степень проявления адаптационных нарушений.

Основные научные данные, представленные в этом разделе, опубликованные в следующих научных трудах:

1. Киосев Н.В. Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий: монография /Авторский коллектив / под общ. ред. Е.Г. Максименко, В.В. Сидневы, А.В. Гордеевой, Е. В. Новиковой. – Донецк: Изд-во ГОУ ВПО «ДонНУ», 2019. – 379 с., Гл.1. – С.52 – 73.

2. Kioseva E., Kiosev N. Characteristics features of satisfaction with life of undergraduate girls with the adjustment disorder/ E. Kioseva, N. Kiosev // Научно-практический журнал по дермато-венерологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2020. – № 1 (27). – С. 12– 16.

3. Киосева Е.В., Джоджуа А.Г., Киосев Н.В. Особенности клинко-патопсихологических характеристик психоэмоциональной сферы студентов первого курса ВУЗа, проживающих в зоне военного конфликта // Международная научно-практическая конференция «Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015» – Донецк, 2015. – С. 204-205.

4. Пацкань И.И., Прокофьева В.Н., Киосев Н.В. Особенности адаптации студентов первого курса к учебному процессу, с учётом нахождения их в зоне военного конфликта в период заключительного года обучения в средней школе // Международная научно-практическая конференция «Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015» – Донецк, 2015. – С. 220–221.

5. Киосев Н.В. Патопсихологическая характеристика эмоциональной сферы студентов младших курсов медицинского университета // Материалы 78-ого Международного медицинского конгресса молодых ученых «Актуальные проблемы клинической, теоретической, профилактической медицины, стоматологии и фармации» – Донецк: «Каштан», 2016. – С. 97.

6. Киосев Н.В. Особенности психофункциональной характеристики студенческой молодежи при нарушениях адаптации / Н. В. Киосев // «Наука побеждать...болезнь»: материалы II Международного медицинского форума Донбасса, 14-15 ноября, 2018, г. Донецк. – Донецк: МЗ ДНР, ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, 2018. – С.92.

РАЗДЕЛ 4

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИЛННЫХ НАРУШЕНИЙ. АДДИКТИВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

4.1. Копинг-стратегии у студенческой молодежи

При анализе полученных данных измерялись стратегии совладания: суммированы ответы на вопросы шкалы COPE в баллах (от 1 до 4): ранжированы от максимума (max) к минимуму (min), и наглядно представлены на выборке (объем $n = 208$) студентов 2014-2015 учебного года (год активных боевых действий в регионе). Затем выделена доля лиц (в %) и распределены шкалы по ранговому приоритету. Результаты исследования представлены в табл. 4.1.1.

Таблица 4.1.1

Приоритетный выбор и разнообразие копинг-стратегий студентов младших курсов (абс./Р/%)

Шкалы «COPE»	Все, $n=208$	Группа 1, $n=114$	Группа 2, $n=64$	Группа 3; $n=30$
F1 Позитивное переформулиро вание и личностный рост	85/40,87	52/45,61	24/37,51	9/30
F2 Мысленный уход от проблемы	16/7,69	8/7,01	4/6,25	4/13,33
F3 Концентрация	34/16,35	14/14,91	9/14,07	8/26,67

на эмоциях и их активное выражение				
F4 Использование инструментальной социальной поддержки	30/19,23	22/19,31	10/15,63	8/26,67
F5 Активное совладание	71/34,13	42/36,85	23/39,54	6/20,00
F6 Отрицание	7/3,36	4/3,51	3/4,68	6/20,00
F7 Обращение к религии	33/15,86	15/13,16	8/12,51	10/33,33
F8 Юмор	53/25,48	34/29,82	16/25,00	3/9,99
F9 Поведенческий уход от проблемы	2/0,96	1/0,88	1/1,56	0
F10 Сдерживание	14/6,73	8/7,02	5/7,82	1/3,33
F11 Использование эмоциональной социальной поддержки	56/26,92	26/22,81	20/31,52	10/33,33
F12 Использование «успокоительных»	7/3,36	2/1,75	1/1,56	1/3,33
F13 Принятие	32/15,39	19/16,66	10/15,62	3/10,00
F14 Подавление конкурирующей деятельности;	33/15,86	23/20,17	8/12,51	2/6,66
F15 Планирование	77/37,02	46/40,35	22/37,37	9/30,00

Установлено, что у практически здоровых студентов (группа 1) в тройку доминирующих копинг-стратегий входят: на 1-м месте – позитивное переформулирование и личностный рост 45,61%, как один из видов эмоционально ориентированного копинга: направленный на управление эмоциональным дистрессом, а не на разрешение стрессовой ситуации. Значимость этой стратегии не ограничивается лишь снижением вероятности дистресса. Так, восприятие стрессового взаимодействия в позитивном свете должно неизменно привести к тому, что человек продолжит активные, проблемно ориентированные действия, направленные на преодоление стресса.

На 2м месте – планирование 40,35% – является обдумыванием и осознанием того, как преодолеть влияние стрессора. Планирование вызывает стратегии действий, осмысление того, какие шаги следует предпринять и как лучше всего справиться с проблемой. Эта стратегия является проблемно ориентированной, но принципиально отличается от прямого выполнения действий, направленных на разрешение проблемы. Более того, планирование происходит во время вторичной оценки, а активный копинг – во время фазы непосредственного преодоления.

На 3-м месте – активное совладание 36,85% – процесс, при котором человек предпринимает активные действия с целью предотвратить, уйти от влияния стрессора или изменить (улучшить) его воздействие. Активный копинг включает в себя инициацию направленных действий, увеличение объема прилагаемых усилий и попытку пошагового (постепенного) преодоления сложных ситуаций.

Для студентов с признаками нарушения адаптации характерны другие приоритеты в выборе совладающего поведения: на 1м месте – активное совладание 39,54%, второе место разделили: позитивная переоценка 37,51% и планирование 37,37%.

Студентов с признаками расстройств адаптации характеризует лидирование на 1м месте – использование эмоциональной социальной поддержки (утешение) – 33,33% и обращение к религии – 33,33%. Молодой человек может обращаться к религии в стрессовой ситуации по самым разным причинам: религия (вера) может служить источником эмоциональной поддержки, помощью в положительной переоценке и развитии или являться тактикой активного преодоления влияния стрессора.

На 2м месте – по 30% позитивная переоценка и планирование.

На 3м месте – сочетание по 26,67% – концентрации на эмоциях и их активное выражение. Одной из малоадаптивных стратегий является концентрация на эмоциях и эмоциональный выход: тенденция "зацикливания" на собственных переживаниях и выражение этих чувств, что может препятствовать адаптации и использованию инструментов социальной поддержки (содействие).

Анализ копинг-стратегий с использованием шкалы «COPE» позволил определить, что для абсолютного большинства обследованных студентов в ситуациях фрустрации характерна склонность к преодолению негативных переживаний за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной погруженности в нее, а также ограничения стратегий когнитивной и поведенческой адаптации, что может быть причиной нарушения процессов саморегуляции и успешной адаптации.

Таким образом, особенностями копинг-стратегий молодых людей при дезадапционных состояниях являются: неконструктивный характер последовательности их применения, недостаточная частота и слабое разнообразие адаптивного репертуара, которые проявляются в виде сложностей решения проблем и затруднений совладания со стрессом.

4.2. Аддиктивный статус студенческой молодежи

Комплексная оценка аддиктивного статуса контингента в качестве фона и последствий адаптационных нарушений и расстройств проводилась с помощью AUDIT-подобных тестов. Среди всех обследованных ($n = 479$) выявлено 82,7% (396/479) студентов, которые имели опыт употребления ПАВ, преимущественно алкоголя и табака, из них девушки – 58,5% (280/479), то есть 83,6% (280/335); юноши – 24,2% (116/479), то есть 80,6% (116/144). Полученные данные совпадают с результатами международного исследования ESCAD «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ», которое было проведено в Беларуси и Украине в 2015 году (данные представлены в Разделе 1).

Соотношение приема ПАВ соответственно уровням их употребления среди обследованного контингента приведены на рис. 4.2.1

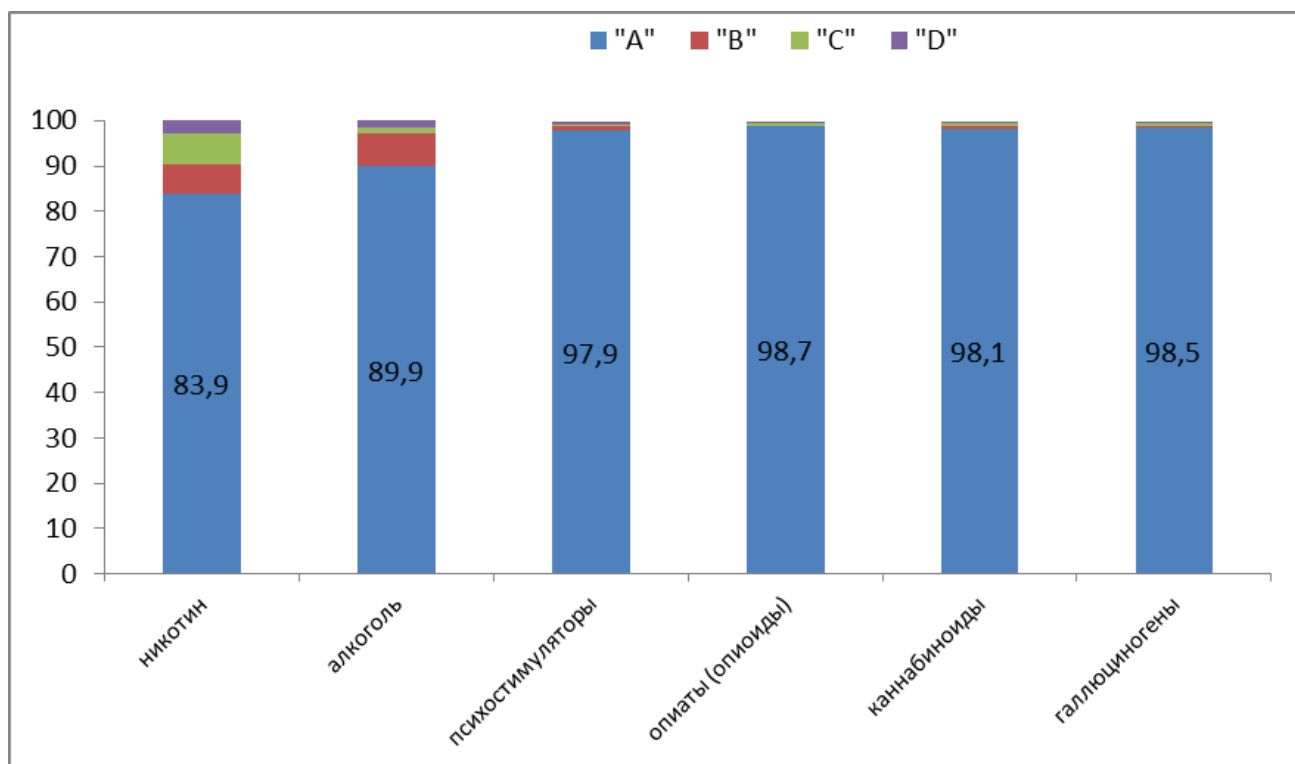


Рис. 4.2.1 Распространенность и структура употребления различных ПАВ среди студенческой молодежи (%)

Из приведенных на рис. 4.2.1 данных следует следующее:

- употребление алкоголя: у большинства респондентов преобладал стиль безопасного употребления (степень «А» 1-7 баллов) – 89,9% (431/479), опасное употребление (степень «В» 8-15 баллов) составило 7,3% (35/479), употребление с вредными последствиями (степень «С» 16-19 баллов) – 1,3% (6/479), зависимые состояния (степень «D» 20 и более баллов) – 1,5% (7/479);
- табакокурение: стиль безопасного употребления обнаружен у 83,9% (431/479) случаев, опасного употребления – у 6,3% (30/479), с вредными последствиями – у 7,1% (34/479), зависимые состояния составили 2,7% (13/479) то есть, имеет место широкая степень вариаций – от степени «А» (безопасного употребления) до степени «D» (набрали по 20 баллов);
- употребление психостимуляторов, соответственно: 97,9% (469/479), 1,0% (5/479), 0,2% (1/479), и зависимые состояния – 0,8% (4/479);
- употребление опиатов (опиоидов): стиль безопасного употребления отмечен у 98,7% (473/479), опасного употребления – 0,2% (1/479), с вредными последствиями – 0,4% (2/479), зависимые состояния – 0,6% (3/479);
- употребление каннабиноидов: стиль безопасного употребления составил 98,1% (470/479), опасного употребления – 0,8% (4/479), с вредными последствиями – соответственно 0,4% (2/479), зависимые состояния – 0,6% (3/479);
- употребление галлюциногенов, соответственно: 98,5% (472/479), 0,4% (2/479), 0,4% (2/479), зависимых состояний – 0,6% (3/472);
- «смешанные формы» (преимущественно алкоголь и табак): стиль безопасного употребления *mix* «AA» составил – 79,5% (381/479), *mix* «AB» составил – 4,0% (19/479), *mix* «AC» составил – 0,2% (1/479), *mix* «AD» составил – 0,2% (1/479), *mix* «BA» составил – 4,4% (21/479), *mix* «BB» составил – 1,7% (8/479), *mix* «BD» составил – 0,2% (1/479), *mix* «CA» составил – 1,9% (9/479), *mix* «CB» составил 0,2% (1/479), *mix* «CC» составил

– 0,6% (3/479), mix «DA» составил – 4,2% (20/479), mix «DB» составил – 1,5% (7/479), mix «DC» составил – 0,4% (2/479), mix «DD» составил – 1,0% (5/479).

Исходя из полученных результатов, тенденции употребления ПАВ у обследованного контингента студенческой молодежи можно охарактеризовать следующим образом. Большая часть обследованных при приеме различных ПАВ находятся преимущественно в зоне относительно «безопасного употребления» (степень «А» 1-7 баллов) или «опасного употребления» (степень «В» 8-15 баллов), но еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной (степень «С» 16-20 баллов – с вредными последствиями; степень «Д» – 20 баллов и более – зависимые состояния). Ситуация усугубляется тем, что молодежь одновременно употребляет алкоголь и курит табак.

Следующим шагом исследования стало распределение объектов на группы при заданном алгоритме; выбор метрики кластеризации и задачи алгоритма распределения студентов на группы содержал субшкалы SCL-90-R: SOM, INT, DEP, ANX, PHOB и шкалу «САН».

При помощи агломеративного метода минимальной дисперсии (кластеризация методом «k-срединных») [203] из общего количества обследованных было сформировано три группы в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: группа 1 – практически здоровые студенты: $n = 241$ (50,3%), из них девушки $n = 167$ (69,3%), юноши $n = 74$ (30,7%); группа 2 – лица с признаками адаптационных нарушений: $n = 168$ (35,1%), из них девушки $n = 121$ (72,0%), юноши $n = 47$ (28,0%); и группа 3 – с признаками адаптационных расстройств: $n = 70$ (14,6%), из них девушки $n = 47$ (67,1%), юноши $n = 23$ (32,9%).

По результатам скрининга психоэмоционального состояния, общего психического и аддиктивного статусов обследованного контингента определяли удельный вес лиц, которые никогда не употребляли ПАВ (табл. 4.2.1).

Таблица 4.2.1

Удельный вес исследованных, не употреблявших ПАВ, n=479

ПАВ	Группа 1, n=241		Группа 2, n=168		Группа 3, n=70	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0 баллов, не употребляют	37	15,4	31	18,5	15	21,3
Больше 0 баллов	204	84,6	137	81,5	55	78,6

Статистически значимый окончательный вариант распределения объектов на группы, n = 479: из них – девушки 335 (69,9%), юноши 144 (30,1%)

1 группа – практически здоровые студенты: n = 241 (50,3%), из них девушки n = 167 (69,3%); юноши n = 74 (30,7%).

а) 37 (15,4%) лиц не употребляют ПАВ: девушки n = 21 (12,6%); юноши n = 16 (21,6%);

б) 204 (84,6%) лиц употребляют ПАВ: девушки n = 146 (87,4%); юноши n = 58 (78,4%).

2 группа – молодежь с признаками адаптационных нарушений: n = 168 (35,1%), из них: девушки n = 121 (72,0%); юноши n = 47 (28,0%).

а) 31 (18,5%) лица не употребляют ПАВ: девушки n = 24 (19,8%); юноши n = 7 (14,9%);

б) 137 (81,5%) лиц употребляют ПАВ: девушки n = 97 (80,2%); юноши n = 40 (85,1%).

3 группа – студенты с признаками адаптационных расстройств: n = 70 (14,6%), из них: девушки n = 47 (67,1%); юноши n = 23 (32,9%).

а) 15 (21,4%) лиц не употребляют ПАВ: девушки n = 10 (21,3%); юноши n = 5 (21,7%);

б) 55 (78,6%) лица употребляют ПАВ: девушки n = 37 (78,7%); юноши n = 18 (78,3%).

Таким образом, доказано, что студенты младших курсов университета склонны к употреблению ПАВ (82,7%). Установлены особенности аддиктивного поведения среди молодежи с расстройствами адаптации: тип употребления ПАВ определен как полисубстантный (напитки с низким содержанием алкоголя и табакокурения), доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов) – донозологический паттерн аддиктивного состояния. Полученные результаты исследования стали основой системы оказания медико-психологической помощи молодым людям с расстройствами адаптации, которые употребляют ПАВ.

4.3. Мотивационные предикторы употребления ПАВ студенческой молодежи

Были установлены следующие варианты мотивации употребления ПАВ среди обследованной студенческой молодежи (табл. 4.3.1).

Таблица 4.3.1.

Мотивация употребления ПАВ у обследованного контингента (%)

N	Утверждение	Гр 1 ПЗ	Мотивы	Утверждение	Гр 3 РА	Мотивы
1	Влияние друзей и компании	56	Субмиссивные (с/п)	Влияние друзей и компании	65	Субмиссивные
2	Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения	44	Гедонистические (личностные)	Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их	56	Атарактические (личностные)
3	Отсутствие внешнего контроля взрослых	32	Субмиссивные (с/п)	Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения	36	Гедонистические (личностные)

Установлено, что у практически здоровых студентов (группа 1) и у студентов с признаками расстройств адаптации (группа 3) в структуру мотивов, побуждающих молодых людей употреблять ПАВ в тройку доминирующих входят следующие мотивы.

На 1м месте – «Влияние друзей и компании» – 56% – субмиссивные мотивы (неспособность противостоять давлению) в группе 1 и 65% соответственно в группе 3.

На 2м месте у практически здоровых студентов – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» – 44% – гедонистические мотивы, у студентов с признаками расстройств адаптации – «Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их» – 56% – атактические мотивы (для снятия психоэмоционального напряжения).

На 3м месте у молодежи группы 1 – «Отсутствие внешнего контроля взрослых» – 32% – субмиссивные мотивы, у группы 3 – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» – 36% – гедонистические мотивы (для наслаждения, удовольствия).

Что касается причин привлечения молодых людей к наркотикам, то среди 12 приведенных в «КОС» вопросов, наиболее значимыми, по мнению студентов, являются влияние других людей, компании (табл.4.3.2).

Таблица 4.3.2.

Распределение ответов на вопрос: «Почему, на Ваш взгляд, молодые люди начинают употреблять наркотики (психоактивные вещества)?»

№	Ответы на вопросы	Абс. (n=479)	%
1	Под влиянием других людей, компаний	341	71,2±2,1
2	Из-за употребления спиртных напитков	92	19,2±1,8
3	От безделья, отсутствия занятий	241	50,3±2,3
4	От незнания всех последствий употребления наркотиков	63	13,2±1,5
5	Из-за стремления к удовольствию	135	28,2±2,1
6	Желание выглядеть взрослым	147	30,7±2,1
7	Чтобы забыть плохое	103	21,5±1,9
8	Отсутствует контроль взрослых	107	22,3±1,9
9	Ради интереса к «запретному плоду»	167	34,9±1,5
10	От неумения контролировать себя	105	21,9±1,9
11	По принуждению	10	2,1±0,7
12	Чтобы стать «своим»	114	23,8±1,9

Последующие утвердительные ответы распределялись в порядке убывания, а именно: стремление к удовлетворению; желание выглядеть взрослым или забыть плохое; отсутствие контроля со стороны взрослых; интерес к «запретному плоду»; чтобы стать «своим»; неумение контролировать себя. Из 479 студентов 341 (71,2%) (ответ на вопрос 45.1 «КОС») считают, что молодые люди начинают употреблять ПАВ под влиянием других людей и компаний, из них 87,91% не считают предметом уважения престижное место жительства (вопрос 37.1 «КОС»), 48,2% считают достойным обучение в престижном ВУЗе, 45,3% – высокая успеваемость в обучении, 39,9% – эрудированность и начитанность. Таким образом, основные причины имеют морально-этический и социо-культуральный характер (суждения, ценности и убеждения).

Детальное распределение ответов на вопрос: «Почему, на Ваш взгляд, молодые люди начинают употреблять наркотики (психоактивные вещества)?» приведены в табл. 4.3.2.

Обращает внимание тот факт, что примерно 20% студентов (каждая пятый молодой человек) ответили, что они никогда не получали информацию о наркотических веществах от преподавателей, психологов в школе, университете, сотрудников милиции. В то же время, такое же количество студентов 1-2 курсов присутствовали при употреблении наркотиков другими лицами. Поэтому, вышеуказанные молодые люди могут быть отнесены к группе риска формирования зависимости от ПАВ. Также низкий удельный вес занимают полученные студентами сведения о наркотических веществах от друзей, знакомых, средств массовой информации.

Кроме того, студенты считают необходимым проведение разъяснительных бесед для молодых людей по проблеме употребления ПАВ – от 70% до 91% от числа респондентов. Этот опрос свидетельствует о низкой оценке молодежью эффективности информационно-профилактической работы заинтересованных лиц и структур: родителей, педагогов, психологов, врачей, представителей правоохранительных органов, как действенного средства противодействия распространению проблемы наркомании. Результаты исследования показали, что большинство молодых людей считают, что профилактика зависимого поведения среди молодежи крайне нужна в современных условиях. Поэтому, основное внимание рационально уделять пропаганде здорового образа жизни (65,1%); организации досуга студентов (54%); созданию специализированных центров для молодежи (50%); формированию соответствующей медико-образовательной базы (43,7%). Таким образом, научный анализ опроса студентов-медиков позволяет обосновать целесообразность разработки эффективной модели медико-социального сервиса, что, в свою очередь,

будет способствовать формированию навыков жизни в свободном от ПАВ пространстве.

Наибольший риск для здоровья и жизни человека студенты связывают с употреблением наркотических средств. Так, 72-75% опрошенных студентов имеют однозначно негативные субъективные (личные) установки по отношению к человеку-наркоману и не хотят, чтобы наркоманы были в нашей стране. При этом, было обнаружено различное отношение к лицам, которые употребляют наркотики, а именно: 55-70% студенческой молодежи относятся к наркоманам с опаской. Значительная часть студентов 50-60% считают, что они выглядят отталкивающе и с ними опасно общаться. Вместе с тем, около половины студентов презируют наркоманов и их ненавидят. От 50% до 66% опрошенных считают, что наркоманов надо лечить принудительно, от 14% до 20% дать возможность им лечиться добровольно.

В целом, «общественное отношение» студентов к употреблению ПАВ в подавляющем большинстве случаев характеризуется как однозначно негативное. От 74% до 98% студентов не находят причин и мотивов, которые заставили бы их употреблять наркотики. В то же время, 15% – не исключают этого. Это та категория молодежи, для которой необходимо применять на основе корреляции «факторов риска» и «факторов защиты» методы превентивного воздействия.

Таким образом, проведенное изучение результатов данного исследования позволило выделить такие доминирующие предрасполагающие факторы употребления ПАВ студентами высших учебных заведений: влияние на принятие ПАВ со стороны других людей (сообществ, компаний), безделье, отсутствие занятости, неумение контролировать себя, желание стать «своим» среди тех, кто употребляет ПАВ.

Особенности употребления наркотиков молодежью имеют множественные мотивационные предикторы, на которые влияют как индивидуально-психологические особенности, так и характеристики

ближайшего и широкого социального окружения, социально-детерминированные паттерны поведения.

Полученные данные способствовали разработке дифференцированной системы медико-психологической помощи молодым людям, употребляющим ПАВ, а также в совершенствовании существующих программ по профилактике наркотизации населения страны.

4.4. Особенности патофизиологической характеристики жизнестойкости студентов младших курсов с расстройствами адаптации

На первом этапе анализа полученных данных были определены основные составляющие жизнестойкости в трех группах девушек ($n = 167$, $n = 121$, $n = 47$) и юношей ($n = 74$, $n = 47$, $n = 23$) младших курсов по опроснику «Тест жизнестойкости». Результаты исследования приведены в табл. 4.4.1-4.4.2.

Таблица 4.4.1

Характеристика общего показателя и составляющих жизнестойкости девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (по опроснику «Тест жизнестойкости», скрининговой версии Е.Н. Осина, 2013), баллы

Шкала	Группа 1, n=167	Группа 2, n=121	Группа 3, n=47	Норма
Жизнестойкость	28,25±5,56; (14,0-36,0); Me=29,0; (25,0-32,0)	23,48±5,54;* (12,0-36,0); Me=22,0; (21,0-24,0)	18,94±5,37;*# (4,0-28,0); Me=21,0; (15,0-27,0)	24,62±6,89
Вовлеченность	10,17±2,08; (5,0-12,0); Me=11,0; (9,0-12,0)	8,0±2,47;* (3,0-12,0); Me=8,0; (6,0-9,0)	6,21±3,17;*# (0,0-12,0); Me=7,0; (4,50-8,50)	8,82±2,59
Контроль	9,08±2,05; (3,0-12,0); Me=9,0; (8,0-11,0)	7,71±1,75;* (4,0-12,0); Me=8,0; (7,0-9,0)	6,02±1,36;*# (2,0-9,0) Me=6,0; (5,0-6,50)	8,12±2,46
Принятие риска	9,01±2,15; (2,0-12,0); Me=9,0; (7,0-11,0)	7,77±2,28;* (1,0-12,0); Me=8,0; (6,0-9,0)	6,71±2,04;*◇ (2,0-11,0); Me=7,0; (5,0-8,0)	7,68±2,64

Примечания: 1. Группа 1, n=167 – практически здоровые девушки;

Группа 2, n=121 – девушки с признаками нарушения адаптации;

Группа 3, n=47 – девушки с признаками расстройств адаптации.

2. В табл.4.4.1-4.4.2 –*– высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 1 на уровне $p < 0,001$;

3. # – высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 2 на уровне $p < 0,001$;

4. ◇ -уровень статистической значимости различий частоты с группой 2 на уровне $p < 0,05$;

Таблица 4.4.2

Характеристика общего показателя и составляющих жизнестойкости юношей 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (по опроснику «Тест жизнестойкости», скрининговой версии Е.Н. Осина, 2013), баллы

Шкала	Группа 1, n=74	Группа 2, n=47	Группа 3, n=23	Норма
Жизнестойкость	29,96±5,72; (18,0-36,0); Me=33,0; (24,0-36,0)	22,53±5,61;* (12,0-34,0); Me=23,0; (17,0-29,0)	18,63±6,73;*# (9,0-30,0); Me=18,0; (11,50-24,50)	24,62±6,89
Вовлеченность	10,21±2,09; (5,0-12,0); Me=11,0; (9,0-12,0)	7,76±2,74;* (2,0-12,0); Me=8,0; (6,0-10,0)	6,05±2,72;* (1,0-12,0); Me=6,0; (4,0-8,0)	8,82±2,59
Контроль	10,07±2,15; (5,0-12,0); Me=11,0; (8,0-12,0)	7,85±2,17;* (3,0-12,0); Me=3,90; (3,70-3,90)	6,38±2,10;*◇ (3,0-12,0); Me=7,0; (4,0-8,0)	8,12±2,46
Принятие риска	9,67±2,01; (2,0-12,0); Me=10,0; (8,0-11,0)	6,92±2,42;* (2,0-11,0); Me=7,0; (6,0-9,0)	6,20±2,87;* (2,0-11,0); Me=6,0; (3,0-8,0)	7,68±2,64

Примечания: Группа 1, n=74 – практически здоровые юноши;

Группа 2, n=47 – юноши с признаками нарушения адаптации;

Группа 3, n=23 – юноши с признаками расстройств адаптации.

Установлено, что средние значения шкал «Теста жизнестойкости» («ЖС») (табл. 1, 2), у практически здоровых девушек и юношей (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 позиции. 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 ($n = 479$) 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 качество 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 ($n = 167$; $n = 121$; $n = 47$) и юношей ($n = 74$; $n = 47$; $n = 23$).

Как свидетельствуют полученные данные (табл. 4.4.1), среди девушек ($n = 167$; $n = 121$; $n = 47$) 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, что отражает континуум индивидуальных вариаций психологического дистресса, степени проявлений

адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов. Детальный анализ приведен в табл. 4.4.1.

Установлено, что значение максимумов по шкале «вовлеченность» в трех группах соответствуют максимально возможному баллу ($\max = 12,0$). Вместе с тем, значение минимумов «вовлеченности» у исследуемого контингента закономерно существенно отличается, а именно: $\min = 5,0$ – в группе 1, $\min = 3,0$ – в группе 2 и $\min = 0,0$ – в группе 3, на уровне $p < 0,001$. Иными словами, 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.

Полученные значения нижних квартилей показывают значимые различия сравниваемых групп студенток по конструкту «commitment» и отражают степень снижения уровня исследуемого параметра: 25% девушек первой группы имеют 9 баллов ($q_{25} = 9,0$), лица женского пола второй и 3 й групп соответственно 6 баллов ($q_{25} = 6,0$) и 4,5 балла ($q_{25} = 4,5$). Другими словами, 25% девушек с признаками расстройств адаптации характеризуются вовлеченностью в 2 раза ниже, чем практически здоровые студентки, то есть превалируют установки отчуждения.

Установленные верхние квартили вовлеченности у девушек статистически значимо свидетельствуют о том, что 75% исследуемого контингента 3-ей группы находятся в диапазоне ниже нормы ($q_{75} = 8,50$), тогда как в первой группе 75% студенток имеют высокие показатели определенного параметра ($q_{75} = 12,0$).

На этапе сопоставления показателей «Теста жизнестойкости» среди юношей ($n = 74$; $n = 47$; $n = 23$) обнаружены аналогичные результаты (табл. 4.4.2).

Проведенное исследование позволило установить четкие различия выделенных групп, обследуемых по шкалам «жизнестойкость», «контроль» и «принятие риска». Выявлено, что средние значения шкал «Теста жизнестойкости» (табл. 4.4.1, 4.4.2) у девушек и юношей с признаками нарушений адаптации ($n = 121$ и $n = 47$) и расстройств адаптации ($n = 47$ и $n = 23$) 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.

Проведенный корреляционный анализ связи между значением жизнестойкости и субшкалами О-С, DEP, ANX, а также индексами GSI, PSI (по шкале SCL - R - 90) обследованных девушек второй группы (использовался коэффициент корреляции ранга Спирмана; достоверность по уровню $p < 0,001$ и $p < 0,05$) показал наличие достоверной слабой отрицательной корреляционной взаимосвязи между исследуемыми показателями: $R = -0,242, p < 0,005$; $R = -0,193, p < 0,025$; $R = -0,282, p < 0,001$; $R = -0,253, p < 0,003$; $R = -0,283, p < 0,001$.

У исследуемых юношей второй группы доказана средней силы достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между

показателями жизнестойкости и значениями по субшкалам O-C, INT, DEP и индексом GSI: $R = -0,476$, $p < 0,001$; $R = -0,476$, $p < 0,001$; $R = -0,340$, $p < 0,014$; $R = -0,372$, $p < 0,007$. Установлена слабая достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между значением жизнестойкости и индексами PDSI, PSI: $R = -0,296$, $p < 0,033$; $R = -0,324$, $p < 0,001$, то есть, уровень развитости жизнестойкости может быть маркером оценки степени психологической адаптации к стрессовой ситуации.

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 значении 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.

Доказано наличие достоверной средней силы отрицательной корреляционной взаимосвязи между показателями жизнестойкости девушек 3-й группы и значениями по субшкалами INT, DEP, индексами GSI и PDSI: $R = -0,487$, $p < 0,002$; $R = -0,613$, $p < 0,001$; $R = -0,328$, $p < 0,04$, $R = -0,576$, $p < 0,001$. Установлено наличие гендерных различий, а именно: достоверная средней силы отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости юношей 3-й группы и значениями по субшкалам INT, O-C: $R = -0,617$, $p < 0,001$; $R = -0,624$, $p < 0,001$. Определена достоверная средней силы положительная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости юношей 3-й группы и значением субшкал РНОВ: $R = 0,693$, $p < 0,001$; слабой силы положительная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости и значением индекса PSI: $R = 0,351$, $p < 0,05$; достоверная сильная положительная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости исследуемых студентов и параметром по субшкале SOM: $R = 0,717$, $p < 0,001$. Т.е, юноши 3-й группы существенно больше склонны контролировать события своей жизни, чем девушки.

Хотя студенты 3-й группы никогда не увлекались тем, что они делали, вместе с тем одновременно стремились серьезно относиться к выполнению любых поручений и учебных задач.

И исследование жизнестойкости студентов показало наличие высокой степени разнообразия признаков жизнестойкости у исследуемого контингента. Развитое личностное качество «hardiness» имеют 54,8% студентов младших курсов университета. Показатели теста основных составляющих жизнестойкости у 35,1% молодежи находятся ниже нормы, а у 14,6% – существенно ниже нормы,

Таким образом, выяснение патогенетических индивидуально-психологических предикторов формирования состояний дезадаптации является приоритетным перспективным направлением дальнейших исследований оценки вероятности психического дистресса и новых ресурсов психологической поддержки студентов младших курсов в условиях высших учебных заведений, а также может указать на новые направления практической деятельности по оптимизации учебно-воспитательного процесса в университете, в частности превентивно-профилактической архитектуры современной модели медико-социальной помощи молодым людям с расстройствами адаптации, которые имеют опыт употребления психоактивных веществ.

Из вышеприведенного можно сделать вывод, что перенапряжение компенсаторных процессов вследствие влияния хронических стрессовых факторов, а именно: психофункциональные перегрузки в течение первых лет обучения в высшем учебном заведении, напряженные отношения в студенческой среде, срыв или патологическое развитие механизмов преодоления стресса (копинг-стратегий), приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, на основе взаимопотенцирующего действия декомпенсации индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют психопатогенетическую цепь и

патофизиологический порочный круг: (1) стрессорные влияния → (2) **психоэмоциональные перегрузки** → (3) **патофизиологическая декомпенсация** → (4) неэффективные или патологические копинг-стратегии → (5) употребление и/или злоупотребление ПАВ → (6) низкий уровень жизнестойкости + формирование хронического переутомления → (7) адаптационные нарушения и расстройства с разнообразной психопатологической симптоматикой → (2) **потенцирование психоэмоциональных перегрузок** → (3) **усугубление патофизиологической декомпенсации** на уровне более сложных процессов расстройств психического здоровья.

Резюме к разделу 4

1. Анализ копинг-стратегий с использованием шкалы «COPE» позволил определить, что для абсолютного большинства обследованных студентов в ситуациях фрустрации характерна склонность к преодолению негативных переживаний за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной погруженности в нее, а также ограничения стратегий когнитивной и поведенческой адаптации, что может быть причиной нарушения процессов саморегуляции и успешной адаптации.

2. Доказано, что студенты младших курсов университета склонны к употреблению ПАВ (82,7%). Установлены особенности аддиктивного поведения среди молодежи с расстройствами адаптации: тип употребления ПАВ определен как полисубстантный (напитки с низким содержанием алкоголя и табакокурения), доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов), что можно интерпретировать как донозологический паттерн аддиктивного состояния.

3. Определены основные мотивационные предикторы употребления ПАВ студентами младших курсов: стремление к удовлетворению, желание выглядеть взрослым или забыть плохое,

отсутствие контроля со стороны взрослых, интерес к «запретному плоду», чтобы стать «своим, неумение контролировать себя. Очевидно, что ведущие причины имеют морально-нравственный и социо-культуральный характер (суждения, ценности и убеждения).

4. Показано, что развитое личностное качество жизнестойкости «hardiness» имеют 50,3% студентов младших курсов университета, у 35,1% молодежи ее показатели находятся ниже нормы, а у 14,6% – существенно ниже, что на эмоциональном уровне отражает континуум индивидуальных вариаций состояния психологической дезадаптации, степени проявлений адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники». Показано, что слабо развитая жизнестойкость является фактором дезадаптации. Развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья студентов.

5. Установлено, что перенапряжение компенсаторных процессов вследствие влияния хронических стрессовых факторов, а именно: психофункциональные перегрузки в течение первых лет обучения в высшем учебном заведении, напряженные отношения в студенческой среде, срыв или патологическое развитие механизмов преодоления стресса (копинг-стратегий), приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, на основе взаимопотенцирующего действия декомпенсации индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют психопатогенетическую цепь и патофизиологический порочный круг: (1) стрессорные влияния → (2) **психоэмоциональные перегрузки** → (3) **патоперсонологическая декомпенсация** → (4) неэффективные или патологические копинг-стратегии → (5) употребление и/или злоупотребление ПАВ → (6) низкий уровень жизнестойкости + формирование хронического переутомления →

(7) адаптационные нарушения и расстройства с разнообразной психопатологической симптоматикой → (2) потенцирование **психоэмоциональных перегрузок** → (3) усугубление **патоперсонологической декомпенсации** на уровне более сложных процессов расстройств психического здоровья.

Основные научные данные, представленные в данном разделе, опубликованы в следующих научных работах:

1. Крюк Ю.Я., Киосева Е.В., Киосев Н.В. Роль жизнестойкости в формировании стресс-индуцированных состояний / Ю.Я. Крюк, Е. В. Киосева, Н. В. Киосев // Научно-практический журнал по дерматологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2017. – № 3 (17). – С. 6 – 11.

2. Киосев Н.В. Поведенческие реакции как факторы риска инфицирования социально-опасными болезнями / Н. В. Киосев // Научно-практический журнал по дерматологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2019. – № 1 (23). – С. 33 – 35.

3. Киосева Е.В., Оборнев Л.Е., Киосев Н.В. Формирование навыков общения в клинической практике / Е.В. Киосева, Л.Е. Оборнев, Н. В. Киосев // «Наука побеждать...болезнь»: материалы II Международного медицинского форума Донбасса, 14-15 ноября, 2018, г. Донецк. – Донецк: МЗ ДНР, ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, 2018. – С.93.

4. Киосев Н.В. Копинг стиль молодого населения с дезадаптационными состояниями и пути их коррекции / Н. В. Киосев и соавт. // Пути повышения эффективности управленческой деятельности органов государственной власти в контексте социально-экономического развития территорий: материалы III Международной науч.-практ. конф., 6-7 июня, 2019, г. Донецк. Секция 3: Теоретико-правовые и философско-

психологические основы обеспечения социальных инноваций в деятельности органов государственной власти / ГОУ ВПО «ДонАУиГС». – Донецк: ДонАУиГС, 2018. – 202 с.

5. Игнатенко Г.А., Киосев Н.В. Патофизиологический аспект и психофункциональные особенности формирования расстройств адаптации у студенческой молодежи / Г.А. Игнатенко, Н.В. Киосев // «Университетская клиника». – 2019. – № 4 (33). – С. 92–100.

6. Киосев Н.В. Особенности адаптационных нарушений у подростков и молодежи с рисковыми формами поведения молодежи / Н. В. Киосев // «Университетская клиника». – 2020, приложение – С. 227–228.

РАЗДЕЛ 5

ПРИНЦИПЫ И СИСТЕМА ПСИХОПРЕВЕНЦИИ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

5.1. Принципы и система психопреventивных образовательных мероприятий при дезадаптационных состояниях и употреблении психоактивных веществ студенческой молодежью

На этапе сравнительного анализа для дальнейшей работы из студентов групп 2 (137 / 81,5%) и 3 (55 / 78,6%) было сформировано когорту с риском возникновения адаптационных нарушений и расстройств и формирования зависимости от ПАВ, в общем 192 / 80, 7% лиц, которые были сопоставлены со студентами группы 1 (37 / 15,4%), состоявшей из практически здоровой молодежи без опыта употребления ПАВ.

Формирование системы мер, касающихся первичной психопревенции употребления ПАВ, было направлено на:

- а) изменение ценностного отношения студенческой молодежи к употреблению ПАВ, а также формирование личной ответственности за свое поведение;
- б) торможение процесса привлечения студенчества в процесс употребления ПАВ, определяется изменением поведенческих приоритетов, формированием соответствующих установок.

Система психопрофилактического образования в структуре вторичной психопрофилактики была адаптирована для студентов, имеющих адаптационные нарушения и опыт употребления ПАВ. На основе результатов

проведенного исследования разработана и реализована на практике система психопреентивных образовательных мероприятий для данного контингента.

Этап психопреентивных и психообразовательных воздействий (также содержал психокоррекционные, социокоррекционные, психотерапевтические и лечебные мероприятия) в соответствующих группах риска, которые базировались на принципах этапности, дифференцированности и комплексности, реализовывались в групповой или индивидуальной формах.

По приведенному распределению контингента исследования на основе углубленного анализа установленных психопатологических, патопсихологических, индивидуально-личностных особенностей, выявленных психосоциальных характеристик и аддиктивных паттернов студентов первых лет обучения с адаптационными нарушениями и расстройствами определяли мишени психопреентивных, психокоррекционных, психотерапевтических и психообразовательных мероприятий.

Разработана система превентивных образовательных мероприятий на этапе информационных, психопрофилактических, социокоррекционных воздействий, психотерапевтических и лечебных мероприятий для соответствующих групп риска, в структуре первичной и вторичной превенции отличалась научной обоснованностью, комплексностью, этапностью. Проводилась в группах или индивидуально с применением приемов психообразовательной стратегии; рациональной, опосредованной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамической психотерапии, комбинированной с использованием технологий поведенческого рефрейминга и интерактивных методов обучения, реализуемых за счет специализированных вариантов психодидактического коммуникативного тренинга с использованием симулированных сеттингов.

Комплексная программа психопревенции учитывала качественные и содержательные феномены, связанные с формированием характера употребления ПАВ у молодых людей, в том числе тех, которые имеют нарушения адаптации, и была основна на следующих принципах:

1) Психозэкологичной конгруэнтности – психотехническое обеспечение системы психопревенции, которое должно реализовать саногенное влияние через известные и привычные для контингента студенческой молодежи механизмы – дидактическую коммуникацию, групповое межличностное взаимодействие и игровые формы занятий;

2) Контекстной интеграции – механизмы психопревенции должны находиться в синергии с контекстом обучения, что позволяет реализовать модульную интеграцию психотерапевтических и психокоррекционных воздействий в педагогический процесс;

3) Коммуникативной паритетности – межличностная коммуникация как саногенный фактор, должен реализовываться в условиях паритетных коммуникативных отношений между субъектом и объектом психокоррекции и психотерапии. Необходимо нивелировать авторитарные аспекты коммуникации, которые приводят к парадоксальной резистентности по отношению к психодидактическим техникам;

4) Вариабельности коммуникативных ракурсов – в контексте коммуникативных тренировок и психодидактических методов, необходимо индуцировать смену ракурсов коммуникаций и позиций ее участников с целью поиска и усвоения ими новых коммуникативных и поведенческих паттернов;

5) Кризисного утилитаризма – конфликты, возникающие в процессе паритетной коммуникации должны сыграть роль модели кризисной ситуации, при их решении субъект психотерапевтического процесса должен индуцировать поиск ключевых коммуникативных и поведенческих паттернов

участниками коммуникации, исключая механизм авторитарного решения конфликта.

Система психопреventивных психообразовательных мероприятий базировалась на принципах научной обоснованности, комплексности, этапности, учета психопатологических, патоперсонологических, психодезадаптационных феноменов, нарушений и расстройств, а также патогенетических механизмов формирования и реализации поведенческих паттернов употребления ПАВ.

В построении системы были использованы приемы и психотехники следующих методов: рациональной, опосредованной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамической психотерапии, и их комбинации с элементами нейролингвистического программирования, а также интерактивные методы психообразования.

Целью первого психопреventивно-психообразовательного этапа является предотвращение употребления ПАВ молодежью путем проведения информационных занятий в виде лекций, интерактивных бесед, в результате чего было достигнуто:

- повышение психосоциальной и личностной осведомленности студентов;
- усвоение и интериоризация навыков личностной резистентности, психосоциальной и коммуникативной компетентности, а именно: противостояние социальному давлению, отстаивание собственной позиции, формирование собственного убедительно-уверенного поведения в социуме, критического отношения к навязыванию негативных стереотипов относительно употребления ПАВ, самоуважения и самоконтроля в принятии соответствующих решений;
- обучение распознаванию проявлений психоэмоциональной перегрузки и ее предотвращению;

- формирование навыков поддержания здорового образа жизни и общей психогигиены.

В содержательную часть психообразовательной программы первичной психопревенции, которая имеет стратегические цели, отдельно входили вопросы, касающиеся употребления ПАВ:

- эпидемиологии (по видам ПАВ), разъяснения по исключительно коммерческой направленности распространения ПАВ;
- объяснение причин формирования, факторов риска, клинической картины, коморбидной с зависимостью от ПАВ патологии;
- социальных, психоневрологических, личностных, общеклинических и финансовых последствий употребления ПАВ;
- повышение уровня осведомленности по вопросам предупреждения ВИЧ-инфицирования, инфицирования гепатитами В и С;
- предложения по формированию альтернативных мотивационно-поведенческих паттернов у студентов, склонных к употреблению ПАВ;
- особенностей диагностики, коррекции и лечения психических и поведенческих проявлений зависимости от ПАВ;
- психологической защиты и особенностей поведения, которое предотвращает в критических ситуациях употребление ПАВ.

Важное место занимала мотивация молодежи к активному взаимодействию во время занятий, включение в работу в группах, заинтересованность тематическим материалом и возможность его эффективного усвоения.

Система психопревенции адаптационных нарушений и расстройств среди студенческой молодежи состояла из двух блоков: превентивное информирование и превентивное интерактивное образование с четким

разграничением информационного и образовательного компонентов системы.

Первый, преимущественно информационный, компонент был направлен на предоставление информации о психоадаптационных ресурсах, их поддержку и реституцию, а также предостережения об опасности употребления ПАВ. Второй, психообразовательный, был более структурированным и включал мотивационный и дефензивный тренинги с целью активации и переформатирования саногенных интрапсихических модусов размышлений и поведенческих паттернов, в том числе изменение отношения и поведения в части употребления ПАВ.

В начале работы респондентам предоставлялась базовая информация о содержании проблем и опасностей, связанных с употреблением ПАВ, в форме плакатов, брошюр, видеоматериалов, презентаций.

Темами для превентивного информирования были: здоровье и риск, связанный с употреблением ПАВ; отношение к ПАВ; ПАВ и беременность; ПАВ и управление транспортом; ПАВ и питание; ПАВ и семья; ПАВ и здоровье. Группы, с которыми проводили психообразовательные мероприятия, включали до 50-60 студентов.

Превентивное интерактивное образование включало также профилактически-обучающие тренинги, на которых особое внимание уделялось формированию адекватной самооценке студентов путем использования специальных информационных листов для изучения и анализа, тематических упражнений для выполнения. Методом самооценки можно определить модель поведения относительно употребления табака, наркотиков и алкоголя, а также подходы к изменению поведенческих паттернов и соответствующего уменьшения потребления ПАВ.

Превентивная интервенция – это действие, направленное на изменение внутренней и внешней организации жизни человека, связанное с

предложением помощи без осуждения и избегая оценочную коммуникацию. Автором осуществлялась как интервенция в психологическое пространство студентов, так и тренировка навыков такого вмешательства у представителей ближайшего окружения респондентов с целью трансляции психопревентивных образовательных элементов на молодежь, которая не попала в круг нашего профилактического воздействия.

Метод превентивной интервенции помогал студентам обратиться к друзьям, учащимся ВУЗов, употребляющих ПАВ, поговорить со знакомым человеком таким образом, чтобы он обратил внимание на свое потребление ПАВ и захотел изменить поведение.

Превентивно-обучающий тренинг со студентами продолжался не менее часа и проводился в небольших группах по 10-15 слушателей, была обеспечена заинтересованность в общении и предоставлена возможность каждому участнику высказываться и участвовать в процессе. При большем количестве участников не хватало времени для адекватного предоставления информации, дискуссии, а также вопросов и ответов. Каждое интерактивное занятие в малых группах требовало не более двух часов или перерыва после 1,5-2-х часов – чтобы участники избежали «информационной перегрузки». Продолжительность лекционных программ не превышала полчаса, поскольку из-за недостатка взаимодействия способность слушателей к концентрации внимания уменьшалась.

Таким образом, на качественном уровне была обеспечена групповая динамика: выслушивание → беседы → обсуждение проблем → интеграция материала в интрапсихические модули самооценки, анализа и принятия решений об изменении поведенческих паттернов.

Вторичная психопревенция проводилась в виде интерактивных тренингов со студентами, с признаками нарушения адаптации и опытом употребления ПАВ. Точкой приложения психопревентивных мероприятий

стали биосоциальные, субъективно-личностные и поведенческие факторы риска и патогенетические механизмы реализации поведенческого паттерна – употребления ПАВ: контроль над импульсивным поведением, характер самооценки, плохая переносимость фрустрации, расстройства адаптации; а мишенями – аффективные, когнитивные, волевые и поведенческие функции респондента, принимающего ПАВ. Особым образом на протяжении работы с молодежью акцентировалось внимание на понятиях: «мой здоровый образ жизни», «личное решение», «личный выбор». Проводился анализ различных «сценариев» жизни людей, избравших путь употребления наркотиков, табака или алкоголя. Молодые люди определялись с собственной жизненной позицией, ценностями, учились отстаивать свои убеждения и взгляды, строили свой собственный «сценарий жизни» на основе вопросов: кто я и кем я хочу быть?

Во время психопреентивных воздействий преимущественно применялись следующие интерактивные методы обучения: работа в малых группах, ролевые игры, социальные тренинги, анализ проблемных ситуаций. В обучении с активным участием студентов использовали опыт, умозаклучения и знания членов группы, создавали продуктивную атмосферу для раскрытия и развития возможностей, а также предлагали источник взаимного комфорта, что стимулировало процесс принятия решения по формированию здорового образа жизни, адекватного отношения к ПАВ. Основной характерной составляющей мероприятий было то, что значительное внимание уделялось умозаклучениям, впечатлениям, знаниям студентов.

Вопросы профилактической работы с молодежью представлены в табл. 5.1.1.

Таблица 5.1.1

Вопросы превентивной образовательной работы со студентами

Вопросы	Содержательное наполнение
Информирование о:	- феномене безопасности и опасности; - риске и защиты физического, психического и духовного здоровья; - плохом или хорошем настроением, опасных знаниях, ситуациях; - социальных и личностных провоцирующих факторах риска появления проблем употребления ПАВ; - социальном давлением, удовольствии и болезни, безопасных увлечениях и интересах, рекламе и ее цели; - ошибочных представлениях об употреблении алкоголя, табака и наркотиков; - понятии о дружбе, любви, успехе и зависимости
Актуальное отношение к собственным проявлениям жизнедеятельности	- здоровье; - индивидуальность; - осознанный выбор; - эмоции и чувства; - жизненные неурядицы; - личностная резистентность к употреблению ПАВ
Формирование полезных навыков	- противодействия социальному давлению; - принятия правильного решения; - критического мышления, эффективного общения; - формирования самоуважения, уверенности, самоконтроля

Все психологические упражнения были синтонны общим общественным ценностям и доступны в исполнении. Тематические упражнения и интерактивные методики позволяли развивать у студентов критическое мышление и безопасное поведение. На занятиях большое внимание уделялось не только практическим упражнениям, но и групповому обсуждению, что позволяло эффективно формировать защитные механизмы, ослаблять факторы риска употребления ПАВ.

Были учтены такие маркеры личностных детерминант, как акцентуированные формирования личности (суждений, оценок, принципов, идеалов, убеждений), самосознание, самоопределение, стремление к самовоспитанию, самопознание, самосовершенствование, мировоззрение, психосексуальные ориентации, отношение к гражданским правам и обязанностям.

После проработки проблемного поведения употребления ПАВ наступал следующий этап – обучение конструктивным стилям поведения, имеющим психоадаптационные свойства. Был определен круг ситуаций, в которых необходимо изменить способы реагирования и проводить отработку навыков нового адаптивного поведения. Кроме того, на этом этапе также проводилось формирование разноуровневых психологических барьеров, которые предотвращали употреблению ПАВ.

Новацией предложенной психопреентивно-психообразовательной системы выступало проведение психообразовательного курса для педагогических работников высшего учебного заведения.

Профилактический курс для педагогов состоял из трех тем, которые были представлены в форме коротких профилактических информационных интервенций, каждая из которых занимала не более 30 минут, имела четкую структуру и сценарий проведения. Занятия начинали с упражнения на активизацию внимания участников группового процесса. Этапы

профилактического занятия: упражнение на активизацию внимания, актуализация темы, оценка уровня информированности, тематический блок, получение информации в текстовом или в видеоматериале.

Задачей подготовленного педагогического коллектива было сформировать политику по профилактике употребления ПАВ в студенческой среде (табл. 5.1.2). Эффективность профилактической программы предусматривала не одноразовые мероприятия, а спектр скоординированных и постоянных действий педагогов и кураторов студенческих учебных групп. Успешность программы основана на определенных принципах.

Таблица 5.1.2

Особенности психопреентивных образовательных мероприятий,
проводимых со студенческой молодежью педагогическим,
административным составом вузов

Группа воздействия	Цель воздействия	Характер воздействия
1	2	3
Студенты университета	а) информирование о последствиях употребления ПАВ: эпидемиология, диагностика, этиопатогенез, клиническая картина, социальные, психофизиологические, коммуникативные, личностные, клинические и финансовые последствия употребления ПАВ, психологическая защита в критических ситуациях привлечения к употреблению ПАВ, профилактика	как правило, в группе и индивидуально в виде бесед, лекций, тренингов, тематических встреч, распространение медицинской научно-популярной тематической

	рецидивов в употреблении ПАВ, ответы на вопросы, интересующие и уточняющие вопросы;	литературы
Педагогический коллектив, штатные психологи (при наличии таковых в штате)	б) обеспечение условий для формирования положительных стрессоустойчивых паттернов поведения у молодежи, основанных на адекватном самовосприятии и ответственности за совершаемые поступки, способности проанализировать, оценить и изменить нежелательные, негативные психоэмоциональные, поведенческие клише; в) обучение приемам самоконтроля, саморегуляции, освоения социального иммунитета, формирование внутриличностных мотивов и системы ценностей, соответствующих здоровому образу жизни, развитие навыков	групповые тренинги, лекции, беседы, консультации, в том числе, индивидуальные, распространение медицинской научно-популярной тематической литературы

	достижения индивидуальных целей в реальной жизни.	
Администрация	а) признание, что употребление ПАВ – это проблема со здоровьем молодого человека; б) формирование базы для принятия дисциплинарных санкций, применяемых к нарушителям, запрет употребления ПАВ на территории вуза, общежитий; в) создание механизма поддержки стремления студентов, употребляющих ПАВ, добровольно обращаться за помощью; г) организация консультирования и предоставления ранней помощи штатными психологами; д) сохранение принципов конфиденциальности и анонимности для студентов, обратившихся за	лекции, разъяснительные беседы, консультации, ознакомление с медицинской научно-популярной тематической литературой

	помощью; е) участие студентов в реабилитационных программах.	

Особое внимание было уделено рекомендациям-положениям руководству университета о мероприятиях по профилактике употребления ПАВ в вузах, которые обусловлены определением рестриктивной позиции университета по этому поводу и практических путей по предотвращению употребления ПАВ среди молодежи. Эти положения определяли и очерчивали линию поведения администрации, педагогов, штатных психологов учебного заведения.

Было рекомендовано определиться с такими вопросами:

- признание, что употребление ПАВ наносит вред здоровью молодого человека;
- формирование базы для принятия дисциплинарных санкций, применяемых к нарушителям запретов относительно употребления ПАВ на территории вуза, общежитий;
- механизма поддержки стремления студентов, употребляющих ПАВ, добровольно обращаться за помощью;
- организации консультирования и предоставления ранней помощи студентам, употребляющим ПАВ;
- принципов конфиденциальности и анонимности для студентов, которые обратились за помощью;
- участия студентов в реабилитационных программах (организационный аспект);

- недопустимости стигматизации и дискриминации студентов, имеющих химическую зависимость, которые признали это и проходят курс лечения и / или реабилитации.

В процессе проведения вторичной психопревенции также были использованы элементы психопреventивного образования в структуре всех видов психотерапевтического воздействия.

Вторичная психопревенция проводилась в виде интерактивных тренингов со студентами, с признаками адаптационных нарушений и опытом употребления ПАВ. Мишенями воздействия психопреventивных мероприятий и психокоррекционных вмешательств стали психосоциальные, субъективно-личностные и поведенческие факторы риска и патогенетические механизмы реализации аддиктивных поведенческих паттернов: сниженный контроль над импульсивным поведением, патологически измененная самооценка, плохая переносимость фрустрации, адаптационные расстройства. Также мишенями выступали нарушения в аффективной, когнитивной, конативной сферах молодых людей и этологические корреляты этих нарушений, которые приводили к употреблению ПАВ.

Психопреventивные воздействия осуществлялись путем интерактивных методов: работа в малых группах, ролевые игры, тренинги, анализ проблемных ситуаций. Обучение с активным участием студентов использовало опыт, навыки и знания членов группы, создавало продуктивную атмосферу для раскрытия и развития возможностей, а также предлагало источник взаимного комфорта, стимулировало процесс принятия решения по формированию здорового образа жизни и уравновешенно-негативного отношения к ПАВ.

Были учтены такие маркеры личностных детерминант, как акцентуации характера, самосознание, самоопределение, стремление к самовоспитанию,

самопознанию, самосовершенствованию, мировоззрение, психосексуальная ориентация.

Следующий этап – обучение конструктивным стилям поведения, которые имеют психоадаптивные свойства. Проводилось определение круга ситуаций, в которых было необходимо изменить способы реагирования, и осуществлялась отработка навыков нового адаптивного поведения. На этом этапе также проводилось формирование разноуровневых психологических барьеров, которые предотвращали употребление ПАВ.

Для проведенных нами мероприятий была характерна этапность (табл. 5.1.3).

Таблица 5.1.3

Характеристика этапов психопреventивных мероприятий
предотвращения употребления ПАВ студентами университета

Этапы	Содержательная часть	Продолжительность мероприятий
I	а) вступительная индивидуальная работа с каждым респондентом, который обратился за помощью или консультацией; б) выявление психических и поведенческих функций-мишеней для коррекционной работы; в) проведение разъяснительной, рациональной психотерапии; г) формирование новой мотивационно-поведенческой доминанты.	1-1,5 часа
II	а) психологическая коррекция;	от 2 недель до 1,5

	б) использование аутогенной тренировки; в) проведение личностно-ориентированной реконструктивной, поведенческой психотерапии, тренинга коммуникативных навыков, арт-терапии, транзактного анализа; нейро-лингвистического программирования; г) групповая психокоррекционная работа.	месяца
III	проведение поддерживающей психокоррекции и обучения студентов психопрофилактическим навыкам саморегуляции, самоконтроля.	0,5-1 месяц

Психокоррекционные мероприятия, которые дополняли психопреентивные воздействия, проводились в несколько этапов:

– первый, инициальный этап, имел целью установление рабочего альянса между студентом с адаптационным расстройством и опытом употребления ПАВ, и психотерапевтом, содержал психологическое интервьюирование, определение показателей социального функционирования и качества жизни (которые рассматривались как специфические психокоррекционные мишени), осознание наличия проблемы, связанной с адаптационным расстройством и употреблением ПАВ; переосмысление оценки собственного «я», его актуального состояния, возможностей и перспектив развития;

– второй, основной этап, состоял из психокоррекционных мероприятий в сформированном альянсе «психотерапевт – пациент», направленных на нивелирование влечения к употреблению ПАВ и изменение патологических поведенческих паттернов на психоадаптационные;

– третий, завершающий (поддерживающий и противорецидивный) этап, способствовал закреплению позитивных изменений и достижению максимальной продолжительности ремиссии.

С целью оценки эффективности предложенной психопреентивно-психообразовательной системы студентам с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ, за счет распределения 2 и 3 групп риска ($n = 192$) было дополнительно сформировано четыре группы.

Первую основную группу (ОГ1) составили 68 студента с признаками адаптационных нарушений, имеющих опыт употребления ПАВ ($n = 68$).

Вторую основную группу (ОГ2) составили 27 студентов с признаками адаптационных расстройств, имеющих опыт употребления ПАВ ($n = 27$), которым проводились разработанные психопреентивные меры с интерактивным психообразованием.

Первую (ГС1, $n = 69$) и вторую (ГС2, $n = 28$) группы сравнения составили представители студенческой молодежи, получавшие традиционные превентивные мероприятия согласно действующим протоколам оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Эффективность разработанных мероприятий оценивалась по показателям аддиктивного статуса и психоэмоционального состояния респондентов. В состоянии психоэмоциональной сферы обследованных наблюдалась достоверная положительная динамика. Оценка действенности предложенной системы мер осуществлена через 6 месяцев после начала применения, показала ее эффективность со значимым улучшением показателей психоэмоционального состояния ($p < 0,05$), улучшением межличностной коммуникации ($p < 0,05$) и психосоциального функционирования респондентов.

Студентам, которые имели опыт употребления ПАВ, но не входили в группу риска (те, которые не имели проявлений психологического дистресса и набрали менее 15 баллов в соответствующих AUDIT- подобных тестах), а именно 204 (84,6%) лицам, были проведены превентивные меры, которые состояли из психообразовательных информационных программ (лекции, тематические беседы, буклеты, видеоматериалы). В результате проведенной работы количество студентов, полностью отказавшихся от употребления ПАВ, составило 31 (15,2%) человек. В течение полугодового наблюдения у них не было зарегистрировано ни одного случая манифестации адаптационных нарушений или расстройств и употребления ПАВ.

Студентам, которые не употребляли ПАВ, однако имели признаки психологического дистресса, но не входили в группу риска, а именно 15 (21,4%) лицам, были проведены комплексные мероприятия медико-психологической помощи с превентивным интерактивным психообразованием. При сопоставлении начальных и результативных данных по шкале SCL-90-R и «САН» было констатировано достоверное снижение показателей до нормативного уровня.

Полученные положительные результаты профилактической работы среди молодежи позволяют утверждать, что разработанная система мер имеет высокую эффективность.

Таким образом, чрезвычайно актуальным в Донецкой Народной Республике является систематическое, закрепленное на законодательном и государственном уровнях проведение профилактических мероприятий по предотвращению употребления ПАВ среди подростков и студенчества, как самой многочисленной группе риска.

5.2. Индивидуальное психодидактическое (тьюторское) сопровождение как фактор превенции нарушений адаптации у студенческой молодежи

С целью разработки психообразовательной коммуникативной тренировки с использованием индивидуальных дидактических психотехник для оказания своевременной медико-психологической помощи молодым людям с нарушением и расстройством адаптации, а также для изучения роли психосоциальных факторов воспитательно-образовательной системы вуза, которые существенно влияют на уровень адаптации молодежи, был проведен опрос при помощи унифицированной «Карты обследования студента».

Студентам предлагалось в порядке возрастания субъективной значимости определить свое отношение к университету и отметить наличие чувства напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома). Результаты опроса изучались с позиций частотного анализа содержательного контекста высказываний с последующим определением роли полученных факторов.

Далее оценивали их связь с уровнем психологического дистресса и степенью проявления адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов по шкале SCL-90-R, психофункционального состояния по тесту «САН», уровнем проявления жизнестойкости по методике «Тест жизнестойкости».

Рассчитывали абсолютное значение, % доли (P%), среднюю арифметическую величину (M) стандартное отклонение (SD) минимум (min) и максимум (max) значений в выборке; критерий Крускала-Уоллиса. Формат предоставляемых данных в тексте и таблицах следующий: $M \pm SD$; (Min-max) K-W: H; p-level.

На первом этапе осуществляли распределение ответов студентов всей выборки ($n = 479$) на такие вопросы «КОС» (табл. 5.2.1 - 5.2.7).

Таблица 5.2.1

Структура ответов студентов младших курсов университета на вопрос:
«Как, по Вашему мнению, преподаватель (и) оценивают уровень Вашей
успешности по сравнению с одногруппниками (цами) (однокурсниками
(цами))?» (P/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Высокий	77/32,0	44/26,2	23/32,9
Средний	152/63,1	120/71,4	47/67,1
Ниже среднего	9/3,7	5/3,0	2/2,9

*Примечания: В табл. 5.2.1.-5.2.7 – Группа 1, n = 241 - практически здоровые студенты;
Группа 2, n = 168 - студенты с признаками нарушения адаптации;
Группа 3, n = 70 - студенты с признаками расстройств адаптации.*

Таблица 5.2.2

Структура ответов студентов младших курсов университета на вопрос:
«Как Вы оцениваете свое отношение к университету в настоящее время?»
(P/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Очень нравится	92/38,2	39/23,2	19/27,1
Не очень нравится	13/5,4	16/9,5	20/28,6
Очень не нравится	-	-	-

Таблица 5.2.3

Структура ответов студентов младших курсов университета
относительно высказывания об одногруппниках: «Мои отношения с
одногруппниками доброжелательные (благоприятные)» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	177/73,4	60/35,7	22/31,4

Таблица 5.2.4

Структура ответов студентов младших курсов университета
относительно высказывания об одногруппниках: «Мои отношения с
одногруппниками формальные (отстраненные)» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	152/63,1	64/38,1	9/12,9

Таблица 5.2.5

Структура ответов студентов младших курсов университета
относительно высказывания об одногруппниках: «Другие одногруппники
воспринимают меня таким (ой), каким(ой) я есть» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	123/51	49/29,2	18/25,7

Таблица 5.2.6

Структура ответов студентов младших курсов университета на
высказывание: «Обучение кажется мне сложным» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	7/2,9	17/10,1	17/24,3
Полностью не согласен(а)	51/21,2	32/19,0	2/2,9

Таблица 5.2.7

Структура ответов студентов младших курсов университета на
высказывание: «Я устаю от занятий» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	20/8,3	50/29,8	28/40,0
Согласен(а)	47/19,5	42/25,0	17/24,3
Полностью не согласен(а)	35/14,8	5/3,0	3/4,3

На следующем этапе анализа полученных данных определяли уровень поддержки преподавателей в обучении. Результаты исследования представлены в табл. 5.2.8 - 5.12.12.

Таблица 5.2.8

Структура ответов студентов младших курсов университета на
высказывание: «Наши преподаватели поощряют меня к высказыванию
собственной точки зрения» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью не согласен(а)	2/0,8	3/1,8	6/8,6

*Примечания: В табл. 5.2.8.-5.2.12 – Группа 1, n = 241 – практически здоровые студенты;
Группа 2, n = 168 – студенты с признаками нарушения адаптации;
Группа 3, n = 70 – студенты с признаками расстройств адаптации.*

Таблица 5.2.9

Структура ответов студентов младших курсов университета на
высказывание: «Наши преподаватели справедливо относятся к нам» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Согласен(а)	59/24,5	19/11,3	10/14,3

Таблица 5.2.10

Структура ответов студентов младших курсов университета на
высказывание: «Я всегда получаю дополнительную помощь от
преподавателей, если я в ней нуждаюсь» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	50/20,7	17/10,1	3/4,3
Согласен(а)	107/44,4	46/27,4	22/31,4

Таблица 5.2.11

Структура ответов студентов младших курсов университета на
высказывание: «Мои преподаватели рассматривают меня как личность» (Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	92/38,2	32/19,0	4/5,7

Таблица 5.2.12

Структура ответов студентов младших курсов университета на
высказывание: «Большинство моих преподавателей настроены дружелюбно»
(Р/%)

Вариант ответа	Группа 1, n=241	Группа 2, n=168	Группа 3, n=70
Полностью согласен(а)	90/37,3	49/29,2	15/21,4
Частично согласен(а)	22/9,1	22/13,1	16/22,9
Согласен(а)	121/50,2	84/50,0	35/50,0

Проведенное исследование показало наличие нарушений адаптации у 35,1% (168/479), из них девушки составили 72,0% (121/168), то есть 25,3% (121/479) от общего количества обследованных. Для дальнейшей работы были отобраны по соглашению только девушки.

Для определения направленности полученных взаимосвязей мы применяли однофакторный дисперсный анализ и обнаружили наличие детерминационных различий между средними величинами исследуемых показателей. Установлено, что среди студенток, которые испытывают определенное напряжение в университете, превышены нормативные показатели по субшкалами PHOB, INT, DEP, а также индексы PDSI, PSI по шкале SCL-90-R.

У этих девушек особенно отмечается рост степени выраженности симптоматики по шкале фобической тревоги ($0,26 \pm 0,23$, $p < 0,001$), и доминирует по степени проявления симптомов в тройке субшкал PHOB, INT, DEP по шкале SCL-90-R, как переживание широкого спектра негативных ощущений. Беспокойство, внутреннее напряжение, неуверенность в правильности своего поведения свидетельствует о наличии у девушек когнитивных компонентов чувства опасности, неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности по конкретным людям, событиям, ситуациям. Иррациональный характер переживаний отражает трудности в межличностной коммуникации, негативные эмоциональные переживания и раздражительность, не свойственные им ранее. То есть, степень выраженности по этой шкале может быть маркером оценки степени психологической адаптации к стрессовой ситуации.

Значение максимума (1,50) межличностной сенситивности ($0,75 \pm 0,44$ балла, $p < 0,001$) свидетельствует, что исследуемый показатель находится значительно выше оптимального диапазона и проявляется беспокойством и

заметным дискомфортом в процессе межличностного взаимодействия, сопровождаясь появлением ощущения личностной неполноценности при сравнении с другими, а также негативными ожиданиями относительно любых коммуникаций с социальным окружением (одногруппниками, преподавателями). Среди девушек, которые испытывали некоторое напряжение в университете, было отмечено наличие чувства недовольства отношениями с окружающими, повышенную чувствительность к действиям и высказываниям педагогов. У студенток было впечатление, что их не понимают или относятся к ним враждебно.

Доказано, что уровень развития жизнестойкости и ее компонентов «вовлеченность» и «контроль» у девушек, испытывающих определенное напряжение в университете, статистически значимо ниже ($21,11 \pm 4,73$ балл, $p < 0,05$), а степень выраженности симптоматики по шкале фобической тревоги ($0,26 \pm 0,23$, $p < 0,001$) и межличностной сенситивности ($0,75 \pm 0,44$ балла, $p < 0,05$) значительно выше. То есть, даже незначительное снижение средних значений жизнестойкости приводит к напряжению когнитивных усилий, направленных на отстранение от ситуации и приводит к снижению фрустрационной толерантности молодого человека. Детальный анализ взаимосвязи степени выраженности психопатологических радикалов, жизнестойкости и отношением девушек с нарушением адаптации в университет приведены в таблице 5.2.13.

Таблица 5.2.13

Взаимосвязь степени выраженности психопатологических радикалов, жизнестойкости и отношением девушек с нарушением адаптации к университету (по шкале SCL-90-R; методике «САН»; тесту «Hardiness Survey»)

Шкалы	Незначительно е напряжение, n=84	Чувствую некоторое напряжение, n=25	Нет, не чувствую напряжения, n=12	H; p-level
O-C (баллы)	0,50±0,30 0,0-1,40	0,73±0,31 0,30-1,50	0,44±0,23 0,30-0,80	H=14,8; p<0,001
INT (баллы)	0,49±0,34 0,0-1,56	0,75±0,44 0,11-1,56	0,25±0,42 0,0-0,89	H=16,7; p<0,001
DEP (баллы)	0,44±0,29 0,0-1,62	0,64±0,26 0,08-0,92	0,23±0,25 0,08-0,62	H=23,1; p<0,001
ANX (баллы)	0,26±0,26 0,0-1,0	0,40±0,23 0,0-1,0	0,24±0,23 0,0-0,90	H=10,9; p<0,05
HOS (баллы)	0,36±0,34 0,0-1,33	0,48±0,31 0,17-1,50	0,10±0,16 0,0-0,33	H=19,7; p<0,001
PHOB (баллы)	0,12±0,27 0,0-1,14	0,26±0,23 0,0-0,86	0,08±0,13 0,0-0,29	H=18,2; p<0,001
GSI	0,36±0,21 0,1-0,99	0,50±0,16 0,08-0,91	0,23±0,22 0,09-1,57	H=23,8; p<0,001
PDSI	1,22±0,25 1,0-2,56	1,27±0,22 1,0-2,16	1,00±0,00 1,0-1,0	H =20,3; p<0,001
PSI	26,09±13,47 9,0-70,0	35,26±9,88 7,0-5,0	20,29±20,16 8,0-51,0	H=22,0; p<0,001

САН (баллы)	3,91±0,66 2,33-5,03	4,28±0,53 3,47-5,07	4,05±0,62 2,97-5,07	H =6,0; p<0,05
Самочувстви е (баллы)	3,88±0,61 2,60-5,70	4,17±0,71 3,30-5,70	4,19±0,85 2,70-5,50	H=6,8; p<0,05
Активность (баллы)	3,75±0,58 2,40-5,0	4,0±0,59 2,60-5,10	4,17±0,71 3,30-5,70	H =11,8; p<0,05
Вовлеченнос ть (баллы)	8,69±2,24 4,0-12,0	7,30±2,48 3,0-12,0	5,86±1,41 3,0-12,0	H=20,4; p<0,001
Контроль (баллы)	7,81±1,99 4,0-11,0	6,93±1,07 5,0-9,0	7,71±0,47 7,0-8,0	H=8,0; p<0,05
Жизнестойко сть (баллы)	24,73±5,86 13,0-35,0	21,11±4,73 12,0-35,0	21,29±0,47 21,0-22,0	H=11,8; p<0,05

Примечания:– Obsessive-Compulsive (O-C) – субшкала обсессивности-компульсивности, Interpersonal Sensitivity (INT) – субшкала межличностной сензитивности, Depression (DEP) – субшкала депрессии, Anxiety (ANX) – субшкала тревоги, Hostility (HOS) – субшкала враждебности, Fobic Anxiety (PHOB) – субшкала фобичной тревоги; GSI – индекс общей тяжести состояния, PDSI – индекс наличного симптоматического дистресса, PSI – общее число утвердительных ответов; H-критерий Крускала–Уоллиса.

На основе полученных данных нами были модифицированы аранжировки контента техник достижения аутогенных релаксационных состояний, апробированы и внедрены рекомендации по проведению интерактивных коммуникативных тренировок для приобретения студентами навыков адаптивной коммуникации, межличностных умений, их актуализации и поддержки. При этом в качестве мишеней выступали когнитивная, эмоциональная, коммуникативная составляющая психологического профиля студентов.

Превентивная стратегия в работе с нарушениями и расстройствами адаптации у студенческой молодежи была реализована с использованием интерактивных коммуникативных тренировок с симуляцией сеттинга.

Основой индивидуальной психодидактической модели, разработанной в исследовании является индивидуализация и расширение ресурса реактивного поведения в процессе создания условной среды - симулированного сеттинга. Этот принцип работает на восстановление возможностей презентаций различных компетенций студентов с учетом их запроса, способностей, возможностей, интересов, мотивации.

Во время интерактивной коммуникативной тренировки, с моделированием сеттинга, ориентированного на трансперсональное взаимодействие, психодидактические методы реализовывались за счет паритетного характера отношений между всеми участниками психообразовательного процесса. Персонализированный субъект психодидактического процесса выполнял роль проводника между студентами и психообразовательными ресурсами, направлял студентов, используя механизмы навигации индивидуальной психообразовательной программы.

В фабулу коммуникативной тренировки вводились сценарии событий, которые стимулировали трансперсональное взаимодействие в поиске решения условных проблем.

Основным результатом применения в учебно-воспитательном процессе вуза психодидактической коммуникативной тренировки является снижение уровня фобической тревоги у исследуемых и обеспечение студентов необходимыми компетенциями для реализации стратегий успешной психосоциальной адаптации.

При сопоставлении исходных и результативных данных у девушек, которые испытывают определенное напряжение в университете, произошло

достоверное снижение показателей по субшкалами PHOB, INT, DEP, а также индексов PDSI, PSI по шкале SCL-90-R до уровня клинической нормы. Работа по реструктурированию ценностей способствовала переоценке поведенческих и характерологических особенностей студентов, положительным изменениям в их общении с окружающими людьми, отношении к учебному процессу и будущей профессиональной деятельности.

Таким образом, установлено, что состояние психологической дезадаптации у 25,3% (121/479) девушек младших курсов сопровождается высокими психосоциальными стрессовыми нагрузками и пороговой сопротивляемостью стрессу в широком диапазоне проявлений.

Ведущее место в феномене адаптационных нарушений у лиц женского пола занимают тревожно-депрессивные проявления с фобическими радикалами, также имеют место элементы эмоциональной лабильности и трудности межличностной коммуникации. Таким девушкам присуща повышенная бдительность, снижение адаптационных возможностей поведения, вегетативные нарушения, которые выступают предикторами психической дезадаптации.

Доказана взаимосвязь повышения степени выраженности симптоматики по шкале фобической тревоги ($0,26 \pm 0,23$, $p < 0,001$) и снижения уровня жизнестойкости ($21,11 \pm 4,73$ балл, $p < 0,05$) у студенток с нарушениями адаптации. То есть, степень выраженности фобической тревоги в сочетании со снижением уровня жизнестойкости может быть одним из критериев оценки уровня психологической адаптации к стрессовой ситуации.

Разработанное индивидуализированное психодидактическое сопровождение, как превентор развития нарушений адаптации среди студенческой молодежи, с использованием аутогенных упражнений, интегрированной Милтон-модели, стало эффективным методом снятия психоэмоционального напряжения, в частности, тревоги, в стрессовой

ситуации, что позволило улучшить психосоциальную адаптацию молодого человека, оптимизировать процесс развития его ценностных ориентаций в условиях учебно-воспитательного процесса вуза.

5.3. Интерактивные коммуникативные тренировки для коррекции нарушений адаптации у студенческой молодежи

С целью разработки интерактивной коммуникативной тренировки для оказания медико-социальной помощи молодым людям с нарушениями и расстройствами адаптации нами было оптимизировано организацию учебно-воспитательного процесса в университете с целью обеспечения студентов необходимыми компетенциями.

В качестве мишени выступали когнитивная, эмоциональная, психосоциальная компетентность студентов.

При проведении психотерапии студентам с нарушениями и расстройствами адаптации использовали интегративную психодидактическую модель, которая представляет собой комплексную двухвекторную (ориентированную как на пациента, так и на членов его семьи), поэтапно осуществляемую систему информационных, психотерапевтических и социокоррекционных воздействий.

Психокоррекционное обучение предусматривало понимание и рациональное решение «типичных» проблем, используя модель методики «Имажинерия».

Модель методики «Имажинерия» – коммуникативная тренировка навыков, нацеленная на совершенствование способов преодоления проблем за счет применения координации трех стилей мышления: идеалистически-ориентированного, прагматично-ориентированного и критически

ориентированного, каждый из которых является ключевым компонентом интроспекции взаимодействия.

Эффективные инновации и решения проблем предусматривают синтез всех этих процессов и стадий. Идеалистически-ориентированная стилистика нужна, чтобы формулировать новые идеи и цели. Прагматически ориентированная стилистика – необходимое средство трансформации идей в конкретное воплощение. Критически ориентирована стилистика нужна для постановления ценза идей и предотвращения возможных проблем.

Основные когнитивные и физические паттерны ключевых стилей мышления

Стадия идеалистически ориентированной стилистики ориентирована на отдаленное будущее. Она предполагает мышление в терминах большей картины с целью создания новых альтернатив и вариантов. На стадии идеалистически ориентированной стилистики акцент делается на репрезентации и расширении восприятия конкретного плана или идеи. Функция идеалистически ориентированной стилистики состоит в том, чтобы «ясно видеть в своем сознании место каждой части проекта». Задачи идеалистически ориентированной стилистики включают формулирование цели в позитивных терминах и установление смысла и выгод желаемого состояния. Для того, чтобы мыслить в идеалистически ориентированной стилистике, полезно держать голову приподнятой, смотреть вверх и занять удобную, симметричную и расслабленную позу.

Цель прагматично-ориентированной стилистики состоит в том, чтобы превратить мечту в выполняемый план, или продукт. В контексте прагматично-ориентированной стилистики, вы должны действовать так, «как если бы» мечта была возможна, и сосредоточиваться на шагах или действиях, необходимых для ее достижения. Ваше внимание должно быть, прежде всего, направлено на то, «как» осуществить план или идею. Стадия

прагматично-ориентированной стилистики больше ориентирована на продвижение к будущему, действия в более сжатых временных рамках, чем стадия идеалистически ориентированной стилистики. Прагматически ориентированная стилистика часто более сосредоточена на процедурах или действиях. Прежде всего, фокусируется на том, «как» осуществить план или идею. Для того, чтобы мыслить, в прагматически-ориентированной стилистике, следует сидеть, держа голову прямо, глядя перед собой, в симметричной позе, немного наклоняясь вперед. Когнитивный фокус должен быть направлен на действия так, «как если бы» мечта была достижима, и рассмотрение того, как можно осуществить идеи или план; необходимо выделять конкретные действия и намечать краткосрочные шаги. Также полезно встать на место других людей, интересы которых затрагивает этот план, и взглянуть на него с нескольких точек зрения.

Стадия критически ориентированной стилистики следует за идеалистически ориентированной стилистикой и прагматично-ориентированной стилистикой. Цель критически ориентированной стилистики – оценить предложенный план или проект и найти потенциальные проблемы и «недостающие звенья». Чтобы быть успешным в критически ориентированной стилистике, важно принимать точки зрения людей, которые могут влиять (позитивно или негативно) на план или проект, или зависеть от них, а также учитывать их потребности и реакции. Основная цель критически ориентированной стилистики – найти возможные проблемы и отсутствующие звенья в конкретном плане или решении.

Стратегия критически ориентированной стилистики состоит в том, чтобы помочь избежать проблем, принимая различные точки зрения и находя недостающие звенья, логически рассматривая, «что может произойти, если возникнут проблемы». Критически ориентирована стилистика помогает оценивать и улучшать продукты творчества. Мышление в критически

ориентированной стилистике предполагает угловатую позу, при которой взгляд направлен вниз, голова опущена и немного наклонена в сторону, а одна рука касается подбородка или лица.

В стратегия имажинерии используется цикл, в который входят стадии каждой из приведенных стилистик мышления. Эта стратегия помогает субъектам создавать положительные прогностические выводы и определять пути получения желаемого состояния.

5.4. Адаптивные коммуникативные тренировки в симулированном идеализированном сеттинге в структуре превентивного процесса аддиктивного поведения у студенческой молодежи

В качестве мишеней коммуникативной тренировки в симулированном сеттинге выступали паттерны аддиктивного поведения, коммуникативная и эмоциональная компетентность студентов.

Тренинг реализовывали на практике в виде группового психодидактического сопровождения в симулированном сеттинге, что предполагало поиск участниками идеального контекста коммуникации. Игра проходила в академических группах. Предварительно персонализированный субъект психодидактического процесса ознакомливал студентов с регламентом тренировки и направлял стратегию с помощью наглядных примеров, инструкций и методических рекомендаций, где кратко была изложена цель, функции, когнитивные и физиологические паттерны определенного стиля процесса мышления.

Разыгрывая роли симулированного сеттинга, студенты описывали конкретную ситуацию (паттерн аддиктивного поведения) и способ ее решения, включая исходный (аддиктивный статус), путь, выбранный участниками, их действия, полученный результат.

Роль персонализированного субъекта психодидактического процесса во время игры – координация процесса анализа, синтеза, выбора, принятия решения, конструирование студентами нового паттерна поведения (управление сеттингом), что позволило учиться на прежних ситуациях и формировать «лучшие практики» (адаптивное управление кейсами).

Персонализированный субъект психодидактического процесса организует трансперсональное взаимодействие путем реализации адаптивного управления симулированным сеттингом, что позволяет гибко управлять процессом решения поставленной задачи, в зависимости от развития ситуации.

Таким образом, эффективное освоение студентами новых компетенций, знаний и умений превентивного характера возможно путем комбинированного применения психотерапевтических коммуникативных технологий и тренировок в симулированном сеттинге. Преимущества применения новаторской комбинированной психотерапевтической технологии в структуре профилактики аддиктивного поведения у студентов заключается в том, что одновременно обеспечивает доступ к внутренним резервам личности, дает знания, прививает умение, навыки и установки. Тем самым создает основу для устранения аддиктивных нарушений, способствуя становлению разносторонне развитого индивида, наделенного эффективными коммуникативными навыками, способного принимать решения и нести за них ответственность.

5.5. Адаптивное управление в симулированном сеттинге с динамическим изменением коммуникативных ракурсов у студенческой молодежи

С целью разработки психодидактического коммуникативного тренинга, в качестве мишеней которого выступали паттерны аддиктивного поведения, когнитивная, коммуникативная, психосоциальная и эмоциональная компетентность студентов, для оказания медико-психологической помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, которые имеют опыт употребления ПАВ, были изучены взаимоотношения лиц молодого возраста с отцом и оценено их влияние на развитие расстройств адаптации у данного контингента.

Доказано, студенты из группы условно здоровых преимущественно легко ($50,3 \pm 1,8$) и очень легко ($22,1 \pm 1,5$) обсуждают с отцом волнующие вопросы. Установлено, что студентам с расстройствами адаптации обсуждать волнующие вопросы с отцом сложно ($25,0 \pm 4,6$) и очень сложно ($11,4 \pm 3,4$). Студенты с признаками нарушений адаптации или не имеют отца или не видятся с ним ($20,5 \pm 2,8$), или оценивают возможность обсуждения волнующих вопросов как крайне сложную ($3,8 \pm 1,3$). Имеющиеся разногласия имеют статистически достоверный характер. Иначе говоря, у студентов с нарушениями адаптации и расстройством адаптации установлены деструктивные взаимоотношения с отцом, или отца нет. Условно здоровые лица молодого возраста воспитываются в функционально конструктивных родственных системах.

Тренировку реализовывали на практике в виде комбинированного применения рефрейминга и интерактивного метода обучения в симулированном сеттинге, предусматривающим динамическую смену коммуникативных ракурсов. Тренировка проходила в академических группах. Предварительно тренер знакомил студентов с правилами игры и

направлял стратегию команды с помощью наглядных примеров, инструкций и методических рекомендаций, где кратко изложены основные позиции восприятия в коммуникации и взаимоотношениях. Студенты самостоятельно выбирали игроков.

Моделируя роли в сеттинге, игроки описывали конкретный паттерн поведения (употребления ПАВ и трудности в адаптации к стрессовым ситуациям), факторы уязвимости и зону иммунитета. Позиция восприятия – это основная точка зрения, согласно которой человек воспринимает ситуацию или отношения между людьми. Согласно ролей, участники игры использовали физические, когнитивные и лингвистические паттерны. Первая позиция – «я»-позиция – предусматривала восприятие воочию, «от первого лица». Вторая позиция – «вы»-позиция – предусматривала переживания чего-то, будто мы «заняли место другого человека». Третья позиция – «они»-позиция – предусматривала восприятие своих отношений с людьми с точки зрения «стороннего наблюдателя».

Согласно ролей студенты проявляли и впоследствии меняли характеристики петель коммуникации, порождали и поддерживали проблемное взаимодействие.

Тренер во время игры руководил коммуникативными моделями: координировал процесс анализа, синтеза, выбора, принятия решения, конструирование студентами нового паттерна поведения и коммуникации. Позволяя учиться на прошлых ситуациях и формировать «лучшие практики», тренер обеспечивал адаптивное управление в сеттинге.

Таким образом, реализация адаптивного управления симулированного сеттинга способствует повышению социально-психологической адаптивности студентов за счет мобилизации их внутренних резервов, приобретения навыков эффективной стратегии управления сложной ситуацией или взаимодействия, принимая многочисленные позиции восприятия.

5.6. Лечебно-профилактические интерактивные психодидактические тренировки у студенческой молодежи

На данном этапе исследования были разработаны и апробированы методические рекомендации по проведению лечебно-профилактической психодидактической тренировки для приобретения студентами навыков жизнедеятельности в свободном от ПАВ пространстве и эффективной коммуникации (психосоциальной адаптации).

В качестве мишени выступали паттерны аддиктивного поведения, когнитивная, эмоциональная, психосоциальная компетентность студентов (частота, приоритет и репертуар копинг-стратегий).

Психодидактический подход относится к учебному типу психосоциального вмешательства, при котором занятия построены по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческой тренировки.

Психодидактические тренировки реализованы на практике в виде комбинированного применения поведенческого рефрейминга и интерактивного метода обучения в симулированном сеттинге, сфокусированном на обратной связи и формировании модуса саморегуляции. Игра проходила в академических группах от 12 до 17 человек, в два раунда продолжительностью по 45 минут с 10-минутным перерывом. На первом этапе тренер учил студентов правилам игры и направлял стратегию команды с помощью наглядных примеров, инструкций и методических рекомендаций, где кратко были изложены цели, функции рефрейминга, а также роли различных типов защитных механизмов в психосоциальном благополучии. Молодые люди самостоятельно выбирали игроков.

Разыгрывая роли в симулированном сеттинге, игроки описывали конкретную стрессовую ситуацию (паттерн аддиктивного поведения) и

реагирования студента на трудности и неудачи при выполнении учебной или иной продуктивной деятельности.

Согласно ролей, участники разбирали контент симулированного сеттинга и применяли поведенческий рефрейминг таких защитных механизмов как:

1. Стратегии когнитивной адаптации, связанные с использованием мышления и направленные на изменение отношения к ситуации. Например, их отрицание, ментальное дистанцирование, изменение целей и ценностей, обращение к юмору.

2. Проблемно-фокусированных стратегий, направленных на работу с причиной проблемы с целью устранения или изменение их источника. Например, поиск информации, обучения новым умениям, которые способствуют решению проблемы, планирование ее решения.

3. Эмоционально-ориентированные стратегии, направленные на работу с эмоциями, которые сопровождают восприятие стресса и включают их активное выражение, управления враждебными чувствами, аутогенного состояния, процедуры систематической релаксации.

Участники коммуникативной тренировки использовали когнитивные, эмоциональные, поведенческие паттерны. В результате синтеза этих процессов студенты приобретали навыки самоорганизации, а именно: паттернов поведения в свободном от ПАВ пространстве и продуктивной адаптации.

Персонифицированный субъект психодидактического процесса во время игры координировал процесс анализа, синтеза, выбора, принятия решения, конструирование студентами нового копинга и нового паттерна поведения (управление кейсами), что позволяло молодым людям учиться на прошлых ситуациях и формировать «лучшие практики» (адаптивное управление кейсами).

В созданных комфортных условиях взаимодействия студент чувствовал свою успешность, интеллектуальную состоятельность, что способствовало:

- выяснению студентами роли различных типов защитных механизмов в их психологическом благополучии;
- адаптивной оценке молодыми людьми самих событий, вызывающих стресс, а также типов реакций на них;
- пониманию молодежью роли копинга в процессах саморегуляции и их вклад в успешность осуществления продуктивной деятельности;
- осознанию студентами факта, что эффективность копинг-стратегий зависит от последовательности их применения, частоты и разнообразия репертуара;
- приобретению навыков самоорганизации за счет обратной связи.

Таким образом, разработанный психообразовательный тренинг способствует повышению социально-психологической адаптивности студентов за счет мобилизации внутренних резервов, восстановлению уверенности в себе, изменению отношения молодых людей к стрессовым ситуациям и поведенческим реакциям, приобретению навыков самоорганизации, а также эффективному усвоению студентами новых компетенций, знаний и умений.

Резюме к разделу 5

1. Разработаны принципы психопреventивных образовательных мероприятий при дезадаптационных состояниях среди целевого контингента, а именно: принцип психоскологичной конгруэнтности (реализация саногенных воздействий привычным и понятным путем – через групповые коммуникативные техники), принцип контекстной интеграции (психопревенция и психокоррекция должны иметь синергичные в отношении образовательного процесса пути реализации, интегрироваться в процесс

обучения), принцип коммуникативного паритета (преодоление парадоксальной резистентности к психодидактическим техникам путем исключения авторитарных механизмов коммуникации), принцип вариабельности коммуникативных ракурсов (потенцирование поиска и усвоения участниками коммуникации новых поведенческих и коммуникативных паттернов через индуцирование изменения ракурсов и позиций межличностных взаимодействий), принцип кризисного утилитаризма (использование конфликтных состояний как психодидактических моделей для выработки адаптивных паттернов коммуникации и поведения).

2. Разработан комплекс психопреventивных и психокоррекционных техник, основанных на психодидактических механизмах:

- индивидуальное психодидактическое (тьюторское) сопровождение, реализуется путем периодической пролонгированной коммуникации между объектом психопревенционного и психокоррекционного влияния и его субъектом – психотерапевтом (который занимает паритетную позицию – играет роль тьютора)

- интерактивные коммуникативные тренировки, которые реализуются по модели методики «Имажинеринг». Психотехника предусматривает структурированную коммуникацию с изменением стилистических паттернов мышления: идеалистически-ориентированного, что позволяет установить целевые пункты в достижении адаптивного состояния; прагматически-ориентированного, направленного на поиск путей достижения адаптации; критически ориентированного, реализующего индикацию парадоксов и проблем на пути достижения адаптации.

- адаптивные коммуникативные тренировки в симулированном идеализированном сеттинге, реализующие саногенный эффект через управляемый процесс коммуникации в искусственно созданных идеалистических условиях, иллюстрирующие модель кризисного

(дезадаптивного) состояния с интегрированным путем его решения, что позволяет найти и усвоить паттерны коммуникации и поведения, приоритетные по сравнению с аддиктивными.

- адаптивное управление в симулированном сеттинге с динамическим изменением коммуникативных ракурсов, которое реализуется путем групповой коммуникации в моделируемых условиях, предусматривающих постоянное изменение ракурсов и позиций межличностного взаимодействия. Тренировка предполагает естественное возникновение кризисных ситуаций и их использование в качестве модели для разработки адаптивных коммуникативных и поведенческих паттернов, направленных на их решение;

- лечебно-профилактические интерактивные коммуникативные тренировки, предусматривающие усвоение и активную эксплуатацию усвоенных адаптивных коммуникативных и поведенческих паттернов в модусе поведенческого рефрейминга с искусственным включением в их ареал механизмов обратной связи и саморегуляции.

Данные, представленные в этой главе, опубликованы в следующих научных трудах:

1. Киосева Е.В., Киосев Н.В. Психообразование в системе медико-социальной помощи молодым лицам с расстройством адаптации / Е. В. Киосева, Н. В. Киосев // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2015. – Т. 24. – №1. – С. 139 – 143.

2. Прокофьева В.Н., Киосев Н.В., Сердюк В.В., Мартынов Ю.И. Волонтерство в рамках молодёжного движения – путь к поддержке и становлению устойчивых положительных жизненных ориентиров у подрастающего поколения // Международная научно-практическая конференция «Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015» – Донецк, 2015. – С. 219 – 220. (Исследователь осуществил информационно-

аналитический поиск, сформулировал цель и выводы, направил тезисы в печать).

3. Киосев Н.В. Инновационные направления в превентивной стратегии аддиктивных тенденций (на примере студенческой молодежи) // Материалы 77-ого Международного медицинского конгресса молодых ученых «Актуальные проблемы клинической, теоретической, профилактической медицины, стоматологии и фармации», посвященного 85-летию ДонНМУ – Донецк: «Каштан», 2015. – С. 79 – 80.

4. Игнатенко Г.А., Проценко Т.В., Киосева Е.В., Строяковская О.Н., Киосев Н.В. Инновационно-образовательная модель личностного и профессионального развития врачей-стоматологов / Г.А. Игнатенко, Т.В. Проценко, Е.В. Киосева, О.Н. Строяковская, Н.В. Киосев // Научно-практический журнал по дермато-венерологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2017. – № 4 (18). – С. 77 – 82.

5. Киосева Е.В., Киосев Н.В. Современные психотехнологии как составляющая медико-социальной стратегии в условиях преодоления последствий социального стресса / Е.В. Киосева, Н.В. Киосев // Пути повышения эффективности управленческой деятельности органов государственной власти в контексте социально-экономического развития территорий: материалы II международной науч.- практ. конф., 6-7 июня, 2018, г. Донецк. Секция 3: Теоретико-правовые и философско - психологические основы обеспечения социальных инноваций в деятельности органов государственной власти / ГОУ ВПО «ДонАУиГС». – Донецк: ДонАУиГС, 2018. – 365с.

6. Фисталь Э. Я., Бабюк И. А., Титиевский С. В., Киосев Н. В., Фирсова Г. М. Использование рисуночных техник в психологической диагностике: рационализаторское предложение №4 – Донецк, ИНВХ им. В.К. Гусака, 2019г.

7. Бабюк И. А., Пацкань И. И., Киосев Н. В. Метод индивидуализированной психоэмоциональной коррекции постстрессовых расстройств: рационализаторское предложение №5 – Донецк, ИНВХ им. В. К. Гусака, 2019г.

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В проспективном, сплошном, контролируемом, когортном, исследовании с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, при наличии информированного согласия на протяжении 2015-2019гг. было обследовано 479 студентов ГОО ВПО ДОН НМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО: 335 девушек (69,9%) и 144 юноши (30,1%) медицинского факультета в возрасте от 17 до 21 года, которые обучались на младших курсах в разные годы, а именно: 208 студентов в 2014-2015 учебном году и 269 молодых людей – в 2017-2018 учебном году.

Диссертационное исследование было реализовано в 4 основных этапа: скринингово-диагностический этап (скрининговая оценка психического и аддиктивного статуса студентов младших курсов медицинского университета с определением особенностей их психоэмоциональных характеристик, выявлением и анализом опыта употребления ПАВ с соответствующими поведенческими паттернами у студенческой молодежи); этап сравнительного анализа (из контингента исследования было сформировано когорту риска возникновения адаптационных нарушений и расстройств, а также формирования зависимости от ПАВ, которая была сопоставлена с практически здоровыми студентами без опыта употребления ПАВ); этап психопреентивно – психообразовательных воздействий (предусматривал на основе углубленного анализа установленных психопатологических, патопсихологических, индивидуально-личностных, выявленных психосоциальных характеристик и аддиктивных паттернов студентов первых лет обучения с адаптационными нарушениями и расстройствами, определяли мишени психопреентивных, психокоррекционных, психотерапевтических и психообразовательных мероприятий); этап оценки

эффективности (включал проведение катamnестического исследования со всесторонним анализом достигнутых результатов).

Для реализации цели и задач исследования были использованы: информационно-аналитический, социально-демографический, клинко-эпидемиологический, клинко-анамнестический, клинко-психопатологический, психодиагностический и математико-статистический методы исследования.

Для проведения клинко-психопатологического исследования использованы следующие методики и тесты: «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН) – для оценки психоэмоционального состояния и социальной активности; SCL-90-R – для определения и анализа выраженности психопатологической симптоматики; «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МВА) – для исследования характера употребления ПАВ; комплексную оценку аддиктивного статуса проводили при помощи разработанных рабочей группой ВОЗ AUDIT-подобных тестов.

Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека.

Комплекс психоадаптационных параметров оценивали по тесту «Жизнестойкость» и «Шкале удовлетворенности жизнью».

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли «Опросник совладания со стрессом» «COPE».

По результатам проведенного исследования были получены следующие клинко-анамнестические и социально-демографические показатели во всей выборке (всего $n = 479$).

Установлено, что по гендерному признаку группы распределились неравномерно. В первой и второй группе – распределение между девушками и юношами составляет 70% и 30%, а в третьей группе – 65% и 35% соответственно.

Анализ данных групп студентов по возрасту и семейному положению позволил отметить, что в группе студентов с признаками адаптационных нарушений количество лиц в возрасте 21 и более – ниже, чем в 1 и 3 соответственно. Установлено, что среди молодежи с признаками адаптационных расстройств удельный вес лиц в браке ниже, чем в 1 и 2 группах.

По анамнестическим данным членов семей студентов выявлено, что отец не работает у 6,5% студентов 1 группы, 11% и 15% – 2 и 3 групп респондентов соответственно. Определено, что мать не работает у 9% обследованных 1 группы, 17% – 2 группы. Есть матери у 33% студентов 1 группы, 35% – 2 группы. У всех студентов 3 группы есть матери, 30,7% из них не работают.

Установлено, что в образовании отца у обследованных статистически значимых различий не было. По образовательному уровню матерей есть различия по группам распределения: в 1 группе – 70% матерей имеют высшее образование, во 2 – 60% и в 3 – 46% ($p < 0,05$).

Анамнестически был подтвержден высокий уровень ощущения напряженности среди исследуемого контингента при выполнении домашних заданий, а также значительная потребность в медико-психологической помощи таким студентам.

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. Расстройства адаптации существенно нарушают социальное функционирование студентов и приводят к учебной дезадаптации. Полученные данные легли в основу комплексной системы психопревенции психообразовательной направленности лицам молодого возраста с расстройствами адаптации.

По данным клинико-психопатологического обследования, реализованного при помощи шкалы SCL-90-R, установлено, что из всех обследованных ($n = 479$) доминирует превышение показателей по шкале фобической тревожности ($0,43 \pm 0,61$, при норме $0,18 \pm 0,02$ балла), что проявляется как переживание широкого спектра негативных ощущений. Беспокойство, внутреннее напряжение, неуверенность в правильности своего поведения свидетельствуют о наличии у молодых людей когнитивных компонентов чувства опасности, неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности в отношении конкретных людей, событий, ситуаций. Иррациональный характер переживаний влечет за собой тенденцию к избегающему поведению, негативными ожиданиями относительно коммуникаций в образовательной среде (однокурсниками, преподавателями), чувством недовольства отношениями с окружающими, повышенной чувствительностью к их действиям и высказываниям.

Определено, что ощущение счастья препятствует развитию выраженных психопатологических радикалов, сопутствующих психологическому дистрессу, поддерживает удовлетворенность жизнью и выступает предиктором дезадаптации. Вместе с тем, без дополнительных ресурсов жизнестойкости не может направленно воздействовать на степень проявления адаптационных нарушений.

Анализ копинг-стратегий с использованием шкалы «COPE» позволил определить, что для абсолютного большинства обследованных студентов в ситуациях фрустрации характерна склонность к преодолению негативных переживаний за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной погруженности в нее, а также ограничения стратегий когнитивной и поведенческой адаптации, что может быть причиной нарушения процессов саморегуляции и успешной адаптации.

Установлено, что студенты младших курсов медицинского университета характеризуются склонностью к употреблению ПАВ (82,7%). Выявлены особенности аддиктивного поведения среди молодежи с расстройствами адаптации: тип употребления ПАВ определен как полисубстантный (напитки с низким содержанием алкоголя и табакокурение), доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ, что можно интерпретировать как донозологический паттерн аддиктивного состояния.

Определены основные мотивационные предикторы употребления ПАВ студентами младших курсов: стремление к удовольствию; желание выглядеть взрослым или забыть плохое; отсутствие контроля со стороны взрослых; интерес к «запретному плоду»; чтобы стать «своим»; неумение контролировать себя. Как видим, основные причины имеют морально-этический и социо-культуральный характер (суждения, ценности и убеждения).

Исследование жизнестойкости студентов показало, что выраженное личностное качество «hardiness» имеют 50,3% студентов младших курсов университета. Показатели теста жизнестойкости у 35,1% молодежи находятся ниже нормы, а у 14,6% случаев – существенно ниже, что отражает континуум индивидуальных вариаций состояния психологической дезадаптации, степени проявлений адаптационных

нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники».

Выявлено, что перенапряжение компенсаторных процессов вследствие влияния хронических стрессовых факторов, а именно: психофункциональные перегрузки в течение первых лет обучения в высшем учебном заведении, напряженные отношения в студенческой среде, срыв или патологическое развитие механизмов преодоления стресса (копинг-стратегий), приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, на основе взаимопотенцирующего действия декомпенсации индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют психопатогенетическую цепь и патофизиологический порочный круг: (1) стрессорные влияния → (2) **психоэмоциональные перегрузки** → (3) **патоперсонологическая декомпенсация** → (4) неэффективные или патологические копинг-стратегии → (5) употребление и/или злоупотребление ПАВ → (6) низкий уровень жизнестойкости + формирование хронического переутомления → (7) адаптационные нарушения и расстройства с разнообразной психопатологической симптоматикой → (2) **потенцирование психоэмоциональных перегрузок** → (3) **усугубление патоперсонологической декомпенсации** на уровне более сложных процессов расстройств психического здоровья.

На основании полученных данных разработаны принципы психопреентивных образовательных мероприятий для дезадаптационных состояний среди целевого контингента. А именно: принцип психоэкологичной конгруэнтности (реализация саногенных воздействий привычным и понятным путем – через групповые коммуникативные техники), принцип контекстной интеграции (психопревенция должна

иметь синергичные в отношении образовательного процесса пути реализации, интегрироваться в процесс обучения), принцип коммуникативного паритета (преодоление парадоксальной резистентности к психодидактическим техникам путем исключения авторитарных механизмов коммуникации), принцип вариабельности коммуникативных ракурсов (потенцирование поиска и усвоения участниками коммуникации новых поведенческих и коммуникативных паттернов через индуцирование изменения ракурсов и позиций межличностного взаимодействия), принцип кризисного утилитаризма (использование конфликтных состояний как психодидактических моделей для выработки адаптивных паттернов коммуникации и поведения).

Согласно приведенным принципам разработан комплекс психопреventивных и психокоррекционных техник, основанных на психодидактических механизмах:

- индивидуальное психодидактическое (тьюторское) сопровождение, реализуется путем периодической пролонгированной коммуникации между объектом психопреventionного и психокоррекционного влияния и его субъектом – психотерапевтом (который занимает паритетную позицию – играет роль тьютора);

- интерактивные коммуникативные тренировки, реализуются по модели методики «Имажинеринг». Психотехника предусматривает структурированную коммуникацию с изменением стилистических паттернов мышления: идеалистически-ориентированного, которое позволяет установить целевые пункты в достижении адаптивного состояния; прагматически-ориентированного, направленного на поиск путей достижения адаптации; критически ориентированного, которое реализует индикацию парадоксов и проблем на пути достижения адаптации;

– адаптивные коммуникативные тренировки в симулированном идеализированном сеттинге, реализующие саногенный эффект через управляемый процесс коммуникации в искусственно созданных идеалистических условиях, иллюстрирующих модель кризисного (дезадаптивного) состояния с интегрированным путем его решения, что позволяет найти и усвоить паттерны коммуникации и поведения, приоритетные по сравнению с аддиктивными;

– адаптивное управление в симулированном сеттинге с динамическим изменением коммуникативных ракурсов, которое реализуется путем групповой коммуникации в моделируемых условиях, предусматривающих постоянное изменение ракурсов и позиций межличностного взаимодействия. Тренировка предполагает естественное возникновение кризисных ситуаций и их использование в качестве модели для разработки адаптивных коммуникативных и поведенческих паттернов, направленных на их решение;

– лечебно-профилактические интерактивные коммуникативные тренировки, предусматривающие усвоение и активную эксплуатацию усвоенных адаптивных коммуникативных и поведенческих паттернов в модусе поведенческого рефрейминга с искусственным включением в их ареал механизмов обратной связи и саморегуляции.

ВЫВОДЫ

В диссертационной работе на основании информационно-аналитических, социально-демографических, клинико-эпидемиологических, клинико-анамнестических, клинико-психопатологических, психодиагностических и математических методов исследования автором решена важная научная задача: с позиций комплексного подхода идентифицированы патопсихологические проявления, определены патогенетические факторы риска и механизмы формирования адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи с учетом аддиктивного фона, на основе чего разработана, научно обоснована и внедрена в практику система психопревенции указанных расстройств психообразовательно-развивающей направленности, что имеет важное значение как для теоретической, так и для практической медицины.

1. Общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодежи показала, что адаптационные нарушения имеют место у 35,1% (168/479) студентов, адаптационные расстройства выявлены у 14,6% (70/479) респондентов. Удельный вес лиц, с достоверным превышением нормативных значений по субшкалам SCL-90-R: соматизации (SOM) – 48,42%; фобической тревоги (PHOB) – 47,02%; межличностной сензитивности (INT) – 46,31%; депрессии (DEP) – 42,62%; тревоги (ANX) – 41,12%. Соответственно, ведущее место занимают донозологические формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально-лабильного и соматовегетативного регистров, которые являются предикторами формирования клинической симптоматики адаптационных расстройств. Тревножно-депрессивные проявления с фобическими радикалами, элементы эмоциональной лабильности и трудности

межличностной коммуникации с чрезмерной бдительностью, снижением адаптационных возможностей, вегетативными нарушениями занимают ведущее место в генезисе адаптационных нарушений.

2. Определены особенности функционального психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста, которые учатся на первых курсах университета. Неблагоприятное функциональное психоэмоциональное состояние по шкале «САН» имело место у 274/57,2±2,3% (95% ДИ = 52,8-61,6) студентов, по шкале «Самочувствие» – у 270/56,4±2,3% (95% ДИ = 51,9-60,8), по шкале «Активность» – у 239/49,9±2,3% (95% ДИ = 45,4-54,5), по шкале «Настроение» – у 260/54,3±2,3% (95% ДИ = 49,8-58,7) человек соответственно.

3. Отмечено, что опыт употребления ПАВ имеет 82,7% (396/479) студенческой молодежи, из них 58,5% (280/479) – девушки, 24,2% (116/479) – юноши, и характеризуется полисубстантным типом (совокупность напитков с низким содержанием алкоголя и курения), доминированием относительно безопасного стиля употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов), как субклинической формы аддиктивного состояния. Часть обследованных при приеме различных ПАВ находятся в зоне «опасного употребления» (8-15 баллов), но еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной. Были выявлены следующие доминирующие мотивы употребления ПАВ у студенческой молодежи: субмиссивные, атарактические, гедонистические.

4. Развитое личностное качество жизнестойкости «hardiness» имеют 50,3% студентов младших курсов университета, у 35,1% молодежи ее показатели находятся ниже нормы, а у 14,6% – существенно ниже, что на эмоциональном уровне отражает континуум индивидуальных вариаций состояния психологической дезадаптации, степени проявлений адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих

психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций. Показано, что слабо развитая жизнестойкость является фактором дезадаптации. Развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья студентов. Особенности копинг-стратегий молодых людей при дезадаптационных состояниях являются: неконструктивный характер последовательности их применения, недостаточная частота и слабое разнообразие адаптивного репертуара, которые проявляются в виде сложностей решения проблем и затруднений совладания со стрессом.

5. При определении патогенетических звеньев и механизмов формирования адаптационных нарушений и расстройств у обследованного контингента установлено: 1) негативное влияние стрессогенных перегрузок в сочетании с низким уровнем жизнестойкости выступает предиктором формирования нарушений адаптации с неспецифическим донозологическим симптомокомплексом «психоэмоционального напряжения»; 2) особенности воздействия на личность микро- и макросоциального окружения, социально-детерминированных паттернов поведения определяют мотивационные предикторы употребления молодежью ПАВ; 3) доминирующими индивидуально-психологическими predisponирующими факторами употребления ПАВ студентами вузов является отсутствие занятости, неумение контролировать себя. Отрицательное микро- и макросоциальное влияние, в том числе хронических стрессорных факторов, является основой для развития адаптационных нарушений и расстройств, а также употребления ПАВ.

6. Показано, что перенапряжение компенсаторных процессов из-за влияния хронических стрессовых факторов приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, которые на основе взаимопотенцирующего действия декомпенсации индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют патофизиологический

порочный круг: (1) стрессорные влияния → (2) психоэмоциональные перегрузки → (3) патоперсонологическая декомпенсация → (4) неэффективные или патологические копинг-стратегии → (5) употребление и/или злоупотребление ПАВ → (6) низкий уровень жизнестойкости + формирование хронического переутомления → (7) адаптационные нарушения и расстройства с разнообразной психопатологической симптоматикой → (2) потенцирование психоэмоциональных перегрузок → (3) усугубление патоперсонологической декомпенсации на уровне более сложных процессов расстройств психического здоровья.

7. Обоснована, разработана и внедрена система психопревенции психообразовательно-развивающей направленности для студенческой молодежи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ, которая отличается этапностью, комплексностью и дифференцированным подходом с учетом биосоциальных, личностных, поведенческих факторов риска, а также патогенетических механизмов формирования дезадаптационных нарушений и расстройств, и реализации аддиктивных поведенческих паттернов. Разработанная система имеет составляющие: 1) первичная психопревенция и психообразование; 2) вторичная психопревенция и психообразование; 3) психокоррекция определенных психопатогенетических «мишеней». Оценка действенности предложенной системы мер осуществлена через 6 месяцев после начала применения, показала ее эффективность со значимым улучшением показателей психоэмоционального состояния ($p < 0,05$), улучшением межличностной коммуникации ($p < 0,05$) и психосоциального функционирования респондентов.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы : монография / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Г. Г. Путятин. – Донецк : Каштан, 2014. – 296 с.
2. Айвазян С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов. – М. : Статистика, 1974. – 200 с.
3. Аймедов К. В. Клінічні паралелі між поведінковими та хімічними адикціями на прикладі комп'ютероманії, гемблінгу та алкоголізму / К. В. Аймедов, Т. В. Вінокурока // Психічне здоров'я. – 2012. – Вип. 4 (37). – С. 36–38.
4. Аймедов К. В. Перспектива застосування у закладах вищої медичної освіти методів випереджуючого навчання / К. В. Аймедов // Медична освіта. – 2013. – № 1. – С. 83–84.
5. Аймедов К. В. Клинико-социальные аспекты синдрома профессионального выгорания у работников медицинской сферы / К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2013. – № 4 (34). – С. 100–104.
6. Аймедов К. В. Синдром емоційного вигоряння у студентів-медиків / К. В. Аймедов, Ю. П. Жогно // Медична освіта. – 2013. – № 3. – С. 6–10.
7. Аймедов К. В. Тригерна роль нооневрозів у формуванні адиктивної поведінки // XV Українська науково-практ. конф. з міжн. участю: Довженківські читання «Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою», 8–9 квітня 2014 р. : матеріали конф. – Харків, 2014. – С. 21–24.
8. Аймедов К. В. Дослідження розповсюдженості нехімічних адикцій в м. Одеса та Одеській області // Науково-практ. конф.:

«Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми та рішення», 24–25 квітня 2014 р. : матеріали конф. – Харків, 2014. – С. 11.

9. Аймедов К. В. Вивчення медичної психології в контексті сучасної лікувальної практики // Міжнародна науково-практ. конф.: «Актуальні питання медицини, ветеринарії та фармакології», 12–13 грудня 2014 р. : матеріали конф. – Одеса, 2014. – С. 84-88.

10. Аймедов К. В. Застосування інноваційних технологій навчання у системі вищої освіти / К. В. Аймедов, Н. М. Сердюк // Молодий вчений. – 2015. – № 2 (17). – С. 8–10.

11. Аймедов К. В. Комп'ютерна залежність : монографія / К. В. Аймедов, В. О. Мельник. – Одеса : Астропринт, 2015. – 180 с.

12. Аймедов К. В. Визначення факторів, які впливають на виникнення алкогольної залежності / К. В. Аймедов // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 158–160.

13. Аксючиц И. В. Мотивация употребления или отказа от наркотиков у студентов [Электронный ресурс] / И. В. Аксючиц // Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием: «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация», 22–23 апреля 2011 г. : материалы конф. – М. : МГППУ, 2011. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/45947_full.shtml (дата обращения: 1.08.2016). – Название с экрана.

14. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер ; пер. с англ. С. Могилевского. – М. : ЭКСМОПресс, 2002. – 352 с.

15. Александрова Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии [Электронный ресурс] / Л. А. Александрова // Сибирская психология сегодня : сб. научн. трудов. Вып. 2 / под ред. М. М. Горбатовой, А. В. Серого, М. С. Яницкого. – Кемерово : Кузбассвуиздат, 2004. – С. 82–90. – Режим

доступа: <http://institut.smysl.ru/article/alekseeva.php> (дата обращения: 1.08.2016). – Название с экрана.

16. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Литтера (Littera), 2010. – 272 с. – (Серия «Практические руководства»).

17. Александровский Ю. А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 4. – С. 116–117.

18. Андерсон К. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак / К. Андерсон. – Копенгаген : Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 1998. – 95 с. – (Европейская серия, № 63).

19. Андреева Т. И. Интернет и профилактика наркотических проблем [Текст] / Т. И. Андреева. – Казань, 1999. – 144 с.

20. Андрух П. Г. Принципы психотерапии и реабилитации специфических эмоциональных нарушений у лиц с зависимостью от психоактивных веществ / П. Г. Андрух, В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. – 2010. – Т. 16, № 4. – С. 14–20.

21. Аносова Е. В. Клинико-динамические особенности пивного алкоголизма, сочетающегося с гашишной наркоманией, у подростков / Е. В. Аносова, А. В. Погосов // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 3 (58). – С. 56–61.

22. Артемчук А. Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина ; под. ред. д-р мед. наук проф. Т. В. Чернобровкиной. – Харьков : Коллегиум, 2013. – 1152 с.

23. Архіпенко О. П. Психологічні захисти у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативними (за медичним критерієм) стереотипами статево-рольової поведінки / О. П. Архіпенко // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 59–63.

24. Аршинова В. В. Системная профилактика зависимого поведения [Текст] : монография / В. В. Аршинова // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – М. : Издательский сервис, 2012. – 432 с.
25. Базыльчик С. В. Профилактика употребления психоактивных веществ в учреждениях образования: что работает? / С. В. Базыльчик, А. В. Копытов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 131–141.
26. Батаршев А. В. Типология характера и личности : практическое руководство по психологической диагностике / А. В. Батаршев. – М. : Изд-во института психотерапии, 2002. – 112 с.
27. Белов В. Г. Психология кризисных ситуаций : учебное пособие / В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов. – СПб. : Невский институт управления и дизайна, 2010. – 175 с.
28. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.
29. Бірюк О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки / О. О. Бірюк // Зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. – 2011. – Т. XIII, Ч. 5. – С. 23–33.
30. Блюм К. Профилактика наркотической зависимости в Интернете / К. Блюм, С. Стинг // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты : итоговые материалы международного проекта [Текст] / Сост. И. П. Рущенко. – Харьков : Финарт, 2002. – С. 9–20.
31. Богомаз С. А. Жизнестойкость как компонент инновационного потенциала человека / С. А. Богомаз, Д. Ю. Баланев // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32. – С. 23–29.
32. Богомаз С. А. К проблеме взаимосвязи смыслов жизни с целеустремленностью и жизнестойкостью человека / С. А. Богомаз, Т. Е. Левицкая // Третья Всероссийская конференция по экзистенциальной

психологии : материалы сообщений ; под ред. Д. А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2007. – С. 122–125.

33. Бохан Н. А. Общая психопатология в клинической наркологии : учебное пособие в таблицах и схемах / Н. А. Бохан, Н. Е. Буторина, Е. Н. Кривулин. – Челябинск : Изд-во «ПИРС», 2010. – 234 с.

34. Бухтіярова О. Г. Клініко-психологічні аспекти залежності від тютюнопаління / О. Г. Бухтіярова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2011. – № 1 (19). – С. 51–54.

35. Василюк Ф. Е. Психологический анализ переживания преодоления критических ситуаций : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Общая психология, история психологии» / Ф. Е. Василюк. – М., 1981. – 18 с.

36. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд-во Московского ун-та, 1984. – 200 с.

37. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии / Т. Г. Визель. – М. : АСТ, 2006. – 400 с.

38. Вієвський А. М. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків (клінічна феноменологія, профілактика та корекція) : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук : [спец.] 14.01.17 «Наркологія» / А. М. Вієвський ; Укр. н.-д. ін-т соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2012. – 40 с.

39. Войцех В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 17–25.

40. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5–11.

41. Волченкова К. Н. Тьюторское сопровождение как основа субъект-субъектных отношений тьютора и студента / К. Н. Волченкова // Вестник ЮУрГУ. Серия : Образование. Педагогические науки. – 2013. – № 3. – С. 71–76.

42. Вороніна О. В. Результати оцінки поведінки та якості життя осіб молодого віку з психічними та поведінковими розладами, із тютюнопалінням і тютюновою залежністю / О. В. Вороніна // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 73–78.

43. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Изд-во «Смысл»; Изд-во «Эксмо», 2005. – 1136 с. : ил. – (Библиотека всемирной психологии).

44. Гаранян Н. Г. Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации / Н. Г. Гаранян, Д. А. Андрусенко, И. Д. Хломов // Психологическая наука и образование. – 2009. – № 1. – С. 72–81.

45. Гордиюк О. В. Содержание работы по профилактике табакокурения со студентами [Электронный ресурс] / О. В. Гордиюк // Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием: «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация», 22–23 апреля 2011 г. : материалы конф. – М. : МГППУ, 2011. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/46001_full.shtml (дата обращения: 1.08.2016). – Название с экрана.

46. Горлинский В. В. Культура устойчивого человеческого развития: ее конституирование и аксиологическое содержание / В. В. Горлинский // Философия и культура. – 2015. – № 5. – С. 658–669.

47. Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций / П. С. Гуревич. – М. : Юнити, 2012. – 495 с.

48. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE / Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, Е. И. Рассказова [и др.] // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе : материалы II

международной науч.-практ. конф. – Кострома, 23–25 сент. 2010 г. / под ред. Т. Л. Крюковой, М. В. Сапоровской, С. А. Хазова. – Кострома, 2010. – С. 195–197.

49. Дилтс Р. Коучинг с помощью НЛП / Р. Дилтс. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 256 с.

50. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013–2015 рр. / І. Я. Пінчук, та ін. // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 2 (85). – С. 29–28.

51. Дрейпер Н. Прикладной регрессионный анализ / Н. Дрейпер, Г. Смит. – М. : Издательский дом «Вильямс», 2007. – 912 с.

52. Епідемії алкоголізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України : аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. – Харків, 2009. – 168 с.

53. Епідемії алкоголізму та нарко-токсикоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України : аналітично статистичний довідник 1990–2008 рр. / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Л. І. Дяченко [та ін.]. – Харків : Плеяда, 2009. – 168 с.

54. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедєв, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю. Мартинова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 1 (56). – С. 81–88.

55. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 3 (28). – С. 7–9.

56. Ермолаев О. Ю. Математическая статистика для психологов : учебник / О. Ю. Ермолаев. – 2-е изд., испр. – М. : Московский психолого-социальный институт; Флинта, 2003. – 336 с. – (Библиотека психолога).

57. Європейська декларація «Про підтримку дітей і молодих людей із психічними проблемами та їх родин» // Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я «Проблеми та шляхи їх вирішення» : матеріали конференції. – Гельсінкі, Фінляндія, 12 – 15 січня 2005 р.

58. Європейський план дій по охороні психічного здоров'я // Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я «Проблеми і шляхи їх вирішення» : матеріали конференції. – Гельсінкі, Фінляндія, 12 – 15 січня 2005 р.

59. Жукова Л. В. Влияние жизнестойкости, личностной тревожности и акцентуации характера на проявление социальных страхов [Текст] / Л. В. Жукова // Человеческий капитал. – 2016. – № 1 (85). – С. 59–60.

60. Загуровский В. М. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений / В. М. Загуровский // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2014. – Вип. 23, Кн. 2. – С. 180–187.

61. Загуровский В. М. Роль стрессорной реакции в клинической картине неотложных состояний / В. М. Загуровский // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 2 (49). – С. 62–64.

62. Загуровский В. М. Факторы консолидации структуры стратегии поведения личности в качестве психосоматической патологии / В. М. Загуровский // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4, Т. 1 (113). – С. 110–115.

63. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

64. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк [та ін.]. – Київ, 2011. – 22 с.

65. Каневская Т. М. Пропаганда ценностей здорового образа жизни как средство профилактики зависимостей в студенческой среде педагогического ВУЗа: теория и практика / Т. М. Каневская, В. А. Середа // Педагогическая практика в России. – 2011. – № 4. – С 87–94.

66. Карачевский А. Б. Когнитивно-поведенческая терапия больных алкоголизмом и наркоманией / А. Б. Карачевский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 84–89.

67. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия : монография / под ред. Б. Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп., – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.

68. Киосева Е. В. Медико-психологическая характеристика и психопревенция адаптационных нарушений у студенческой молодежи (симптоматология, патоперсонология, аддиктивный фон, копинг-стратегии, генодиспозиционная коммуникация): докт. дис. на соискание научной степени д-ра мед. наук : [спец.] 19.00.04 «Медицинская психология» / Елена Викторовна Киосева ; ХМАПО МЗ Укр. – Х., 2017. – 354 с.

69. Киреева Е. Н. Система профилактики повторных эпизодов депрессивных расстройств / Е. Н. Киреева // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 4 (66). – С. 103 – 106.

70. Клініко-психопатологічні особливості хворих на невротичні розлади з коморбідними адиктивними порушеннями / С. П. Колядко, та ін. // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 64–68.

71. Когнітивно-особистісні та соціальні аспекти адиктивної поведінки підлітків, які вживають психоактивні речовини [Електронний ресурс] / С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька [та ін.] // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 3 (74). – С. 127–128. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2013_19_3_72_ (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

72. Когнітивно-поведінкова психотерапія адиктивної поведінки у підлітків, які вживають психоактивні речовини / С. І. Табачніков, А. Є. Горбань, Є. М. Харченко [та ін.] // Інформаційний лист про нововведення. – Київ, 2015. – № 87.

73. Кожина Г. М. Діагностика порушень адаптації у студентів молодших курсів ВНЗ / Г. М. Кожина, М. В. Маркова // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березовські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО (Харків, Березовські Мінеральні води, 10–12 жовт. 2012 р.). – Т. 2. – Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання). – Харків, 2012. – С. 117–118.

74. Кокамбо Ю. Д. Тьюторство как новая форма взаимодействия участников образовательного процесса / Ю. Д. Кокамбо, О. В. Скоробогатова // Вестник Амурского гос. ун-та. Серия «Гуманитарные науки». – 2013. – № 60. – С. 111–115.

75. Красик Е. Д. Нервно-психические заболевания у студентов / Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков. – Томск, 1982. – С. 7.

76. Краси́ло А. И. Психологическое консультирование посттравматических состояний / А. И. Краси́ло. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2004. – 96 с.

77. Краснова В. В. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация [Электронный ресурс] / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование : электрон. науч. журн. – 2011. – № 1. – С. 1–15. – Режим доступа: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2011_1_2060.pdf (дата обращения: 1.08.2016). – Название с экрана.

78. Краснова В. В. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов [Текст] / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 113. – С. 50–53.

79. Кришталь Є. В. Клініко-соціальні особливості пацієнтів з тривожними розладами різного генезу [Електронний ресурс] / Є. В. Кришталь, М. В. Закладний // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 135. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_3_64 (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

80. Крыжановский Г. Н. Дизрегуляционная патология / Г. Н. Крыжановский // Дизрегуляционная патология. – М. : Медицина, 2002. – С. 18–78.

81. Кузьминов В. Н. Профилактика наркотизма в глобальной сети Internet / В. Н. Кузьминов, А. А. Сердюк // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты : итоговые материалы международного проекта. – Харьков : Финарт, 2002. – С. 141–149.

82. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні : за результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» / О. М. Балакірєва (кер. авт. кол.), Т. В. Бондар, Ю. Ю. Приймак [та ін.]. – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. – 200 с.

83. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні : за результатами дослідження 2019 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» / О. М. Балакірєва (кер. авт. кол.), Д. М. Павлова, Н-М.К. Нгуєн [та ін.]. – К. : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2019. – 214 с.

84. Ланг Т. А. Как описывать статистику в медицине : аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т. А. Ланг, М. Сесик ; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. – М. : Практическая медицина, 2011. – 480 с. : ил.

85. Лаптев Л. Г. Общепсихологический практикум : учебник / Л. Г. Лаптев, И. Л. Лаптева, О. Б. Полякова. – М. : Юрайт, 2015. – 478 с.

86. Лапшина А. В. Internet-реальность в контексте социологического знания (программа спецкурса) [Текст] / А. В. Лапшина // Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. – Харків, 1999. – С. 388–392.

87. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал: структура и диагностика / Д. А. Леонтьев. – М. : Смысл, 2011. – С. 662–668.

88. Леонтьев Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.

89. Личко А. Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии / А. Е. Личко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 1. – С. 5–17.

90. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков / А. Е. Личко. – СПб. : Речь, 2010. – 256 с.

91. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А. Е. Личко. – М. : Апрель пресс, 1999. – 416 с.

92. Лінський І. В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1 (54). – С. 76.

93. Лінський І. В. Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, вип. 4 (45). – С. 8–10.

94. Логинов И. А. Пространство личностного и профессионального развития студенческой молодежи / И. А. Логинов, А. Ю. Белогуров, М. А. Кулыгина // Высшее образование в России. – 2016. – № 4. – С. 128–135.
95. Луков В. А. Теории молодежи: апология их неисчерпаемости / В. А. Луков // Знание. Понимание. Умение. – 2009. – № 2. – С. 64.
96. Мадди Сальваторе Р. Жизнестойкость, ее диагностика и тренинг [Электронный ресурс]: авторский семинар с русским переводом [Видеозапись] / Сальваторе Р. Мадди, Дебора Кошаба-Мадди. – Электронные данные. – М. : Институт экзистенциальной психологии и жизнетворчества, 2002. – 2 электрон. опт. диски (CD-ROM) ; 12 см. (180 мин). – Название с экрана.
97. Мадди С. Р. Смыслообразование в процессах принятия решений [Текст] / С. Р. Мадди // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 87–101.
98. Мадди С. Р. Теории личности: сравнительный анализ [Текст] / С. Р. Мадди ; пер. с англ. – СПб. : Речь, 2002. – 539 с.
99. Маджуга А. Г. Здоровьесозидающая педагогика: новая научная парадигма в современном образовании : монография / А. Г. Маджуга, И. А. Синицина. – Стерлитамак; СПб. : СФ ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», Санкт-Петербургский государственный университет, 2013. – 394 с.
100. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2006. – 960 с.
101. Маркова М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 1 (37). – С. 8–13.
102. Маркова М. В. Психопрофілактика адиктивної поведінки студентської молоді: обґрунтування та ефективність нових підходів / М. В. Маркова, Г. М. Кожина, Т. В. Синицька // ХVІ Українська науково-

практична конференція з міжнародною участю «Довженківські читання. Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма», присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О. Р. Довженка : матеріали конференції. – Харків : Плеяда, 2015. – С. 108–115.

103. Маркова М. В. Функціональність сімейної системи як фактор предикції / превенції розвитку порушень психічного здоров'я в батьків дітей, хворих на онкологічну патологію [Електронний ресурс] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 4 (58). – С. 49–53. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2013_4_6 (дата звернення: 1.08.2016). – Назва з екрана.

104. Маркова М. В. Порівняльний аналіз клініко-психопатологічної симптоматики резистентних та нерезистентних до терапії депресій / М. В. Маркова, Л. В. Рахман // ScienceRise. Medical Science. – 2015. – № 9/3 (14). – Р. 62–68.

105. Маркова М. В. Студентська сім'я: закономірності функціонування як мішені превенції його порушення / М. В. Маркова // Психолого-педагогічні та управлінські концепти розвитку сучасної освіти. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (23.04.2015). – Х. : «Щедра садиба плюс», 2015. – С. 234–249.

106. Маркова М. В. Адиктивна поведінка студентської молоді: нові підходи до психопрофілактики в умовах ВНЗ / М. В. Маркова, Т. В. Синіцька // Психолого-педагогічні та управлінські концепти розвитку сучасної освіти. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (23.04.2015). – Х. : «Щедра садиба плюс», 2015. – С. 249–259.

107. Марута Н. О. Типологічні особливості адиктивних (нехімічних) порушень при невротичних розладах [Електронний ресурс] / Н. О. Марута, С. П. Колядко, М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. –

2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 146. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_3_82 (дата обращения: 1.08.2019). – Назва з екрана.

108. Медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / під ред. І. Я. Пінчук, К. Д. Бабова, А. І. Гоженка . – К. :ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 92 с.

109. Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] / Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 61–66.

110. Менделевич В. Д. Аддиктивное влечение теоретико-феноменологическая оценка / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – № 35. – С. 94–100.

111. Михайлов Б. В. Перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні в умовах реформування медичної галузі / Б. В. Михайлов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2 (02). – С. 5–10.

112. Михайлов Б. В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема / Б. В. Михайлов // Доктор. – 2002. – № 6. – С. 9–12.

113. Модель та алгоритм медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, які вживають психоактивні речовини / С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька [та ін.] // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79). – С. 102–106.

114. Мозгова Т. П. Від лікування розладів поведінки – до охорони психічного здоров'я підлітків [Електронний ресурс] / Т. П. Мозгова, І. В. Лещина, С. В. Федорченко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 73–75. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_1_18 (дата обращения: 1.08.2019). – Назва з екрана.

115. Мозгова Т. П. Стрес і розлади адаптації [Електронний ресурс] / Т. П. Мозгова, І. В. Лещина, С. В. Федорченко // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 152. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_3_92 (дата обращения: 1.08.2019). – Назва з екрана.

116. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / за ред. Е. М. Лібанової – К. : Інститут демографічних та соціальних досліджень ім. М. В. Птахи НАН України, 2010. – 129 с.

117. Москова М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов [Текст] : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. псих. наук. : спец. 19.00.13 – «Психология развития, акмеология» / М. В. Москова. – М., 2008. – С. 12–47.

118. Мысина Г. А. Социально-психологическое сопровождение студентов с особыми образовательными потребностями в рамках инклюзивного образования / Г. А. Мысина // Живая психология. – 2016. – Т. 3, № 4. – С. 249–260. DOI:10.18334/lp.3.4.37468.

119. Мысина Т. Ю. К вопросу о проблеме регуляции психоэмоциональных состояний студентов младших курсов ВУЗа [Электронный ресурс] / Т. Ю. Мысина // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2010. – № 16. – С. 221–224. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-probleme-regulyatsii-psihoemotsionalnyh-sostoyaniy-studentov-mladshih-kursov-vuza> (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

120. Нагаев В. В. Основы клинической психологии / В. В. Нагаев, Л. А. Жолковская. – М. : Юнити-Дана, 2007. – 463 с.

121. Наркология [Текст] : пер. с англ. / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Робертс [и др.]. – 2-е изд., испр. – М. : БИНОМ ; СПб. : Нев. диалект, 2000. – 318 с. : ил.

122. Опыт внедрения активных методов обучения (CBL) в учебный процесс на кафедре детских инфекционных болезней / Р. Х. Бегайдарова, Ю. Г. Стариков, Г. К. Алшынбекова [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 13–14.

123. Опыт структурной диагностики личностного потенциала / Д. А. Леонтьев, Е. Ю. Мандрикова, Е. Н. Осин [и др.] // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. – С. 8–31.

124. Осин Е. Н. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия [Электронный ресурс] / Е. Н. Осин, Д. А. Леонтьев // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. – М. : Институт социологии РАН, Российское общество социологов. – 2008. – Режим доступа: <https://publications.hse.ru/chapters/78753840> (дата обращения: 1.08.2016). – Название с экрана.

125. Осин Е. Н. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте / Е. Н. Осин, Е. И. Рассказова // Вестник Московского университета. Психология. – 2013. – № 2. – С. 147–165.

126. Осин Е. Н. Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости [Текст] // Организационная психология. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 42–60.

127. Особенности структуры личностного потенциала при формировании алкогольной зависимости в молодом возрасте / Н. А. Бохан, В. Н. Кузнецов [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 67–74.

128. Осуховская Е. С. Адаптационные расстройства у лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением и употребляющих спиртные напитки / Е. С. Осуховская // Медицинская психология. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 80–84.

129. Осуховская Е. С. Взаимопотенцирующие процессы, ассоциированные с формированием химических и нехимических аддикций у лиц молодого возраста / Е. С. Осуховская // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 102–108.

130. Отчет о наркопотреблении и незаконном обороте наркотиков в Республике Беларусь : Белорусско-украинско-молдавская программа по борьбе с незаконным оборотом и торговлей наркотическими средствами (Программа БУМАД). – Минск : Белсэнс, 2008. – 65 с.

131. Павлова Т. С. Психологические факторы социальной тревожности в студенческом возрасте / Т. С. Павлова, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2011. – № 1. – С. 29–43.

132. Перре М. Клиническая психология / под ред. М Перре, У. Бауманна. – 2-е изд., перераб. – СПб. : Питер, 2006. – 1312 с.

133. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Себин. – М. : ГЕОТАР – МЕД, 2003. – 113 с.

134. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук (Представлено чл.-кор. АМН Украины В. В. Безруковым) // Журнал АМН України. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.

135. Покушалова Л. В. Метод case-study как современная технология профессионально-ориентированного обучения студентов / Л. В. Покушалова // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 5. – С. 155–157.

136. Проведение в 2010 году школьного исследования с применением методологии ESPAD среди учащихся Брестской области : отчет / Н. Авсиевич [и др.]. – Брест : Альтернатива, 2010. – 54 с.

137. Профессия «Тьютор» / [Т. М. Ковалева, Е. И. Кобыща, С. Ю. Попова (Смолик) и др.]. – М.; Тверь : СФК-офис, 2012. – 246 с.

138. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навчально-методичний посібник / під ред. В. В. Бурлаки. – К. : Герб, 2008. – 224 с.

139. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України : інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр. – Харків : Видавець Строков В. Д., 2011. – 144 с.

140. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов / Н. Г. Гаранян, та ін. // Вопросы психологии. – 2009. – № 3. – С. 16–26.

141. Психология деятельности в экстремальных условиях / В. Н. Непопалов, В. Ф. Сопов, А. В. Родионов [и др.] ; под ред. А. Н. Блеера. – М. : Академия, 2008. – 256 с.

142. Психосоциальные факторы как предикторы нарушений психической адаптации у лиц, занятых стрессогенной профессиональной деятельностью / Л. И. Вассерман, та ін. // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 47–52.

143. Пухно С. В. Особливості кризи юнацького віку як чинник проходження адаптації першокурсників ВНЗ / С. В. Пухно // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : збірник наукових праць. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. 183–185.

144. Максименко Т. М. Особливості організації навчально-дослідної роботи студентів педагогічних спеціальностей ВНЗ [Електронний ресурс] / Т. М. Максименко, С. В. Пухно // Фізико-математична освіта. – 2015. – № 2 (5). – С. 39–47. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/fmo_2015_2_7 (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

145. Перре М. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Баумана. – [3-е изд.] . – СПб. : Питер, 2012. – 944 с.

146. . Пономарьова В. В. Соціальна фобія, обтяжена вживанням психоактивних речовин, у підлітків : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : [спец.] 14.01.16 «Психіатрія» / В. В. Пономарьова ; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». — Х., 2013. — 23 с.

147. Пухно С. В. Психологічні особливості проходження адаптації студентів-першокурсників ВНЗ як чинник процесу формування знань з фізико-математичних дисциплін / С. В. Пухно // I Міжрегіональна науково-методична конференція «Теоретико-методичні засади вивчення сучасної фізики та нанотехнологій у загальноосвітніх та вищих навчальних закладах», 26 листопада 2015 р. : матеріали конференції. — Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. — С. 43–45.

148. Пшук Н. Г. Аналіз взаємозв'язку рівня суб'єктивного контролю та станів професійної дезадаптації у лікарів хірургічного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. — 2013. — Т. 19, № 1 (72). — С. 186–187.

149. Пшук Н. Г. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного профілю / Н. Г. Пшук // Архів психіатрії. — 2013. — Т. 19, № 2 (73). — С. 151–154.

150. Пшук Н. Г. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 1 (78). — С. 84–87.

151. Пшук Н. Г. Заходи психокорекції професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук // Міжнародний психотерапевтичний журнал. — 2013. — № 4. — С. 43–47.

152. Пшук Н. Г. Щодо формування копінг-стратегій у студентів з перфекціонізмом у медичних вищих навчальних закладах / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. — 2014. — Т. 20, № 3 (78). — С. 126–128.

153. Пшук Н. Г. Клініко-психопатологічні особливості та диференціальна діагностика соціальної фобії у студентської молоді / Н. Г. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 95–100.

154. Пшук Н. Г. Система психокорекції і психопрофілактики професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 4 (81). – С. 97–101.

155. Пшук Н. Г. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді / Н. Г. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 86–91.

156. Пшук Н. Г. Зміст та ефективність програми психокорекції та психопрофілактики соціальної дезадаптації студентської молоді / Н. Г. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 164–165.

157. Разводовский Ю. Е. Алкогольная политика в республике Беларусь на современном этапе / Ю. Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 38–45.

158. Разводовский Ю. Е. Продажа алкоголя и эпидемиология алкоголизма в Беларуси / Ю. Е. Разводовский // Психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 35–43.

159. Решетовська Н. Є Медико-оціальний прогноз депресії у підлітків / Н. Є. Решетовська // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 79–81.

160. Риткіс І. С. Особливості системного підходу до психотерапії, психопрофілактики та корекції тютюнопаління і тютюнової залежності у осіб молодого віку на сучасному етапі / І. С. Риткіс // Лікарська справа. 2013. – № 5. – С. 59–62.

161. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар, Н. О. Рингач [та ін.]. – К. : УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.

162. Рогачева Т. В. Представления о психологической устойчивости как предпосылке психологического здоровья [Электронный ресурс] / Т. В. Рогачева // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (27). – Режим доступа: http://www.mprj.ru/archiv_global/2014_4_27/nomer/nomer01.php (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

163. Розпорядження КМУ від 28.08.2013 р. № 735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80> (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

164. Романова О. Л. Этиология зависимостей от психоактивных веществ у подростков и теоретические основы их первичной профилактики: обзор зарубежной литературы / О. Л. Романова // Вопросы наркологии. – 1996. – № 3. – С. 100–105.

165. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Канторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2005. – 256 с.

166. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии : в 2 т. / С. Л. Рубинштейн. – М. : Педагогика, 1989. – Т. 1. – 488 с. – (Труды д. чл. и. чл-кор. АПН СССР).

167. Руженков В. А. Суицидальное поведение юношей призывного возраста (клинико-психопатологические характеристики и психиатрическое медицинское освидетельствование) / В. А. Руженков, А. В. Боева, Г. А. Лобов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 4. – С. 57–59.

168. Ряполова Т. Л. Жизнестойкость как предиктор эффективности обучения с помощью интерактивных методов в медицинском вузе / А. А. Бойченко, Т. Л. Ряполова, В. Ал. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 2 (38). – С. 58–62.

169. Садыкова Р. Г. Стратегии и основные направления организации работы по профилактике наркотизации населения : руководство по аддиктологии / Р. Г. Садыкова, В. Д. Менделевич, А. Н. Грязнов ; под ред. В. Д. Менделевича. – СПб., 2007. – Гл. 30. – С. 725–731.

170. Свеженцева Ю. А. Социокультурные аспекты приобщения к наркотикам: качественный анализ проблемы / Ю. А. Свеженцева // Молодежь и наркотики. – Харьков : Торсинг, 2000. – С. 84–129.

171. Свередюк Е. В. Ментальные репрезентации счастья студентов-психологов [Электронный ресурс] / Е. В. Свередюк // Современные научные исследования и инновации. – 2011. – № 1. – Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2011/05/543> (дата обращения: 1.08.2016). – Название с экрана.

172. Северный А. А. Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня : метод. Рекомендации / А. А. Северный, А. К. Ануфриев. – М., 1987. – С. 73–77.

173. Селье Г. Когда стресс не приносит горя / Г. Селье. – М., 1992. – С. 104–109, 116–135.

174. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1982. – 68 с.

175. Семке В. Я. Валеология семьи / В. Я. Семке // Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы : материалы региональной научно-практической конференции. – Томск, 2000. – С. 100–103.

176. Семке В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 1999. – 403 с.
177. Семке В. Я. Транскультуральная аддиктология / В. Я. Семке, Н. А. Бохан. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 2008. – 588 с.
178. Серебровская Т. Б. Тьюторство в контексте модернизации высшей школы / Т. Б. Серебровская // Вестник ОГУ. – 2011. – № 5. – С. 14.
179. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию : учебник для студентов медицинских вузов / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – М. : Академический Проект; Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 416 с.
180. Сидоров П. И. Гносеологический аппарат ментальной медицины / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2010. – № 9. – С. 43–52.
181. Сидоров П. И. От нозоцентрической психиатрии – к здравоцентрической ментальной медицине / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2009. – № 2. – С. 22–27.
182. Сидоров П. И. Парадигма ментальной медицины / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2009. – № 3. – С. 13–19.
183. Сирота Н. А. Вопросы современной профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2009. – № 3. – С. 63–104.
184. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Новости украинской психиатрии. – Киев – Харьков, 2009. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm> (дата обращения: 1.08.2016). – Название с экрана.
185. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.

186. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 13–18.

187. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Інформаційно-аналітичний огляд за 2001–2010 рр. – 2011. – 175 с.

188. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 13–18.

189. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2011 : статистический сборник. – Минск : Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2011. – 634 с.

190. Табак : информационный бюлетьень № 339, май 2015 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru> (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

191. Табачников С. И. К вопросу о распространенности табакокурения и табачной зависимости среди молодежи / С. И. Табачников, И. С. Рыткис, А. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 109–112.

192. Тананкина Т. П. Влияние факторов стресса и сложных социально-экономических условий на уровень злоупотребления психоактивными веществами / Т. П. Тананкина, О. В. Кондуфор, Г. С. Рачкаускас, Н. Э Булкина // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 2 (38). – С. 5–12.

193. Тананкина Т. П. Взаимосвязь эстетического здоровья студенток и вредных привычек / Т. П. Тананкина, Л. Н. Иванова, Е. А. Коробкова // Университетская Клиника. – 2017. – Т. 2 вып. 4 (25). – С. 53–57.

194. Тамразян Н. А. Технологии адаптации студентов-первокурсников. Социальные и психологические ресурсы службы тьюторов в системе адаптации и сопровождения студентов / Н. А. Тамразян // Сборник статей научно-практической конференции 24 ноября 2014 г. – Барнаул : Изд-во ООО «Алтай–Циклон», 2014. – С. 47–49.

195. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

196. Ташкеева Г. К. Интерактивное обучение как средство активации творческой деятельности студентов / Г. К. Ташкеева // Менеджмент в образовании. – 2010. – № 1 (56). – С. 132–134.

197. Телеуов М. К. Сфера компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентности. Навык работы в команде. Профессионализм : методические рекомендации / М. К. Телеуов, Р. С. Досмагамбетова, Л. Г. Тургунова. – Караганда, 2010. – 84 с.

198. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, М. П. Мирошников, В. Б. Шарай // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.

199. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека : навч. посібн. – Бібліотечка соціального працівника / Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна. – К. : Марич, 2009. – 75 с.

200. Титаренко Т. М. Формування в молоді настанов на здоровий спосіб життя : методичні рекомендації / Т. М. Титаренко, Л. А. Лєпіхова, О. Я. Кляпець. – К. : Міленіум, 2006. – 124 с.

201. Третьякова Н. В. Управление качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях : монография / Н. В. Третьякова. – Екатеринбург : Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2013. – 128 с.

202. Ушаков Д. В. Компетенции, креативность и предприимчивость как основы инновационных потенциалов личности и группы / Д. В. Ушаков, А. Д. Карнышев // Экономическая психология: актуальные исследования и инновационные тенденции : материалы 10-й юбилейной междунар. науч.-практ. конф. – Иркутск, 2009. – С. 378–393.

203. Халафян А. А. «Statistica 6». Статистический анализ данных : учебник / А. А. Халафян. – 3-е изд. – М. : ООО «Бином–Пресс», 2008. – С. 220–240.

204. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 10–14.

205. Чабан О. С. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства [Электронный ресурс] / О. С. Чабан, И. А. Франкова // NeuroNews. – 2015. – № 2 (66). – С. 8–18. – Режим доступа: [http://neuronews.com.ua/uploads/files/2015/2%20\(66\)/6828353623.pdf](http://neuronews.com.ua/uploads/files/2015/2%20(66)/6828353623.pdf) (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

206. Черткова Ю. Д. Взаимосвязь удовлетворенности жизнью, диспозиционных черт личности и Темной триады личностных свойств [Электронный ресурс] / Ю. Д. Черткова, О. С. Алексеева, А. Я. Фоминых // Психологические исследования. – 2016. – Т. 9, № 45. – Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n45/1238-chertkova45.html> (дата обращения: 1.08.2019). – Название с экрана.

207. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз / В. В. Чугунов. – Харьков : Наука, 2014; 2015. – 536 с.

208. Чугунов В. В. Частная психиатрическая помощь как объект социального моделирования / В. В. Чугунов, О. Ф. Пиронкова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – Ч. 5, № 11 (42). – С. 71–74.

209. Чугунов В. В. Генез, коморбидность, патопластика и фон психических заболеваний / В. В. Чугунов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2 (02). – С. 57–65.
210. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани. – Ростов н/Д. : Феникс, 1999. – 544 с.
211. Шибутани Т. Я-концепция как персонификация / Т. Шибутани // Социальная психология ; [пер. с англ. В. Б. Ольшанского]. – Ростов н/Д, 1988. – С. 193–212.
212. Шифнер Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки. – 2011. – № 18 (4). – С. 64–66.
213. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.
214. Эриксон М. Г. Человек из Февраля. Гипнотерапия и развитие самосознания личности / Милтон Г. Эриксон, Эрнест Л. Росси ; пер. с англ. Е. Л. Длугач. – М. : Независимая фирма «Класс», 1995. – 133 с.
215. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризисы / Э. Эриксон. – [2-е изд.]. – М. : Флинта; МПСИ : Прогресс, 2006. – 352 с.
216. Юркова И. Ю. Конгресс Германской ассоциации психиатров, психотерапевтов и неврологов DGPPN, Берлин, 25–18 ноября 2015 г. / И. Ю. Юркова, П. А. Понизовский // Независимый психиатрический журнал. – 2016. – № 1. – С. 81–84.
217. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders / International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, issue 2. – P. 86–92.
218. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders / J. R. Keefe, K. S. McCarthy, U. Dinger [et al.] // Clin. Psychol. Rev. – 2014. – Vol. 34, № 4. – P. 309–323. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.03.004.

219. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder / R. A. Bryant, M. Creamer, M. L. O'Donnell [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69, issue 6. – P. 923–929.

220. AAMC / HHMI Committee Defines Scientific Competencies for Future Physicians [Electronic resource]. – Washington : D.C., 2009, June 4. – Available at: <http://www.aamc.org/newsroom/pressrel/2009/090604.html> (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

221. Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study / A. Maercker, R. C. Bachem, L. Lorenz [et al.] // *JMIR Ment Health*. – 2015. – Vol. 2, issue 2. – P. 15. DOI: 10.2196/mental.4157.

222. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services / A. Fernández, J. M. Mendive, L. Salvador-Carulla [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 201, issue 2. – P.137–142. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.096305.

223. Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner / D. Servant, A. Pelissolo, L. Chancharme [et al.] // *Encephale*. – 2013. – Vol. 39, issue 5. – P. 347–351. DOI: 10.1016/j.encep.2012.10.004.

224. Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner / D. Servant, A. Pelissolo, L. Chancharme [et al.] // *Encephale*. – 2013. – Vol. 39, issue 5. – P. 347–351. DOI: 10.1016/j.encep.2012.10.004.

225. Alarcon G. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis / G. Alarcon, K. J. Eschleman, N. A. Bowling // *Work and Stress: An International Journal of Work, Health and Organisations*. – 2009. – Vol. 23, issue 3. – P. 244–263. DOI: 10.1080/02678370903282600.

226. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy / T. F. Babor [et al.]. – Oxford : Oxford University Press, 2010. – 320 p.

227. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Electronic resource]. – (5th ed.). – Washington, DC, 2013. – DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07.

228. Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD / K. F. Dyer, M. J. Dorahy, G. Hamilton [et al.] // J. Clin. Psychol. – 2009. – Vol. 65, issue 10. – P. 1099–1114. DOI: 10.1002/jclp.20619.

229. Anusic I. Dependability of Personality, Life Satisfaction, and Affect in Short-Term Longitudinal Data / I. Anusic, R. E. Lucas, M. B. Donnellan // Journal of Personality. – 2012. – Vol. 80, issue 1. – P. 33–58. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2011.00714.x.

230. Anusic I. Does personality moderate reaction and adaptation to major life events? Analysis of life satisfaction and affect in an Australian national sample / I. Anusic, S. C. Y. Yap, R. E. Lucas // Journal of Research in Personality. – 2014. – Vol. 51. – P. 69–77. DOI: 10.1016/j.jrp.2014.04.009.

231. Aversive imagery in PTSD: Trauma recurrence, comorbidity, and physiological reactivity / L. M. McTeague, P. J. Lang, M. C. Laplante [et al.] // Biological Psychiatry. – 2010. – Vol. 67, issue 4. – P. 346–356. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.08.023.

232. Bachem R. C. Self-help intervention for adjustment disorder: a randomized waiting-list controlled trial / R. C. Bachem, A. Maercker // Cogn Behav Ther. – 2016. – Vol. 45, issue 5. – P.397–413. DOI: 10.1080/16506073.2016.1191083.

233. Bajaj B. Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. Personality and Individual Differences / B. Bajaj, R. Gupta, N. Pande // Personality and Individual Differences. – 2016. – Vol. 94. – P. 96–100. DOI: 10.1016/j.paid.2016.01.020.

234. Beck A. T. Beck Anxiety Inventory / A. T. Beck, R. A. Steer. – San-Antonio, TX: The Psychological Cooperation, 1993. – 42 p.

235. Berenbaum H. J. Classification and psychopathology research / H. J. Berenbaum // *J. Abnorm Psychol.* – 2013. – Vol. 122, issue 3. – P. 894–901. DOI: 10.1037/a0033096.

236. Błachnio A. Association between Facebook addiction, self-esteem and life satisfaction: A cross-sectional study / A. Błachnio, A. Przepiorka, I. Pantic // *Computers in Human Behavior.* – 2016. – № 55 (B). – P. 701–705. DOI: 10.1016/j.chb.2015.10.026.

237. Black H. The price of a drink: levels of consumption and price paid per unit of alcohol by Edinburgh's ill drinkers with a comparison to wider alcohol sales in Scotland / H. Black, J. Gill, J. Chick // *Addiction.* – 2010. – Vol. 106, issue 4. – P. 729–736. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.03225.x.

238. Bolton D. What is mental disorder? : an essay in philosophy, science, and values / D. Bolton. – Oxford : Oxford University Press, 2008. – 332 p.

239. Borsboom D. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology / D. Borsboom, A. O. Cramer // *Annu Rev ClinPsychol.* – 2013. – Vol. 9. – P. 91–121. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608.

240. Bracken P. J. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of the current concepts / P. J. Bracken, J. E. Giller, D. Summerfield // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – Vol. 40, issue 8. – P. 1073–1082.

241. Briere J. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model / J. Briere, M. Hodges, N. Godbout // *J. Traum. Stress.* – 2010. – Vol. 23, issue 6. – P. 767–774. DOI: 10.1002/jts.20578.

242. Bronisch T. Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward / T. Bronisch // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1991. – Vol. 84, issue 1. – P. 86–93.

243. Bryant R. A. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review / R. A. Bryant // *J. Clin. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 72, issue 2. – P. 233–239. DOI: 10.4088/JCP.09r05072blu.

244. Bryant R. A. Grief as a psychiatric disorder / R. A. Bryant // *Br. J. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 201, issue 1. – P. 9–10. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.102889.

245. Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians / S. M. Olson, N. U. Odo, A. M. Duran [et al.] // *J. Grad. Med. Educ.* – 2014. – Vol. 6, issue 4. – P. 669–674. DOI: 10.4300/JGME-D-13-00396.

246. Busseri M. A. A hybrid model for research on subjective well-being: Examining common and component-specific sources of variance in life satisfaction, positive affect, and negative affect / M. A. Busseri, S. W. Sadava, N. DeCourville // *Social Indicators Research*. – 2007. – Vol. 83, issue 3. – P. 413–445. DOI: 10.1007/s11205-006-9028-8.

247. Busseri M. A. A Review of the Tripartite Structure of Subjective Well-Being: Implications for Conceptualization, Operationalization, Analysis, and Synthesis / M. A. Busseri, S. W. Sadava // *Personality and Social Psychology Review*. – 2011. – Vol. 15, issue 3. – P. 290–314. DOI: 10.1177/1088868310391271.

248. Champion J. Guidance for the commissioning of public mental health services : Practical mental health commissioning [Electronic resource] / J. Champion, C. Fitch // Joint Commissioning Panel for Mental Health. – 2012 (updated 2015). – 56 p. – Available at: <http://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-publicmentalhealth-guide.pdf> (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

249. Champion J. Mental health coverage in needs assessments and associated opportunities / J. Champion, C. Coombes, N. Bhaduri // *Journal of Public Health (Oxf)*. – 2016. DOI: 10.1093/pubmed/fdw125.

250. Champion J. Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorder / J. Champion, K. Bhui, D. Bhugra // *European Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27, issue 2. – P. 68–80. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.10.004.

251. Champion J. Public mental health commissioning guidance: embedding mental health in local public health work / J. Champion // *Perspectives in Public Health*. – 2013. – Vol. 133, issue 2. – P. 87–89. DOI: 10.1177/1757913913476631.

252. Campion J. Public mental health: The local tangibles [Electronic resource] / J. Campion // B. J. Psychiatrist Bulletin. – 2013. – Vol. 37, issue 7. – P. 238–243. DOI: 10.1192/pb.bp.113.042788. – DOI: 10.1192/pb.bp.113.042788. – Available at: <http://pb.rcpsych.org/content/37/7/238.short> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

253. Campion J. Smoking and mental disorder. NICE guidance on smoking cessation acute, maternity and mental health service [Electronic resource] / J. Campion. – NICE, 2013. – Available at: <http://guidance.nice.org.uk/PHG/51/Consultation/ExpertPapers/pdf/English> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

254. Campion J. Ten questions for your council. The Mental Health Challenge. Local councils championing mental health / J. Campion // Royal College of General Practitioners & Royal College of Psychiatrists, 2013. – 2 p. – Available at: http://www.mentalhealthchallenge.org.uk/wp-content/uploads/2013/08/LA_Challenge_10_questions.pdf (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

255. Carver C. S. Assessing coping strategies: A theoretically based approach / C. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56, issue 2. – P. 420–470. DOI: 10.1037//0022-3514.56.2.267.

256. Casey P. Adjustment disorder: new developments / P. Casey // Curr Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16, issue 6. – P. 451. DOI: 10.1007/s11920-014-0451-2.

257. Casey P. Adjustment disorders: the state of the art / P. Casey, S. Bailey // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, issue 1. – P. 11–18.

258. Casey P. Adjustment disorder: Implications for ICD-11 and DSM-5 / P. Casey, A. Doherty // British Journal of Psychiatry. – 2012. – Vol. 201, issue 2. – P. 90–92. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.110494

259. Character profiles and life satisfaction / H. Park, B. S. Suh, W. S. Kim [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2015. – Vol. 58. – P. 172–177. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.12.013.

260. Clark J. Social Anxiety and Self-evaluation of Interpersonal Performance / J. Clark, H. Arkowitz // *Psychological Reports*. – 1975. – Vol. 36, issue 1. – P. 37. DOI: 10.2466/pr0.1975.36.1.211.

261. Clarke D. E. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? / D. E. Clarke, E. A. Kuhl // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13, issue 3. – P. 314–316. DOI: 10.1002/wps.20154.

262. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5 / M. J. Friedman, P. A. Resick, R. A. Bryant [et al.] // *Depress Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, issue 9. – P. 737–749. DOI: 10.1002/da.20845.

263. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet- vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-Year follow-up of a randomized trial / E. Hedman, S. El Alaoui, N. Lindefors [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. – 2014. – Vol. 59. – P. 20–29. DOI: 10.1016/j.brat.2014.05.010.

264. Clinical implications of codependency as a model of health disorders associated with stress, in wives of men with alcohol dependence / A. Kozhyna, V. Korostiy, M. Markova [et al.] // *European psychiatry*. – 2016. – Vol. 33, Supplement. – P. S365. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1035.

265. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and upflits versus major life events / A. D. Kanner, J. C. Coyne, C. Schaefer, R. S. Lazarus // *Journal of Behavioral Medicine*. – 1981. – Vol. 4, issue 1. – P. 1–39.

266. Complex trauma in children and adolescents / A. Cook, J. Spinazzola, J. D. Ford [et al.] // *Psychiatr Ann*. – 2005. – Vol. 35, issue 5. – P. 390–398.

267. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 / M. K. Shear, N. Simon, M. Wall [et al.] // *Depress Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, issue 2. – P. 103–117. DOI: 10.1002/da.20780.

268. Cummins R. A. Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias / R. A. Cummins, H. Nistico // *Journal of Happiness Studies*. – 2002. – Vol. 3, issue 1. – P. 37–69. DOI: 10.1023/A:1015678915305.

269. Curran J. P. Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety : a review / J. P. Curran // *Psychological Bulletin*. – 1977. – Vol. 84, issue 1. – P. 140–157.

270. Cuthbert B. N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology / B. N. Cuthbert // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13, issue 1. – P. 28–35. DOI: 10.1002/wps.20087.

271. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence / B. Andrews, C. R. Brewin, R. Philpott [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164, issue 9. – P. 1319–1326. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06091491.

272. DeNeve K. M. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being / K. M. DeNeve, H. Cooper // *The Psychological Bulletin*. – 1998. – Vol. 124, issue 2. – P. 197–229.

273. Depressive disorders at teenagers in places of freedom deprivation / K. Melamud, A. Cherkasova, H. Kozhyna, V. Korostiy // 12 World congress of biological psychiatry, (WFSBP), Athens, Greece, 18–22 June 2015 : abstracts book. – Athens, 2015. – P. 21–015.

274. Derogatis L. R. SCL-90: An out-patients psychiatric rating scale-preliminary report / L. R. Derogatis, R. S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacology Bulletin*. – 1973. – Vol. 9, issue 1. – P. 13–28.

275. Derogatis L. R. The SCL-90-R [Text] / L. R. Derogatis. – Baltimore : Clinical Psychometric Research, 1975. – 134 p.

276. DESNOS in three postconflict settings: assessing cross-cultural construct equivalence / J. T.V. M. de Jong, I. H. Komproe, J. Spinazzola [et al.] // *J. Trauma Stress*. – 2005. – Vol. 18, issue 1. – P. 13–21. DOI: 10.1002/jts.20005.

277. Despland J. N. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM–III–R and DSM–IV / J. N. Despland, L. Monod, F. Ferrero // *Comprehensive Psychiatry*. – 1995. – Vol. 36, issue 6. – P. 454–460. DOI: 10.1016/S0010-440X(95)90254-6.

278. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 77 / A. Maercker, C. R. Brewin, R. A. Bryant [et al.] // *World Psychiatry*. – 2013. – Vol. 12, issue 3. – P. 198–206. DOI: 10.1002/wps.20057.

279. Diener E. Subjective well-being / E. Diener // *Psychological Bulletin*. – 1984. – Vol. 95, No. 3. – P. 542–575.

280. Diener E. D. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life / E. D. Diener, S. Oishi, R. E. Lucas // *Annual Review of Psychology*. – 2003. – Vol. 54. – P. 403–425. DOI: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056.

281. Disorders specifically associated with stress: A case controlled field study for ICD-11 mental and behavioral disorders / J. W. Keeley, G. M. Reed, M. C. Roberts [et al.] // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2016. – Vol. 16, issue 2. – P. 109–127. DOI: 10.1016/j.ijchp.2015.09.002.

282. Distinguishing between adjustment disorder and depressive episode in clinical practice: The role of personality disorder / A. M. Doherty, F. Jabbar, B. D. Kelly, P. Casey // *J Affect Disord*. – 2014. – Vol. 168. – P. 78–85. DOI: 10.1016/j.jad.2014.06.034.

283. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating “narrow” and “broad” approaches / D. J. Stein, K. A. McLaughlin, K. C. Koenen [et al.] // *Depress Anxiety*. – 2014. – Vol. 31, issue 6. – P. 494–505. DOI: 10.1002/da.22279.

284. DSM-5 PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: a developmental perspective and recommendations / R. S. Pynoos, A. M. Steinberg, C. M. Layne [et al.] // *J. Trauma Stress*. – 2009. – Vol. 22, issue 5. – P. 391–398. DOI: 10.1002/jts.20450.

285. Du H. Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem / H. Du, A. B. I. Bernardo, S. S. Yeung // *Personality and Individual Differences*. – 2015. – Vol. 83. – P. 228–233. DOI: 10.1016/j.paid.2015.04.026.

286. Early intervention in psychosis – keeping the body in mind. Mental Health Living well for longer / D. Shiers, J. Champion, P. Jones, D. Taylor // Royal College of General Practitioners and Royal College of Psychiatrists, 2014. – 5 p.

287. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience / J. Parnas, P. Møller, T. Kircher [et al.] // *Psychopathology*. – 2005. – Vol. 38. – P. 236–258. DOI: 10.1159/000088441.

288. Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial / L. B. Nordgren, E. Hedman, J. Etienne [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. – 2014. – Vol. 59. – P. 1–11. DOI: 10.1016/j.brat.2014.05.007.

289. Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood / Hsiao Fei-Hsiu, Lai Yu-Ming, Chen Yu-Ting [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry*. – 2014. – Vol. 36, issue 2. – P. 214–219. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2013.10.019.

290. Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood / F. H. Hsiao, Y. M. Lai, Y. T. Chen [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry*. – 2014. – Vol. 36, issue 2. – P. 214–219. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2013.10.019.

291. Fard F. Undiagnosed psychiatric illness in adolescents. A prospective and seven year follow-up / F. Fard, R. W. Hudgen, A. Welner // Archives of General Psychiatry. – 1978. – Vol. 35, issue 3. – P. 279–282.

292. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis / A. Frances // World Psychiatry. – 2013. – Vol. 12, issue 2. – P. 111–112. DOI: 10.1002/wps.20027.

293. Frank J. Adjustment disorder [Electronic resource] / J. Frank, D. Bienenfeld // Medscape. – 2016. – Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/2192631-overview> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

294. Frank J. Adjustment disorder Treatment & Management [Electronic resource] / J. Frank, D. Bienenfeld // Medscape. – 2016. – Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/2192631-treatment> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

295. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures / W. Pavot, E. Diener, C. R. Colvin, E. Sandvik // Journal of Personality Assessment. – 1991. – Vol. 57, issue 1. – P. 149–61. DOI: 10.1207/s15327752jpa5701_17.

296. Greenberg W. M. Adjustment disorders as an admission diagnosis / W. M. Greenberg, D. N. Rosenfeld, E. A. Ortega // American Journal of Psychiatry. – 1995. – Vol. 152, issue 3. – P. 459–461. DOI: 10.1176/ajp.152.3.459.

297. Grevenstein D. Can the Big Five explain the criterion validity of Sense of Coherence for mental health, life satisfaction, and personal distress? / D. Grevenstein, M. Bluemke // Personality and Individual Differences. – 2015. – Vol. 77. – P. 106–111. DOI: 10.1016/j.paid.2014.12.053.

298. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis / G. Andersson, P. Cuijpers, P. Carlbring [et al.] // World Psychiatry. – 2014. – Vol. 13, issue 3. – P. 288–295. DOI: 10.1002/wps.20151.

299. Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Volume 1, Child and Adolescent Disorders / P. Sturmey, M. Hersen (Eds). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2012. – Vol. 1. – 729 p.

300. Hedman E. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness / E. Hedman, B. Ljótsson, N. Lindefors // Review published. – 2012. – Vol. 12, issue 6. – P. 745–764. DOI: 10.1586/erp.12.67.

301. Hinton D. E. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5 / D. E. Hinton, R. Lewis-Fernandez // *Depress Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, issue 9. – P. 783–801. DOI: 10.1002/da.20753.

302. Horowitz M. J. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans / M. J. Horowitz, G. F. Solomon // *Journal of Social Issues*. – 1975. – Vol. 31, issue 4. – P. 67–80. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1975.tb01012.x.

303. Huibers M. Review: group cognitive behavioural therapy reduces depression symptoms in older adults with depression compared with waiting list control / M. Huibers // *Evid Based Ment Health*. – 2011. – Vol. 14, issue 4. – P. 107.
DOI: 10.1136/ebmh.2011.100100.

304. Iakunchykova O. Early initiation of alcohol consumption by adolescents in reconstructed families may be explained by parenting style / O. Iakunchykova // *Tabacco control and public health in Eastern Europe*. – 2011. – Vol. 1, No. 2. – P. 89.

305. ICD-11 Beta Draft (Foundation) [Electronic resource]. – Available at: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

306. Inequality and mental disorder: opportunities for action / J. Champion, D. Bhugra, S. Bailey, M. Marmot // *The Lancet*. – 2013. – Vol. 382, No. 9888. – P. 183–184. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61411-7.

307. Is the distinction between adjustment disorder with depressed mood and adjustment disorder with mixed anxious and depressed mood valid? / M. Zimmerman, J. H. Martinez, K. Dalrymple [et al.] // *Ann Clin Psychiatry*. – 2013. – Vol. 25, issue 4. – P. 257–265.

308. Isserlin L. Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR / L. Isserlin, G. Zerach, Z. Solomon // *Am. J. Orthopsychiatry*. – 2008. – Vol. 78, issue 4. – P. 423–429. DOI:10.1037/a0014304.

309. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie* / K. Jaspers. – Berlin : Springer, 1913. – 768 p.

310. Kawa Sh. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice / Sh. Kawa, J. Giordano [Electronic resource] // *Philos. Ethics Humanit. Med*. – 2012. – Vol. 7:2. DOI: 10.1186/1747-5341-7-2. – Available at: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-5341-7-2> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

311. Kelly B. D. Mental health, mental illness, and human rights in India and elsewhere: What are we aiming for? / B. D. Kelly // *Indian J. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 58, Suppl. 2. – P. S168–S174. DOI: 10.4103/0019-5545.196822.

312. Knowledge about and attitude toward science of first year medical students / I. Vodopivec, A. Vujaklija, M. Hrabak [et al.] // *Croat. Med. J.* – 2002. – Vol. 43, issue 1. – P. 58–62.

313. Kobasa S. C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness [Text] / S. C. Kobasa // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1979. – Vol. 37, issue 1. – P. 1–11. DOI: 10.1037//0022-3514.37.1.1.

314. Kozhyna A. Contemporary patterns of formation of suicidal behavior in patients with depressive disorders / A. Kozhyna, V. Korostiy, K. Zelenska // *European Psychiatry*. – 2015. – Vol. 30, Suppl. 1. – P. 1794. DOI: 10.1016/S0924-9338(15)31380-8.

315. Krueger R. F. The RDoC initiative and the structure of psychopathology / R. F. Krueger, C. G. DeYoung // *Psychophysiology*. – 2016. – Vol. 53, issue 3. – P. 351–354. DOI: 10.1111/psyp.12551.

316. Kuhn T. S. The structure of scientific revolutions / T. S. Kuhn. – Chicago : University of Chicago Press, 1962. – 210 p.

317. Kumpfer L. Drug Abuse Prevention: tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // *Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations* / Edited by R. H. Coombs. – Mahwah, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates, 2005. – P. 467–486.

318. La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos [Electronic resource] / M. S. Andreu Mateu, C. Botella Arbona, S. Quero Castellano [et al.] // *Psicología conductual (Behavioral Psycholog)*. – 2012. – Vol. 20, No. 2. – P. 323–348. – Available at: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/67199/55033.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

319. Lanius R. A. How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach / R. A. Lanius, R. L. Bluhm, P. A. Frewen // *Acta Psychiatr Scand*. – 2011. – Vol. 124, issue 5. – P. 331–348. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01755.x.

320. Lawn S. Achieving smoke-free mental health services: Lessons from the past decade of implementation research [Electronic resource] / S. Lawn, J. Champion // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2013. – Vol. 10, issue 9. – P. 4224–4244. DOI: 10.3390/ijerph10094224. – Available at: <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/9/4224> (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

321. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal // *The Self-regulation of Health*

and Illness Behavior ; Ed. by L. D. Cameron, H. Leventhal. – London : Routledge, 2012. – 360 p.

322. Lichtenthal W. G. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V / W. G. Lichtenthal, D. G. Cruess, H. G. Prigerson // Clin. Psychol. Rev. – 2004. – Vol. 24, issue 6. – P. 637–662. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.07.002.

323. Lorenz L. The Adjustment Disorder – New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values / L. Lorenz, R. C. Bachem, A. Maercker // Int J Occup Environ Med. – 2016. – Vol. 7, issue 4. – P. 215–220.

M. Zimmerman, J. H. Martinez, K. Dalrymple [et al.] // Ann Clin Psychiatry. – 2013. – Vol. 25, No. 4. – P. 257–265.

324. Maddi S. R. Dispositional Hardiness in Health and Effectiveness [Text] / S. R. Maddi // In: Encyclopedia of Mental Health / Ed. by H. S. Friedman. – San Diego (CA) : Academic Press, 1998. – P. 323–335.

325. Maddi S. R. Hardiness: an operationalization of existential courage [Text] / S. Maddi // Journal of Psychology Human. – 2004. – Vol. 44, issue 3. – P. 279–298. DOI: 10.1177/0022167804266101.

326. Maddi S. R. The effectiveness of hardiness training / S. R. Maddi, S. Kahn, K. L. Maddi // Consulting Psychology Journal: Practice and Research. – 1998. – Vol. 50, issue 2. – P. 78–86. DOI: 10.1037/1061-4087.50.2.78.

327. Maddi S. R. The hardy executive: Health under stress / S. R. Maddi, S. C. Kobasa. – Homewood, IL: Dow Jones-Irvin, 1984. – 131 p.

328. Maddi S. R. The Personality Construct of Hardiness: Effects on Experiencing, Coping and Strain [Text] / S. R. Maddi // Consulting Psychology Journal: Practice and Research. – 1999. – Vol. 51, issue 2. – P. 83–94. DOI: 10.1037/1061-4087.51.2.83.

329. Maddi S. R. The Story of Hardiness: Twenty Years of Theorizing, Research and Practice / S. R. Maddi / Consulting Psychology Journal: Practice and

Research. – 2002. – Vol. 54, No. 3. – P. 173–185. DOI: 10.1037//1061-4087.54.3.175.

330. Maercker A. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample / A. Maercker, F. Einsle, V. Kollner // *Psychopathology*. – 2007. – Vol. 40, issue 3. – P. 135–146. DOI: 10.1159/000099290.

331. Maj M. Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats / M. Maj // *World Psychiatry*. – 2016. – Vol. 15, issue 3. – P. 193–194. DOI: 10.1002/wps.20370.

332. Markova M. V. Structure and types of coping strategies in treatment-resistance depression / M. V. Markova, L. V. Rakhman // *Memorias de “XV Reunión Internacional de Ciencias Médicas”*, Leon, Mexico. 22–24 de abril de 2015. – P. 162.

333. McGorry P. World Biomarkers and clinical staging in psychiatry / P. McGorry, M. Keshavan, S. Goldstone // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13, issue 3. – P. 211–223. DOI: 10.1002/wps.20144.

334. McNally R. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder / R. McNally // *Ann. Rev. Psychol.* – 2003. – Vol. 54. – P. 229–252. DOI: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145112.

335. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures / P. A. Linley, J. Maltby, A. M. Wood [et al.] // *Personality and Individual Differences*. – 2009. – Vol. 47, issue 8. – P. 878–884. DOI: 10.1016/j.paid.2009.07.010.

336. Mead M. *Culture and Commitment: A study of the Generation* / M. Mead. – Garden City, N.Y. : Published for the American Museum of Natural History [by] Natural History Press/Doubleday, 1970. – 91 p.

337. Mommersteeg P. M. Type D Personality, depressive symptoms and work-related health outcomes / P. M. Mommersteeg, J. Denollet, E. J. Martens //

Scand. J. Public Health. – 2012. – Vol. 40, issue 1. – P. 35–42.
DOI: 10.1177/1403494811421533.

338. Mykhaylov V. Development of somatogenic depression / V. Mykhaylov, H. Kozhyna, V. Korostiy // 12 World congress of biological psychiatry, (WFSBP), Athens, Greece, 18–22 June 2015 : abstracts book. – Athens, 2015. – P. 22–010.

339. Neurobiological basis of mutual influence of stress burden and alcohol addiction: Review of data / V. Korostiy, M. Markova, H. Kozhyna [et al.] // European psychiatry. – 2016. – Vol. 33, Suppl. – P. S302.
DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1034.

340. O'Connor M. F. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center / M. F. O'Connor, D. K. Wellisch, A. L. Stanton [et al.] // Neuroimage. – 2008. – Vol. 42, issue 2. – P. 969–972. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2008.04.256.

341. Österberg E. L. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe / E. L. Österberg // Drug Alcohol Rev. – 2011. – Vol. 30, issue 2. – P. 124–129.
DOI: 10.1111/j.1465-3362.2010.00265.x.

342. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes / C. R. Brewin, N. Fuchkan, Z. Huntley [et al.] // Psychol Med. – 2010. – Vol. 40, issue 12. – P. 2049–2057. DOI: 10.1017/S0033291710000206.

343. Park H. Psychological well-being, life satisfaction, and self-esteem among adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and nonperfectionists / H. Park, D. Y. Jeong // Personality and Individual Differences. – 2015. – Vol. 72. – P. 165–170. DOI: 10.1016/j.paid.2014.08.031.

344. Peters L. A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder / L. Peters, T. Slade, G. Andrews // J. Trauma Stress. – 1999. – Vol. 12, issue 2. – P. 335–343. DOI: 10.1023/A:1024732727414.

345. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach / [L. Kay Bartholomew Eldredge, Christine M. Markham, Robert A. C. Ruiter et al.]. – 4-th ed. – Hoboken, NJ: Wiley, 2016. – 704 p.

346. Predictors of depression recovery in HIV-infected individuals managed through measurement-based care in infectious disease clinics / N. A. Sowa, A. Bengtson, B. N. Gaynes, B. W. Pence // *J Affect Disord.* – 2016. – Vol. 192. – P. 153–161. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.031.

347. Predictors of risky alcohol consumption in school-children and their implications for preventions for preventing alcohol-related harm [Electronic resource] / M. A. Bellis, K. Hughes, V. Morleo [et al.] // *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy.* – 2007. – Vol. 2:15. DOI: 10.1186/1747-597X-2-15. – Available at: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-2-15> (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

348. Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients [Electronic resource] / M. H. Nauta, H. Festen, C. G. Reichart [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2012. – Vol. 12:31. – DOI: 10.1186/1471-244X-12-31. – Available at: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-31> (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

349. Primary care guidance on smoking and mental disorders *Mental Health Living well for longer* / J. Campion, D. Shiers, J. Britton [et al.] // Royal College of General Practitioners & Royal College of Psychiatrists, 2014. – 4 p.

350. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 [Electronic resource] / H. G. Prigerson, M. J. Horowitz, S. C. Jacobs [et al.] // *PLoS Med.* – 2009. – Vol. 6, issue 8. – e1000121. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121. – Available at: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000121> (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

351. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11 / A. Maercker, C. R. Brewin, R. A. Bryant [et al.] // *Lancet*. – 2013. – Vol. 381, No. 9878. – P. 1683–1685. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6.

352. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11 / A. Maercker, C. R. Brewin, R. A. Bryant [et al.] // *Lancet*. – 2013. – Vol. 381, issue 9878. – P. 1683–1685. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6.

353. Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners / G. J. Rubin, C. R. Brewin, N. Greenberg [et al.] // *BMJ*. – 2005. – Vol. 331, No. 7517. – P. 606–611. DOI: 10.1136/bmj.38583.728484.3A.

354. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma [Electronic resource] / D. Gillies, L. Maiocchi, A. P. Bhandari [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2016. – Issue 10, Art. No. CD012371. – DOI: 10.1002/14651858.CD012371. – Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012371/full> (accessed: 12.10.2019). – Title from the screen.

355. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder [Electronic resource] / N. P. Roberts, P. A. Roberts, N. Jones, J. I. Bisson // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2016. – Issue 4, Art. No. CD010204. – DOI: 10.1002/14651858.CD010204.pub2. – Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010204.pub2/full> (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

356. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey / S. C. Evans, G. M. Reed, M. C. Roberts [et al.] // *Int. J. Psychol.* – 2013. – Vol. 48, issue 3. – P. 177–193. DOI: 10.1080/00207594.2013.804189.

357. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: Some suggestions for DSM-V / L. Grassi, L. Mangelli, G. A. Fava [et al.] // J. Affect Disord. – 2007. – Vol. 101, issues 1–3. – P. 251–254. DOI: 10.1016/j.jad.2006.11.011.

358. Reed G. M. Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders / G. M. Reed // Prof. Psychol. Res. Pract. – 2010. – Vol. 41, No. 6. – P. 457–464. DOI: 10.1037/a0021701.

359. Reed G. M. World Health Organization responds to Fiona Godlee and Ray Moynihan[Electronic resource] / G. M. Reed, T. Dua, S. Saxena // BMJ. – 2011. – Vol. 342:d3830. DOI: 10.1136/bmj.d3830. – Available at: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3830> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

360. Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A / C. R. Brewin, R. A. Lanius, A. Novac [et al.] // J. Trauma Stress. – 2009. – Vol. 22, issue 5. – P. 366–373. DOI: 10.1002/jts.20443.

361. Regier D. A. DSM-5: The DSM-5: Classification and criteria changes / D. A. Regier, E. A. Kuhl, D. J. Kupfer // World Psychiatry. – 2013. – Vol. 12, issue 2. – P. 92–98. DOI: 10.1002/wps.20050.

362. Relationships between general self-efficacy, planning for the future, and life satisfaction / N. Azizli, B. E. Atkinson, H. M. Baughman, E. A. Giammarco // Personality and Individual Differences. – 2015. – Vol. 82. – P. 58–60. DOI: 10.1016/j.paid.2015.03.006.

363. Royce J. Theory of personality and individual differences: factors, systems and process / J. Royce, A. Powell. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1983. – 290 p.

364. Rutter M. Classification issues and challenges in childhood and adolescent psychopathology / M. Rutter, R. Uher // Int Rev Psychiatry. – 2012. – Vol. 24, issue 6. – P. 514–29. DOI: 10.3109/09540261.2012.719862.

365. Sanislow C. A. Updating the Research Domain Criteria (RDoC) / C. A. Sanislow // *World Psychiatry*. – 2016. – Vol. 15, issue 3. – P. 222–223. DOI: 10.1002/wps.20374.

366. Scheeringa M. S. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm / M. S. Scheeringa, C. H. Zeanah, J. A. Cohen // *Depress Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, issue 9. – P. 770–782. DOI: 10.1002/da.20736.

367. Schimmack U. Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources / U. Schimmack, E. Diener, S. Oishi // *Journal of Personality*. – 2002. – Vol. 70, issue 3. – P. 345–384.

368. Shankar N. Evaluation of a modified team based learning method for teaching general embryology to 1year medical graduate students / N. Shankar, R. Roopa // *Indian J. Med. Sci*. – 2009. – Vol. 63, No. 1. – P. 4–12.

369. Sheldon K. M. Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances / K. M. Sheldon, S. Lyubomirsky // *Journal of Happiness Studies*. – 2006. – Vol. 7, issue 1. – P. 55–86. DOI: 10.1007/s10902-005-0868-8.

370. Shin D. C. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life / D. C. Shin, D. M. Johnson // *Social Indicators Research*. – 1978. – Vol. 5, issue 1. – P. 475–492. DOI: 10.1007/BF00352944.

371. Snyder S. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting / S. Snyder, J. J. Strain, D. Wolf // *General Hospital Psychiatry*. – 1990. – Vol. 12, issue 3. – P. 159–165. DOI: 10.1016/0163-8343(90)90074-M.

372. Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction / M. T. Dryman, S. Gardner, J. W. Weeks, R. G. Heimberg // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2016. – Vol. 38. – P. 1–8. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.12.003.

373. Social support as a predictor of the outcome of depressive and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy / Olavi Lindfors, Sakari Ojanen, Tuija Jääskeläinen [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 216, issue 1. – P. 44-51. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.12.050.

374. Specificity of formation of suicidal behavior in modern conditions / H. M. Kozhyna, V. I. Korostiy, M. V. Markova, K. O. Zelenska // XV Reunión Internacional de Ciencias Médicas : memorias, Leon, Mexico, 22–24 abril 2015. – Leon, 2015. – P. 172.

375. Spitzer R. L. Saving PTSD from itself in DSM-V / R. L. Spitzer, M. B. First, J. C. Wakefield // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2007. – Vol. 21, issue 2. – P. 233–241. DOI: 10.1016/j.janxdis.2006.09.006.

376. Strain J. J. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses / J. J. Strain, A. Diefenbacher // *Compr Psychiatry*. – 2008. – Vol. 49, issue 2. – P. 121–30. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.10.002.

377. Stress and burnout among multidisciplinary residents / Guido L. de A., Goulart C. T., da Silva R. [et al.] // *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. – 2012. – Vol. 20, No. 6. – P. 1064–1071. DOI: 10.1590/S0104-11692012000600008.

378. Symptom profile, axis II co-morbidity and suicidal behaviour in young males with DSM–III–R depressive illness / G. Spalletta, A. Troisi, M. Saracco [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 1996. – Vol. 39, issue 2. – P. 141–148. DOI: 10.1016/0165-0327(96)00025-0.

379. The affordability of alcohol beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms [Electronic resource] / L. Rabinovich, P.-B. Brutscher, H. de Vries [et al.]. – RAND Corporation, 2009. – 123 p. – Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_r_and_en.pdf (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

380. The effectiveness of brief versus intermediate duration psychodynamic psychotherapy in the treatment of adjustment disorder / S. Ben-Itzhak, I. Bluvstein, S. Schreiber [et al.] // *J Contemp Psychother.* – 2012. – Vol. 42, issue 4. – P. 249–256. DOI: 10.1007/s10879-012-9208-6.

381. The effects of an anxiety sensitivity intervention on anxiety, depression, and worry: Mediation through affect tolerances / A. M. Norr, N. P. Allan, R. J. Macatee [et al.] // *Behaviour Research and Therapy.* – 2014. – Vol. 59. – P. 12-19. DOI: 10.1016/j.brat.2014.05.011.

382. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update / E. Driessen, L. M. Hegelmaier, A. A. Abbass [et al.] // *Clin. Psychol. Rev.* – 2015. – № 42. – P. 1–15. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.07.004.

383. The personality construct of hardiness, III: Relationships with Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance [Text] / S. R. Maddi, R. H. Harvey, D. M. Khoshaba [et al.] // *Journal of Personality.* – 2006. – Vol. 74, issue 32. – P. 575–598. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x.

384. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study / R. Mazurkiewicz, D. Korenstein, R. Fallar, J. Ripp // *Psychol. Health Med.* – 2012. – Vol. 17, issue 2. – P. 188–195. DOI: 10.1080/13548506.2011.597770.

385. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees / G. S. de Oliveira, R. Chang, P. C. Fitzgerald [et al.] // *Anesth. Analg.* – 2013. – Vol. 117, issue 1. – P. 182–193. DOI: 10.1213/ANE.0b013e3182917da9.

386. The Satisfaction with Life Scale / E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larsen, S. Griffin // *Journal of Personality Assessment.* – 1985. – Vol. 49, issue 1. – P. 71–75. DOI: 10.1207/s15327752jpa4901_13.

387. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification / G. M. Reed, J. M. Correia, P. Esparza [et al.] // *World Psychiatry*. – 2011. – Vol. 10, issue 2. – P. 118–131. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x.

388. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults [Electronic resource] / J. V. Olthuis, M. C. Watt, K. Bailey [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2015. – Issue 3, Art. No. CD01156. – DOI: 10.1002/14651858.CD011565. – Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011565.pub2/pdf> (accessed: 12.10.2019). – Title from the screen.

389. Titov N. New horizons for e-mental health research and practice / N. Titov, B. Dear, R. Rapee // *Aust N Z J Psychiatry*. – 2013. – Vol. 47, issue 2. – P. 107–108. DOI: 10.1177/0004867412470011.

390. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy / C. F. Reynolds, M. D. Miller, R. E. Pasternak [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156, issue 2. – P. 202–208. DOI: 10.1176/ajp.156.2.202.

391. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices / M. Cloitre, C. A. Courtois, A. Charuvastra [et al.] // *J. Trauma Stress*. – 2011. – Vol. 24, issue 2. – P. 615–627. DOI: 10.1002/jts.20697.

392. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial / K. Shear, E. Frank, P. R. Houck [et al.] // *JAMA*. – 2005. – Vol. 293, issue 21. – P. 2601–2608. DOI: 10.1001/jama.293.21.2601.

393. Two types of impairments in OCD: Obsessions, as problems of thought suppression; compulsions, as behavioral-executive impairment / A. Harsányi, K. Csigó, C. Rajkai [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 215, issue 3. – P. 651–658. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.11.014.

394. Wagenaar A. C. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies / A. C. Wagenaar, M. J. Salois, K. A. Komro // *Addiction*. – 2009. – Vol. 104, issue 2. – P. 179–190. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x.

395. Wagenaar A. C. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review / A. C. Wagenaar, A. L. Todler, K. A. Komro // *American Journal of Public Health*. – 2010. – Vol. 100, issue 11. – P. 2270–2278. DOI: 10.2105/AJPH.2009.186007.

396. Weiten W. Psychology applied to modern life : adjustment in the 21st century [Electronic resource] / W. Weiten, D. S. Dunn, E. Y. Hammer. – 11 ed. – Stamford, CT, USA : Cengage Learning – 722 p. – Available at: <https://drive.google.com/file/d/0BxT7QOMzVGLbV1pqOVVhLTVaVGs/view> (accessed: 1.08.2016). – Title from the screen.

397. Wilson H. Mental reactions to air-raids / H. Wilson // *Lancet*. – 1942. – Vol. 239, issue 6184. – P. 284–287. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)57726-5.

398. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization, 2010. – 107p. – Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

399. World Health Organization. Psychological first aid: guide for field workers [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization, 2011. – 64 p. – Available at: http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological_first_aid_guide_for_field_workers.pdf (accessed: 1.08.2019). – Title from the screen.

400. Yap S. C. Y. Does personality moderate reaction and adaptation to major life events? Evidence from the British Household Panel Survey /

S. C. Y. Yap, I. Anusic, R. E. Lucas // Journal of Research in Personality. – 2012. – Vol. 46, issue 5. – P. 477–488. DOI: 10.1016/j.jrp.2012.05.005.

401. Yufik T. A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms / T. Yufik, L. J. Simms // J. Abnorm Psychol. – 2010. – Vol. 119, issue 4. – P. 764–776. DOI: 10.1037/a0020981.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ СТУДЕНТА

Исследование проводится в соответствии со стандартом отрасли ОСТ 42-511-99 «Правила проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 29.04.2002 N 284 (Собрание законодательства Российской Федерации, 6 мая 2002 г., N 18, ст. 1771)

Уважаемый друг!

Предлагаем Вам принять участие в научном исследовании!

Ваша точка зрения очень важна для медико-социального исследования, проводимого с целью преодоления негативных процессов распространения употребления в молодежной среде психоактивных веществ (ПАВ) и адаптационных нарушений.

Опрос проводится конфиденциально и добровольно.

Ваше участие и искренние ответы очень важны для исследователей. Мы работаем над созданием модели медико-социального сервиса, дающего возможность молодежи укрепить свой адаптационный потенциал и приобрести навыки жизни в свободном от ПАВ пространстве.

В ходе исследования будет проведено анкетирование о социально-демографических данных Вашей жизни, отношения к различным видам ПАВ, которые могут вызвать зависимость, а также особенностей Вашего характера и личности. Исследование безопасно для здоровья. У Вас будет возможность ознакомиться с его результатами, лучше узнать себя и получить при желании соответствующую консультацию высококвалифицированных специалистов.

Ответы войдут в единую базу данных и будут анализироваться в обобщенном виде. Это значит, что никто из Вашего близкого окружения не сможет узнать Ваши ответы. При необходимости Вы можете встретиться с исследователем повторно.

При этом Вы должны знать:

- решение об участии в исследовании должно быть принято вами добровольно, но Вы можете в любой момент отказаться от него;
- Ваше участие в исследовании конфиденциально, в отчетах будут использованы только инициалы и номер;
- согласие на участие в данном исследовании необходимо подтвердить Вашей подписью.

Лица для контактов:

Если у Вас возникнут дополнительные вопросы относительно исследования, Вы можете обратиться к исследователю:

Ф.И.О. исследователя: Киосев Никита Владимирович
Телефон: 071 308 13 30

Благодарим Вас за сотрудничество!

Информированное согласие на участие в научном исследовании

Я, нижеподписавшийся (аяся) согласен (а) принять участие в научном исследовании, целью которого является изучение социально-демографических и психологических факторов аддиктивных форм поведения молодежи и подростков. Я полностью проинформирован (а) исследователем о цели, содержании, сроках и возможных последствиях исследования. Я подробно ознакомился (ась) с содержанием Информированного согласия на участие в научном исследовании. Получив разъяснения, я полностью согласен (а) сотрудничать с исследователем. Я информирован (а) о том, что могу прекратить исследования на любом его этапе.

Я знаю, что данные о моем участии в исследовании остаются конфиденциальными, а результаты исследований могут быть использованы в научных отчетах, публикациях и представлены на научных конференциях, симпозиумах, конгрессах и т.д., но мои личные данные останутся конфиденциальными.

«Прочитал (а) и согласен»

Дата «___» _____ 20__ г.

Место проведения _____

Время проведения _____

Участник _____ (подпись участника)

Исследователь _____ (подпись исследователя)

КОД

РАЗДЕЛ 1.

Заполнить анкету легко. Это не тест, так что здесь нет правильных или неправильных ответов. Ответы на все вопросы должны быть помечены в местах для ответов. Если вы не нашли такого варианта ответа, пометьте тот, который вам ближе всего.

Желаем успеха!

СНАЧАЛА НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАС

1. Ваш пол: 1 ☐ мужской 2 ☐ Женский
2. Ваш возраст: 1 ☐ 17-18 лет 2 ☐ 19-20 лет 3 ☐ 21 и более
3. Ваше семейное положение: 1 ☐ женат (замужем) 2 ☐ холост (не замужем) 3 ☐ разведен(а)

О СЕМЬЕ

4. Насколько легко Вам обсуждать темы, которые Вас по-настоящему волнуют?
(укажите в каждой строке только один вариант ответа)

	Очень легко	Легко	Трудно	Очень трудно	У меня нет таких или я не вижу с этими людьми
1. С отцом	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. С отчимом (или другом матери)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. С мамой	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. С мачехой (подругой отца)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. С старшим(и) братом(братьями)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. С старшей(ими) сестрой(сестрами)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. С лучшими друзьями	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. С друзьями того же пола, что и ты	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. с друзьями противоположного пола	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ВАШИ БЛИЗКИЕ

5.	<u>1. Отец</u>	<u>2. Мать</u>
Ваш отец работает?	Ваша мать работает?	
1 ☐ Да	1 ☐ Да	
2 ☐ Нет	2 ☐ Нет	
3 ☐ Я не вижу с отцом или у меня нет отца	3 ☐ Я не вижу с мамой или у меня нет мамы	
Если ДА, то укажите, где именно он работает (например: на заводе, в шахте, на рынке, в банке, в коммерческой структуре)	Если ДА, то укажите, где именно она работает (например: в магазине, в больнице, на рынке, в банке, в коммерческой структуре)	
.....		
Укажите, кем именно он там работает (например: шахтер, водитель, менеджер)	Укажите, кем именно она там работает (например: продавец, врач, учитель)	
.....		
Если НЕТ, то почему ваш отец не работает? (укажите один вариант ответа):	Если НЕТ, то почему ваша мама не работает? (укажите один вариант ответа)	
4 ☐ Он болеет, или на пенсии, или учится	4 ☐ Она болеет, или на пенсии, или учится	
5 ☐ Он ищет работу	5 ☐ Она ищет работу	
6 ☐ Он занят уходом за членами семьи	6 ☐ Она занята уходом за членами семьи	

РОДИТЕЛЬСКИЙ КОНТРОЛЬ

6. Насколько Ваша мама осведомлена:
(укажите один вариант ответа)

Осведомлена достаточно	Осведомлен а недостаточ	Ничего не знает
	но	

1. Кто Ваши друзья	1□	2□	3□	Нет мамы 4□
2. Как Вы используете свои деньги	1□	2□	3□	Не встречаюсь с мамой 5□
3. Где Вы бываете после университета	1□	2□	3□	
4. Чем Вы заняты в свободное время	1□	2□	3□	

7. Насколько Ваш отец осведомлен:
(укажите один вариант ответа)

	Осведомлен достаточно	Осведомлен недостаточ но	Ничего не знает	
1. Кто Ваши друзья	1□	2□	3□	Нет отца 4□
2. Как Вы используете свои деньги	1□	2□	3□	Не встречаюсь с отцом 5□
3. Где Вы бываете после университета	1□	2□	3□	
4. Чем Вы заняты в свободное время	1□	2□	3□	

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ

8. Моя мама.....

(укажите только один вариант ответа)

	Почти всегда	Иногда	Никогда	
1. помогает мне настолько, насколько мне необходимо	1□	2□	3□	Нет мамы 4□
2. позволяет мне заниматься тем, что мне нравится	1□	2□	3□	Не вижусь с мамой 5□
3. любит меня	1□	2□	3□	
4. понимает мои проблемы и волнения	1□	2□	3□	
5. позволяет, когда я сам (а) принимаю решение	1□	2□	3□	
6. старается контролировать меня во всем	1□	2□	3□	
7. помогает мне почувствовать себе лучше, когда я расстроенный (а)	1□	2□	3□	

9. Мой отец...

(укажите только один вариант ответа)

	Почти всегда	Иногда	Никогда	
1. помогает мне настолько, насколько мне необходимо	1□	2□	3□	Нет отца 4□
2. позволяет мне заниматься тем, что мне нравится	1□	2□	3□	Не вижусь с отцом 5□
3. любит меня	1□	2□	3□	
4. понимает мои проблемы и волнения	1□	2□	3□	
5. позволяет, когда я сам (а) принимаю решение	1□	2□	3□	
6. старается контролировать меня во всем	1□	2□	3□	
7. помогает мне почувствовать себе лучше, когда я расстроенный (а)	1□	2□	3□	

СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ

10. Как реагирует Ваша мама, когда Вы поступаете неправильно, с ее точки зрения? (укажите только один вариант ответа)

	Очень часто	Часто	Иногда	Редко	Никогд а	
1. Моя мама не замечает этого и не наказывает меня	1□	2□	3□	4□	5□	Нет мамы 6□
2. Моя мама объясняет мне, что я сделал(а) неправильно и почему я наказан(а)	1□	2□	3□	4□	5□	Не вижусь с мамой 7□
3. Моя мама говорит мне, что я вел(а) себя плохо, но при этом не наказывает меня	1□	2□	3□	4□	5□	

4. Моя мама наказывает меня немедленно, не объясняя за что ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

11. Как реагирует Ваш отец, когда Вы ведете себя неправильно, с его точки зрения? (укажите только один вариант ответа)

	Очень часто	Часто	Иногда	Редко	Никогда	
1. Мой отец не замечает этого и не наказывает меня	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Нет отца 6
2. Мой отец объясняет мне, что я сделал (а) неправильно и почему я наказан (а)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Не вижу с отцом 7
3. Мой отец говорит мне, что я вел (а) себя плохо, но при этом не наказывает меня	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
4. Мой отец наказывает меня немедленно, не объясняя за что	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	

12. Насколько серьезно принимается во внимание Ваше мнение, когда Вы и Ваши родители решаете, как Вам проводить свободное время вне университета? (пожалуйста, отметьте только один вариант ответа)

- ☐1 Я обычно сам (а) решаю, как проводить свое свободное время
☐2 Мои родители и я решаем вместе, но я обычно могу делать то, что хочу
☐3 Мои родители и я решаем вместе, но я обычно делаю то, что хотят мои родители
☐4 Мои родители обычно сами решают, как мне проводить мое свободное время

13. Ниже представлен перечень некоторых дел, которыми члены одной семьи могут заниматься вместе. Насколько часто Вы и члены Вашей семьи занимаетесь вместе чем-либо из перечисленного ниже? (отметьте один вариант ответа в каждой строке)

	Ежедневно	Почти ежедневно	Примерно раз в неделю	Реже	Никогда
1. Смотрим вместе телевизор и (или) видео	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Совместные игры в квартире (доме)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Обедаем вместе	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Гуляем вместе	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Посещаем места развлечений	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Посещаем друзей или родственников	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Вместе занимаемся спортом	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Обсуждаем вместе проблемы, новости	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

СТИЛЬ ЖИЗНИ

14. Представьте себе лестницу. Наивысшая ступень этой лестницы «10» означает наиболее предпочтительный для Вас образ жизни, самая низкая ступень «0» - наименее желательный для Вас образ жизни.

В целом, как Вы оцениваете, на какой из ступенек Вы находитесь сейчас?

Поставьте крестик («X») в ячейке напротив своей ступеньки на которой, по Вашему мнению, Вы находитесь сейчас.

☐	10	Наиболее желаемый стиль жизни
☐	9	
☐	8	
☐	7	
☐	6	
☐	5	
☐	4	
☐	3	
☐	2	
☐	1	
☐	0	Наименее желаемый стиль жизни

ДОСУГ

15. Сколько часов в день Вы обычно смотрите телевизор (включая видео и DVD) в свое свободное время? (пожалуйста, отметьте только один вариант ответа в колонке в будние дни и один - в колонке в выходные дни)

1. В будние дни

- 1 ☐ Нисколько
2 ☐ Приблизительно 1-2 часа в день
3 ☐ Больше 2-х часов в день

2. В выходные дни

- 1 ☐ Нисколько
2 ☐ Приблизительно 1-2 часа в день
3 ☐ Больше 2-х часов в день

16. Сколько часов в день Вы обычно играете в игры на компьютере или игровой приставке к компьютеру или телевизору в свое свободное время? (отметьте только один вариант ответа в колонке в будние дни и один - в выходные дни)

1. В будние дни

- 1 ☐ Нисколько
2 ☐ Приблизительно 1-2 часа в день
3 ☐ Приблизительно 2-4 часа в день
4 ☐ Примерно 5 часов в день

2. В выходные дни

- 1 ☐ Нисколько
2 ☐ Приблизительно 1-2 часа в день
3 ☐ Приблизительно 2-4 часа в день
4 ☐ Примерно 5 часов и более в день

17. Сколько часов в день Вы обычно проводите за компьютером (отправляете сообщение по электронной почте, общаетесь ВКонтакте, исследуете сеть и т.д.), не считая времени, которое Вы тратите на компьютерные игры? (отметьте только один вариант ответа в колонке в будние дни и один - в выходные дни)

1. В будние дни

- 1 ☐ Нисколько
2 ☐ Приблизительно 1-2 часа в день
3 ☐ Приблизительно 2-4 часа в день
4 ☐ Примерно 5 часов в день

2. В выходные дни

- 1 ☐ Нисколько
2 ☐ Приблизительно 1-2 часа в день
3 ☐ Приблизительно 2-4 часа в день
4 ☐ Примерно 5 часов в день

О ВАШИХ ДРУЗЬЯХ

18. Много ли у вас в настоящее время близких друзей и подруг?

(отметьте только один вариант ответа для друзья и один для подруги)

1. Друзья

- 1 ☐ Ни одного
2 ☐ Один
3 ☐ Двое
4 ☐ Трое или больше

2. Подруги

- 1 ☐ Ни одной
2 ☐ Одна
3 ☐ Две
4 ☐ Три или больше

19. Как часто вы с друзьями занимаетесь ниже перечисленными видами деятельности в свободное время? (отметьте один ответ в каждой строке)

	1 раз в неделю или больше	2-3 раза в месяц	Редк о	Мы не занимаемся этими видами деятельност и вместе
1. Слушаете музыку / танцуете	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Занимаетесь / выполняете домашние задания	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Занимаетесь спортом	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Играете (в настольные, компьютерные игры, игры в галереях игровых автоматов)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Общаетесь с друзьями «один на один» (наедине)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Общаетесь в Интернете	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Гуляете на улице	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Едете куда-нибудь повеселиться (в бары, кафе, на дискотеку, в парк)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Ходите в кино, театры или на концерты	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Занимаетесь художественной самодеятельностью (играете на музыкальных инструментах, рисуете и т.д.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Работаете как волонтер (участвуете в общественно-полезной деятельности за которую не платят)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Ничего особенного не делаете, «бьете баклуши»	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Другое (что именно) _____	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

14. Проводите свободное время дома или в гостях

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

20. Вспомните, что Вы думаете о компании своих друзей, с которыми Вы проводите большую часть своего свободного времени. Отметьте один квадрат в каждой строке. Большинство друзей в вашей компании ...

	Никогда или редко	Иногда	Часто	Не знаю
1. Хорошо учатся	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Курят сигареты, кальян	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Напиваются	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Принимают наркотики, чтобы быть «под кайфом»	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Носят холодное оружие, например, нож	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Занимаются организованным спортом (например, члены спортивных команд, клубов и т.д.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Участвуют в культурных мероприятиях не связанных со спортом (например, в клубах, музыкальных группах, поэтических лигах и т.д.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Проводят время со своими родителями	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Имеют сексуальные отношения с лицами своего пола	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Помогают нуждающимся	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Участвуют в мероприятиях по охране окружающей среды	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Другое, что именно _____	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

21. Сколько дней в неделю Вы обычно встречаетесь с друзьями сразу после окончания занятий в ВУЗе? (пожалуйста, отметьте только один вариант ответа)

☐ 0 дней
 ☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5
 ☐ 6 дней (в том случае, если Вы учитесь 6 дней в неделю)

22. Сколько вечеров в неделю Вы обычно проводите со своими друзьями? (укажите только один вариант ответа)

☐ 0 вечеров
 ☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5
 ☐ 6
 ☐ 7 вечеров

23. Как часто вы разговариваете с друзьями по телефону, отправляете им SMS или связываетесь с ними через Интернет? (укажите только один вариант ответа)

1 ☐ Редко или никогда
 2 ☐ 1 или 2 раза в неделю
 3 ☐ 3 или 4 раза в неделю
 4 ☐ 5 или 6 раз в неделю
 5 ☐ Ежедневно

24. Скажите, Вы являетесь членом любого кружка / клуба или организации? (дайте только один ответ по каждой строке)

	Да	Нет
1. Спортивный кружок / клуб	1 ☐	2 ☐
2. Волонтерская организация, которая оказывает социальную помощь, социальные услуги	1 ☐	2 ☐
3. Политическая организация	1 ☐	2 ☐
4. Культурные объединения (музыкальный, научный, литературный, театральные кружок / клуб и т.д.)	1 ☐	2 ☐
5. Религиозной или церковной организации	1 ☐	2 ☐
6. Молодежного клуба	1 ☐	2 ☐
7. Я не являюсь членом какого-либо кружка / клуба или организации	1 ☐	2 ☐

ПРО ВУЗ

25. Как, по Вашему мнению, преподаватель (и) оценивает (ют) уровень Вашей успешности по сравнению с одногруппниками (цами) (однокурсниками (цами))?

- 1 ☐ Высокий
 2 ☐ Средний
 3 ☐ Ниже среднего

26. Как Вы оцениваете свое отношение к университету в настоящее время?

- 1 ☐ Очень нравится
 2 ☐ Нравится
 3 ☐ Не очень нравится
 4 ☐ Очень не нравится

27. Ниже приведены несколько высказываний об одногруппниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них. (Отметьте в каждой строке только один вариант ответа)

	Полностью согласен(а)	Согласен(а)	Частично согласен(а)	Полностью не согласен(а)
1. Мои отношения с одногруппниками доброжелательные (благоприятные)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Мои отношения с одногруппниками формальные (отстраненные)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Остальные одногруппники воспринимают меня таким (ой), какой (ой) я есть	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Обучение кажется мне сложным	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Я устаю от занятий	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

ПОДДЕРЖКА ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

28. Вот некоторые утверждения, которые могут иметь отношение к Вашему университету. Насколько Вы согласны с каждым из них? (отметьте один квадрат в каждой строке)

	Полностью согласен(а)	Согласен(а)	Частично согласен(а)	Полностью не согласен(а)
1. Наши преподаватели поощряют меня к выражению собственной точки зрения	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Наши преподаватели справедливо относятся к нам	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Я всегда получаю дополнительную помощь от преподавателей, если я нуждаюсь в ней	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Мои преподаватели рассматривают меня как личность	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Большинство моих преподавателей настроены дружелюбно	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ В ОБУЧЕНИИ

29. Пожалуйста, укажите насколько Вы согласны со следующими утверждениями (отметьте один квадрат в каждой строке) Мои родители:

	Полностью согласен(а)	Согласен(а)	Частично согласен(а)	Полностью не согласен(а)
1. Всегда готовы помочь	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Готовы прийти в университет и поговорить с преподавателями	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Поощряют меня хорошо учиться	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Интересуются, как обстоят мои дела в университете	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

30. 4. Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в

группе, так и дома)?

- 1 ☐ Нет
 2 ☐ Незначительное
 3 ☐ Испытываю определенное напряжение
 4 ☐ Испытываю значительное напряжение

МАТЕРИАЛЬНОЕ БЛАГОУСТРОЙСТВО СЕМЬИ

31. Есть ли в вашей семье машина, микроавтобус или грузовик?
 1 ☐ Нет
 2 ☐ Да, одна
 3 ☐ Да, две или больше
32. У Вас есть собственная комната (в которой кроме Вас, никто не живет)?
 1 ☐ Нет
 2 ☐ Да
33. Как часто в течение последних 12 месяцев Вы выезжали из своего населенного пункта вместе с семьей на праздники (каникулы)?
 1 ☐ Не выезжал (а) вообще
 2 ☐ Один раз
 3 ☐ Два раза
 4 ☐ Больше двух раз
34. Сколько компьютеров (в том числе ноутбуков или планшетов) имеет Ваша семья?
 1 ☐ Ни одного
 2 ☐ Один
 3 ☐ Два
 4 ☐ Больше двух
35. Как Вы думаете, какой уровень материального благосостояния Вашей семьи?
 1 ☐ Высокий
 2 ☐ Выше среднего
 3 ☐ Средний
 4 ☐ Ниже среднего
 5 ☐ Низкий
36. В целом, можете сказать, что Вы ...
 1 ☐ Очень счастлив (а)
 2 ☐ Довольно счастлив (а)
 3 ☐ Не очень счастлив (а)
 4 ☐ Совсем несчастлив (а)
37. Как Вы считаете, что является предметом уважения или зависти у других среди окружения сверстников? (выберите не более трех вариантов ответа, которые вам подходят)
 1 ☐ Место жительства (престижный район, квартира в элитном доме, большой дом и др.)
 2 ☐ Обучение в престижном ВУЗе
 3 ☐ Высокая успеваемость в обучении
 4 ☐ Положение родителей в обществе
 5 ☐ Поездки за границу
 6 ☐ Модная одежда
 7 ☐ Возможность «красиво» отдыхать, проводить свободное время
 8 ☐ Физическое развитие (красивое тело, накаченная фигура)
 9 ☐ Высокий уровень материальной обеспеченности семьи
 10 ☐ Наличие свободных карманных денег в достаточном количестве
 11 ☐ Интересные увлечения, хобби
 12 ☐ Эрудированность, начитанность, большой багаж знаний по широкому кругу вопросов
 13 ☐ Личные достижения в спорте, музыке, танцах, олимпиадах
 14 ☐ Наличие личного заработка (постоянный или во время каникул оплачиваемая работа)
 15 ☐ Другое (что именно) _____

РАЗДЕЛ 2.

АЛКОГОЛЬ И ДРУГИЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА

38. Пробовали ли Вы когда-нибудь курить? (хотя бы одну сигарету, сигару или трубку)

1 ☐ Да2 ☐ Нет

39. Как часто Вы курите в настоящее время?

1 ☐ Ежедневно3 ☐ Менее одного раза в неделю2 ☐ Хотя бы раз в неделю, но не каждый день4 ☐ Я вообще не курю

40. Как часто в настоящее время Вы пьете, такие напитки как пиво, энергетики, вино или крепкие алкогольные напитки (водка, самогон)? Включая даже те случаи, когда Вы выпиваете совсем небольшое количество алкоголя. Пожалуйста, отметьте в каждой строке только один вариант ответа.

	Ежеднев но	1 раз в неделю	1 раз в месяц	Реже, чем 1 раз в месяц	Никогд а
1. Пиво	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Вино, кроме шампанского	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Слабоалкогольные напитки (т.е. ром-кола, джин-тоник, напитки, состоящие из сока и водки - Longer, Shake, Burn и т. д.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Шампанское	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Крепкие алкогольные напитки (виски, водка, коньяк, ликер)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Самогон и другие алкогольные напитки домашнего приготовления	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Любые другие напитки, содержащие алкоголь	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

41. Выпивали ли Вы когда-нибудь так много алкоголя, чтобы быть по-настоящему пьяным (ной)?

1 ☐ Нет, никогда2 ☐ Да, 1 раз3 ☐ Да, 2-3 раза4 ☐ Да, 4-10 раз5 ☐ Да, больше 10 раз

42. Сколько Вам было лет, когда Вы впервые сделали следующее? Отметьте один квадрат в каждой строке. Если здесь указано то, что Вы никогда не делали, отметьте вариант «Никогда».

	1) Никог да	2) 11 лет или меньше	3) 12 лет	4) 13 лет	5) 14 лет	6) 15 лет	7) 16 лет и больше
1. Выпил (а) алкоголя больше, чем немного или больше, чем попробовал на вкус	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
2. был (а) пьяным (ной)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
3. Курил(а) сигарету (сделал(а) больше одной затяжки)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐

43. Как Вы считаете, влияет ли чрезмерное употребление пива, других слабоалкогольных напитков или наркотиков на печень и на внешний вид юноши / девушки? (сделайте одну отметку в каждой колонке)

	1. На печень	2. На внешний вид
1. Влияет	1 ☐	1 ☐
2. Не влияет	2 ☐	2 ☐
3. Затрудняюсь ответить	3 ☐	3 ☐

44. Сколько раз (если такое случалось) Вы употребляли марихуану («травку», «план») или гашиш? (отметьте в каждой строке только один вариант ответа).

	1) Никогда	2) 1-2 раза	3) 3 - 5 раз	4) 6 - 9 раз	5) 10 - 19 раз	6) 20 - 39 раз	7) 40 раз и больше
1. В своей жизни	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐
2. За последние 12 месяцев	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐

3. За последние 30 дней 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□

45. Почему, на Ваш взгляд, молодые люди начинают употреблять наркотики (психоактивные вещества)? (выберите не более трех вариантов ответа, которые вам подходят)

- 1□ Под влиянием других людей, компаний
 2□ Под влиянием средств массовой информации, рекламы ПАВ
 3□ От безделья, отсутствия занятий
 4□ От незнания всех последствий употребления наркотиков
 5□ Из-за стремления к удовлетворению
 6□ Желание выглядеть взрослым
 7□ Чтобы забыть плохое
 8□ Отсутствует контроль взрослых
 9□ Ради интереса к «запретному плоду»
 10□ От неумения контролировать себя
 11□ По принуждению
 12□ Чтобы стать «своим»
 13□ Затрудняюсь ответить

46. Есть ли среди близких Вам людей (друзья, члены семьи, родственники) те, кто употребляет наркотики?

- 1□ Нет 2□ Да

47. Попадали ли Вы в ситуацию, когда в Вашем присутствии употреблялись наркотики?

- 1□ Нет 2□ Да

48. Если да, то как часто это случалось?

- 1□ Один раз 2□ Несколько раз 3□ Много раз

49. Если Вы сталкивались с употреблением другими людьми психоактивных веществ, то что это было? (можно сделать несколько отметок)

- 1□ Вдыхание химических препаратов
 2□ Прием вовнутрь (таблеток, капсул, марок)
 3□ Укол в вену, инъекции
 4□ Курение «травки»
 5□ нюхание порошка

50. Вам предлагали «присоединиться»?

- 1□ Нет 2□ Да

51. Если да, то когда в последний раз Вы употребляли наркотики?

- 1□ Год назад или больше
 2□ В течение года
 3□ В течение месяца
 4□ В течение недели
 5□ Вчера (сегодня)

52. Как часто вы обсуждаете проблему наркотиков в кругу друзей, знакомых?

- 1□ Никогда 2□ Иногда 3□ Часто

53. От кого и как часто Вы получаете информацию о наркотиках? (отметьте один квадрат в каждой строке)

	Никогда	Редко	Часто	Регулярно
1. От преподавателей, психологов (в университете), врачей	1□	2□	3□	4□
2. От друзей, в компании	1□	2□	3□	4□
3. От знакомых, которые употребляют наркотики	1□	2□	3□	4□
4. Из средств массовой информации	1□	2□	3□	4□
5. Из специальной литературы	1□	2□	3□	4□

54. Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде наркотиков?

- 1□ Да
 2□ Скорее да, чем нет

- 3 ☐ Затрудняюсь ответить
 4 ☐ Скорее нет, чем да
 5 ☐ Нет

55. Проводят ли с Вами подобные беседы? (отметьте один квадрат в каждой строке)

	<i>Никогда</i>	<i>1 раз</i>	<i>Несколько раз</i>	<i>Регулярно</i>
1. Родители	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Педагоги и психологи	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Врачи	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Сотрудники милиции	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

56. Какие эмоции у вас вызывает общение с потребителями наркотиков?

- 1 ☐ Позитивные
 2 ☐ Скорее позитивные, чем негативные
 3 ☐ Затрудняюсь ответить
 4 ☐ Скорее негативные, чем позитивные
 5 ☐ Негативные

57. Каково Ваше поведение по отношению к потребителям наркотиков?

- 1 ☐ Стараюсь свести контакты с ними к минимуму
 2 ☐ Общаюсь с ними неохотно
 3 ☐ Веду себя с ними как со всеми другими людьми
 4 ☐ Стремлюсь к общению с ними
 5 ☐ Выбираю себе друзей по этому признаку
 6 ☐ С потребителями наркотиков никогда не сталкивался(ась)

58. Есть ли у Вас причины, мотивы употреблять (или по крайней мере попробовать) наркотики?

- 1 ☐ Да
 2 ☐ Возможно
 3 ☐ Сейчас нет, но такое исключить нельзя
 4 ☐ Нет и быть не может

59. Если Вы употребляете наркотики, то, что Вас побуждает к этому? Если Вы не употребляете наркотики, то что, на Ваш взгляд, побуждает молодых людей это делать? (сделайте не более 5 отметок)

- 1 ☐ Влияние друзей, компании
 2 ☐ Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их
 3 ☐ Чтобы нормально себя чувствовать, чтобы не было «ломки»
 4 ☐ Стремление к удовольствию, желание испытывать необычные ощущения
 5 ☐ Желание улучшить свое состояние, повысить активность и настроение
 6 ☐ Стремление стать «своим» в компании
 7 ☐ Отсутствие внешнего контроля взрослых
 8 ☐ Это модно, престижно в молодежной среде
 9 ☐ Неумение контролировать себя
 10 ☐ В жизни надо все попробовать, а остановиться можно в любой момент
 11 ☐ Не могу пересилить тяги к употреблению наркотиков, употребляю всегда, когда они у меня есть или, когда мне представляется такая возможность
 12 ☐ Легкие наркотики не могут серьезно навредить, их употребление имеет даже положительные стороны
 13 ☐ Употребляю назло всем, из духа противоречия

60. Какое поведение человека по отношению к алкоголю Вы считаете нормальным? (сделайте одну отметку)

- 1 ☐ Употреблять всегда и любые спиртные напитки, если есть деньги и подходящая обстановка
 2 ☐ Иногда можно «крепко» напиться
 3 ☐ Пить можно и часто, но слабые напитки (пиво, сухое вино, шампанское)
 4 ☐ Употреблять редко (по праздникам, «за столом») и в ограниченном количестве
 5 ☐ Никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять

61. Какое поведение человека по отношению к наркотикам Вы считаете нормальным? (сделайте одну отметку)

- 1 ☐ Наркотики можно употреблять любые, если они тебе доступны
 2 ☐ Иногда можно употреблять «крепкие» наркотики (укол, «колеса» и т. п.)
 3 ☐ Курить «травку» можно довольно часто
 4 ☐ Иногда можно курнуть «травку»
 5 ☐ Никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять

62. Какие мероприятия по профилактике употребления психоактивных веществ проводились в Вашем университете? (отметьте один квадрат в каждой строке)

	Никогда	1 раз	Несколько раз	Регулярно
1. Групповые занятия	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Индивидуальные занятия	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Наглядная агитация, плакаты, фильмы	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Распространение брошюр, листовок	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Встречи с бывшими наркоманами	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Встречи с врачами, наркологами	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Встречи с сотрудниками МВД	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Психологические тренинги	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

О СТУДЕНЧЕСТВЕ

Насколько, по вашему мнению, ошибаются ровесники...

№		Сильно ошибаются	Ошибаются	Не сильно ошибаются	Не ошибаются
63	Совершая кражу				
64	Провоцируя драку				
65	Пропуская занятия в ВУЗе, когда родители об этом не догадываются				
66	Употребляют алкогольные напитки				
67	Курят сигареты				
68	Курят марихуану или употребляют другие наркотики				

№		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
	Считаете ли вы возможным отстаивать свои интересы с применением физической силы?				
69	Согласны ли вы с утверждением, что цель оправдывает средства?				
70	Я часто делаю противоположное тому, что говорят мне родители, для того, чтобы разозлить их.				

№		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
71	В моем ВУЗе студентам предоставлена возможность самоуправления				
72	Преподаватели привлекают меня к общественной работе				
73	Мой декан отмечает мою хорошую учебу и дает мне это понять				
74	В моем ВУЗе открыты широкие возможности для участия в спортивной, клубной и др. общественной жизни				

75	В моем ВУЗе студенты могут свободно разговаривать один на один с преподавателем				
76	В моем ВУЗе я чувствую себя в безопасности				
77	Ректорат информирует моих родителей о моих успехах				
78	Деканат поощряет мои старания				
79	Ваши оценки лучше, чем у большинства ваших одногруппников?				
80	Мне представляются возможности участвовать в деятельности ВУЗа				

Каковы шансы, что вы будете смотреться «крутым», если вы...

№		Никаких /очень мало	Не-много	Некоторые	Довольно большие	Очень большие
81	Курите кальян?					
82	Регулярно употребляете алкогольные напитки?					
83	Активно занимаетесь спортом?					
84	Хорошо учитесь?					
85	Курите марихуану или другие наркотики?					

№		Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
86	Важно думать, прежде чем делать что-либо?				
87	Считаете ли вы себя «правильным человеком»?				
88	Я часто действую, не задумываясь о последствиях				

89 9 часов вечера, и вы собираетесь пойти к другу. Ваша мать спрашивает, куда вы идете. Вы говорите, что пойдете «потусить» с друзьями. Она не отпускает вас. Что вы будете делать?

☐ а) в любом случае пойдете;

☐ б) придумаете какую-нибудь причину, скажете, когда вернетесь, и попросите разрешения идти;

☐ в) ничего не скажете и останетесь дома заниматься своими делами;

☐ г) будете с ней спорить.

90 Вы посетили другую часть города, и вы не знаете там никого вашего возраста. Вы идете по улице, а незнакомый человек вашего возраста идет вам навстречу. Он примерно вашего роста и мог бы пройти мимо, но специально вас толкает, так что вы чуть не падаете. Что вы скажете или сделаете?

☐ а) сами толкнете человека

☐ б) скажете: «Извините меня» и пойдете дальше;

☐ в) скажете: «Смотри, куда идешь» и пойдете дальше;

☐ г) выругаетесь и уйдете.

91 Вы у кого-то на вечеринке, и один из ваших друзей предлагает вам алкогольный напиток. Что вы скажете или сделаете?

☐ а) выпьете;

☐ б) скажете вашему другу: «Нет, спасибо, я не пью», и предложите ему сделать что-нибудь другое;

☐ в) скажете: «Нет, спасибо» и уйдете;

☐ г) вежливо извинитесь, скажете, что у вас еще есть дела, и уйдете.

Как вы думаете, какова вероятность вреда (физического или иного) для людей, если они...

№		Никакой	Небольшой риск	Умеренный риск	Большой риск
92	Курят одну или больше пачек сигарет в день?				
93	Пробуют марихуану один раз или дважды?				
94	Курят марихуану регулярно?				
95	Регулярно употребляют алкогольные напитки?				

96 Ваши родители замечают, когда вы делаете что-нибудь хорошее и дают вам об этом понять?

- ☐ а) никогда или почти никогда;
☐ б) иногда;
☐ в) часто;
☐ г) всегда.

97 Как часто ваши родители говорят, что гордятся вашими поступками?

- ☐ а) никогда или почти никогда;
☐ б) иногда;
☐ в) часто;

№		Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
98	Если мне придется уехать, я буду скучать о тех людях, которые окружали меня в последнее время				
99	Мои соседи замечают, когда я делаю хорошую работу, и дают мне это понять				
100	Я люблю район, в котором живу				
101	Рядом со мной живет много взрослых, с которым и я могу разговаривать о важных проблемах				
102	Люди часто меняются в моем окружении				

103	Члены моей семьи часто обижают и кричат друг на друга	Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
104	Один из моих родителей всегда знает, где и с кем я провожу время				
105	Мои родители хотят, чтобы я звонил, когда собираюсь прийти поздно домой				
106	Заметят ли ваши родители, если вы выпьете пива, вина или крепких алкогольных напитков без их разрешения?				
107	В моей семье существуют правила в отношении употребления алкоголя и наркотиков				

108 Если у вас личные проблемы, вы можете обратиться за помощью к родителям?

- ☐ а) да; ☐ б) нет; ☐ в) не всегда.

109 Что в таких ситуациях вы обычно предпринимаете?

- ☐ а) обращаюсь за помощью к родителям или родственникам;
☐ б) обращаюсь за помощью к друзьям;
☐ в) обращаюсь за помощью к специалистам;
☐ г) рассчитываю только на себя;
☐ д) другое _____

Решая свои проблемы, учитываете ли вы мнение ...

№		Да	Иногда	Нет
110	Родителей			

111	Педагогов			
112	Друзей			

113 Как бы вы определили в двух словах свой жизненный девиз?

114 Мое основное увлечение:

115 Теперь хорошо подумайте и ответьте на вопрос: «Кто является Вашим идеалом и почему?»

РАЗДЕЛ 3.

ПРО ЗДОРОВЬЕ

116. Как часто в течение последних 6 месяцев у Вас ... ? (пожалуйста, отметьте в каждой строке только один вариант ответа)

	1) Почти ежедне вно	2) Несколько раз в неделю	3) Один раз в неделю	4) Один раз в месяц	5) Очень редко или никогда
1. Болела голова	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Другие болевые ощущения	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Чувствовал (а) себя подавленным (ной), в плохом настроении	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Чувствовал (а) себя раздраженным (ной) или у Вас было плохое настроение, чувствовал (а) головокружение	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

117. Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?

- ☐ Замечательное
☐ Хорошее
☐ Посредственное
☐ Плохое

118. Скажите, как часто вы обращались по своей инициативе к психологу?

☐ 1 раз в неделю (ежедневно)	☐ 1 раз в полгода
☐ 2-3 раза в месяц	☐ 1 раз в год
☐ 1 раз в месяц	☐ Реже, чем 1 раз в год
☐ 1 раз в три месяца	☐ Затрудняюсь ответить, не помню

РАЗДЕЛ 4

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, **только один вариант ответа**.
 Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в **последней ячейке каждой строки**.

Вопросы	Варианты ответов и соответствующие им баллы					Балл, выбранного варианта ответа
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы употребляете табачные изделия?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
2. Сколько сигарет (или иных порций табаку) Вы выкуриваете за сутки (Если Вы курите не каждый день, укажите, сколько сигарет Вы выкуриваете в день употребления).	1-2	3-4	5-6	7-9	10 и более	
3. Как часто Вы выкуриваете шесть и более сигарет или иных порций табаку (за одни сутки)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
4. Как часто за последний год Вы обращали внимание на то, что, начав курить, не можете остановиться (курите "сигарету за сигаретой")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5. Как часто за последний год из-за потребности в курении Вам приходилось прерывать начатое дело (идти на перекур) или совмещать его с курением?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью о курении и/или Вам приходилось начинать свой день с выкуривания "утренней" сигареты (сигары, трубки)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности прекращения (ограничения) употребления табачных изделий или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год Вам доводилось ощущать "разбитость", или иной дискомфорт из-за того, что накануне Вы выкурили слишком много сигарет, больше чем следовало (передозировали, "перекурили")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли употребление Вами табачных изделий причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов или заболеваний (одышка, сердцебиение, боли в животе и/или в конечностях и т.п.)?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего курения, предлагал Вам отказаться от курения или уменьшить количество выкуриваемых сигарет?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, только один вариант ответа.
Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке каждой строки.

Вопросы		Варианты ответов и соответствующие им баллы					Балл, выбранного варианта ответа
		0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
2. В каком количестве Вы обычно употребляете алкогольные напитки, когда выпиваете (за одни сутки)?		1-2 СДА	3-4 СДА	5-6 СДА	7-9 СДА	10 и более СДА	
СДА - стандартная доза алкоголя равна	~ 13гр. этанола или ~ 40мл 40 % водки или ~ 70мл 25% ликера или ~ 90мл 18 % вина или ~ 140мл 12% вина или ~ 330мл 5 % пива.						
3. Как часто Вы выпиваете спиртные напитки шесть и более СДА (за одни сутки)?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться (выпиваете больше, чем планировали или пьете дольше, чем планировали)?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вам было необходимо опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что Вы были пьяны?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли чрезмерное употребление Вами алкогольных напитков причиной полученных Вами или кем-то другим травм?		Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу Вашего пьянства или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?		Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, только один вариант ответа.

Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке каждой строки.

Вопросы	Варианты ответов и соответствующие им баллы					Балл, выбранный вариант ответа
	!!! <u>ВНИМАНИЕ</u> !!!					
	Баллы для ответов на вопрос №1 и на вопросы №№ 4-10 <u>РАЗНЫЕ!</u> *					
1. * Как часто Вы употребляете психостимуляторы (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина (в т. ч. получаемые из препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и т. п.)?	Никогда (0 баллов)	1 раз в месяц и реже (3 балла)	2-4 раза в месяц (6 баллов)	2-3 раза в неделю (9 баллов)	4 и более раз в нед. (12 баллов)	
	БАЛЛЫ ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ №№ 4-10					
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
4. * Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав употреблять психостимуляторы, не можете остановиться ("доза за дозой", или "день за днем")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5.Как часто за последний год из-за употребления психостимуляторов Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью о психостимуляторах или Вам было необходимо принять их утром, чтобы нормализовать свое состояние ?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности ограничения употребления психостимуляторов или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это (чувство вины)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год Вам доводилось ощущать "разбитость", или иной дискомфорт, из-за того, что накануне Вы употребили слишком много психостимуляторов ("передозировали")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли Ваше употребление психостимуляторов причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов (сердцебиение, судороги, повышение температуры тела, нарушения сна, изменения характера и т.п.)?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего употребления психостимуляторов, или предлагал Вам отказаться от них или уменьшить их употребление?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, только один вариант ответа.
 Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке каждой строки.

Вопросы	Варианты ответов и соответствующие им баллы !!! ВНИМАНИЕ !!! Баллы для ответов на вопрос №1 и на вопросы №№ 4-10 <u>РАЗНЫЕ!</u> *					Балл, выбранного варианта ответа
	Никогда (0 баллов)	1 раз в месяц и реже (3 балла)	2-4 раза в месяц (6 баллов)	2-3 раза в неделю (9 баллов)	4 и более раз в нед. (12 баллов)	
БАЛЛЫ ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ №№ 4-10						
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы употребляете опиоиды (вытяжка из мака, героин, трамадол и т.п.) ?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
4. * Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав употреблять опиоиды, не можете остановиться ("доза за дозой", или "день за днем")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5. Как часто за последний год из-за употребления опиоидов Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью об опиоидах и/или Вам было необходимо принять опиоиды утром, чтобы нормализовать свое состояние (избавится от "ломки")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности ограничения употребления опиоидов или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это (чувство вины)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год у Вас случались передозировки опиоидов?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли Ваше употребление опиоидов причиной полученных Вами (или кем-то другим травм) или каких-либо тревожащих Вас симптомов (потеря аппетита и веса тела, потливость, нарывы (абсцессы), повышение температуры тела, нарушения сна, изменения характера и т.п.)?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего употребления опиоидов, предлагал Вам отказаться от них или уменьшить потребляемое количество?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, только один вариант ответа.
 Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке каждой строки.

Вопросы	Варианты ответов и соответствующие им баллы					Балл, выбранного варианта ответа
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы употребляете каннабиноиды (препаратов конопли: гашиша, марихуаны, драпа, анаши, сенсимилены) ?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
2. Сколько сигарет ("косяков") с каннабиноидами Вы выкуриваете за сутки (Если Вы курите не каждый день, то укажите, сколько сигарет ("косяков") Вы выкуриваете в день употребления..	1-2	3-4	5-6	7-9	10 и более	
3. Как часто Вы выкуриваете шесть и более сигарет ("косяков") с каннабиноидами (за одни сутки)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
4.Как часто за последний год Вы обращали внимание на то, что, начав употреблять каннабиноиды, Вы не можете остановиться (курите "косяк за косяком")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5.Как часто за последний год из-за употребления каннабиноидов Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебной, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью о каннабиноидах и/или Вам приходилось начинать свой день с выкуривания "утренней" сигареты ("утреннего косяка")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности ограничения употребления каннабиноидов или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это (чувство вины)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год Вам доводилось ощущать "разбитость", или иной дискомфорт, из-за того, что накануне Вы употребили слишком много каннабиноидов ("перекурили")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли Ваше употребление каннабиноидов причиной полученных Вами (или кем-то другим травм) или каких-либо тревожащих Вас симптомов (одышка, сердцебиение, нарушения памяти, изменения характера и т.п.)?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего употребления каннабиноидов, предлагал Вам отказаться от них или уменьшить количество выкуриваемых "косяков"?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, только один вариант ответа.Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке каждой строки.

Вопросы	Варианты ответов и соответствующие им баллы !!! ВНИМАНИЕ !!! Баллы для ответов на вопрос №1 и на вопросы №№ 4-10 РАЗНЫЕ! *					Балл, выбранного варианта ответа
	Никогда (0 баллов)	1 раз в месяц и реже (3 балла)	2-4 раза в месяц (6 баллов)	2-3 раза в неделю (9 баллов)	4 и более раз в нед. (12 баллов)	
БАЛЛЫ ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ №№ 4-10						
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. * Как часто Вы употребляете летучие органические растворители (эфир, бензина, ацетона, клея «Момент» и т. п.)?	Никогда (0 баллов)	1 раз в месяц и реже (3 балла)	2-4 раза в месяц (6 баллов)	2-3 раза в неделю (9 баллов)	4 и более раз в нед. (12 баллов)	
4. * Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав употреблять летучие органические растворители, не можете остановиться ("доза за дозой", или "день за днем")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5. Как часто за последний год из-за употребления летучих органических растворителей Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вам было необходимо принять летучие органические растворители утром, чтобы нормализовать свое состояние ?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности ограничения употребления летучих органических растворителей или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это (чувство вины)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год у Вас случались передозировки летучих органических растворителей?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли употребление Вами летучих органических растворителей причиной полученных Вами или кем-то другим травм или каких-либо тревожащих Вас симптомов (одышка, сердцебиение, нарушения памяти, изменения характера и т.п.)??	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего употребления летучих органических растворителей, или предлагал Вам отказаться от них или уменьшить их употребление?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

РАЗДЕЛ 5.

КОД

Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте знак «+» («да»), если нет - знак «-» («нет»). Над вопросами долго не думайте, правильных и неправильных ответов нет.

Если Вы затрудняетесь с ответом, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует Вашему мнению.

№	Утверждения	ДА	НЕТ
1.	У Вас чаще - веселое и беззаботное настроение.		
2.	Вы чувствительны к оскорблениям.		
3.	Бывает ли так, что у Вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе и т.п.		
4.	Сделав что-то, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в том, что все сделано правильно.		
5.	В детстве Вы были так же смелы, как и Ваши сверстники.		
6.	Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе.		
7.	Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании?		
8.	Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?		
9.	Вы серьезный человек.		
10.	Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-то?		
11.	Предприимчивы ли Вы?		
12.	Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидел?		
13.	Мягкосердечны ли Вы?		
14.	Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?		
15.	Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников?		
16.	Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте)?		
17.	Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?		
18.	Зависит ли Ваше настроение от внешних факторов?		
19.	Любят ли Вас Ваши знакомые?		
20.	Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?		
21.	У Вас часто несколько подавленное настроение?		
22.	Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерика или нервный срыв?		
23.	Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте?		
24.	Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?		
25.	Можете ли Вы зарезать курицу или овцу?		
26.	Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, или Вы сразу же стараетесь поправить их?		
27.	Вы в детстве боялись оставаться один в доме?		
28.	Часто ли у Вас бывают колебания настроения?		
29.	Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?		
30.	Быстро ли Вы начинаете сердиться или впадать в гнев?		
31.	Можете ли Вы быть абсолютно, беззаботно веселым?		
32.	Бывает ли так, что ощущение безграничного счастья буквально пронизывает Вас?		
33.	Как вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле?		
34.	Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно?		
35.	Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений?		
36.	Вы любите работу с высокой личной ответственностью?		
37.	Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступили несправедливо?		
38.	В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться?		
39.	Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки?		
40.	Общительны ли Вы?		
41.	В школе Вы охотно декламировали стихи?		
42.	Убегали ли Вы в детстве из дома?		

Продолжение на следующей странице

№	Утверждения	ДА	НЕТ
43.	Кажется ли Вам жизнь трудной?		
44.	Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось невыносимым?		
45.	Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?		
46.	Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если Вас кто-то обидел?		
47.	Вы очень любите животных?		
48.	Возвращаетесь ли Вы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случится?		
49.	Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное?		
50.	Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?		
51.	Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей?		
52.	Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит?		
53.	У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми?		
54.	Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние?		
55.	Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?		
56.	Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?		
57.	Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы?		
58.	Часто ли бывает Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях?		
59.	В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать?		
60.	Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище?		
61.	Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была всегда на одном и том же месте?		
62.	Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном, длящемся несколько часов?		
63.	Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?		
64.	Бывают ли у Вас головные боли?		
65.	Вы часто смеетесь?		
66.	Можете ли Вы быть приветливым даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете?		
67.	Вы подвижный человек?		
68.	Вы очень переживаете из-за несправедливости?		
69.	Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом?		
70.	Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?		
71.	Вы очень боязливы?		
72.	Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?		
73.	В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности?		
74.	Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости?		
75.	Часто ли Вас тянет путешествовать?		
76.	Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным?		
77.	Легко ли Вам поднять настроение друзей в компании?		
78.	Долго ли Вы переживаете обиду?		
79.	Долго ли Вы переживаете горести других людей?		
80.	Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу?		
81.	Относитесь ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?		
82.	Часто ли Вы видите страшные сны?		
83.	Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна?		
84.	В веселой компании Вы обычно веселы?		
85.	Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения?		
86.	Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь?		
87.	В беседе Вы скудны на слова?		
88.	Если бы Вам необходимо играть на сцене. Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра?		

РАЗДЕЛ 6.

КОД

Сейчас вы ознакомитесь с утверждениями, касающимися состояния Вашего здоровья и Вашего характера. Если вы согласны с утверждением, поставьте знак «+» («да»), если нет - знак «-» («нет»). Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.

Утверждения		Да	Нет
1	У Вас хороший аппетит?		
2	По утрам Вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули		
3	В вашей повседневной жизни масса интересного		
4	Вы работаете с большим напряжением		
5	Временами Вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать		
6	У Вас очень редко бывает запор		
7	Иногда Вам очень хотелось навсегда уйти из дома		
8	Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача		
9	Временами Вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.		
10	У вас такое впечатление, что Вас никто не понимает		
11	Иногда Вам хочется выругаться		
12	Каждую неделю Вам снятся кошмары		
13	Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей		
14	С Вами происходили (или происходят) странные вещи		
15	Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против Вас		
16	В детстве Вы одно время совершали кражи		
17	Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев Вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу		
18	У Вас прерывистый и беспокойный сон		
19	Когда Вы находитесь среди людей, Вам слышатся странные вещи		
20	Большинство знающих Вас людей не считают Вас неприятным человеком		
21	Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше Вашего		
22	Большинство людей довольны своей жизнью более, чем Вы		
23	Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи		
24	Иногда вы сердитесь		
25	Вам определенно не хватает уверенности в себе		
26	У вас часто бывают подергивания в мышцах		
27	У Вас часто бывает чувство, как будто Вы сделали что-то неправильное или нехорошее		
28	Обычно Вы удовлетворены своей судьбой		
29	Некоторые так любят командовать, что Вам хочется все сделать наперекор, хотя Вы знаете, что они правы		
30	Вы считаете, что против Вас что-то замышляют		
31	Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем		
32	Вас часто беспокоит желудок		
33	Часто вы не можете понять, почему накануне Вы были в плохом настроении и раздражены		
34	Временами Ваши мысли текли так быстро, что Вы не успевали их высказывать		
35	Вы считаете, что Ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства Ваших знакомых		
36	Временами Вы уверены в собственной бесполезности		
37	В последние годы Ваше самочувствие было в основном хорошим		
38	У Вас бывали периоды, во время которых Вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно		
39	Вы считаете, что Вас часто незаслуженно наказывали		
40	Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.		
41	Вам безразлично, что думают о Вас другие		
42	С памятью у Вас все благополучно		
43	Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым Вы только что познакомились		
44	Большую часть времени Вы чувствуете общую слабость		
45	У Вас редко болит голова		

Продолжение на следующей странице

46	Иногда Вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе		
47	Не все Ваши знакомые Вам нравятся.		
48	Есть люди, которые пытаются украсть Ваши идеи и мысли		
49	Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить		
50	Вы считаете, что Вы слишком застенчивы.		
51	Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь		
52	Ваши родители часто не одобряли Ваших знакомств		
53	Иногда Вы немного сплетничаете		
54	Временами Вы чувствуете, что Вам необыкновенно легко принимать решения		
55	У Вас бывает сильное сердцебиение и Вы часто задыхаетесь		
56	Вы вспыльчивы, но отходчивы		
57	У Вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте		
58	Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к Вам		
59	Ваша судьба никого особенно не интересует		
60	Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого		
61	Иногда Вы полны энергии		
62	За последнее время у Вас ухудшилось зрение		
63	Часто у Вас звенит или шумит в ушах		
64	В Вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда Вы чувствовали, что на Вас действует гипноз		
65	У Вас бывают периоды, когда Вы необычно веселы без особой причины		
66	Даже находясь в обществе, Вы обычно чувствуете себя одиноко		
67	Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей		
68	Вы чувствуете острее, чем большинство других людей		
69	Временами Ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно		
70	Вы часто разочаровываетесь в людях		
71	Вы злоупотребляете спиртными напитками.		

РАЗДЕЛ 7.

КОД

Вам предлагается описать свое состояние, которое Вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы. Вы должны выбрать в каждой паре ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить ту цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики. Необходимо соотнести свое состояние со шкалой 3 2 1 0 1 2 3 каждой пары признаков. Например, между парой утверждений "Самочувствие хорошее" и "Самочувствие плохое" расположены цифры 3 2 1 0 1 2 3. Цифра "0" соответствует среднему самочувствию, которое человек не может отнести ни к плохому, ни к хорошему. Находящаяся слева от "0" единица отражает самочувствие — выше среднего, а цифра три — соответствует прекрасному самочувствию. Те же цифры в этой строке, стоящие справа от цифры "0", аналогичным образом характеризуют самочувствие человека, если оно ниже среднего. Таким образом, последовательно рассматривается и оценивается каждая строка данного опросника.

В каждом случае, в отношении каждой пары утверждений Вы осуществляете свой выбор, отмечая необходимое значение шкалы "3 2 1 0 1 2 3".

1. Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3. Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4. Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5. Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6. Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7. Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8. Полон сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9. Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10. Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11. Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12. Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13. Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14. Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15. Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16. Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17. Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18. Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19. Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20. Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21. Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22. Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23. Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24. Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25. Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый
26. Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27. Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28. Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29. Полон надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30. Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

РАЗДЕЛ 8 КОД

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Против каждого утверждения поставьте один из следующих ответов: 0 - Совсем нет; 1 - Немного; 2 - Умеренно; 3 - Сильно; 4 - Очень сильно.

№	НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:	0 - Совсем нет	1 - Немного	3 - Сильно	4 - Очень сильно
1	Головные боли				
2	Нервозность или внутренняя дрожь				
3	Повторяющиеся неотвязные неприятные мысли				
4	Слабость или головокружение.				
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия				
6	Чувство недовольства другими				
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями				
8	Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие				
9	Проблемы с памятью				
10	Ваша небрежность или неряшливость				
11	Легко возникающая досада или раздражение				
12	Боли в сердце или в грудной клетке				
13	Чувство страха в открытых местах или на улице				
14	Упадок сил или заторможенность				
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой				
16	То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие				
17	Дрожь				
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять				
19	Плохой аппетит				
20	Слезливость				
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола				
22	Ощущение, что Вы в западне или пойманы				
23	Неожиданный или беспричинный страх				
24	Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать				
25	Боязнь выйти из дому одному				
26	Чувство, что вы сами во многом виноваты				
27	Боли в пояснице				
28	Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо				
29	Чувство одиночества				
30	Подавленное настроение, хандра				
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам				
32	Отсутствие интереса к чему-либо				
33	Чувство страха				
34	То, что Ваши чувства легко задеть				
35	Ощущение, что другие не понимают Ваши мысли				
36	Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам				
37	Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь				
38	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки				
39	Сильное или учащенное сердцебиение				
40	Тошнота или расстройство желудка				
41	Ощущение, что Вы хуже других				
42	Боли в мышцах				
43	Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас				
44	То, что Вам трудно заснуть				
45	Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете				
46	Трудности в принятии решений				
47	Боязнь езды в автобусах				
48	Затрудненное дыхание				
49	Приступы жара или озноба				
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают				

Продолжение на следующей странице

51	То, что Вы легко теряете мысль				
52	Онемение или покалывание в различных частях тела				
53	Комок в горле				
54	Ощущение, что будущее безнадежно				
55	То, что Вам трудно сосредоточиться				
56	Ощущение слабости в различных частях тела				
57	Ощущение напряженности или взвинченности				
	<i>Продолжение на следующей странице</i>				
58	Тяжесть в конечностях				
59	Мысли о смерти				
60	Переедание				
61	Ощущение неловкости, Когда люди наблюдают за Вами или				
62	То, что у Вас в голове чужие мысли				
63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо				
64	Бессонница по утрам				
65	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать				
66	Беспокойный и тревожный сон				
67	Импульсы ломать или крушить что-либо				
68	Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие				
69	Чрезмерная застенчивость				
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах).				
71	Чувство, что все, чтобы Вы не делали, требует больших усилий				
72	Приступы ужаса и паники				
73	Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях				
74	То, что Вы часто вступаете в спор				
75	Нервозность, когда Вы оставались одни				
76	То, что другие недооценивают Ваши достижения				
77	Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми				
78	Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте				
79	Ощущение собственной никчемности				
80	Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое				
81	То, что Вы кричите или швыряетесь вещами				
82	Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях				
83	Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите				
84	Нервировавшие Вас сексуальные мысли				
85	Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи				
86	Кошмарные мысли или видения				
87	Мысли, о том, что с Вашим телом что-то не в порядке				
88	То, что Вы не чувствуете близости ни к кому				
89	Чувство вины				
90	Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное				

РАЗДЕЛ 9

КОД

Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов о себе. Выбирайте тот ответ, который наилучшим образом отражает Ваше мнение. Здесь нет правильных или неправильных ответов, так как важно только Ваше мнение. Просьба работать в темпе, подолгу не задумываясь над ответами. Работайте последовательно, не пропуская вопросов.

Утверждение	Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
1. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела				
2. Мои мечты редко сбываются				
3. Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны				
4. Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей				
5. Я часто сожалею о том, что уже сделано				
6. Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми				
7. Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль				
8. Иногда меня пугают мысли о будущем				
9. Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются				
10. Мне кажется, жизнь проходит мимо меня				
11. Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете				
12. Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал				

РАЗДЕЛ 10 КОД

Ниже приведены пять высказываний, с которыми вы можете согласиться или не согласиться. Используя 7-балльную шкалу, поставьте каждому высказыванию подходящий, по вашему мнению, балл. Пожалуйста, будьте честны и откровенны в своих ответах.

1.	Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу
1 ☐	Совершенно не согласен
2 ☐	Не согласен
3 ☐	Немного не согласен
4 ☐	Неопределенно (и согласен, и не согласен)
5 ☐	Немного согласен
6 ☐	Согласен
7 ☐	Совершенно согласен
2.	Условия моей жизни превосходные
1 ☐	Совершенно не согласен
2 ☐	Не согласен
3 ☐	Немного не согласен
4 ☐	Неопределенно (и согласен, и не согласен)
5 ☐	Немного согласен
6 ☐	Согласен
7 ☐	Совершенно согласен
3.	Я удовлетворен своей жизнью
1 ☐	Совершенно не согласен
2 ☐	Не согласен
3 ☐	Немного не согласен
4 ☐	Неопределенно (и согласен, и не согласен)
5 ☐	Немного согласен
6 ☐	Согласен
7 ☐	Совершенно согласен
4.	Пока я достигал в главном всего, чего хотел в жизни.
1 ☐	Совершенно не согласен
2 ☐	Не согласен
3 ☐	Немного не согласен
4 ☐	Неопределенно (и согласен, и не согласен)
5 ☐	Немного согласен
6 ☐	Согласен
7 ☐	Совершенно согласен
5.	Если бы я мог прожить свою жизнь еще раз, я бы почти ничего в ней не изменил.
1 ☐	Совершенно не согласен
2 ☐	Не согласен
3 ☐	Немного не согласен
4 ☐	Неопределенно (и согласен, и не согласен)
5 ☐	Немного согласен
6 ☐	Согласен
7 ☐	Совершенно согласен

РАЗДЕЛ 11 КОД

Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей вашего поведения. постарайтесь вспомнить, каким образом вы чаще всего разрешаете трудные и стрессовые ситуации высокого эмоционального напряжения. Выбирайте тот ответ, который наилучшим образом отражает Ваше мнение. Отвечайте в соответствии с тем, как вы справляетесь с трудными ситуациями в последнее время. Не раздумывайте долго – важна ваша первая реакция. Будьте внимательны!

	Утверждение	Нет	Изредка	Иногда	Часто
1	Я стараюсь найти плюсы в произошедшем				
2	Я погружаюсь в работу или другие дела, чтобы отключиться от проблем				
3	Я расстраиваюсь и даю выход своим эмоциям				
4	Я ищу совета у других людей, что делать дальше				
5	Я сосредоточиваю усилия на том, чтобы как-то решить проблему				
6	Я говорю себе: «Этого не может быть»				
7	Я надеюсь на то, что Бог мне поможет				
8	Я стараюсь воспринимать произошедшее с юмором				
9	Я признаю себе, что ничего не могу поделать с проблемой, и перестаю пытаться				
10	Я стараюсь удерживать себя от скоропалительных шагов				
11	Я обсуждаю с кем-то то, что я сейчас чувствую				
12	Я принимаю успокоительные или выпиваю, чтобы мне стало лучше				
13	Я стараюсь привыкнуть к мысли, что это случилось, адаптироваться к ситуации				
14	Я обсуждаю случившееся, чтобы лучше понять ситуацию				
15	Я стараюсь решать проблему, не отвлекаясь на другие дела и мысли				
16	Я предаюсь фантазиям на другие темы, чтобы отвлечься				
17	Я расстраиваюсь, нервничаю, переживаю				
18	Я прошу помощи у Бога				
19	Я стараюсь спланировать и обдумать свои дальнейшие действия				
20	Я перевожу случившееся в шутку				
21	Я стараюсь принять то, что случилось, привыкнуть к этому				
22	Я стараюсь ничего не предпринимать, пока ситуация не улучшится				
23	Я стараюсь получить эмоциональную поддержку у друзей или родных				
24	Я не предпринимаю активных действий				
25	Я предпринимаю какие-то еще действия, стараясь преодолеть сложившуюся ситуацию				
26	Я стараюсь отключиться на какое-то время, принимая алкоголь или лекарства				
27	Мне не хочется верить, что это произошло				
28	Я даю выход своим переживаниям				
29	Я пытаюсь посмотреть на ситуацию с более позитивной стороны, в ином свете				
30	Я говорю с кем-нибудь, кто мог бы конкретно помочь решить мою проблему				
31	Я сплю больше обычного, стараясь забыть о проблеме				
32	Я придумываю, как имеет смысл дальше действовать				
33	Я полностью концентрируюсь на решении этой проблемы и, если необходимо, откладываю в сторону другие дела				
34	Я ищу сочувствия и понимания у других людей				
35	Я выпиваю или принимаю лекарства, чтобы поменьше думать о проблеме				
36	Я шучу по поводу случившегося				
37	Я перестаю пытаться добиться своего (получить то, что я хочу)				
38	Я ищу что-то хорошее в том, что произошло				

39	Я думаю, как лучше всего я могу справиться с этой проблемой				
40	Я делаю вид, что ничего не произошло				
41	Я стараюсь не действовать слишком поспешно, чтобы не ухудшить ситуацию				
42	Я стараюсь, чтобы другие дела не мешали мне прилагать максимум усилий, чтобы справиться с проблемой				
43	Я иду в кино или смотрю телевизор, чтобы меньше думать о проблеме				
44	Я стараюсь принять ситуацию, сжиться с ней				
45	Я спрашиваю людей, у которых была аналогичная проблема, как они ее решали				
46	Я переживаю и активно проявляю свои чувства				
47	Я предпринимаю активные действия, чтобы справиться с проблемой				
48	Я пытаюсь найти утешение в вере (религии)				
49	Я заставляю себя ждать, когда наступит подходящий момент и можно будет действовать				
50	Я нахожу в случившемся забавные моменты				
51	Я снижаю количество усилий, направленных на решение этой проблемы				
52	Я обсуждаю свои переживания с кем-то из моих близких				
53	Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему				
54	Я учусь жить с этим				
55	Я откладываю другие дела в сторону, чтобы сосредоточиться на решении проблемы				
56	Я тщательно обдумываю шаги, которые буду предпринимать для решения проблемы				
57	Я просто делаю вид, что ничего не случилось				
58	Я последовательно, шаг за шагом делаю то, что нужно				
59	Я стараюсь, чтобы этот опыт чему-то меня научил				
60	Я молюсь (больше, чем обычно)				