

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

На правах рукописи

БЕШУЛЯ ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ
С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ, ИХ ПСИХОПРЕВЕНЦИЯ
(диагностика, феноменология, аддиктивный фон, гендерные аспекты,
трансперсональное взаимодействие)**

14.03.01 – анатомия человека

19.00.04 – медицинская психология

Диссертация

на соискание учёной степени

доктора медицинских наук

Научные консультанты:

Игнатенко Григорий Анатольевич,
член-корр. НАМНУ, доктор медицинских
наук, профессор
Киосева Елена Викторовна,
доктор медицинских наук, доцент

Донецк — 2021

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА 1. Современные научные взгляды на проблему нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих опыт употребления психоактивных веществ (ПАВ) и склонность к Интернет-аддикции.....	18
1.1 Кризисные ситуации в современных условиях. Классификация стрессогенных расстройств.....	18
1.2 Расстройства адаптации в современных условиях. Классификация расстройств адаптации, их диагностика. Особенности расстройств адаптации у студенческой молодёжи.....	30
1.3 Роль уровня удовлетворённости жизнью и благополучия в формировании расстройств адаптации.....	39
1.4 Употребление ПАВ и склонность к интернет-аддикции у студенческой молодёжи.....	42
1.5 Современные представления о типах конституции. Соматопсихология.....	51
1.6 Актуальные проблемы профилактики, превенции и лечения у лиц молодого возраста, имеющих опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции.....	69
1.7 Индивидуальные подходы психогигиены, психопревенции и психокоррекции.....	88
ГЛАВА 2. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	99
2.1 Характеристика исследуемого контингента и дизайн исследования...	99
2.2 Характеристика методов исследования.....	127

ГЛАВА 3. Клинико-психопатологические особенности расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции и их соматотипологическая характеристика.....	144
3.1 Особенности психоэмоциональной сферы у студенческой молодёжи.....	144
3.2 Взаимосвязь психического и аддиктивного статуса с соматотипами по Хит-Картеру.....	149
3.3 Особенности характеристики соматотипов девушек младших курсов университета во взаимосвязи с психоэмоциональной сферой....	151
3.4 Оценка психопатологической симптоматики у студенческой молодёжи.....	159
3.5 Особенности характеристики психопатологической симптоматики при разных соматотипах у девушек младших курсов университета.....	177
3.6 Аддиктивная характеристика студенческой молодёжи.....	187
3.7 Особенности характеристики соматотипов девушек младших курсов университета во взаимосвязи с аддиктивным поведением.....	201
3.8 Характеристика склонности к Интернет-аддикции у студенческой молодёжи.....	204
3.9 Особенности характеристики склонности к Интернет-зависимому поведению девушек младших курсов университета разных соматотипов.....	206
ГЛАВА 4. Социально-демографическая, клинико-анамнестическая и психосоциальная характеристика студенческой молодёжи с расстройствами адаптации.....	216
4.1 Социально-демографические особенности студенческой молодёжи.....	216

4.2 Психосоциальная и клинико-анамнестическая характеристика студенческой молодёжи с расстройствами адаптации, в зависимости от определенного стиля жизни.....	221
4.3 Психосоциальная и клинико-анамнестическая характеристика студенческой молодёжи с расстройствами адаптации, в зависимости от временного фактора, проводимого за компьютером и в сети Интернет.....	238
ГЛАВА 5. Патоперсоналогическая и психологическая характеристика нарушений и расстройств адаптации во взаимосвязи с соматотипами у лиц молодого возраста.....	253
5.1 Патохарактерологические особенности у студентов младших курсов университета, их взаимосвязь с соматотипами у лиц женского пола.....	253
5.2 Особенности копинг-стратегий у девушек младших курсов университета во взаимосвязи с соматотипами.....	266
5.3 Особенности удовлетворённости жизнью у студентов младших курсов университета, ее взаимосвязь с соматотипами у лиц женского пола.....	275
ГЛАВА 6. Математическая модель прогнозирования риска развития нарушений и расстройств адаптации у студенческой молодёжи.....	284
6.1 Модель прогнозирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов.....	286
6.2 Модель прогнозирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов.....	308
6.3 Модель прогнозирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации.....	318

ГЛАВА 7. Комплексная многоуровневая система психопреventивных и психокорректирующих мероприятий для лиц молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющими опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции.....	326
7.1 Принципы и система психопреventивных образовательных мероприятий при дезадаптационных состояниях и употреблении психоактивных веществ студенческой молодёжью.....	327
7.2 Персонализированные подходы медико-психологической помощи студенческой молодёжи с расстройством адаптации.....	329
7.3 Особенности применения элементов нейролингвистического программирования (личноcтно ориентированный подход) при дезадаптационных состояниях и употреблении психоактивных веществ студенческой молодёжью.....	333
7.4 Когнитивно-поведенческая психотерапевтическая коррекция с включением элементов кинезиотерапии – Бикрам-йоги в комбинации с техникой психологической саморегуляции «изображение» для студентов с преобладанием эндоморфного компонента соматотипа...	334
7.5 Интерактивный психопреventивный тренинг для лиц с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эндоморфного соматотипа с элементами кинезиотерапии – компонентов йоги Пор-де-бра и техники психологической саморегуляции «изменение образа».....	337
7.6 Интерактивный психопреventивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эктоморфного, экто-мезоморфного, экто-эндоморфного и мезоморфного соматотипов с элементами кинезиотерапии – компонентов пилатес и техники психологической саморегуляции «ликвидация фильма».....	338

7.7 Интерактивный психопреventивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного и мезо-эktоморфного соматотипов с включением элементов кинезиотерапии – компонентов калланетики и техники психологической саморегуляции «исчезновение образа» и «переоценка вспоминаемого события».....	339
7.8 Интерактивный психопреventивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного и мезо-эндоморфного соматотипов с включением элементов кинезиотерапии – компонентов пауэр-йоги и техники психологической саморегуляции «конкурс якорей».....	340
7.9 Интерактивный психопреventивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эндоморфного и эндо-мезоморфного соматотипов с применением элементов танцевальной терапии – компонентов джайва и техники психологической саморегуляции «колебания взмаха».....	342
7.10 Интерактивный психопреventивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного, мезо-эндоморфного и мезо-эktоморфного соматотипов с применением элементов танцевальной терапии – компонентов ча-ча-ча и техники психологической саморегуляции «переоценка вспоминаемого события».....	345

7.11 Интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эктоморфного и экто-мезоморфного соматотипов с элементами танцевальной терапии – компонентов венского вальса и техники психологической саморегуляции «исчезновение образа».....	346
7.12 Оценка эффективности комплексной системы психопреентии и психокоррекции расстройств адаптации и аддиктивного поведения у студенческой молодёжи.....	347
АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	352
ВЫВОДЫ.....	373
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	382
ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	385
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	387
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	451

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Способность к адаптации является уникальным свойством организма человека. Длительно существующий стресс может привести к постепенному истощению адаптационных механизмов и ресурсов личности и, как следствие, к нарушению психической адаптации [34; 50; 96; 97; 283].

Расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10) характеризуются, как состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие, как правило, социальному функционированию и продуктивной деятельности, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни либо стрессовому жизненному событию.

Частота выявления расстройств адаптации (РА) у пациентов различных возрастных категорий варьирует от 1% до 24%, согласно данным отечественных и зарубежных исследователей [40; 98-100; 106; 275; 276; 281; 298; 319; 360; 380; 398; 411].

Актуальность изучения РА обусловлена не только высокой степенью распространенности [79; 316; 332-334; 467], но и отсутствием достоверных критериев клинических проявлений [360; 371; 385; 399], сложностью дифференциальной диагностики и прогноза [349; 393].

Особое место занимает изучение антропометрических и соматотипологических характеристик лиц с РА, что обусловлено влиянием соматической сферы на психику.

Степень разработанности темы. РА среди студентов по данным разных авторов составляют 14-21% [93; 98-100; 175-177; 208; 211; 217; 275].

Студенты младших курсов попадают в группу риска в связи с завершением возрастных анатомо-физиологических перестроек организма. Также в психосоциальном ракурсе изменяются привычные условия

проживания, необходимые для адаптации в новом коллективе и к учебному процессу в новых условиях.

В связи с этим, студенчество является уязвимой группой [60; 61; 110-112; 120; 169; 223-226]. Деадаптационные модели психосоциального функционирования студенческой молодёжи отрицательно влияют на учебный процесс в университете, ухудшают межличностные отношения, влекут за собой снижение качества жизни, могут приводить к химической (употребление психоактивных веществ – ПАВ) и нехимической аддикции (игровой компьютерной зависимости), повышают суицидальный риск в молодёжной среде [54; 86; 91; 135; 232; 293; 432; 438].

Исследования последних лет направлены на изучение механизмов психологической адаптации, в частности, совладающего со стрессом поведения (копинг), психологической защиты личности, а также их антропометрической обусловленности [88; 118; 157; 165; 174; 239; 257; 265; 267]. Активно ведутся исследования копинг-ресурсов личности [122; 150; 158; 167; 181].

Анализ научной литературы позволяет сделать вывод о том, что наиболее уязвимой группой населения при формировании игровой зависимости, как одного из видов нехимической аддикции, являются подростки и молодёжь. Процесс интенсивной физиологической и психологической трансформации личности исключает наличие устоявшихся стратегий поведения в отношениях со сверстниками и взрослыми, в то же время, обуславливая определенные трудности в социальной адаптации, при которых молодой человек зачастую уходит от окружающей действительности в виртуальный игровой мир [2; 168; 231; 244; 284; 431]. Именно поэтому подростки и молодёжь в наибольшей степени подвержены риску формирования игровой зависимости.

До настоящего времени не описаны четкие дифференциально-диагностические критерии РА, их возможные антропометрические параметры.

Во многом остаются не изученными динамика этих состояний, а также психосоциальные факторы развития и механизмы их формирования. Таким образом, определение соматотипологической детерминированности и разработка новых стратегий психотерапии и психопревенции нарушений и расстройств адаптации, отягощенных аддиктивным фоном у лиц молодого возраста разных соматотипов является актуальной и недостаточно исследованной проблемой.

Цель исследования – на основании системного междисциплинарного интеграционного подхода к изучению причин, идентификации и комплексной оценки антропометрических, соматотипологических и клинико-психопатологических проявлений, механизмов формирования расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих склонность к Интернет-аддикций и опыт употребления ПАВ, обосновать и разработать комплексную систему психопревенции и психокоррекции указанных расстройств.

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

1. Осуществить общую скрининговую оценку психического состояния, соматотипологической вариативности и имеющейся соматоклинико-психопатологической симптоматики у студенческой молодёжи.
2. Определить особенности функционального психоэмоционального состояния во взаимосвязи с соматотипами.
3. Оценить аддиктивный статус студентов в гендерном аспекте, его связь с расстройствами адаптации и антропометрическими параметрами у лиц молодого возраста.
4. Определить социально-демографические и психосоциальные особенности расстройств адаптации у студенческой молодёжи, имеющей опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции.
5. Установить взаимосвязь патохарактерологической симптоматики, соматотипологических индивидуально-личностных особенностей,

психоадаптационных факторов у студентов с нарушениями и расстройствами адаптации.

6. Выявить особенности копинг-стиля у студентов с расстройствами адаптации на аггравирующем фоне онлайн-игр и употребления ПАВ и взаимосвязь с соматотипами.

7. Разработать математическую модель прогнозирования риска развития нарушений и расстройств адаптации.

8. Научно обосновать, разработать и оценить эффективность комплексной системы психопревенции и психокоррекции расстройств адаптации и аддиктивного поведения.

Научная новизна исследования

В рамках проведенного исследования:

- впервые обосновано и осуществлено теоретическое и эмпирическое исследование проблемы нарушений и расстройств адаптации у студенческой молодёжи с аддиктивным фоном с учетом их антропометрических и соматотипологических характеристик как сферы компетенции анатомии человека и медицинской психологии;

- впервые определены соматотипологические характеристики у студенческой молодёжи с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции;

- выделены и проанализированы ведущие патопсихологические проявления нарушений и расстройств адаптации у студенческой молодёжи с помощью унифицированного диагностического инструмента, что позволило выявить весь спектр разнообразной психозадаптационной симптоматики и особенности фоновой аддикции во взаимосвязи с соматотипами;

- охарактеризованы особенности функционального психоэмоционального состояния и представлена общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодёжи в гендерном аспекте в рамках антропометрической и

соматотипологической детерминированности, что позволило выделить важнейшие факторы риска и механизмы формирования психодезадаптационных состояний для их дальнейшей коррекции и предупреждения;

– расширены и дополнены научные представления о морфологической обусловленности дезадаптационных состояний и аддиктивного поведения студентов, их влиянии на степень выраженности эмоционального напряжения; о роли патоперсонологической декомпенсации в развитии и степени выраженности дезадаптационных состояний во взаимосвязи с соматотипологическими проявлениями; об отягощающей взаимосвязи употребления ПАВ, склонности к Интернет-аддикции и развитием, выраженностью дезадаптационных состояний;

– получила дальнейшее развитие углубленная система научных представлений о патогенности отрицательного микро- и макросоциального влияния стиля жизни, верификации деструктивного действия хронических стрессорных факторов как основы для развития адаптационных нарушений и расстройств, а также употребления ПАВ и склонности к Интернет-аддикции во взаимосвязи с соматотипами;

– впервые установлена психосоциальная и антропометрическая характеристика, разработана психопревенция расстройств адаптации у студенческой молодёжи. На основании полученных данных разработаны подходы к оценке риска возникновения РА и их предупреждению у студентов. Внесены дополнения в теоретическое обоснование комплексного медико-психологического сопровождения образовательного процесса в вузе и изложены его принципы.

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов

На основании проведенного комплекса исследований обоснована, разработана и внедрена система психопревенции психообразовательно-

развивающей направленности в сочетании с кинезиотерапией для студенческой молодёжи разных соматотипов с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющей опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции, 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 во взаимосвязи с соматотипологическими проявлениями 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 молодёжи в студенческой среде и образовательном пространстве вуза.

Объект исследования: расстройства адаптации у студентов младших курсов разных соматотипов, склонных к аддиктивному поведению.

Предмет исследования: причины, механизмы, принципы формирования и сомато-клинико-психопатологические особенности адаптационных нарушений и расстройств у студентов младших курсов.

Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, антропометрический, клинико-эпидемиологический, клинико-анамнестический, психодиагностический, клинико-психопатологический, клинико-психологический, математико-статистический. Систематизация данных исследования осуществлялась на основе унифицированной «Карты обследования студента». Используются компоненты унифицированной карты (Е.В. Киосева, 2017 [98]).

Положения, выносимые на защиту:

1. Студенческая молодёжь склонна к нарушениям и расстройствам адаптации. Ведущее место занимают донозологические формы дисфункции эмоционально-лабильного, соматовегетативного, фобического и тревожно-депрессивного регистров, которые являются предикторами формирования клинической симптоматики адаптационных расстройств.

2. Определены особенности функционального психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста, которые учатся на первых курсах университета во взаимосвязи с соматотипами. Установлено превышение средних значений шкалы «Настроение» в сочетании со сниженной «Активностью», что может указывать на чувство усталости студентов, наличие психоэмоционального возбуждения и привести к хроническому переутомлению, развитию психологического дистресса.

3. Студенты младших курсов университета склонны к аддиктивному поведению, в том числе к употреблению ПАВ и использованию сети Интернет. Среди студентов, оценивающих свой образ жизни как наименее желаемый, преобладают лица с непатологическими нарушениями адаптации (ННА) и отдельными признаками расстройств адаптации (ОПРА). Наиболее желаемый стиль жизни присущ практически здоровым студентам.

4. У лиц с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ и склонных к увлечению сети Интернет взаимосвязаны соматотипологическая, психопатологическая симптоматика, индивидуально-личностные особенности и психоадаптационные факторы. Перенапряжение компенсаторных процессов из-за влияния хронических стрессовых факторов приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, которые на основе взаимопотенцирующего действия декомпенсации сомато-индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют патофизиологическую цепь.

5. У студенческой молодёжи с ННА экто-мезоморфного (АОВ), эндо-эктоморфного (СОД), эндо-мезоморфного (ФОА) соматотипов и у студентов с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ), экто-эндоморфного (ДОЕ) и мезо-эндоморфного (ЕОФ) соматотипов превалируют нарушения трансперсонального взаимодействия.

6. Выявлены особенности копинг-стиля у студентов с расстройствами адаптации на аггравирующем фоне онлайн-игр и употребления ПАВ и взаимосвязь с соматотипами. Установлено, что для всех исследуемых преобладают следующие стратегии совладания со стрессом: (1) бегство-избегание; (2) положительная переоценка (3) планирование решения проблемы.

7. Построены прогностические модели риска развития адаптационных нарушений и расстройств у молодёжи с анализом и оценкой влияния наиболее значимых факторных признаков, которые являются предикторами формирования указанной патологии.

8. Целесообразно применение мер превентивного характера путем комбинированного сочетания психотерапевтических технологий с элементами кинезиотерапии для студенческой молодёжи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющей опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов, изложенных в диссертационной работе, 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. Положения, изложенные в

диссертации, построены на достаточно изученных, проверяемых фактах, они согласуются с имеющимися опубликованными данными.

Основные теоретико-методологические положения, практические результаты и выводы исследования докладывались и обсуждались на междисциплинарных научно-практических конференциях в рамках постоянного профессионального прерывистого обучения (Донецк, 16 января 2019, 13 марта 2019); V Международной междисциплинарной научной on-line конференции «Технологии социальной и медицинской реабилитации лиц с инвалидностью в современных условиях» (Чита–Быдгощ–Улан-Батор–Донецк–Актобе, 2019); III Международном медицинском Форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2019); междисциплинарной научно-практической конференции в рамках постоянного профессионального прерывистого обучения (Донецк, 2019); III международном on-line круглом столе «Психолого-педагогические аспекты адаптации студентов с ограниченными возможностями» (Россия–Беларусь–ДНР, 2019); 5-ой Республиканской междисциплинарной научно-образовательной сессии им. профессора Донского Г.И. «Стоматология: проблемы, поиски, решения» (Донецк, 2019); III международной научно-практической конференции «Пути повышения эффективности управленческой деятельности органов государственной власти в контексте социально-экономического развития территорий» (Донецк, 2019); 6-ой Республиканской междисциплинарной научно-образовательной сессии им. профессора Донского Г.И. «Стоматология: проблемы, поиски, решения» (Донецк, 2019); межвузовской on-line конференции «Актуальные проблемы комплексного подхода и пути их решения в стоматологической практике» (Донецк, 2020); IV Международном медицинском Форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2020); V междисциплинарном Anti-age симпозиуме с международным участием «Секреты мастерства в эстетической медицине» (Донецк, 2021).

Внедрение в практику результатов исследования. Основные результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики – «Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение»; «Городской психоневрологический диспансер г. Донецка Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики»; в педагогический процесс кафедр фармацевтической и медицинской химии; анатомии человека им. проф. Н.Д. Довгялло и работу деканатов – лечебного факультета № 1 и медико-фармацевтического факультета ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, что подтверждено актами внедрения.

Личный вклад соискателя. Представленные в работе результаты исследования получены автором лично. Автором проведен анализ зарубежной и отеческой литературы по исследуемой проблеме, выполнен весь объём антропометрических, 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 в сочетании с кинезиотерапией для студенческой молодёжи разных соматотипов с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 27 работ: одна глава в монографии; 12 статей в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией Донецкой Народной Республики для опубликования основных результатов диссертации на соискание учёных степеней кандидата и доктора наук; 2 рационализаторских предложения; 12 тезисов и докладов на конференциях и форумах. 8 работ опубликовано без соавторов.

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ) И СКЛОННОСТЬ К ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

1.1 Кризисные ситуации в современных условиях. Классификация стрессогенных расстройств

Стресс является универсальной ответной реакцией организма на физические и психологические раздражители [427; 429]. Его действие может быть, как положительным, вследствие чего повышается мозговая и физическая активность, так и отрицательным, что ведет к истощению адаптационных ресурсов и развитию расстройств адаптации [418; 419].

Л. И. Анцыферова, 2004; С. К. Нартова-Бочавер, 2015; А. Г. Похилько, 2020; С. А. Садеков, 2019 утверждали, что трудные ситуации или события могут быть субъективными или объективными, так как оценка обстоятельств зависит от индивидуально-психологических особенностей личности [26; 166; 187].

Стрессовые факторы можно классифицировать на две основные группы: кратковременные и долговременные. Кратковременные характеризуются сиюминутным раздражением, например, страх, физический дискомфорт и др. Как правило, стресс-факторы подобного рода не несут негативных последствий, а выступают в роли стимуляторов деятельности организма [420]. В свою очередь, долговременные раздражающие факторы приводят к истощению механизмов адаптации, нарушению функций и развитию ряда аутоиммунных заболеваний [1]. В роли факторов долговременного стресса выступают: длительные виды деятельности, приводящие к истощению организма, булинг, систематические неудачи и др. [421].

Также стресс можно разделить на информативный и эмоциональный. При информативной стрессовой нагрузке человек, несущий ответственность за принятые им решения, не успевает работать в заданном ритме и быстро справляться с созданием алгоритмов [497; 498]. Эмоциональный стресс возникает в ситуациях, когда человеку грозит физическая опасность: войны, аварии, болезни, а также при угрозе экономического благополучия или же социального статуса. Выделяют несколько видов источников стресса [161].

J. Steven Picou, Cecelia G. Martin, 2007 выделили 3 типа экстремальных ситуаций [436]: (1) ситуации, которые неподвластны человеку; (2) в основе стресса лежит деятельности самого человека; (3) ситуации, которые возникают в результате действия других людей.

Наиболее психологически тяжелыми являются ситуации, которые возникают вследствие деятельности других людей, так как они затрагивают немалую территорию, разрушают инфраструктуру и приводят к многочисленным людским жертвам. Очевидно, что самый яркий пример таких ситуаций – военный конфликт.

К. Муздыбаев, 2007 выявил, что в зависимости от значения ситуации для человека, характер и интенсивность переживания будет неодинаковым для разных людей [163].

М. А. Алиева, 2019; Я. Т. Ринчинова, А. Э. Перминова, 2019, изучив стресс на физиологическом и психическом уровнях, определили, что физический стресс вызывает ответную реакцию организма, которая является общей для всех людей, а действие психологического, как правило, характеризуется индивидуальными проявлениями [3; 20; 207]. В свою очередь, последние уменьшаются при экстремальных или чрезвычайных ситуациях: катастрофах, войнах и насилии, так как на такие ситуации люди реагируют похожим образом.

А.А. Киричук, И.В. Радыш., А.Я. Чижов, 2019; Ю.А. Верзакова, В.А. Гиршфельд, 2019; М.Т. Гедулянов, 2020 определили, что влияние

стрессового фактора ведет к явному изменению в функциональной активности организма, а также к перестройке психологического состояния человека, что отражается на его деятельности и проявляется в способности оценки тех или иных событий, а также изменению в межличностных отношениях [51; 62; 101]. Такие изменения, как правило, являются долговременными и малообратимыми.

Зачастую, человек явно не ощущает действие стресса на свой организм, что может привести к развитию хронической усталости, вследствие нарушения работы надпочечников, пищевого поведения, бессоннице, истощению, расстройству внимания [37].

Кривоконь В.И. и соавт., 2002 определили, что воздействия стрессовых факторов ведет к деструктурированию и блокированию личностного «Я», то есть любой травматический стрессовый фактор может привести к незначительным, но все же психическим травмам [193].

Распространенность посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) не имеет четко детерминированных эпидемиологических показателей, что обусловлено вариабельностью в разных исследуемых группах лиц [499; 500]. Установлено, что 1% населения в течение жизни переносят ПТСР, а после тяжелых психических травм (например, участие в военных действиях) – 15% [90]. По зарубежным данным распространенность ПТСР колеблется от 3,6% среди обычных людей до 75% у тех, кто пережил экстремальные события [18; 19]. Выборочные клинические работы определяют уровень этой патологии среди ветеранов локальных войн – 27,6 % [20; 184; 275]; ветеранов краткосрочных военных конфликтов – 35,1 % [233]; беженцев из «горячих точек» – 2,13 % [113]; среди участников ликвидации аварии в Чернобыле – 15 %. Тяжелые психотравмы переживают 15% населения, при этом ПТСР развивается у 3-6 % лиц, то есть у каждого пятого человека, пережившего психическую травму [501; 503].

Боевые действия, войны являются инструментом решения макроэкономических, геополитических, демографических и религиозных конфликтов, вызывают существенные социальные отклонения, мощные негативные долгосрочные последствия в обществе, значительно ухудшая психологические и физиологические аспекты здоровья населения [183; 189]. Особое место в вопросах психофизиологического состояния лиц и членов их семей, временно переселенных из зоны боевых действий, занимает употребление психоактивных веществ (ПАВ).

Средние показатели частоты посттравматических психических нарушений в условиях военного времени (15-30 %) не совпадают с общими данными о распространенности ПТСР в мирное время, даже после тяжелого стресса (0,5-1,2%) [233]. Такие события носят экстремальный характер, выходят за пределы обычных человеческих переживаний и вызывают дефицит времени на принятие решений, высокий уровень ответственности, психологическую неподготовленность к условиям боевых действий [138]. Преодоление индивидом психотравмирующих стрессоров боевой обстановки зависит не только от успешности переработки травматического опыта, но и от взаимодействия трёх факторов: характера психотравмирующих событий, индивидуальных характеристик переселенных лиц и особенностей условий среды. На современном этапе психиатры обращают внимание на сочетание ПТСР и другой психической патологии [317; 318]. К наиболее частым коморбидным нозологиям при ПТСР относятся депрессии, расстройства поведения и химические аддикции, при чём у мужчин хронический алкоголизм находится на первом месте [386]. В связи с приведенными фактами, возрастает необходимость в разработке эффективного и дифференцированного подхода при оказании помощи лицам с посттравматическими стрессовыми нарушениями (профилактики, диагностики, лечения, реабилитации), употребляющих ПАВ [423].

Начало терапевтического вмешательства должно быть, по возможности, максимально ранним вслед за действием стрессора, и иметь длительный характер. Выбор фармакологических препаратов и психотерапевтических методик определяется содержанием и особенностями течения клинической картины, а также личностными и физиологическими особенностями больного [424]. Необходимо придерживаться принципа этапности, заключающегося в последовательном применении лекарственных средств с соблюдением сроков назначения, точного дозирования препаратов под наблюдением специалистов диспансера, поликлиники, стационара, проведение необходимых психотерапевтических методик.

Посттравматические стрессовые состояния в ряде случаев приводят к развитию расстройств адаптации [428]. Посттравматические нарушения характеризуются рядом элементов психологической защиты, таких как избегание всего, что каким-то образом связано с травмой, исключение из памяти некоторых эпизодов жизни, связанных со стрессовым фактором, притупление эмоций, изоляция себя от окружающего мира [426]. Также выделяют ряд других перманентных симптомов, проявляющихся в ухудшении сна, повышенной раздражительности и гневливости.

Посттравматическое стрессовое расстройство – психическое состояние, вызванное каким-то одним мощным событием или группой повторяющихся событий [407]. По тяжести ПТСР достаточно вариабельно: от лёгких форм, с сохранением адекватной трудоспособности и межличностной коммуникации до тяжёлых, характеризующихся клинической картиной хронических психических заболеваний [409].

Согласно М.Ж. Horowitz (2014), ПТСР может развиваться как сразу после воздействие мощного стресса, так и через определенный промежуток времени. В течение месяца после получения психической травмы человек может испытывать повторные переживания, всячески избегать всего, что могло бы напомнить о триггере, страдать от бессонницы и ночных кошмаров [387].

Вероятность возникновения и тяжесть ПТСР зависят от тяжести полученной травмы, предрасположенности и контекста ситуации [190]. Для ПТСР характерен специфический механизм запоминания травмы: даже при малейшем напоминании о раздражающем факторе, человеческий организм запускает ряд бессознательных защитных реакций [446]. Благодаря особому механизму запоминания травмирующих факторов, воспоминания появляются независимо от воли человек. Причинами ПТСР являются различные мощные стрессовые факторы. Они делятся на простые и пролонгирующие травмы [425].

Простые травмы характеризуются как кратковременные и неожиданные события, как правило, такие события не зависят от индивида и превосходят его возможности самозащиты [447]. Они оставляют очень яркий след в памяти, вследствие человек может еще долго видеть сны или же просто непроизвольно вспоминать конкретное событие [448]. К таким травмам относят сексуальное насилие, природные катаклизмы и т. д.

А. Г. Гущин, А. Р. Рустамов, 2019 рассматривают последние, как особый вид стрессовых факторов, которые требуют специфической адаптации к ним [204].

Р. Е. Anderson, Н. С. Stevenson, 2019 установили, что люди, которые пережили действие стихии, видят кошмары в два раза чаще, чем контрольная группа. Пролонгирующие травмы характеризуются как серийные повторяющиеся событие. При этом испытанная в первый раз травма расценивается как простая, но систематически продолжаясь, становится предсказуемой, вследствие чего жертва чувствует свою беспомощность в отношении предотвращения травмирующей ситуации [297]. В отличие от простых травм, которые крепко укрепляются в памяти, пролонгирующие неясны и размыты, благодаря воздействию различных защитных механизмов психики. К этому виду травм относят повторяющееся насилие, буллинг, военные действия и др. Действие последних, как пролонгирующего фактора,

который воздействует на психику, было подвергнуто динамическому анализу воздействия на личность [449]. Его исследование подтвердило, что чем больше стрессовый фактор оказывает влияние на человека, тем более тяжелы психологические последствия для военнослужащих. Принципиальная важность данного исследования заключается в том, что оно отражает динамику нарушения в психике не только у военнослужащих, но и у обычных людей, так как в качестве пролонгирующего фактора выступают не только военные действия [410].

А. Г. Ершов, А. В. Филина, 2019 выделили стадии ПТСР: фаза острого кризиса, фаза ПТСР и фаза восстановления [75].

Фаза острого кризиса. Непосредственно после столкновения с травмирующей ситуацией человек некоторое время может находиться в состоянии шока, который может длиться до нескольких дней [408; 410]. В этот период проявляются интенсивный страх, растерянность, реакция отрицания ситуации, стыд и неприязнь к себе.

Фаза ПТСР. Характеризуется долговременным течением, где проявляются классические симптомы ПТСР [402; 403].

Фаза восстановления. Исчезают многие тревожные и депрессивные симптомы, человек чувствует оптимизм и прилив энергии, восстанавливается его доверие к окружающим, межличностные отношения и интерес к работе.

Клинические диагностические критерии:

Критерий А (относится к травматическому событию). Человек был под влиянием экстремального травматического события, при этом:

1. Травматическое событие связано с гибелью или серьезными ранениями людей, или с возможной угрозой такой гибели или ранений, при этом человек может быть, как очевидцем страданий других, так и непосредственно жертвой.

2. В момент пребывания в травматической ситуации человек должен чувствовать интенсивный страх, ужас и чувство беспомощности.

Критерий В (критерий «вторжения»). Травматическое событие навязчиво повторяется в переживаниях одним (или более) из следующих способов:

1. Навязчивые и повторяющиеся воспоминания экстремального события, соответствующих образов, мыслей и чувств, которые вызывают тяжелые эмоциональные переживания.

2. Кошмарные сновидения о пережитом событии, повторяющемся.

3. «Флэшбек»-эффект - мгновенное, без видимых причин, возрождение с патологической достоверностью и полнотой чувств травматической ситуации (чувство, будто травматическое событие происходит заново) в сочетании с острыми вспышками страха, паники или агрессии, провоцируемые неожиданными переживаниями травмы.

4. Интенсивные негативные переживания, вызванные внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.

5. Физиологическая (вегетативная) гиперреактивность в ситуациях, напоминающих о травматическом событии.

Критерий С («ухода»). Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, а также признаки намбингу (numbing) – блокировка эмоциональных реакций, «оцепенение» (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трёх (или более) из перечисленных ниже признаков:

1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (частичная психогенная амнезия).

4. Заметно снижен интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.

5. Чувство отчужденности или удаленности от других людей.

6. Пониженная интенсивность высших эмоций (неспособность, например, к чувству любви и т.д.).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или собственного долгой жизни).

Критерий D («гиперактивации»). Постоянные симптомы гиперактивации, не наблюдались до травмы. Определяются по наличию, как минимум, двух из нижеперечисленных симптомов:

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Сложности с сосредоточением внимания.

4. Повышенный уровень настороженности, состояние постоянного ожидания угрозы.

5. Гипертрофированная реакция испуга.

Критерий E. Длительность течения расстройства. Симптомы, относящиеся к критериям B, C и D наблюдаются более одного месяца после травмы.

Критерий F. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения адаптации в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Как видно из описания критерия A, определение травматического события относится к числу первоочередных при диагностике ПТСР.

Диагностика ПТСР является достаточно простой, так как обладает целым рядом критериев, которые явно указывают на это расстройство [361; 391]. Основными по МКБ-10 являются:

- эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях («кадрах»), мыслях или кошмарах;

- чувство оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме;

- наличие перевозбуждения и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг, бессонница, тревожность и депрессия [205; 206];

Диагностика по DSM-5:

1. Человек пережил ситуацию, которая угрожала его жизни, тяжелую физическую травму, сексуальное насилие. При этом последнее может делиться на несколько вариантов воздействия:

- непосредственно стал жертвой;
- увидел событие;
- пострадавшими стали члены семьи или близкие люди.

2. Периодическое повторное переживание травмирующего события в виде непроизвольных мыслей, флэшбеков, мыслей о травмирующей ситуации, которые вызваны различными напоминающими факторами.

3. Нарушения в эмоциональном состоянии и когнитивных процессах, которые не проявлялись до воздействия тяжелого стрессового фактора, при этом должны проявляться как минимум два симптома из нижеперечисленных:

- частичная потеря памяти в отношении травмирующего события;
- выраженный негативизм к себе, который проявляется в убеждении о собственной неспособности сделать что-либо хорошо;
- осуждение окружающих или себя в случившемся событии;
- явно сниженный интерес к ранее интересующим видам деятельности;
- ощущение, что человек лишний в обществе;
- сниженная способность к ощущению радости.

4. Явные изменения в психической деятельности, проявившиеся после воздействия травмирующего события, при этом должны проявляться как минимум два симптома из нижеперечисленных:

- повышенная раздражительность и неконтролируемые вспышки гнева;
- заметное состояние настороженности;
- испуг даже в случае незначительного воздействия;
- рассеянное внимание;
- бессонница.

5. Вышеописанные симптомы должны присутствовать у человека не менее месяца.

При диагностике ПТСР клинико-психопатологическое обследование дополняется рядом специальных клинических шкал и психодиагностических методик: Миссисипская шкала ПТСР (гражданский и военный варианты), Шкала для самооценки ПТСР, клиническая диагностическая шкала (CAP), опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), MMPI, тест Люшера, тест Бека и др. [152].

Первым этапом диагностики ПТСР является установление в анамнезе пациента самого факта переживания им экстремального (травматического) события. Затем проводятся вышеуказанные клинико-психопатологические и психодиагностические исследования.

Профилактика ПТСР у лиц, переживших экстремальные события, должна иметь комплексный характер, базироваться на мультидисциплинарном подходе и включать в себя медицинские, психологические и социальные мероприятия [141]. Профилактическая медико-психологическая помощь является наиболее эффективным средством предотвращения негативного влияния тяжелой психической травмы на психическое здоровье человека, в том числе детей и подростков [235; 236; 303; 304]. Одной из причин роста числа пациентов с психической патологией, в том числе и тех, у которых диагностируются ПТСР и, обусловленных влиянием угрожающих жизни ситуаций, является практически полное отсутствие программ профилактической направленности.

Построение профилактических программ должно проводиться с учетом основных факторов и условий формирования ПТСР: особенностей самого травматического события, наличия негативных «профессиональных» факторов, социально-демографических и социально-экономических характеристик, анамнестических данных, социально-психологических и индивидуально-психологических особенностей.

Идентификация стресс-факторов является основной при решении вопросов организации необходимой медицинской и психосоциальной помощи пострадавшему населению. Выделение «пусковых» – наиболее патогенных факторов, которые с большей вероятностью способны вызвать психические нарушения, в том числе развитие ПТСР, определяет группу первичных стресс-факторов, которые необходимо преодолеть (или уменьшить их влияние) в первую очередь [392; 395]. Эти меры должны начинаться непосредственно с момента оказания помощи пострадавшему населению.

Выделение так называемых «поддерживающих» патогенных факторов позволяет определить группу вторичных стресс-факторов, связанных с экстремальными ситуациями, но самостоятельно не приводит к формированию психических расстройств. Мероприятия по преодолению негативного влияния этих факторов должны происходить в процессе ликвидации последствий катастрофических событий и продолжаться после завершения спасательных работ [394]. Для проведения эффективных реабилитационных и психопрофилактических мероприятий необходимо также определение «антистрессовых» факторов, которые приводят к снижению патогенного воздействия экстремальных событий.

1.2 Расстройства адаптации в современных условиях. Классификация расстройств адаптации, их диагностика. Особенности расстройств адаптации у студенческой молодёжи

В зависимости от особенностей доминирующей клинической симптоматики можно условно выделить 2 основных клинических варианта РА: аффективный и поведенческий [82; 108; 109,]. Аффективный вариант РА содержит три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный.

Н.Е. Решетковская определила, что депрессивный подвариант (соответствует диагностическим критериям пролонгированной депрессивной реакции – F 43.21) характеризуется пониженным фоном настроения субдепрессивного или депрессивного уровня лёгкой степени, с элементами депрессивной оценки себя, окружающей среды и перспективы. Периодически возникают ощущения печали, подавленности, повышенная плаксивость [353; 354]. Подавленное состояние сопровождается эмоциональной неустойчивостью, фиксацией на негативных событиях своей жизни [350]. На этом фоне часто возникают ощущения безвыходного положения, одиночества, беспомощности [359]. Снижение самооценки сочетается с неуверенностью относительно своего профессионализма, адекватности своих потребностей и требований, уменьшением мотивации к трудовой деятельности. Мысли значительную часть времени (но не всегда) фиксированы на негативных событиях собственной жизни, тяжелом состоянии. Однако пессимистические суждения не выходят за рамки трактовки реальных событий и никогда не достигают степени безысходности и обреченности [430]. Возникает сужение круга интересов и увлечений, межличностные отношения могут приобретать оттенок пассивности и равнодушия [433]. Периодически возникают жалобы на трудности с концентрацией внимания, сложности при принятии решений и определении своей ответственности, снижение уровня побуждений [434]. В клинической картине также имеют место вялость,

симптомы раздражительной слабости, апатии, безынициативности и пассивности [124; 131; 139].

Н.Г. Гаранян обозначил, что тревожный подвариант соответствует диагностическим критериям рубрики F 43.23 «Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций» [60; 61]. Он характеризуется сочетанием различных возникающих время от времени проявлений тревожного регистра, таких как [156; 173; 435]:

- ощущение психического и физического дискомфорта;
- немотивированная напряженность, опасения и волнения, направленные в будущее;
- общая обеспокоенность и нервозность;
- невозможность расслабиться;
- ощущение внутренней дрожи или «дискомфорт» и «давление» в груди.

Л.И. Вассерман утверждал, что может отмечаться эпизодически возникающее чувство беспредметной тревоги, беспокойного ожидания любого бедствия или неприятностей, опасения за себя и своих родных. Возникновение тревожных мыслей иногда определяет и расстройства сна, которые при этом характеризуются трудностями с засыпанием, нарушением его глубины и продолжительности [50; 191].

С.В. Пухно указывал на склонность к рефлексии, которая проявляется в сомнениях относительно своего поведения, поиска «правильных» её мотивов, неуверенности относительно своих способностей [140; 194-196]. Наряду с нерешительностью могут наблюдаться вспышки нервозности и раздражительности, направленные, как правило, на самого себя. Значительное место в клинической картине у этих людей занимают соматовегетативные нарушения [441]. Наиболее часто возникают жалобы на головокружение, головную боль, бледность или покраснение кожи, лабильность артериального давления, тахикардию, чувство онемения или похолодание конечностей, приливы жара или холода, повышенную потливость, осложнения во время

дыхания, ощущение кома в горле, тошноту, тяжесть в эпигастральной зоне [180; 186; 198]. Также имеет место выраженная астеническая симптоматика, которая проявляется в виде невнимательности и разбросанности, разбитости и раздражительной слабости, а также быстрой истощаемости.

Смешанный подвариант (тревожно-депрессивный) соответствует диагностическим критериям рубрики F 43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция». Он характеризуется сочетанием клинических признаков двух первых вариантов. Особенностью клинического проявления тревожного компонента при этом варианте РА является сочетание симптомов психической и соматической тревоги в виде тревожных мыслей, опасений, направленных в будущее, волнения или нерешительности относительно принятия решений и тому подобное. Наряду с этим может отмечаться больший удельный вес соматовегетативных нарушений, чем при тревожном варианте РА. К наиболее характерным симптомам можно отнести вазомоторную лабильность в виде покраснения или бледности лица, повышенной потливости конечностей, ощущение перебоев в сердце или нужды воздуха, дискомфорта в эпигастральной области, головокружения, ощущения «потери почвы под ногами». Нарушение сна характеризуются длительным периодом засыпания, в течении которого сложно избавиться от неприятных и тревожных мыслей, частых пробуждений среди ночи. При этом варианте расстройства имеют место и некоторые проявления нарушения поведения, которые можно было бы определить как агрессивно-гиперстенические. Однако в повседневной жизни такая «гиперстеничность» оказывается малопродуктивной и больше направлена на ссоры и общее беспокойство, чем поиск реальных возможностей их предотвращения и решение сложных жизненных ситуаций.

Вариант РА с нарушениями поведения (по МКБ-10 рубрика F 43.24 «Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения») соответствует наличию в клинической картине симптомов дезадаптивного или диссоциального поведения, нарушения повседневного функционирования,

социальной дезадаптации, при этом указанные проявления четко связаны с фактом психотравмирующего события. Подобный вариант расстройства характеризуется чрезмерной возбудимостью и раздражительностью, нервозностью и кратковременными ситуационно обусловленными реакциями обиды, гнева, даже агрессивности, которые сопровождаются непродуктивной суетливостью и конфликтным поведением [39; 49; 58; 269]. Также характерными симптомами являются нетерпимость ко всему, что происходит вокруг, тенденция к обвинению окружающих в своих бедах. В клинической картине могут присутствовать соматовегетативные симптомы, но их выраженность никогда не достигает значительного уровня. Надо отметить, что эти нарушения поведения не являются постоянными, глубоко укоренившимися стереотипами.

Т. Bronisch на основании закономерностей динамики клинической симптоматики расстройств адаптации выделил следующие типы их течения: (1) прогрессирующий, (2) рецидивирующий, (3) регрессирующий [314; 315].

Первый тип характеризуется прогрессирующим отягощением и усложнением клинической симптоматики с последующей трансформацией в другие нозологические формы (согласно МКБ-10 – депрессивные эпизоды, тревожные и тревожно-депрессивные расстройства, расстройства личности). То есть клиническая картина меняется как по своему содержанию, так и по интенсивности проявлений её симптомов. При этом типе течения РА наблюдается рост интенсивности и спектра проявлений, в первую очередь, аффективных нарушений [35].

Усложнение структуры клинической картины выражается в виде изменений настроения от субдепрессивного уровня к депрессивному средней степени тяжести. Это сопровождается ростом эмоциональной неустойчивости, фиксацией на психотравмирующих воспоминаниях, формированием дезадаптации в сферах профессиональных, межличностных и социальных отношений [220-222]. Частым негативным последствием прогрессирующего

типа течения РА с преобладанием в клинической картине аффективных нарушений является трансформация в депрессивные эпизоды различной степени тяжести. Динамика тревожных проявлений, таких, как общая обеспокоенность и нервозность, немотивированная напряженность, чувство психического и физического дискомфорта, навязчивые представления, опасения и волнения, которые направлены не только в прошлое, но и в будущее, ощущение беспредметной тревоги или страха за себя и своих родных, в виде роста их частоты и интенсивности в течение более 6 месяцев позволяет говорить о трансформации расстройств адаптации в тревожные или тревожно-депрессивные расстройства (F 41.1 – F 41.3).

Прогрессирующий тип течения РА с доминированием в клинической картине поведенческих расстройств характеризуется ростом интенсивности реакций враждебности, агрессивности и жестокости, признаков социальной отгороженности, формированием дезадаптивного и диссоциального поведения, что затрудняет профессиональное, межличностное и социальное функционирование [66; 117; 134; 264]. Возможной неблагоприятной динамикой данных нарушений является их трансформация или в хронические изменения личности (F 62.0), или, при наличии предварительной психологической уязвимости в виде соответствующей акцентуации характера, в специфические (F 60) или смешанные расстройства личности (F 61).

Доминирующей характеристикой рецидивирующего типа течения РА являются волнообразные колебания основной клинической симптоматики. Ремиссии, которые характеризуются практически полным отсутствием признаков расстройства, различны по своей продолжительности, как и продолжительность рецидивов.

Клиническая симптоматика в виде аффективных и поведенческих нарушений, составляющих содержание рецидива, почти никогда по своей интенсивности не превышает первичные проявления расстройства. Однако, некоторые минимальные признаки дезадаптивного поведения могут

сохраняться даже при так называемой ремиссии. Кроме того, возникновение частых рецидивов является фактором риска перехода рецидивирующего типа течения РА в прогрессирующий, с последующей трансформацией в другие нозологические формы (в основном это касается «Пролонгированной депрессивной реакции» (F 43.21)). Однако частым вариантом динамики этого типа течения РА является выздоровление больного [162; 285; 313; 347].

Особенностью регрессиентного типа течения РА является выраженная редукция основной клинической симптоматики. При этом типе течения РА наблюдается заметное уменьшение интенсивности и частоты проявлений, в первую очередь, аффективных нарушений: пониженного настроения, депрессивной самооценки, оценки окружающей среды и собственных перспектив. Почти исчезают чувство грусти, подавленности и печали, что, в свою очередь, сопровождается повышением эмоциональной стабильности и уверенности в себе, а также мотивации к трудовой деятельности. Наблюдается редукция ощущения общей обеспокоенности и нервозности, немотивированной напряженности, психического и физического дискомфорта [178; 188; 290; 338]. Уменьшаются навязчивые представления, опасения и волнения, направленные, в первую очередь, в будущее, исчезает чувство тревоги. При регрессиентном типе течения РА наблюдается уменьшение поведенческих нарушений, улучшение качества межличностного, профессионального и социального функционирования до полного выздоровления больного и его возвращение к предыдущему социальному статусу.

Рубрика F43.0 «Острая реакция на стресс» содержит следующие критерии: преходящие расстройства значительной тяжести, которые развиваются у лиц без видимых психических расстройств напрямую в ответ на стрессовые жизненные события. В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности; об этом свидетельствует тот факт, что это расстройство развивается не у всех

людей, подвергшихся сильному стрессу. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и / или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме [159; 266; 287]. При условии уменьшения или прекращения стрессорного воздействия, симптомы исчезают уже через восемь часов. На фоне продолжающегося действия стрессора, симптомы должны начать уменьшаться в течении 48 часов. Эти расстройства обычно полностью проходят через несколько часов или дней, однако могут длиться до одного месяца.

Должна быть обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики; начало обычно немедленное или через несколько минут.

Выделяют следующие симптомы:

1. имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;

2. прекращаются быстро (самое большее в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Этот диагноз не может быть использован для обозначения внезапных эскалаций симптомов у лиц, уже имеющих симптомы, которые отвечают критериям любого психического расстройства, исключая таковые лиц, имеющих специфические расстройства личности.

А.Н. Кожина, М.В. Маркова включали следующие диагностические критерии острой реакции на стресс [105; 142-147]:

- нервная демобилизация;
- кризисное состояние;
- острая кризисная реакция;
- боевая усталость;
- психический шок.

Расстройство приспособительных реакций F43.2 – состояние, при котором человек не может приспособиться к быстро изменяющимся условиям существования. Первичным звеном в развитии является фрустрация – психическое состояние, которое возникает при невозможности удовлетворить значимые потребности и проявляется ощущением неудовлетворённости и психического напряжения, возникающего из-за невозможности реализовать те или иные цели [291; 292]. Зачастую человек не осознают всю полноту проблемы, что приводит к возникновению интрапсихического конфликта [28; 396].

Т.В. Тимошенко (2014) утверждал, что достаточно сложно выделить какую-то определенную потребность, как правило, это целый фрустрационный комплекс, ведущий к явному психическому напряжению [252; 270].

Е. О. Федотова, 2016 установила, что возникновение психического дистресса зависит от индивидуальных характеристик человека и личностной выносливости, которая является критерием преодоления стрессогенных ситуаций [259]. Заболевание может быть вызвано резким изменением круга общения, исчезновением привычных межличностных отношений, переездом, неоправданными ожиданиями и тд. В развитии расстройства принимают участие не только социальные факторы, но и индивидуальная предрасположенность. В группу риска попадают ранимые, мнительные, депрессивные люди, а также те, у кого заниженная самооценка. Следует отметить, что сложная ситуация превращается в основной стрессовый фактор,

только в том случае, когда существует несоответствие между ожиданиями и полученным результатом [27; 38; 56; 83; 89].

А.Я. Анцупов (2016) определил, что трудная ситуация характеризуется отношением между личными возможностями и условиями среды, а именно невозможность достижения тех или иных показателей, удовлетворяющих потребности человека, ведет к развитию тревожного состояния, эмоциональной нестабильности, ограничению межличностных контактов [25; 252]. На фоне возникновения расстройства приспособительных реакций, у человека может развиваться ряд других состояний [48; 271; 326; 355; 374]:

- эмоциональная нестабильность, которая проявляется в нервозности, раздражительности, частых перепадах настроения, потере контроля над эмоциями;

- поведенческие расстройства характеризуются асоциальным поведением, замкнутостью, повышенной агрессивностью, что приводит к избеганию социальных контактов;

- депрессивные проявления сопровождаются сниженным фоном настроения, апатией, чувством беспомощности в решении проблемы, пессимистичным представлением будущего;

- астенические расстройства проявляются в снижении работоспособности, быстрой утомляемости, ухудшении памяти, рассеянном внимании;

В развитии расстройства адаптации также выделяют три ключевых стадии, которые имеют четкие границы:

- субклинические проявления характеризуются нарушением психических и/или вегетативных процессов, что может привести к возникновению мигреней, тревожному сну или бессоннице;

- вторая стадия характеризуется проявлением классической симптоматики расстройства;

- стадия исчезновения симптомов и восстановления социального взаимодействия.

Диагностические критерии расстройства приспособительных реакций по МКБ-10:

- возникновение заболевания связано с воздействием сильного стресса или пролонгирующей стрессовой ситуации;
- симптоматика заболевания проявляется не позднее, чем через месяц, с момента воздействия стрессовой ситуации;
- характеризуется наличием следующих клинических симптомов: сниженная работоспособность, быстрая утомляемость, забывчивость, рассеянное внимание;
- вышеописанная симптоматика проявляется на протяжении шестимесячного периода.

Диагностические критерии расстройства приспособительных реакций по DSM-5 соответствуют таковым в МКБ-10 [343].

F 43.8 Другие реакции на тяжелый стресс.

F 43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная.

1.3 Роль уровня удовлетворённости жизнью и благополучия в формировании расстройств адаптации

Каждый человек подвергается различным видам стресса в повседневной жизни: от мелких бытовых проблем до загруженности на работе [340; 341]. Стрессоустойчивость определяется индивидуальными особенностями организма и его реакцией на стрессовый фактор [335; 337]. Стрессоустойчивость представляет собой набор качеств и личностных ресурсов, которые позволяют индивиду спокойно переносить стрессовые ситуации без всплеска негативных эмоций, а также быть резистентным к развитию психических расстройств, в частности, расстройств адаптации [272;

273]. Как правило, стрессоустойчивые люди не характеризуются высоким уровнем эмоциональности, поэтому лучше справляются с негативными ситуациями [278; 413]. При этом они остаются в гармонии со своими чувствами и правильно их выражают [274; 279; 280]. Люди с высокой стрессоустойчивостью менее подвержены психическим заболеваниям, а также более успешны в различных сферах жизни, что способствует повышению самооценки и развитию уверенности в себе [41; 194; 282; 348].

Стрессоустойчивость состоит из целого комплекса качеств, которые являются ресурсами, помогающими преодолевать трудные жизненные ситуации [342; 344].

В.А. Бодров обозначил психологические ресурсы – «физическими и духовными возможностями человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение его программы и способов поведения и предотвращения или купирование стресса» [43].

Существуют следующие психологические категории преодоления стресса:

- надежда – способствует тому, что человек смело смотрит в будущее, видит множество перспектив и возможностей, что способствует жизни и личностному росту;
- рациональная вера – понимание, что существует масса возможностей, но нужно вовремя их обнаружить и применить;
- мужество – качество, которое позволяет человеку не опускать руки, даже если ничего не получается и все идет далеко не по плану.

В.А. Бодров выделил два класса ресурсов: личностные и социальные. Личностные ресурсы – это навыки и способности человека: психологические, физические и профессиональные. Социальные проявляются в поддержке со стороны семьи, друзей и коллег [43].

Для того, чтобы описать базовую индивидуальную характеристику личности, вводят понятие «личностного потенциала» [258]. По определению,

личностный потенциал представляет собой устойчивую, но поддающуюся изменениям систему индивидуально-психологических характеристик, связанную с успешной деятельностью в условиях неопределенности, давления и осуществление деятельности в изменяющихся условиях [160]. Данная характеристика отражает уровень личностной зрелости и меру преодоления человеком заданных обстоятельств [84].

Жизнестойкость является системой, но в отличие от личностного потенциала, включает также убеждения о себе, о мире и отношениях с ним [80; 218]. По определению – это мера способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, при этом сохраняя внутреннюю сбалансированность, и не снижая успешной деятельности [17]. Концепция жизнестойкости включает несколько практически автономных компонентов:

- вовлеченность в процессы жизнедеятельности: участие в происходящем дает наибольший шанс найти что-то стоящее для личности;
- уверенность в подконтрольности ситуаций и в своей жизни, иными словами – борьба влияет на результат действия;
- принятие вызова жизни – человек считает, что все происходящее способствует его развитию.

Также автор выделяет пять основных буферных влияний на процесс развития психических заболеваний:

- оценка жизненных ситуаций, как менее стрессовых;
- создание мотивации к трансформационному сопротивлению;
- усиление иммунных реакций;
- усиление ответственности по отношению к практикам здоровья;
- поиск активной социальной поддержки, способствующей трансформационному поведению.

Таким образом, стрессоустойчивость и жизнестойкость являются комплексом, который препятствует развитию расстройств адаптации и

способствует нормальному функционированию человека в обществе [401; 412; 416; 417].

Уровень удовлетворённости жизни — комплекс самостоятельных факторов [320; 322]. Для оценки этого показателя следует:

- определить все факты, которые могут влиять на искомый показатель;
- определить уровень удовлетворённости каждого из факторов;
- произвести оценку значимости каждого фактора посредством подсчета факторного индекса значимости;
- вычислить обобщенный индекс удовлетворённости жизнью, который складывается из суммы факторных индексов удовлетворённости, скорректированных на факторный коэффициент значимости.

К основным факторам можно отнести: материальное благополучие, личную и семейную жизнь, успех на работе, личностный рост, наличие хорошего досуга, творческую самореализацию, безопасность, наличие нормальных социальных контактов, среду обитания, климат, здоровье и др. [170].

Данный показатель имеет большое практическое значение, так как он дает представление о том, насколько человек счастлив и позволяет вести мониторинг его состояния, а это, в свою очередь, дает возможность оценивать влияние стрессогенных факторов на индивида, которые вызывают различные расстройства адаптации [414; 415; 416].

1.4 Употребление психоактивных веществ и склонность к Интернет-аддикции у студенческой молодёжи

Диагноз аддикции (МКБ-10) может быть поставлен только при наличии трёх или более нижеследующих признаков, возникающих в течение определенного времени на протяжении года [125; 454].

1. Сильная потребность или необходимость принять ПАВ.

2. Нарушение способности контролировать приём ПАВ (повышение дозировки, увеличение кратности приёма).

3. Физиологическое состояние отмены, при котором приём ПАВ прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют: характерный для вещества синдром отмены или использование того же или похожего вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены при осознании того, что это является эффективным.

4. Признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее создаваемого дозами ниже. Очевидными примерами служат больные алкоголизмом и лица с опиатной зависимостью, которые могут в течение дня принять дозу, достаточную для летального исхода или потери сознания.

5. Прогрессирующий отказ от альтернативных интересов в пользу употребления ПАВ; увеличение времени, необходимого для приобретения, приёма вещества или восстановления после его действия.

6. Продолжение употребления ПАВ несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков [405; 406].

Врачу следует определять, сознавал или мог осознавать индивидуум природу и степень вредных последствий.

К.В. Ахмедов указывал, что при постановке данного диагноза (по МКБ-10) необходимо наличие непосредственного нарушения психики или физического состояния потребителя, поскольку вредные последствия употребления ПАВ могут быть представлены как на физическом (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотических веществ), так и на психическом (случаи возникновения

вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации) уровне [30].

Употребление ПАВ часто критикуется окружающими людьми и связано с различными негативными социальными последствиями [404]. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким, как арест или развод, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями [311].

Острая интоксикация или «похмелье» сами по себе также не являются достаточными доказательствами вреда для здоровья, что нужно для постановки подобного диагноза [15].

М.В. Маркова, П.В. Козыря изучали важнейшие составляющие диагностического блока ПТСР у лиц, употребляющих ПАВ, и определили, что мотивационное интервью, которое не только позволяет качественно диагностировать указанную нозологию, но и одновременно провести психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия, является одним из главнейших диагностических мероприятий [142-147].

К. Андерсон определила, что, как правило, пациенты не связывают свои проблемы со здоровьем с употреблением ПАВ, распознавание проблемы начинается с предположения о её наличии на основании выявления некоторых характерных признаков, а именно: определенных соматических и психических жалоб и наличия социальных проблем [21].

Скрининг можно проводить:

1. во время рутинного исследования физического состояния;
2. в процессе сбора анамнеза, когда задаются вопросы о медикаментах, принимаемых ранее или в настоящее время;
3. когда выясняется характер питания пациента;
4. когда пациент проявляет озабоченность по поводу того, что может быть связано с употреблением ПАВ.

Основными причинами употребления ПАВ среди студенческой молодёжи являются:

1. увеличение уровня настроения и отказ от насущных проблем;
2. приём наперекор родительским запретам;
3. для получения удовольствия и приятных ощущений;
4. за компанию, чтобы быть со всеми и как все;
5. от скуки;
6. от безысходности.

По мнению взрослых, причинами употребления ПАВ студенческой молодёжью являются [209; 243]:

1. доступность всех видов ПАВ;
2. снижение ценностного барьера у молодёжи;
3. негативное влияние средств массовой информации (реклама употребления алкоголя и табака);
4. уменьшение престижности получения знаний;
5. отрицательное влияние ценностей молодёжной субкультуры;
6. терпимость общественного мнения к пьянству, наркомании, токсикомании;
7. семейное неблагополучие;
8. особенности возрастного развития.

Основной вывод, который следует из проанализированных источников, следующий: причины употребления учащейся молодёжью ПАВ, в том числе веществ наркотического характера, – это низкая устойчивость детей и подростков к различным влияниям, отсутствие способности к мобилизации внутренних, личностных возможностей адекватно противостоять этим влияниям и низкая сопротивляемость действию стрессовых факторов [21; 210]. Вышеописанные причины приводят к следованию принятым в группе сверстников нормам интересам, ведущими среди которых являются употребление различных по виду ПАВ [443].

Индикаторы злоупотребления алкоголем, которые могут стать сигналом для врача, приведены в таблице 1.1.

Таблица 1.1 – Индикаторы хронического злоупотребления алкоголем (по W. van Zutphen et al.)

Общие	усталость; общее недомогание; гипервентиляция; чрезмерная потливость; изменение массы тела; запах алкоголя изо рта.
Желудочно-кишечная система	пищеводный рефлюкс; гастрит и язвенная болезнь; увеличение печени; панкреатит.
Сердце и легкие	гипертензия; кардиомиопатия; нарушения сердечного ритма; легочная инфекция.
Нервная система	головная боль; тремор; полиневропатия; мышечные боли, слабость и атрофия; гиперрефлексия; эпилептиформные припадки; расстройства памяти.
Опорно-двигательная система	подагра; переломы (главным образом ребер и грудных позвонков).
Мочеполовая система	сексуальные проблемы; снижение фертильность у мужчин; расстройства менструации у женщин.
Кожа	рубцы, ожоги; сосудистые звездочки (телеангиоэктазии); покраснение и отечность лица; пальмарная эритема.
Лабораторное обследование	макроцитоз эритроцитов, анемия; повышенные уровни холестерина и липопротеинов высокой плотности; повышенные уровни ГГТ, АсАТ и АлАТ; повышенный уровень мочевой кислоты.

Для пациентов с ПТСР, которые употребляют ПАВ и находятся в зоне низкого риска и ниже границы, определяющей необходимость проведения интервенции по поводу опасного потребления, роль психиатра (медицинского психолога) заключается в предоставлении индивидуальных медицинских рекомендаций [299; 302; 362; 453; 459; 471; 491].

Главная причина Интернет-аддикции – это компенсация заниженной самооценки пользователя, а не проблема в общении как раньше было принято считать, так как эта группа лиц не считает сеть источником социальной поддержки, а также спасением от своего одиночества [22; 339; 366; 377]. Людям свойственно вместо решения проблемы отрицать её наличие или уходить от неё. В результате пользователь сети Интернет не решает свои проблемы, а порождает новые своим отрицанием либо уходом от реальности [23].

В.А. Бурова в своей работе «Интернет зависимость, как форма нехимических аддиктивных расстройств» выделяет некоторые причины аддикции: анонимность в сети – пользователь испытывает чувство защищённости и безопасности; формируются новые (дополнительные) образы пользователя (различные его фантазии); широкие возможности поиска новых партнеров по переписке [132].

Интернет-аддикция это пагубная нехимическая зависимость, которая наблюдается у Интернет-пользователей [5-6; 10; 13]. Сам термин «аддикция» стали использовать как равнозначный термину «зависимость» [381; 384; 488]. Аддиктивное поведение – это уход от реальности посредством изменения человеком своего психического состояния, то есть создаваемая компьютером реальность, очевидно, изменяет психическое состояние, именно этим склонные к Интернет-аддикции личности и стали пользоваться [9]. Компьютер стал фетишем, то есть частью того или иного ритуала, заменив собой наркотик, азартные игры и т.п. Пользователь компьютера, склонный к Интернет-

аддикции, при использовании его находится в изменённом состоянии сознания – психологическом трансе [219].

Была выдвинута своя система критериев Интернет-аддикции:

1. количество времени нужное пользователю для достижения удовлетворёния возрастает;
2. если человек не увеличивает количество времени, которое он проводит в сети Интернет, то эффект заметно снижается;
3. если пользователь прекращает или сокращает время, проводимое в сети Интернет, то это приводит его к плохому самочувствию, которое развивается в течение нескольких дней и до месяца, например, от нескольких дней и до месяца и очень часто выражается более чем двумя факторами такими как: эмоциональное и двигательное возбуждение, повышенная тревожность, навязчивые мысли о сети Интернет, а так же произвольные и не произвольные движения пальцами.

Войскунский А.Е. в свою очередь выделяет 6 типов Интернет-аддикции [55; 307]:

1. игровая зависимость;
2. пристрастие к просмотру фильмов через Интернет;
3. навязчивый веб-серфинг;
4. киберсексуальная зависимость;
5. пристрастие к виртуальному общению и виртуальным знакомствам;
6. навязчивая финансовая потребность (Интернет аукционы либо казино).

К. Янг выделяет 4 признака, по которым можно определить Интернет-аддикцию:

1. постоянное желание проверять почту;
2. навязчивое желание постоянно выходить в Интернет;
3. чрезмерное времяпровождение в сети Интернет;

4. чрезмерная трата денег в сети Интернет.

Также определен ряд факторов, с помощью которых сеть Интернет становится привлекательной (как средство ухода от реальности и получения удовольствия), то есть становится аддиктивным агентом, который предполагает уход в виртуальную реальность (жизнь в сети Интернет заменяет реальность и, пользователь компенсирует свои потребности). Сеть заменяет реальную жизнь, особенно тем людям, которые одиноки по различным причинам. Так как Интернет даёт возможность поиска нового собеседника, который будет подходить по любым критериям (целям, интересам, потребностям) [451-452].

Следует отметить тот факт, что Интернет стал частью повседневной жизни, работы, инструментом межличностного общения и поиска, хранения информации, многие респонденты не представляют свою жизнь без сети и лишь часть осознает все опасности и риски, которые могут проявляться при чрезмерном времяпровождении в Интернете [456]. Для многих Интернет, стал весомой ценностью в их жизни и основным инструментом, с помощью которого они осуществляют контакт с окружающим миром. У студентов с высоким уровнем склонности к Интернет-аддикции, наблюдаются следующие склонности: алкогольная, игровая, трудовая, лекарственная, никотиновая аддикции; отрицание здорового образа жизни и общая склонность к аддиктивному поведению [308].

Лица с высокой склонностью к Интернет-аддикции характеризуются неудовлетворённостью своих потребностей и желаний, сниженной самооценкой [457]. У данных респондентов фрустрация характеризуется одним из серьёзнейших в их жизни факторов, она может определяться давлением работы, друзей и семьи, отражать уровень переживания неуспеха в удовлетворении потребностей, желаний. Интернет-аддикты могут для избавления чувства фрустрации проводить больше времени в сети Интернет, где они находятся в свободном и безопасном пространстве [458].

В наибольшей степени у лиц с высокой и средней склонностью к Интернет-аддикции преобладает такой показатель как агрессия, то есть имеет место большая выраженность агрессивного поведения в их повседневной жизни, чем у студентов не склонных к Интернет-аддикции. Наблюдается тенденция к повышению тревожности, фрустрации, агрессии при увеличении уровня склонности к Интернет-аддикции. Это свидетельствует о том, что студенты с высокой склонностью к Интернет-аддикции более склонны к проявлению тревожности, фрустрации, агрессии. Также лица с низкой склонностью к Интернет-аддикции характеризуются более низким уровнем проявления данных психологических состояний [465].

У группы с высокой склонностью к Интернет-аддикции ярко выражены такие психологические защиты как отрицание, подавление, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация и реактивные образования. Студенты с высоким уровнем Интернет-аддикции более склонны к непроизвольному вытеснению в бессознательное побуждений и неприемлемых мыслей и проявлению компенсаторной деятельности, связанной с использованием сети Интернет [400]. Мы можем наблюдать замещение реального общения – сетью, а также других аспектов деятельности, которые могут быть связаны с компьютером и также могут быть скомпенсированы, как и аспекты взаимодействия с внешним миром, предпочтение в данных случаях будет отдаваться наиболее комфортным инструментам, а именно гаджетам, компьютеру и сети Интернет.

Для студентов с высоким уровнем склонности к Интернет-аддикции характерно подавление эмоций, таких как враждебность и гнев, которые направлены на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства [464]. Выраженность проекции у респондентов свидетельствует о том, что они приписывают кому-то или чему-то собственные мысли, чувства, мотивы, черты характера и прочее, полагая, что они восприняли что-то приходящее

извне, а не изнутри самого себя. В данном случае, проекция проявляется в повышенном любопытстве к жизни других людей, осуждению или копированию стиля жизни. Такие психологические защиты как компенсация, отрицание, подавление, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования имеют тенденцию на увеличение выраженности при повышении уровня склонности к Интернет-аддикции. То есть, выраженность данных психологических защит напрямую может зависеть от уровня Интернет-аддикции [213].

Также следует отметить тот факт, что в зависимости от уровня склонности к Интернет-аддикции будет наблюдаться изменение уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации у студентов [445]. При увеличении уровня склонности к Интернет-аддикции снижается стрессоустойчивость и уровень социальной адаптации [444].

Существует достоверная взаимосвязь между уровнем склонности к Интернет-аддикции у студентов и проявлением алкогольной, трудовой, лекарственной, никотиновой и общей зависимостям [214]. В данном случае, более сильная взаимозависимость наблюдается между склонностью к Интернет-аддикции и алкогольной аддикцией, в меньшей мере склонность к Интернет-аддикции оказывает влияние на трудовую, никотиновую и на общий уровень склонности к аддиктивному поведению [202-203].

1.5 Современные представления о типах конституции. Соматопсихология

Антропометрия, как наука, является достаточно древней [461]. Её корни уходят далеко в прошлое, где основной задачей было получение анатомически правильного или эстетически привлекательного образа, а также поиск «золотого сечения», которое бы соответствовало идеальным пропорциям тела человека. На пути своего развития антропометрия претерпела ряд изменений,

которые стали возможными благодаря усовершенствованию приборов и методов, развитию математики, позволившей составлять различные формулы для расчетов производных, а также в связи с тем, что параметры человеческого тела с каждым десятилетием претерпевают некоторые изменения [59; 64-65]. В настоящее время антропометрия является наукой, которая базируется на огромном количестве разнообразных методик и способов измерения человеческого тела, что позволяет практически безошибочно оценивать физическое и физиологическое состояние индивида. В современном мире это имеет огромное практическое значение, ведь оценка и анализ антропометрических параметров позволяют мониторировать состояния физического развития населения, а также изучать влияние на него тех или иных факторов внешней среды.

Согласно В.В. Бунаку существует 2 вида конституции. «Санитарная» – учитывает структурно-механические свойства организма, определяемые в первую очередь взаимоотношением трех размеров: длины тела, или роста, обхвата груди и веса тела, то есть опирается на базовые характеристики антропометрических измерений [46]. В свою очередь, «Функциональная» – учитывает те параметры телосложения, которые напрямую связаны с биохимическими особенностями жизнедеятельности: углеводно-жировым и водно-солевым обменом. Основными характеристиками данной конституции являются степень развития мускулатуры и жировотложения.

Соматопсихология – наука, которая исследует больных с соматическими заболеваниями, в происхождении и течении которых ведущее место занимают психические факторы [16; 164; 171]. Соматопсихология изучает особенности личности, психологические вопросы диагностики, лечения, экспертизы больных различными заболеваниями, не относимыми к неврологическим и психическим.

Как показывает клиническая практика, не только психологические факторы могут негативно влиять на соматическую сферу человека, но и

наоборот, соматическая болезнь оказывает патогенное влияние на психику, изменяя познавательные процессы, когнитивные функции, психические состояния. В связи с этим говорят о «психологии больного человека» или «психологических особенностях больного». Центром в соматопсихологии является внутренняя картина болезни, так как это именно то, на что опираются врачи при лечении больного. Внутренняя картина болезни представляет собой целый комплекс, который определяет отношение человека к заболеванию [237]. Р.А. Лурия определял её как «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, представления о своей болезни, о ее причинах, весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [136].

Внутренняя картина болезни имеет четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

- первый уровень — чувственный, уровень ощущений;
- второй уровень — эмоциональный, связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
- третий уровень — интеллектуальный, связанный с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях;
- четвертый уровень — мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

Внутренняя картина болезни напрямую связана с конституциями человеческого тела, ведь еще Бауэр указывал, что конституция данного индивида есть форма проявления его общей психофизической личности, так как она обусловлена, с одной стороны, его генетической нормой реакции на

влияние окружающей среды и, с другой, – модификацией этой реакции, вызванной внешними воздействиями. Иными словами, внутренняя картина болезни, как психоэмоциональное состояние индивида, опирается на конституциональные показатели, которые влияют на характер течения болезни и психику человека.

Помимо Бауэра, свою соматоконституцию выделял и Эйкштедт указывая, что конституция характеризуется «как состояние нашего тела». Под конституцией он также понимал и индивидуальные особенности строения тела и его функций.

Исторически различия в индивидуальной реактивности и устойчивости связывались с типом телосложения и рассматривались в качестве индивидуальных особенностей человека, таких как красота, здоровье, темперамент, черты характера, физическая гармония развития. На основании данных параметров сложился физиологический аспект представления о конституции. Он определяет конституцию, как относительно постоянное состояние нашего тела, связанное с его сопротивляемостью, а также как сумму всех факторов, из которых существенными являются те, которые в большей или меньшей мере характеризуют сопротивляемость организма по отношению к внешним повреждающим воздействиям.

Генетический аспект конституции является центральным, поскольку именно он определяет строение тела и характер человека, предрасположенность к различным заболеваниям и ряд других особенностей.

Тендлер указывал, что конституция есть соматический фактор организма и выражает индивидуальные особенности соматического, определяемые в момент оплодотворения. По мнению Кречмера, конституция в узком смысле есть развитие наследственных задатков: конституция и генотип – идентичные понятия [114; 241]. В.М. Русалов обозначил, что общая конституция организована на молекулярном уровне и является чертой общей генотипической структуры человека [216]. Таким образом, генетический

аспект конституции человека определен многими авторами, как один из ведущих, ведь именно он оказывает наиболее существенное влияние на развитие человека.

Помимо основных обозначенных аспектов существуют и смешанные, которые не соответствуют чему-то одному, а выступают в роли обобщающих:

- согласно Денцу, под конституцией понимаются существенные индивидуальные особенности, связанные со строением тела, работоспособностью, сопротивляемостью к заболеваниям и т.п.;

- Клосс указывал, что конституция определяется как система особенностей, обуславливаемых действием наследственности и среды;

- по мнению П.Д. Горизонтова и М.Я. Майзелиса, при характеристике конституции и конституциональных типов должна приниматься во внимание реактивность организма, которая определяется центральной нервной системой;

- некоторые авторы, в частности Швидецкая и Греббе, отождествляют конституцию с фенотипом.

Конституциональные признаки рассматриваются как некий комплекс и характеризуются функциональным единством. В этот комплекс следует включать:

- морфологические характеристики организма (телосложение);
- физиологические показатели;
- психические свойства личности.

Разработке конституциональных схем посвящена работа огромного числа антропологов, медиков и психологов. Среди них Г. Виола, Л. Мануврие, К. Сиге, И.Б. Галант, В.Г. Штефко и А.Д. Островский, Э. Кречмер, У. Шелдон, Б. Хит и Л. Картер, В.П. Чтецов, М.И. Уткина и многие другие [78; 137; 234; 240-242; 254; 262-263].

Таким образом, основу конституциональных признаков составляет морфологическая характеристика организма.

Схема телосложения Э.Кречмера. Немецкий антрополог и психиатр Э. Кречмер (1921) один из первых составил классификацию соматотипических групп, которая впоследствии стала традиционной [114; 241; 369]. Она описывает три основных дифференцирующих типа: астеник (лептосом), атлет и пикник. Каждый из этих типов резко отличается друг от друга и не имеет какого-либо промежуточного значения.

Под астеником подразумевают худого тонкого человека с узкими плечами, тонкой и удлиненной шеей, плоской и длинной грудной клеткой, слабо развитой мускулатурой и жиротложением, тонкими, длинными конечностями и удлиненными суженными кистями и стопами, небольшой головой и узким лицом с длинным носом.

Атлетик прямо соответствует своему названию, имея широкую грудь и плечи, крепкую шею, туловище трапецевидной формы, большие кисти и стопы, а также упругий живот.

Пикнический тип характеризуется округлыми формами, выпуклой грудной клеткой, значительным развитием подкожного жира, массивной короткой шеей, короткими конечностями с широкими кистями и стопами, широким лицом со слабо выраженным профилем.

Данная классификация соматотипических типов является одной из самых ранних и потому не лишена недостатков. Она содержит типичную для ранних конституциональных систем ошибку, в которых автор полагал, что людей можно классифицировать на дискретные, четко разграниченные категории и лишь небольшое число индивидов останется «за рамками» этих категорий, что не соответствует действительности.

Схема телосложения И.Б. Галанта. Схемы, специально предназначенные для описания конституции женщин, разрабатывались неоднократно. Из них чаще используется схема И.Б. Галанта [78]. В ней автор опирался на показатели степени жиротложения и мускулатуры, форму грудной клетки и живота, а также учитывал длину тела.

Автор выделил 7 типов, сгруппированных в 3 класса по преобладающим тенденциям роста, – линейного, широтного или же отсутствия таковых.

Лептосомные конституции:

- Астенический тип характеризуется худым телом, плоской и узкой, грудной клеткой, узким тазом, длинными худыми ногами, узким и удлинённым лицом. Мускулатура развита слабо, на туловище, пояснице, крестце отсутствует жировое отложение, что придает телу истинную женственность. Рост чаще всего невысокий.

- Стенопластический (узкосложенный) тип благодаря качественно и количественно лучшему развитию всех тканей организма, хорошему здоровью и общей упитанности приближается к идеалу женской красоты. Рост обычно средний или ниже среднего.

Мезосомные конституции:

- Пикнический тип характеризуется повышенным отложением жира, укороченными конечностями, округлой головой и лицом, полной и сокращенной шеей, сравнительно широкими и круглыми плечами. Им свойственны цилиндрическая грудная клетка, круглый живот, широкий таз с характерными отложениями жира, округлые бедра, кожа нежная и гладкая. Рост обычно средний.

- Мезопластический тип – приземистый с коренастой фигурой и подчеркнутым развитием сухожилий, умеренно развитой, крепкой мускулатурой и развитым скелетом при слабом, по сравнению с пикнического типа, хотя и достаточном развитии жирового слоя. Лицо широкое, наблюдается гипоплазия нижней части или средней и нижней частей лица при сильном развитии скулы как основной особенности этого типа.

Мегалосомные конституции:

- Субатлетический тип имеет высокий рост, хорошее развитие мускулатуры при умеренном развитии жира.

- Атлетический тип – исключительно сильное развитие мускулатуры и скелета и очень слабое развитием жира, широкие плечи, выпуклая грудная клетка, узкий таз, крупная нижняя челюсть.

- Эурипластический тип – сочетает признаки атлетического типа в строении скелета и мускулатуры с повышенным жиротложением. Имеют широкие плечи, большой рост и значительные отложения подкожного жира.

К недостаткам схемы И.Б. Галанта можно отнести преувеличенно большое значение длины тела при определении соматотипа, а также визуальный характер оценки индивида и субъективизм исследователя при оценке типа телосложения [78].

Схема телосложения В. Г. Штефко и А. Д. Островского. В.Г. Штефко и А.Д. Островский (1929) предложили конституциональную схему для детей, выделив пять нормальных типов: астеноидный, дигестивный, торакальный, мышечный, абдоминальный, а также смешанные типы: астеноидно-торакальный, мышечно-дигестивный и др. [274; 277].

Астеноидный тип характеризуется тонким скелетом. Преимущественно развиты нижние конечности, тонкая сужающаяся книзу грудная клетка, острый подгрудинный угол, живот слабо развит.

Дигестивный (пищеварительный) тип характеризуется сильно развитым животом, который, выпячиваясь, образует складки над лобковой костью. Подгрудинный угол тупой.

Торакальный (грудной) тип характеризуется сильным развитием грудной клетки (преимущественно в длину). Грудная клетка длинная, подгрудинный угол острый, живот относительно небольшой, по форме напоминает грушу, обращенную основанием книзу.

Мышечный тип характеризуется равномерно развитым туловищем. Грудная клетка средней длины, подгрудинный угол средней величины, плечи высокие и широкие, живот имеет форму груши, обращенной основанием

кверху. Сильно развиты мышцы, особенно на конечностях. Жироотложение незначительное.

Абдоминальный (брюшной) тип – это особая модификация дигестивного типа. Он характеризуется значительным развитием живота при небольшой грудной клетке, не сильно развитым жировым слоем.

Неопределенный тип – дети, которых нельзя отнести ни к одному из перечисленных типов конституции.

К недостаткам этой схемы телосложения относится построение по мозаичному признаку и субъективная оценка исследователей при отнесении индивидуумов к тому или иному конституциональному типу. Для устранения этого недостатка многими авторами были предприняты попытки объективизации диагностики соматотипов.

Схема телосложения В.В. Бунака (1941). Эта типология применима исключительно для мужчин, где классификация строится на основании развития мускулатуры, степени жироотложения, а также формы грудной клетки, живота и спины. Такие признаки как развитие скелета и длина тела не учитываются.

К *грудному типу* телосложения относят мужчин со слаборазвитым жироотложением и слабым уровнем развития мускулатуры, с плоской грудной клеткой, запавшим животом и сутулой спиной.

К *мускульному типу* телосложения относят мужчин со среднеразвитым жироотложением и хорошо развитой мускулатурой, цилиндрической грудной клеткой, плоской формой передней брюшной стенки.

К *брюшному типу* телосложения относят мужчин с сильно развитым жироотложениями, со слабо или среднеразвитой мускулатурой, конической формой грудной клетки и выпуклой формой живота.

Промежуточные или переходные типы телосложения характеризуются сочетанием признаков любых из двух основных типов.

Несмотря на ряд достоинств этой схемы, в 30% случаев исследуемых относят к «неопределенному типу».

Схема телосложения Б. Шкерли (1953). Еще одна схема предназначена для определения соматотипов женщин, но в отличие от схемы И.Б. Галанта, который опирается на показатели степени жировотложения и мускулатуры, форму грудной клетки, живота и длину тела, эта схема строится исключительно на основании расположения и степени развития жировых отложений.

Б. Шкерли выделил 3 основных и одну вспомогательную группы строения тела [466]

В I группе выделяют 3 типа:

I группа (L, N, R) – характеризуется равномерным жировотложением по всему телу

L (leptos – тонкий) – лептосомный, характеризуется слабой степенью жировых отложений;

N – нормальный, со средней степенью;

R – рубенсовский, с большой степенью жировотложений.

II группа телосложения – с неравномерным распределением жировых отложений. В нее включены два типа:

S (superior – верхний) – повышенные жировые отложения в верхней части тела выше талии;

I (inferior – нижний) – характеризуется повышенными жировыми отложениями в нижней части тела.

III группа также характеризуется неравномерным распределением жировых отложений – большей частью на туловище или конечностях.

При повышенных жировых отложениях на туловище выделяют тип Tr (truncus – туловище); при повышенных жировотложениях на конечностях – тип Ex (extremitas – концовка).

IV группа – дополнительные типы конституции с повышенными жиротложением на отдельных участках тела. Например, на груди тип М (mamma – женская грудь); на бедрах, в области так называемых вертелов – тип Т (от лат. trochanter – вертел) и т.д.

Схема телосложения Б. Хит и Дж. Картера. В 1968 году американские физиологи Б. Хит и Дж. Картер доработали систему Шелдона, исключив верхний предел для оценочных баллов, представив формулы для численного, а не визуального определения компонентов соматотипа и формулы для расчета х-у координат результирующей точки на плоскости с тремя осями [262-263]. Таким образом, расчет компонентов соматотипа по правильно проведенным замерам позволил получать вполне объективную и адекватно меняющуюся оценку телосложения в виде одной-единственной наглядной точки на плоскости, что позволило применять эту схему не только для мужчин, но и для женщин и детей, а также для представителей разных рас и этносов. В таблице учитываются три совокупности измерительных признаков для представителей разных возрастных групп: росто-весовые соотношения, костные диаметры и обхватывающие размеры, а также кожно-жировые складки. Результирующей является балльная оценка соматотипа. В частности, сохраняется произвольная семибалльная шкала, интервалы распределения шкалы жирового компонента приводятся в соответствии со средними значениями по Шелдону. Графически соматосрез выражается точкой на плоскости с тремя координатными осями, расположенными под углом 120° друг к другу. Оси – эндоморф («жир» – влево-вниз), мезоморф («мышцы» – вверх) и эктоморф («кости» – вправо-вниз). Например, более подтянутые, стройные люди «располагаются» на плоскости соматосреза в районе нуля несколько правее от начала координат, манекенщицы, – еще правее; культуристы располагаются вдоль оси мезоморф в верхней части плоскости со значением Y более десяти, а избыточный вес загоняет точку влево от нуля. При изменении мышечной массы и количества жира в организме соматосрез будет меняться, и в сравнении с точками

предыдущих замеров можно наблюдать дрейф текущей точки, показывающий направление изменений, происходящих в теле человека.

Если, например, исследователь пишет 7-1-1, то это означает, что у индивида крайняя степень выраженности эндоморфного компонента при очень слабом развитии мезоморфного и эктоморфного компонентов телосложения. И так далее по аналогии.

В соответствии с модификацией Б.Хит и Дж.Картера баллы соматотипа определяются непосредственно по значениям 10 размеров тела [262-263]. У обследуемого измеряются жировые складки под лопаткой, на животе, на плече и на голени для оценки эндоморфии, диаметры локтя и колена, обхваты плеча и голени для мезоморфного компонента, а также определяется весоростовой индекс для оценки эктоморфии. Б.Хит и Дж.Картером так же составлены оценочные уравнения, в которых непосредственно подставляются величины размеров тела и вычисляются баллы соматотипа [262-263].

$$\text{Эндоморфия} = -0,7182 + 0,1451 * x - 0,00068 * x^2 + 0,0000014 * x^3,$$
 где $x = \text{жировая складка на трицепсе в мм} + \text{жировая складка под лопаткой в мм} + \text{жировая складка на животе в мм}) * (170,18 / \text{длина тела в см});$

$$\text{Мезоморфизм} = 0,858 * \text{ширина локтя} + 0,601 * \text{ширина колена} + 0,188 * \text{скорректированный обхват плеча} + 0,161 * \text{обхват голени с поправкой} - 0,131 * \text{длина тела в см} + 4,50,$$

где скорректированный обхват плеча – это разность обхвата (напряженного) плеча и толщиной кожно-жировой складки на трицепсе (см), а обхват голени с поправкой – это разность обхвата голени и толщины кожно-жировой складки на голени

Эктоморфия существенно зависит от росто-весового отношения (РВО)

$$РВО = \text{длина тела (см)} / \text{корень кубический из массы тела (кг)}.$$

Если $РВО \geq 40,75$, то $\text{эктоморфия} = 0,732 * РВО - 28,58;$

если $38,25 < РВО \leq 40,75$, то $\text{эктоморфия} = 0,463 * РВО - 17,63;$

если $PBO < 38,25$, то *экторморфия* = 0,1.

Схема телосложения В.П. Чтецова. Наиболее часто в исследованиях отечественных антропологов используются схемы В.В. Бунака и И.Б. Галанта [46; 78]. Они отличаются от большинства других простотой в использовании и более или менее адекватным отражением существующей реальности. Однако определение типов по этим схемам производится исключительно визуально, а значит, в большой степени зависит от квалификации исследователя. Для формализации методики В.П. Чтецовым, М.И. Уткиной и Н.Ю. Лутовиновой была проведена попытка сделать основой соматической схемы антропологические измерения.

Согласно этой схеме, множество антропологических измерений (24 признака для мужчин и 10 для женщин) по специальным таблицам превращаются в баллы. Отдельно определяются баллы скелетного, мышечного и жирового компонентов, а для женщин – только костного и жирового. Затем по специальной сетке находят соответствующий конституционный тип. Начальное определение значений баллов основано на уравнениях множественной регрессии.

Схема телосложения В.Е. Дерябина (1986). Проанализировав практически весь спектр имеющихся конституционных схем, отечественный антрополог В.Е. Дерябин выделил два общих подхода к решению проблемы непрерывности и дискретности в конституциологии:

- при *априорном* подходе автор схемы еще до ее создания имеет собственное представление о том, какие бывают типы телосложения. Исходя из этого, исследователь конструирует свою типологию, делая акцент на тех признаках или их комплексах, которые соответствуют его априорным представлениям о закономерности морфологической изменчивости. Этот принцип использован в подавляющем большинстве рассмотренных выше конституциональных схем;

- *апостериорный* подход предполагает не простое наложение схемы индивидуального морфологического разнообразия на объективно существующую изменчивость – сама конституционная система строится исходя из зафиксированного масштаба изменчивости, с учетом ее закономерностей. При таком подходе теоретически лучше учитывать объективные закономерности морфо-функциональных связей и коррелирования признаков.

В.Е. Дерябин выделил три главных вектора соматической изменчивости. Вместе они представляют трехмерное координатное пространство [67]:

- первая ось описывает изменчивость общих размеров тела (габаритные размеры скелета) по координате макро- и микросомии. На один её полюс попадают люди с малыми общими размерами (микросомия). С противоположной стороны располагаются индивиды с большими размерами тела (макросомия);

- вторая ось разделяет людей по соотношению мышечного и костного компонентов (определяющих форму двигательного аппарата) и имеет вариацию от лептосомии (ослабленное развитие мышечного компонента по сравнению с развитием скелета), к брахисомии (обратное соотношение компонентов);

- третья ось описывает изменчивость величины подкожного жировоголожения различных сегментов тела и имеет два крайних проявления – от гипoadипозности (слабое жировоеложение) до гиперadипозности (сильное жировоеложение).

«Конституционное пространство» открыто со всех сторон, поэтому любой человек может быть охарактеризован с его помощью – в него вписывается вся существующая конституционная изменчивость. Практическое применение осуществляется путем вычисления 6-7 типологических показателей с помощью уравнений регрессии по 12-13 антропологическим измерениям. Регрессионные уравнения представлены для

женщин и мужчин. По этим показателям находится точное место индивида в трехмерном пространстве конституциональной схемы.

Схема телосложения У.Г. Шелдона. В 1954 году У.Г. Шелдон составил свою классификацию соматотипов, где он выделил три типа телосложения, подобрав к каждому из типов характеристику темперамента, компонентами которой являются – висцеро-, сомато- и церебротония [253]. Ученый обозначил каждый тип на основании названий зародышевых листков: эндоморфный, мезоморфный, эктоморфный.

Эндоморфный тип (пищеварительный, висцеротропный) – характеризуется слабым телосложением с избыточным наличием жировой ткани. Люди эндоморфного типа имеют большой живот, жир на руках и ногах, круглую голову, слабо развитые мышцы. Характеризуются любовью к комфорту и вкусной пище, веселым застольям, приветливы к окружающим, ориентируются на общественное мнение, терпимы, не страдают бессонницей.

Мезоморфный тип (мышечный, соматотоники) – характеризуется широкими плечами и грудной клеткой, крепкими руками и ногами, а также массивной головой. Мезоморфы любят физические нагрузки, энергичны, рискованны, отличаются смелостью, шумным поведением и пониженной чувствительностью.

Эктоморфный тип (мозговой, церебротоники) – характеризуется вытянутым лицом, наличием высокого лба, длинными конечностями, узкой грудной клеткой и животом, а также минимальным количеством подкожного жира. Этот соматотип имеет склонность к уединению, рассуждениям, преобладают социофобные черты, тихий голос и нестандартное поведение. Все эти качества характеризуют их как сверхчувствительных и тревожных.

Каждый тип темперамента характеризуется 20 чертами. При этом каждая черта оценивается по 7-ми балльной шкале, что позволяет оценить темперамент с помощью количественного индекса (по аналогии с индексом

соматотипа). Так индекс крайнего висцеротоника составляет 7-1-1, крайнего соматотоника – 1-7-1, а крайнего церебротоника – 1-1-7.

Таблица 1.2 – Шкала темперамента по У. Г. Шелдону

Висцеротония	Соматотония	Церебротония
1. Расслабленность в осанке и движениях	1. Уверенность в осанке и движениях	1. Сдержанность манер и движений
2. Любовь к комфорту	2. Любовь к физическим нагрузкам и приключениям	2. Чрезмерная физиологическая реактивность
3. Замедленные реакции	3. Энергичность	3. Повышенная скорость реакции
4. Любовь к пище	4. Потребность в движениях и удовольствие от них	4. Склонность к уединению
5. Социализация пищевой потребности	5. Потребность в доминировании	5. Склонность к рассуждениям, повышенный уровень внимания
6. Удовольствие от пищеварения	6. Склонность к риску	6. Скрытность чувств, эмоциональная сдержанность
7. Любовь к компаниям, дружеским излияниям	7. Решительные манеры	7. Беспокойные движения глаз и лица. Самоконтроль мимики.
8. Социофилия (склонность к общественной жизни)	8. Храбрость	8. Социофобия (страх перед общественными контактами)
9. Приветливость со всеми	9. Агрессивность	9. Затруднения в установлении социальных контактов

Продолжение табл.1.2

Висцеротония	Соматотония	Церебротония
10. Жажда похвалы и одобрения	10. Эмоциональная черствость, психологическая нечувствительность	10. Трудность приобретения новых привычек, избегание стандартных действий.
11. Ориентация на других людей	11. Клаустрофобия (боязнь замкнутых помещений)	11. Агорафобия (боязнь открытого пространства)
12. Эмоциональная стабильность	12. Отсутствие жалости и такта	12. Непредсказуемость поведения
13. Терпимость	13. Громкий голос	13. Тихий голос, боязнь вызвать шум
14. Безмятежная удовлетворённость	14. Спартанское безразличие к боли	14. Чрезмерная чувствительность к боли
15. Глубокий сон	15. Шумное поведение	16. Плохой сон, хроническая усталость
16. Отсутствие взрывных эмоций и поступков	16. Внешний вид соответствует более пожилому возрасту	16. Юношеская живость манер и внешнего облика
17. Легкость в общении и выражении чувств	17. Объективное мышление, направленное вовне. Скрытность в чувствах и эмоциях	17. Концентрированное, скрытное и субъективное мышление
18. Общительность и мягкость в состоянии опьянения	18. Агрессивность и настойчивость в состоянии опьянения	18. Устойчивость к действию алкоголя и других депрессантов

Продолжение табл.1.2

Висцеротония	Соматотония	Церебротония
19. Потребность в людях в тяжелую минуту	19. Потребность в действиях в тяжелую минуту	19. Потребность в уединении в тяжелую минуту
20. Ориентация на детей и семью	20. Ориентация на юношеские цели и занятия	20. Ориентация на поздние периоды жизни

Для каждого соматотипа свойственен тот или иной набор заболеваний. Эктоморфный тип телосложения, как один из самых чувствительных, часто подвержен заболеваниям вроде рака и туберкулеза. Тонкая организация нервной системы определяет высокую чувствительность и в ряде случаев приводит к множеству тяжелых переживаний.

Мезоморфный соматотип подвержен заболеваниям сердечно-сосудистой системы. В силу характерологических особенностей представители данного соматотипа зачастую не обращают внимание на плохое самочувствие, что приводит к поздней диагностики патологии. Мезоморфы достаточно выносливы, поэтому могут переносить на ногах даже такие тяжелые заболевания, как инфаркт. Имеют предрасположенность к сахарному диабету в силу того, что часто набирают вес к старости.

Эндоморфный соматотип в силу своей полноты подвержен заболеваниям сердечно-сосудистой системы, которые достаточно сложно переносит. Имеется предрасположенность к сахарному диабету, в связи с употреблением большого количества жирной и сладкой пищи. Склонны к наличию аддикций.

На основании анализа все схем для оценки типов конституции, была выбрана схема телосложения по Б. Хит и Дж. Картеру [262-263].

Система телосложения по Б. Хит и Дж. Картеру, безусловно, является одной из лучших методик определения соматотипов человека, которая неоднократно показала свою действенность при подсчетах [262-263]. Эта

схема подходит не только для мужчин, но и для женщин и детей, а также для представителей разных рас и этносов. Также эта методика является достаточно простой в использовании: у обследуемого измеряют жировые складки под лопаткой, на животе, на плече и на голени для оценки эндоморфии, диаметры локтя и колена, обхваты плеча и голени для мезоморфного компонента, а также определяется весоростовой индекс для оценки эктоморфии, что не представляет труда. Далее благодаря составленным уравнениям можно рассчитать значение для индивидуума, предварительно подставив полученные цифры в ходе измерения.

1.6 Актуальные проблемы профилактики, превенции и лечения у лиц молодого возраста, имеющих опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции.

В зависимости от стадии употребления ПАВ применяются разные психокорректирующие методики [52; 72-73].

На первой стадии психокоррекции пациента нужно «разбудить»: стимулировать его к размышлению о своем положении, «заставить посмотреть на себя в зеркало», предложить задуматься о состоянии здоровья, последствиях нынешнего поведения и о возможном прогрессировании заболевания [199; 201].

На стадии рассмотрения возможности изменения можно помочь пациенту разобраться и предложить аргументы в пользу изменения поведения [76-77]. Психотерапевт должен стимулировать пациента принять решение изменить вредную привычку, однако не форсировать процесс [127].

На стадии принятия решения и подготовки к осуществлению изменений уже целесообразно говорить о том, как и когда приступать к процессу изменений.

На стадии осуществления изменений необходимо помогать пациенту реализовывать его намерения и давать практические советы [467-468].

На стадии выдержки требуется терапия по предупреждению рецидива, то есть выявление и предотвращение ситуаций риска и развитие навыков альтернативного поведения [103-104; 154; 212; 245].

Современный комплекс психопрофилактических и психокорректирующих мероприятий базируется на принципах, определенных ведущими мировыми аддиктологическими центрами, в частности, на стратегии NIDA, что предусматривает [129; 469]:

1. Направленность на снижение негативного действия факторов риска и рост влияния дефензивных факторов.
2. Определение адресности интервенций по состоянию психоэмоциональной сферы обследованных.
3. Направленности на выработку определенных саногенных навыков, а не только на редукцию установленных патологических проявлений.

Общей целью психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий является формирование привязанности и навыков здорового образа жизни.

Для достижения данной цели могут быть определены промежуточные цели, последовательное достижение которых приводит к решению основной.

Промежуточные цели и их последовательность:

1. Нормализация психоэмоционального состояния, формирование навыков саморегуляции.
2. Снижение уровня употребления дозировки алкоголя.
3. Нивелирование патологических характерологических и личностных тенденций.
4. Редукция склонности к агрессии, аддиктивному, делинквентному и саморазрушающему поведения.
5. Повышение стрессоустойчивости.

6. Актуализация личностных ресурсов самоизменения.
7. Развитие эмпатии и аффилиации как ведущих адаптивных копинг-ресурсов.
8. Формирование навыков адекватной коммуникации.
9. Активизация адаптивных личностных ресурсов.
10. Формирование здорового образа жизни.

Современный комплекс мероприятий базируется на трехуровневой системе, которая состоит из следующих компонентов:

1. Методологического (логика и цели комплекса мероприятий):
 - главная цель заключается в оптимизации уровня «превентивного потенциала», благодаря использованию технологий социально-психологического тренинга и стратегий психопрофилактики;
 - логика состоит из следующих предположений: аддиктивное поведение имеет разветвленную классификацию (существует несколько типов аддикций высокого, среднего и низкого уровня); путем осуществления психопривентивных мероприятий уменьшается контакт с аддиктогенной средой, чем предотвращается развитие (формирование, становление) аддиктивного поведения.
2. Методического (формы и средства): групповой и индивидуальный методы работы, метод «кейсов», ролевые игры, элементы психокоррекции.
3. Системного – связи между компонентами и элементами, их составляющими.

Комплекс мер психопрофилактики состоит из 4-х блоков, которые имеют разные цели и содержательное наполнение:

- диагностического (2 часа);
- мотивационного (4 часа);
- операционального (21 час);
- рефлексивного (3 часа).

1. Диагностический блок (продолжительность – 2 часа), предназначен для психодиагностики психологических характеристик лиц. Диагностика проводилась на начальном и заключительном занятиях, имела одинаковый смысл на всех уровнях психопрофилактического влияния.

2. Мотивационный блок (продолжительность – 4 часа) предназначен для формирования и закрепления мотивации на участие в мероприятиях, актуализации групповых динамических процессов и создание группового психологического пространства (мини-лекция, возможны подвижные упражнения с телесным контактом участников, групповое обсуждение / дискуссия).

3. Операциональный блок (продолжительность – 21 час) состоит из теоретической части (несколько мини-лекций по 3-5 минут), которая раскрывает тему блока и практических занятий блока (ролевые и деловые игры, групповая дискуссия, групповая и индивидуальная консультация), которые направлены на профилактику выявленных психологических и личностных затруднений участника путем использования групповых форм психологических вмешательств, наиболее подходящих для психопрофилактики аддиктивного поведения.

4. Рефлексивный блок (продолжительность – 3 часа) содержит такие формы групповой работы, как групповая супервизия и групповая дискуссия. В конце каждого занятия проводится «круг отзывов» или «шеринг» – выражение группового сопереживания участников (протагонистов) в глубоких идентификациях, что, в частности, даёт возможность получить обратную связь и плавно «вернуться в реальность» после волнующих переживаний. Супервизия предполагает групповую работу с определенным критическим опытом одного из участников.

Следовательно, структура и содержание диагностического и, частично, мотивационного блоков является универсальной для всех респондентов, а наполнение операционального и рефлексивного блоков –

дифференцированным, изменяясь в зависимости от уровня употребления ПАВ [469-470].

Общая продолжительность комплекса мероприятий включает 7 занятий по 3 часа каждое, проводится 1 раз в неделю, и 9 индивидуальных консультаций по 1-1,5 часа, которые проходят 1-2 раза в неделю.

В качестве базовой технологии применяют когнитивно-поведенческий тренинг [95; 102]. Вспомогательными техниками являются: ролевая игра, арт-терапия, гештальт-терапия, когнитивно-ориентированная психокоррекция.

В целом в комплексе мер психопрофилактики и психокоррекции используют:

- психологическую помощь в осознании и активизации личностных ресурсов, поиска новых смысло-жизненных ориентиров, что способствует личностному росту и самореализации, как результату оптимизации способа переживания критических ситуаций;
- когнитивно-ориентированный тренинг, направлен на осознание ценности собственного здоровья;
- эмоционально-ориентированный тренинг направлен на овладение определенными эмоциональными навыками и саморегуляцию эмоциональных проявлений;
- проблемно-ориентированный тренинг направлен на расширение репертуара конструктивного копинг-поведения с использованием ролевых игр, техник психодрамы, гештальт-терапии, самоосознания и т. д.;
- тренинг саморегуляции, имеет цель повысить уровень асертивности и рефлексии (эмоционально, когнитивно- и проблемно-фокусированный виды воздействия);
- арт-терапевтические (изобразительные, музыкальные и т. д.) психологические средства влияния на психологическое состояние пациента.

Основные принципы проведения такого психокоррекционного сеанса лицам с аддиктивным поведением по употреблению ПАВ заключаются в следующем [286; 305-306; 310; 312]:

1. Построение когнитивно-поведенческой концепции существующих трудностей пациента в той или иной области с помощью серии вопросов: «Правильно ли Вы оцениваете события?», «Реалистичны ли Ваши ожидания?», «Построена ли Ваша точка зрения на ошибочных выводах?», «Адекватно ли в этой ситуации Ваше поведение?», «Есть ли на самом деле проблема?», «Сумели ли Вы найти все возможные решения?». Обычно выбирается одна или две ключевые мысли, установки, нарушения поведения для вмешательства.

2. Таргетинг первых сеансов на идентификацию проблемы, преодоление беспомощности, выбор приоритетного направления психокоррекции, выявление связи между когнитивной функцией и эмоцией, выяснение ошибок в мышлении, определение зоны возможного изменения, включение пациента в когнитивно-поведенческий подход.

3. Определение мотивации к проведению психокорректирующих мероприятий:

- совместное выяснение целей и задач психокоррекции;
- составление позитивного плана действий, с учетом его достигаемости, тщательное планирование этапов;
- проявление интереса к личности участника и его проблемам, похвала и поддержка за малейший успех;
- установка «повестки дня» каждого сеанса психокоррекции, анализ достижений и неудач на каждом этапе психокоррекционной программы.

4. Подписание психокоррекционного контракта с участником. Контракт – письменная фиксация предполагаемых изменений со стороны лица с аддиктивным поведением. Перед началом осуществления плана психолог распределяет роли и ответственность: «Что я должен сделать для Вас?», «Вы действительно этого хотите?», «Можем ли мы заключить договор?».

5. В начале каждой сессии во время интервью участник и психолог решают, какой перечень проблем будет проработан. Формированию ответственности за результат способствует «повестка дня», благодаря которой возможно точно попадать в психокоррекционные «мишени». «Повестка дня» начинается с краткого обзора опыта участника с последней сессии и состоит из дискуссии и «обратной связи» по поводу домашних заданий.

6. После того, как «мишень» была определена, подбирают наиболее подходящие когнитивно-поведенческие приёмы для работы с участником.

Использование когнитивно-поведенческой психотерапии и психокоррекции у лиц с ПТСР заключается в обучении распознавать агрессию, уверенность и пассивное поведение; моделировать различные ситуации, где участник чувствует напряжение, подкреплять позитивное поведение и реакции; проводить десинтезацию страха и гнева, ингибиторами которых является уверенное поведение; расширять признаки уверенного поведения в реальных жизненных обстоятельствах; устранять когнитивный дефицит [321; 331; 336; 345-346].

Виды вмешательств при отсутствии алкогольной зависимости. Если в результате анализа полученных ответов не возникло подозрений о вредности приема ПАВ, можно ограничиться беседой о безопасном уровне употребления [390].

Для пациентов с ПТСР, которые употребляют ПАВ и находятся в зоне низкого риска, необходимо предоставить индивидуальные медицинские рекомендации:

1. Человек не должен употреблять более двух стандартных доз в день.

Это ограничение базируется на безопасном уровне употребления взрослыми мужчинами средней комплекции с хорошим состоянием здоровья. Риск возникновения проблем со здоровьем минимален, если употребление алкоголя не превышает этого предела.

2. Для отдельных групп необходим более низкий уровень употребления (в зависимости от антропометрических параметров, скорости обмена веществ).

3. Следует избегать употребления алкоголя для нивелирования риска возникновения проблем со здоровьем.

4. Рекомендуется не повышать дозу употребления алкоголя.

5. Сократить прием алкоголя для лиц, употребляющих более двух доз в сутки.

6. Для снижения риска развития алкогольной зависимости необходимо воздержаться от употребления алкогольных напитков минимум один раз в неделю.

7. Необходимо избегать состояния выраженного алкогольного опьянения.

8. Беременные женщины должны воздерживаться от употребления алкоголя.

9. Употребление алкогольных напитков противопоказано при ряде обстоятельств и для определенных групп людей.

Для лиц, которые:

- страдают от определенных психических и физических заболеваний и состояний;
- принимают различные медикаменты или психотропные вещества;
- управляют транспортными средствами или механизмами;
- отвечают за общественный порядок или безопасность;
- постоянно проявляют неспособность контролировать свое употребление;
- те, кому пить запрещено законом, например, молодые люди, не достигшие надлежащего возраста.

Вмешательства при опасном уровне употребления алкоголя. Под опасным употреблением подразумевают дозу, которая с большей степенью

вероятности вызовет вред (в среднем больше 20 г чистого этанола в день для мужчин и 10 г – для женщин).

Для сокращения дозы употребления алкоголя необходима консультация психотерапевта (в случае, если балл AUDIT составляет 8-15). Пациента необходимо убедить, что его проблемы не являются алкоголизмом, но если он будет продолжать употребление алкоголя в тех же количествах, у него повысится риск возникновения проблем со здоровьем, а также личных и производственных сложностей [24].

Совет врача включает следующие элементы [358; 364-368]:

- информацию о том, что употребление пациентом алкоголя является опасным;
- информацию о тех рисках, которые вероятны при продолжении такого уровня употребления;
- установление цели изменения алкогольного поведения;
- предложение уменьшения употребления алкоголя.

Необходимо разъяснить пациенту возможные осложнения, которые могут возникнуть в результате чрезмерного употребления алкогольных напитков:

- повышенное артериальное давление;
- головные боли;
- беспокойство и депрессия;
- нарушения в сексуальном плане;
- лишний вес;
- проблемы со сном;
- неспособность концентрироваться;
- ухудшение качества выполнения работы;
- травмы в результате аварий;
- заболевания печени;
- похмелье;

- рак;
- раздражительность;
- финансовые проблемы.

В качестве прогнозируемой дозы снижения употребления алкоголя выступает 40 г день и не более 140 г в неделю.

Вмешательства при особо высоких дозах употребления алкоголя.

Данный тип алкогольной зависимости наносит ущерб психическому или физическому состоянию человека.

С такими пациентами необходимо проводить мотивационную беседу. Однако многие пациенты не готовы к изменениям и поэтому прямое убеждение вызывает у них защитную реакцию.

Шкалу готовности к изменениям можно представить в виде трёх частей:

- пациенты, которые не готовы обдумывать изменения;
- пациенты, испытывающие сомнения по поводу изменений;
- пациенты, находящиеся в процессе принятия решения об

изменениях.

В документе ВОЗ, посвященном первичной медико-санитарной помощи при алкогольных проблемах, изложено содержание краткой мотивационной беседы, разработанной Rollnick et al. Беседа с пациентом включает в себя обсуждение восьми аспектов жизни:

1. Стрессы и употребление алкоголя / наркотиков.
2. Здоровье и употребление алкоголя / наркотиков.
3. Типичный день /неделя /случай употребления.
4. Положительные и отрицательные аспекты употребления.
5. Предоставление информации.
6. Будущее и настоящее.
7. Обсуждение опасений пациента по поводу собственной жизни.
8. Помощь в принятии решения.

Стратегии 1 и 2 – вводные стратегии. Стратегии 3 и 4 формируют доверительные отношения и помогают медработнику понять обстоятельства жизни пациента. Дальнейшее продвижение по списку зависит от степени готовности к изменениям. Если пациента не волнует его употребление, нужно использовать стратегии 5 и 6. Если он открыто выражает озабоченность своим употреблением, можно использовать стратегии 7 и 8.

Стратегия – приёмы, используемые согласно определенным принципам, и направленные на решение конкретных задач, которые поставлены на каждом этапе работы.

1. Вступительная стратегия: включает общую беседу об образе жизни пациента, о стрессах и проблемах, которые существуют у него на сегодняшний день. Предпочтительно использовать открытые вопросы вроде: «Какова роль алкоголя / наркотиков в вашей жизни?».

2. Вводная стратегия используется в случае выраженных противопоказаний к употреблению алкоголя со стороны здоровья. В первую очередь психотерапевту следует обсудить следующие вопросы вроде: состояние здоровья, благополучие в семье, работы, отдыха или увлечений (в зависимости от того какие темы более охотно обсуждает пациент). Затем следует приступить к вопросам вроде: «Какова роль алкоголя в Вашей повседневной жизни?», или «Как употребление алкоголя влияет на Ваше здоровье?», или «Как употребление алкоголя влияет на Ваш отдых (работу, отношения в семье и т. д.)?»

3. Типичный день /неделя /случай употребления.

Задачи при использовании данной стратегии следующие: развить и закрепить доверительные отношения, помочь пациенту подробно рассказать о своем нынешнем поведении без упоминания слов «проблемы», «так нельзя» и оценить детально степень готовности к изменениям.

Поскольку в данной стратегии медработник вообще не говорит о проблемах или опасениях по поводу употребления, эта стратегия особенно полезна для тех, кто находится на допроблемной стадии.

Данная стратегия может также использоваться для пациентов с большей степенью готовности, поскольку она поможет понять причины и обстоятельства поведения пациента и собрать информацию, необходимую для того, чтобы оценить его готовность к изменениям.

В первую очередь, пациенту предлагают выбрать какой-то один типичный день или неделю из его жизни. После чего психотерапевт формулирует следующие предложения: «Интересно было бы проанализировать этот день (эту неделю и т. д.). Мы можем потратить следующие 5-10 минут, чтобы описать этот день (неделю) от начала и до конца. Что происходило, что вы при этом чувствовали, какую роль играло употребление алкоголя/наркотиков? Давайте начнем с самого начала».

Рассмотрение содержания обычного дня позволяет решить важную задачу – повысить понимание пациентом взаимосвязи между употреблением алкоголя / наркотиков и тем, что происходит с его жизнью.

4. Положительные и отрицательные аспекты употребления.

Эта стратегия помогает получить информацию, закрепить доверительные отношения и провести оценку готовности к переменам. На этой стадии особенно важно избегать таких слов, как «проблема», «озабоченность», или заявлений в стиле «нужно что-то делать».

Во-первых, нужно спросить пациента, какие положительные моменты он находит в употреблении алкоголя, например: «Что хорошего дает Вам употребление алкоголя?», «Что Вам нравится в Вашем употреблении алкоголя?».

Далее – поставить вопрос о негативных сторонах его употребления, например: «Что не особенно хорошо для Вас в употреблении алкоголя?», «Есть ли какие-то моменты в употреблении, которыми Вы не довольны?», «Что Вам

не нравится в связи с Вашим употреблением алкоголя?», «Каких последствий употребления Вы бы предпочли не испытывать на себе?».

В конце беседы суммируются ответы о хороших и плохих сторонах употребления алкоголя: «Итак, если я Вас правильно понял, то «с одной стороны» употребление алкоголя позволяет (помогает, дает) ... и это действительно важно для Вас. И в то же время, с другой стороны, Вы говорите, что из-за употребления алкоголя Вы (у Вас, для Вас) ... много проблем. Это так?»

5. Предоставление информации о вреде употребления алкоголя является обычной задачей медработника. Тем не менее, способ подачи информации может оказывать решающее влияние на то, как пациент реагирует на ваши действия.

При предоставлении информации, следует руководствоваться тремя позициями:

- подготовка пациента к восприятию информации (находится в трезвом состоянии, готов Вас слушать, заинтересован в получении информации);
- сообщение информации в нейтральном ключе (безотносительно к конкретному пациенту);
- исследование реакции пациента.

6. Будущее и настоящее.

Эта стратегия может использоваться только с теми пациентами, кто хоть немного обеспокоен своим состоянием употребления алкоголя.

Сопоставив обстоятельства жизни пациента в настоящее время с тем, как он хочет жить в будущем, можно обнаружить противоречие между желаемым и действительным, которое может создать сильную мотивацию [471-473].

Можно задать вопрос: «Какой Вы бы хотели видеть Вашу жизнь в будущем?». Затем, переходя к настоящему, можно спросить: «Как употребление алкоголя влияет на Вас в данный момент?» и «Что мешает Вам

сейчас стремиться к тому, что Вы хотите иметь в своей жизни?». В конце обсуждения обязательно спросите у пациента: «Что Вы думаете по поводу этого?». Это часто приводит к увеличению озабоченности своим употреблением и возникновению мыслей о смене привычек.

7. Обсуждение опасений пациента по поводу собственной жизни.

Изучение опасений является одной из самых важных стратегий, поскольку позволяет получить информацию об опасениях и проблемах, беспокоящих пациента в связи с употреблением им алкоголя [44]. Эту стратегию можно использовать в работе только с теми пациентами, у которых уже точно есть озабоченность, однако она не может быть применима к тем людям, у которых подобные мысли отсутствуют.

Начинают с вопроса: «Какие опасения у Вас есть по поводу Вашего употребления алкоголя?». Затем подводят итог сказанному пациентом в ответ и ставят следующий вопрос: «А что ещё Вас пугает (смущает, беспокоит) по поводу Вашего употребления алкоголя?». Таким образом, продолжают до тех пор, пока все опасения не будут высказаны. В конце проводится общее подведение итогов, где отмечаются не только опасения пациента, но и его высказывания относительно позитива употребления алкоголя.

Часть внутреннего конфликта пациента может также включать мысли по поводу того, что произойдет с его жизнью, если он решится на изменения. В отношении этих опасений используется аналогичная стратегия [494-495]. Можно начать с вопроса: «Какие опасения у Вас есть по поводу изменения поведения (по поводу отказа от употребления, изменения употребления и т.д.)?» В конце делается общее суммирование.

8. Помощь в принятии решений может быть использована для тех пациентов, которые уже показывают некоторое желание измениться. Не нужно торопить пациента с принятием решения, следует показать ему различные варианты развития ситуации в будущем. Подчеркните, что пациент самостоятельно может определить лучшее для него. Говорите о разных

вариантах одинаковым тоном, не делая ударения на каком-либо из них. Пациент может опасаться решения, думая, что сделает ошибочный шаг и возврата не будет. Скажите ему, что многие люди принимают решения, ошибаются или не выдерживают и снова возвращаются к принятию решения. Обязательно сообщите пациенту, что Вы будете готовы с ним встретиться в любом случае, даже если после решения все пойдет не так, как было запланировано.

Стратегия завершается подведением итогов по поводу выгод и недостатков в связи с употреблением, об опасениях по поводу продолжения в том же духе и опасениях, связанных с изменением поведения и задается вопрос о принятом решении [474].

Если решение не было принято, этот факт принимается спокойно. Выражается сочувствие и поддержка пациенту. К этому вопросу можно вернуться через некоторое время.

Если принято решение измениться, необходимо поддержать пациента и переходить к обсуждению плана действий.

Данные краткие интервенции разработаны для пациентов, употребляющих алкоголь в умеренных дозах [475; 479]. Пациенты, у которых обнаруживаются признаки зависимости или серьезного физического заболевания в результате употребления алкоголя, требуют другого подхода [476-477]. Их предпочтительно направлять в специализированные службы.

Современное молодое поколение живет в качественно иной среде, в которой Интернет является не только информационным пространством, но и средством ухода от реальности, проекцией реального пространства, способом получения удовольствия.

В своей работе М.И. Дрепа утверждает, что основной предпосылкой развития Интернет-зависимости у студентов является неполное разрешение кризиса встречи со взрослостью [71; 249-250]. Интернет – среда

привлекательная для разрешения данного кризиса за счет возможности формирования в ней желаемой реальности.

Л.П. Зверьянская пишет, что практически все современные преступники используют сеть Интернет и социальные сети, и общество, в свою очередь, «разворачивая свою активность среди социальных сетей, впадая в зависимость от киберотношений», само по себе провоцирует преступников на совершение преступлений [87].

Исследуя акцентуации у Интернет-зависимых студентов, Х.В. Белашева выявила, что на возникновение Интернет-зависимости влияет выраженность определенных акцентуаций характера [33]. Акцентуации в данном случае выступают в качестве предикторов формирования нарушений личности, что, соответственно, может стать причиной развития Интернет-зависимости. Вышеизложенные данные о широком распространении Интернет-зависимости среди студентов подтверждают необходимость выявления зависимых личностей и разработки эффективных профилактических программ [480-481]. Гипотезой нашего исследования послужило утверждение о том, что профессиональная направленность обучения студентов является значимым фактором формирования Интернет-зависимого поведения.

Клинический опыт показывает, что коррекция и терапия Интернет-аддикций представляет собой серьезную проблему в силу нескольких обстоятельств. Во-первых, приходится сталкиваться с почти тотальной анозогнозией (отрицанием признаков болезни) у пациентов с Интернет-аддикцией.

Анозогнозия — явление очень характерное для всех категорий лиц с аддиктивными расстройствами, и оно связано с механизмами психологической защиты. В случае социально неприемлемых зависимостей (алкоголизм, наркомания, гемблинг и др.) это явление преодолевается легче, чем в случае социально приемлемых аддикций, к которым в большинстве своем относятся и Интернет-аддикцию. Преодолению анозогнозии при Интернет-аддикции

мешают также характерологические особенности (шизоидные черты) пациентов. Очень часто проблема уже понимается ближайшим окружением пациента, в то время как он сам категорически отказывается от каких-либо консультаций специалиста, не говоря уже о терапевтическом вмешательстве. Во-вторых, начиная коррекцию Интернет-аддикции, следует помнить, что она, как любая зависимость, может легко перейти в другую, в том числе социально неприемлемую, последствия которой могут быть более пагубными [482]. И наконец, в-третьих, на сегодняшний день не существует фармакологических препаратов, непосредственно влияющих на основной симптом зависимости — влечение к объекту зависимости. С определенным успехом используют когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для коррекции Интернет-аддикции [483]. Идея методики заключается в постепенном замещении времени, проводимого за компьютером, временем, отводимым на разнообразную деятельность, которая имеет для пациента эмоционально позитивную окраску [484]. После знакомства с больным и анамнестическими данными начинают КПТ с мотивационного интервью, в ходе которого выясняют мотивации пациента на лечение, предпринимаются попытки ее повышения, возможные перспективы изменения поведения [11; 14].

В целях повышения мотивации обсуждаются возможности изменения реального отношения аддикта к людям, которым он причиняет боль и неудобство своим поведением [485; 487]. Разбирается влияние его поступков на других, зависящих от него, в том числе экономически. На следующем этапе совместно идентифицируются так называемые триггеры – ситуации, которые чаще всего приводят к неконтролируемому использованию Интернета [489]. Когда аддикт осознает свои триггеры, он может выбрать модели альтернативного поведения в этой ситуации.

Рассматриваются варианты альтернативной деятельности, которые субъективно носили бы эмоционально положительную окраску [490]. Проводится совместное планирование альтернативных действий на

ближайшую (до следующего сеанса) перспективу. На последующих сеансах рассматриваются использованные поведенческие стратегии.

Используется словесное поощрение успехов пациента, а также расширяется список альтернативных действий [492-493]. Параллельно с поведенческими техниками применяется еще один метод: пациент обучается технике релаксации, а также элементам аутотренинга; ему рекомендуется использовать эти техники не менее 20-30 минут в день. Назначение мягких антипсихотических, антидепрессивных и противотревожных препаратов, является обязательным дополнением психотерапевтических мероприятий в случае наличия коморбидной психопатологии, которая, как указывалось выше, встречается достаточно часто [496]. В будущем, когда появится достаточное количество работ в области нейробиологии поведенческих аддикций, возможно, будут разработаны схемы использования психотропных препаратов в сочетании с другими стратегиями, которые в настоящее время с успехом применяются при лечении химических зависимостей и патологического гемблинга. В настоящее время стандарты фармакотерапии Интернет-аддикции остаются неразработанными, а объём клинических исследований по данному вопросу не превышает нескольких работ. Для назначения фармакологических препаратов требуется проведение корректных исследований в рамках стандартов доказательной медицины, которые подтвердят их клиническую эффективность [7].

Американские исследователи Д. Боствик и Д. Буччи предлагают использовать агонист / антагонист опиоидных рецепторов — препарат налтрексон. Они описали клинический случай Интернет-сексуальной аддикции, когда неэффективными оказались антидепрессанты, индивидуальная и групповая психотерапия, посещение «Сообщества анонимных сексоголиков» [388-389]. Только назначение налтрексона возымело действие. Селективный ингибитор обратного захвата серотонина — эсциталопрам — был использован Дель-Оссо и его соавторами для лечения 14

пациентов с Интернет-аддикции. В результате лечения использование Интернета значительно сократилось (в среднем с 36,8 часов в неделю до 16,5 часов в неделю). Кроме того, имеется сообщение о случае успешного использования сходного по механизму и структуре препарата циталопрама в сочетании с атипичным антипсихотиком кветиапином у онлайн-игрока с депрессией.

Корейские исследователи сообщают об успешном применении метилфенидата у 63 детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и аддикцией к видеоиграм [45]. В течение 8 недель лечения показатели шкалы YIAS-K (корейская версия теста К. Янг на Интернет-аддикцию) и времени использования Интернета существенно снизились. Изменения в показателях YIAS-K положительно коррелировали с показателями корейской версии шкалы оценки синдрома дефицита внимания и гиперактивности (общие показатели, невнимательность), а также с пропуском ошибок по данным Visual Continuous Performance Test. Были обнаружены значительные различия в количестве ошибок, связанных с невнимательностью, среди групп здоровых людей, лиц с лёгкими признаками Интернет-зависимости и среди тяжелых Интернет-аддиктов [8]. Те же авторы сообщают об успешном применении антидепрессанта бупропиона в плане редукции проявлений аддикции к видеоиграм у пациентов с депрессией. В качестве одного из профилактических мероприятий нам представляется полезным вывешивание на различных сайтах в онлайн-режиме диагностических опросников и шкал (которые разработаны почти для всех форм кибераддикций), чтобы пользователи Сети могли самостоятельно определить, насколько они «продвинулись» в плане развития онлайн-аддиктивного расстройства [309].

1.7 Индивидуальные подходы психогигиены, психопревенции и психокоррекции

На сегодняшний день проблемы психогигиены, психопрофилактики и коррекции аддиктивного поведения остаются актуальными [288-289]. Практически весь объём мер работы с аддиктами разработан для профилактики и лечения химических аддикций, однако «современные аддиктивные патофизиологические формы» требуют новых путей подхода в профилактике, терапии и реабилитации пациентов без целенаправленной подготовки медицинских кадров по данному направлению [12; 148; 151].

Психогигиена – наука о сохранении, обеспечении и поддержании психического здоровья индивида, путем изучения влияния, различных агентов социального плана на психику человека и направлена на разработку норм труда, отдыха и социальной жизни. Объединяет в себе части общей гигиены и медицинской психологии, что повышает эффективность психогигиенических мероприятий.

Психопрофилактика – отрасль психиатрии, состоящая из комплекса мероприятий, направленных на разработку мер, обеспечивающих психическое здоровье и предотвращение возникновения психических и психосоматических заболеваний, что способствует переходу их в хроническую форму, а также реабилитации лиц с расстройствами психического здоровья [29; 153; 155; 215]. Психопрофилактика, чаще всего, должна проводиться в совокупности с психогигиеническими мероприятиями с учетом факторов риска и принципов формирования патологии [31; 328].

Психопрофилактику делят на первичную, вторичную и третичную. Первичная психопрофилактика – это совокупность мероприятий, направленных на изучение и прогнозирование возможных отрицательных воздействий на здоровье будущих поколений и применение актуальных методов лечебно-педагогической и психотерапевтической коррекции на всех этапах развития человека [323-325].

Вторичная психопрофилактика – это программа, выступающая в альянсе с психотерапией и психокоррекцией для достижения определенных целей, – это комплекс мероприятий, направленных на максимально раннее выявление начальных фаз нервно-психических расстройств и их своевременное активное лечение [363; 437; 455]. Коррекция (психокоррекция) – один из видов психологической помощи, направленной на предупреждение и контроль негативных последствий уже начавшегося психического расстройства с помощью специальных средств психологического воздействия, а также на формирование у личности необходимых психологических качеств для улучшения её адаптации к изменяющимся жизненным условиям и социализации [57; 63].

Психокоррекционные воздействия подразделяют на 4 вида: убеждение, внушение, подражание, подкрепление [370]. Различают индивидуальную и групповую психокоррекцию. Индивидуальная подразумевает работу медицинского психолога с человеком при отсутствии посторонних лиц [373]. В групповой – работа происходит сразу с группой лиц, имеющих схожие проблемы, положительный результат может достигаться за счёт взаимодействия и взаимовлияния людей друг на друга [69].

Психотерапия – это система методов коррекции психических и психосоматических расстройств, вызванных неразрешимыми конфликтами (осознанными или неосознанными), требующая от пациента непосредственного участия и совместной работы с психотерапевтом для получения положительного результата терапии [439].

Третичная психопрофилактика – это система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях и восстановление трудоспособности человека, перенесшего заболевание; проводится в условиях лечебного учреждения [185; 192].

Неотъемлемым элементом психопрофилактики и психогигиены является работа с семьей, родителями, позволяющая решить воспитательные (осознание взрослыми членами семьи важности и необходимости специальной работы с подростками) и образовательные (приобретение основных навыков проведения семейной профилактики и методов конструктивного взаимодействия с педагогами, психологами и психотерапевтами) задачи.

Особое внимание, в этом ключе, уделяется такому аспекту психогигиены, как использование сети Интернет, который в условиях глобализации информационного пространства становится механизмом, приводящим к появлению аддиктивной реализации. Социальное взаимодействие во всемирной сети обладает особой особенностью, объединяющей в себе избирательность, доступность и анонимность. Особенности межличностных отношений, отсутствие сенсомоторного взаимодействия, характерного для реального общения, поиск путей самоутверждения, может привести к формированию изолированной Интернет-аддикции.

Методы психотерапии: рациональная, опосредованная, когнитивно-бихевиоральная, психодинамическая психотерапия и их комбинации, а также интерактивные методы тренировок.

Психогигиена – это отрасль, относящаяся как к психологии, так и к гигиене. Она изучает факторы и условия окружающей среды, особенности образа жизни, которые положительно влияют на психическое состояние человека [255-256].

Залевский Г.В., (2010) указывал на большое практическое значение современной психогигиены, которая направлена на предупреждение различных психических перегрузок у детей, подростков и взрослых людей. Для каждого возраста данная отрасль предлагает разные пути преодоления стрессовых ситуаций [85; 149].

Кузьмина Е.В., (2011) говорила, что значение психокоррекции для подростков и людей среднего возраста особо велико, так как именно в это время человек подвержен массе стрессогенных факторов [85; 119]. Подростки нуждаются в психогигиене вследствие того, что они пытаются найти себя, растут, начинают осознавать себя как личность, встречаются первую любовь и много другое. Люди среднего возраста – это бывшие подростки, но уже с массой других психологических перегрузок, проявляющихся в работе, семье и др. Возрастная психогигиена направлена на разрешение различных возрастных кризисов или же проблем переходного возраста. Данный раздел психогигиены направлен на разрешение внутренних конфликтов, которые вызваны резким изменением личностного самоопределения.

Пахальян В.В. (2010) определил, что в основу возрастной психогигиены положены копинг-стратегии, которые связаны с личностными ресурсами [179]. Примером может послужить подросток, который не имеет желания общаться со сверстниками, в результате он испытывает отсутствие социальной поддержки. В данном случае копинг-стратегия повлияла на ресурс [197; 200].

К методам психогигиены относится консультирование человека в период кризисных ситуаций или депрессивного состояния, которые могут служить причиной развития расстройств адаптации.

Уилсон Роберт (2011) утверждал, что психогигиена и психопрофилактика тесно взаимосвязаны. Последняя предназначена для исключения влияния стрессовых факторов. Важной задачей психопрофилактики является предупреждение и лечение различных психических заболеваний на ранних стадиях, что находит практическое значение не только в психологии, но и также в предотвращении развития психосоматики [450].

Сидоров П.И., Парняков А.В (2010) определили основные задачи психогигиены [227-230]:

1. Учёт влияний различных условий среды, в частности производственных, бытовых и социальных, которые могут воздействовать на психическое состояние человека.

2. Внедрение оптимальных норм труда, досуга и быта.

3. Создание различных мероприятий, способных укреплять нервную систему и повышать ее сопротивляемость к вредным стрессовым факторам.

Психогигиена в зависимости от области применения может классифицироваться на возрастную, быта, семьи, психогигиену труда и учебы.

Психогигиена быта основана на взаимоотношениях между людьми. Психотерапевтическими мишенями служит психоэмоциональное состояние мнительных и ранимых людей, которые близко к сердцу могут воспринимать оскорбления, грубый тон, грубость. Таких людей обучают адекватной оценке происходящего, умению управлять эмоциями. Психогигиена семейной жизни является одним из самых важных разделов, так как в семье происходит становление и развитие личности. Благоприятная атмосфера в семье достигается благодаря взаимопониманию, уступчивости и эффективной коммуникации. Именно в такой обстановке ребенок может приобрести все нужные социальные навыки и вырасти без психологических травм, которые в значительной мере влияют на социальные навыки человека.

Психогигиена трудовой деятельности и обучение тесно взаимосвязаны, в связи, с чем их объединяют в один раздел. Выбор профессии должен соответствовать интересам и способностям человека, что будет способствовать формированию высокой удовлетворённости жизнью. Учеба в жизни школьника или студента занимает центральное положение, что обусловлено высокой социальной значимостью и выраженными психологическими нагрузками [246-247].

Задачами психогигиены учебного процесса являются:

1. Формирование положительных эмоций от получения знаний.

2. Исключение чрезмерного нервного напряжения, которое могло бы причинять человеку психический ущерб.

3. Предотвращение формирования психических нарушений.

Основной задачей психогигиены профессиональной деятельности является разработка совокупности мероприятий, которые служат укреплению и сохранению психического здоровья человека. Также к ним относится предотвращение воздействия психотравмирующих факторов.

Выделяют следующие способы предотвращения возникновения профессионального «выгорания» [294]:

1. Хобби, которое доставляет удовольствие.
2. Беседы с коллегами.
3. Посещение различных семинаров, курсов повышения квалификации.
4. Поддержание здорового образа жизни.

Психокоррекция, как и психогигиена, направлена на работу с людьми в кризисных ситуациях, у которых отсутствуют психические расстройства. Результатами психокоррекции являются положительная динамика личностного роста, самореализация и самовыражение.

Психокоррекция, как и психогигиена, в зависимости от области применения также делится на педагогическую, клиническую, спортивную, социальную и т.д.

В зависимости от задач, выделяют семейную или частную психокоррекцию. Семейная – направлена на нормализацию отношений между родителями и детьми, а также супругами. Данный вид коррекции является достаточно объёмным процессом, так как в центре внимания стоит не один человек, а несколько. Частная психокоррекция ставит в центр внимания одного человека, работает с психоэмоциональным состоянием и ищет пути его нормализации. В зависимости от степени выраженности кризисной ситуации, выделяют симптоматическую и каузальную психокоррекцию.

Симптоматическая – решает незначительные психологические проблемы и направлена на улучшение эмоционального состояния человека, устранение отрицательных эмоций и негативных поведенческих проявления. Как правило, курс терапии такого вида состоит из 3-5 занятий со специалистом. Каузальная психокоррекция, в свою очередь, направлена на решение более значимых проблем психического состояния человека и влияет на причинно-следственные связи и механизмы их возникновения. В среднем каузальная психокоррекция требует проведения 10-15 занятий.

К основным принципам проведения психокоррекции относятся:

- Принцип диагностики. Определение психоэмоционального поведения человека, социального положения.
- Принцип единства диагностики и коррекции.
- Принцип системности.
- Деятельностный принцип. Необходимо желание и активное пациента в процессе психокоррекции.
- Принцип коррекции «сверху-вниз». Планируя коррекционное воздействие, психолог ориентируется на зону ближайшего развития пациента. Действия специалиста направлены на то, чтобы опередить естественный процесс созревания психических структур и выработку определенных навыков.
- Принцип коррекции «снизу-вверх». Этот принцип подразумевает опору психолога на зону актуального развития личности. В соответствии с этим принципом, психотерапевт использует положительное подкрепление нужных качеств. Негативные паттерны поведения купируются.

Психологическая коррекция основана на различных методах, позволяющих преодолеть воздействие стресса. К таковым относятся:

- *Куклотерапия*: эта методика предполагает, что человек сам создает свою куклу, которую он оживит в ходе работы, даст ей имя и расскажет о себе от её лица [4]. Коррекционное воздействие осуществляется через

проигрывание клиентом различных проблемных ситуаций, главным персонажем в которых является изготовленная им кукла. Куклотерапия позволяет перебороть негативные переживания, отрицательные эмоции, привести настроение в норму, а также повысить самооценку.

- *Психодрама*. Метод групповой терапии, в которой ведущий моделирует ту или иную ситуацию, а каждому из учащихся назначается своя роль. Методика способствует снятию механизмов психологической защиты [121].

- *Метод Имаго* – направлен на преодоление внутренних барьеров человека, коррекцию фобий [92]. Нужно ежедневно тренироваться в самовыражении. Для этого необходимо сначала сформировать эффективный образ «Я», а затем научиться транслировать его через поведение.

Белозорова Л.А. (2011) выделяет *Арт-терапию*, как очень эффективный метод психокоррекции, так как изобразительное искусство помогает обрести гармонию между своим «Я» и бессознательной стороной человеческого разума [36]. К такой терапии относятся:

- Изобразительное искусство, что помогает справиться со многими внутренними зажимами.

- Создание стенда желаний. Этот метод используется, если человек не может поставить цель и наметить пути ее достижения.

- Изготовление коллажа. Данный метод применим для анализа прошлого жизненного опыта, извлечения из него пользы и прогнозирования будущего.

Таким образом, стресс является универсальной ответной реакцией организма на физические и психологические раздражители. Его действие может быть как положительным, вследствие чего повышается мозговая и физическая активность, так и отрицательным, что ведет к истощению адаптационных ресурсов и развитию расстройств адаптации.

РА – это эмоциональные и поведенческие расстройства, возникающее в ответ на стресс и нарушающие адаптацию человека [375; 378].

В зависимости от особенностей доминирующей клинической симптоматики можно условно выделить 2 основных клинических варианта РА: аффективный и поведенческий. Аффективный вариант РА содержит три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный.

В развитии РА выделяют три ключевых стадии, которые имеют четкие границы:

- субклинические проявления характеризуются нарушением психических и/или вегетативных процессов, что может привести к возникновению мигреней, тревожному сну или бессоннице;
- вторая стадия характеризуется проявлением классической симптоматики расстройства;
- стадия исчезновения симптомов и восстановления социального взаимодействия.

Зачастую расстройства адаптации сопровождаются употреблением ПАВ и склонностью к Интернет-аддикции [440]. Употребление ПАВ часто критикуется окружающими людьми и связано с различными негативными социальными последствиями [327]. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким, как арест или развод, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями [379; 382].

Главная причина Интернет-аддикции – это компенсация заниженной самооценки пользователя, а не проблема в общении как раньше было принято считать, так как эта группа лиц не считает сеть источником социальной поддержки, а также спасением от своего одиночества. Людям свойственно вместо решения проблемы отрицать её наличие или уходить от неё. В результате пользователь сети Интернет не решает свои проблемы, а порождает новые своим отрицанием либо уходом от реальности.

У студентов с высоким уровнем склонности к Интернет-аддикции, наблюдаются следующие склонности: алкогольная, игровая, трудовая, лекарственная, никотиновая аддикции; отрицание здорового образа жизни и общая склонность к аддиктивному поведению [295]. Наблюдается тенденция к повышению тревожности, фрустрации, агрессии при увеличении уровня склонности к Интернет-аддикции [442].

У группы с высокой склонностью к Интернет-аддикции ярко выражены такие психологические защиты как отрицание, подавление, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация и реактивные образования. Студенты с высоким уровнем Интернет-аддикции более склонны к непроизвольному вытеснению в бессознательное побуждений и неприемлемых мыслей и проявлению компенсаторной деятельности, связанной с использованием сети Интернет. При увеличении уровня склонности к Интернет-аддикции снижается стрессоустойчивость и уровень социальной адаптации.

В настоящее время антропометрия является наукой, которая базируется на огромном количестве разнообразных методик и способов измерения человеческого тела, что позволяет практически безошибочно оценивать физическое и физиологическое состояние индивида. В современном мире это имеет огромное практическое значение, ведь оценка и анализ антропометрических параметров позволяют мониторировать состояния физического развития населения, а также изучать влияние на него тех или иных факторов внешней среды.

Соматопсихология – наука, которая исследует больных с соматическими заболеваниями, в происхождении и течении которых ведущее место занимают психические факторы. Соматопсихология изучает особенности личности, психологические вопросы диагностики, лечения, экспертизы больных различными заболеваниями, не относимыми к неврологическим и психическим.

Как показывает клиническая практика, не только психологические факторы могут негативно влиять на соматическую сферу человека, но и наоборот, соматическая болезнь оказывает патогенное влияние на психику, изменяя познавательные процессы, когнитивные функции, психические состояния.

Особое место занимает изучение антропометрических и соматотипологических характеристик лиц с РА, что обусловлено влиянием соматической сферы на психику [383].

Система телосложения по Б. Хит и Дж. Картеру является одной из лучших методик определения соматотипов человека, которая неоднократно показала свою действенность при подсчетах. Эта схема подходит не только для мужчин, но и для женщин и детей, а также для представителей разных рас и этносов.

На сегодняшний день проблемы психогигиены, психопрофилактики и коррекции аддиктивного поведения остаются актуальными. Практически весь объём мер работы с аддиктами разработан для профилактики и лечения химических аддикций. Современные аддиктивные паттерны поведения требуют новых путей подхода в профилактике, терапии и реабилитации пациентов.

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика исследуемого контингента и дизайн исследования

В проспективном, сплошном, контролируемом исследовании на условиях информированного согласия с соблюдением принципов деонтологии и биоэтики принимали участие 510 студентов (307/60,2% лиц женского пола и 203/39,8% мужского пола) младших курсов одного из университетов нашего региона возрастом от 17 до 20 лет. Исследование проводилось на протяжении 2019-2021 годов.

Исследование включало в себя антропометрические измерения студентов с последующим определением соматотипов, а также психоэмоциональную оценку исследуемого контингента и ее взаимосвязь с полученными соматотипами.

Дизайн исследования был реализован в 6 основных этапов

I. Определение соматотипа по методике Хит-Картера.

На данном этапе проводили оценку антропометрических параметров студентов с последующим определением соматотипа. Каждый исследуемый получал в результате измерений отдельно сформированную анонимную выписку из протокола измерений, в которой был представлен вывод о том, какой соматотип присущ обследуемому студенту. После чего исследуемому было предложено зашифровать полученный документ по определенному принципу [Приложение А].

II. Скринингово-диагностический этап представлял из себя определение психического и аддиктивного статуса студентов с последующим разделением на группы в зависимости от наличия признаков нарушений или расстройств адаптации.

Была проведена скрининговая оценка психического и аддиктивного статуса студентов с определением особенностей психоэмоциональных характеристик.

Критериями включения в исследование выступали (табл. 2.1):

- 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 т.ч. алкоголь, табачные изделия (курительные смеси)), увлечение компьютерными и азартными играми, сетью Интернет.

Таблица 2.1 – Критерии включения по МКБ-10 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	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 микро-социальных связей пациента (переживания разлуки), а также –	Проблемы, связанные с образом жизни (Z72): Z72.0 Употребление табака; Z72.1 Употребление алкоголя; Z72.2 Использование наркотиков

Продолжение табл.2.1

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;	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)	В личном анамнезе некоторые другие болезни (Z86): Z86.4 В личном анамнезе злоупотребление ПАВ

Продолжение табл.2.1

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		

Критерии исключения: психозы; хронические психические заболевания в стадии обострения; больные экзогенными и эндогенными психическими заболеваниями, осложненные употреблением ПАВ (F00 – F09; F1; F2; F20 – F29); нарушения поведения, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ (F10 – F18).

Основной гипотезой для проведения скринингового исследования стало предположение о том, что студенты наиболее подвержены стрессу, поскольку они сталкиваются с рядом психоэмоциональных ситуаций, таких как модификация социальной роли, перестройка личностных и ценностных ориентаций, а также взаимоотношений с людьми. Особенно данные факторы проявляются на первых курсах обучения в университете. Они оказывают существенное влияние на социально-психологическую адаптацию студентов к системе образования. Нарушение механизмов адаптации оказывает негативное влияние на качество жизни, приводит к снижению эффективности

образовательной деятельности, сопровождается психологическим дистрессом, повышает риск употребления психоактивных веществ и суицидов в студенческой среде, а также способствует неконтролируемому использованию электронных гаджетов, проведению большого количества времени за компьютером и в сети Интернет.

На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, употребления ПАВ, увлеченности компьютерами и сетью Интернет, а также оценки поведенческих паттернов, все студенты были разделены на группы. Для этого использовали кластерный анализ методом «к-срединных», с применением субшкал SCL-90-R: SOM; INT; DEP; ANX; PHOB. В результате кластерного анализа, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, получили следующие группы студентов: практически здоровые (группа 1) – 273 (53,5%) студента, среди них 130 (47,6%) человек мужского пола и 143 (52,4%) – женского пола; с непатологическими нарушениями адаптации (ННА) (группа 2) – 155 (30,4%) человек, среди них 60 (38,7%) – мужского пола и 95 (61,3%) – женского пола; с отдельными признаками расстройств адаптации (ОПРА) (группа 3) – 82 (16,1%) человека, среди них 13 (15,9%) – мужского пола и 69 – (84,1%) женского пола. Эти группы статистически значимо различались по средним величинам вышеперечисленных субшкал SCL-90-R (табл. 2.2) [152].

Таблица 2.2 – Разделение студентов на группы методом «к-срединных» кластерного анализа

Группа 1 Практически здоровые n=273 (53,5%)		Группа 2 с ННА n=155 (30,4%)		Группа 3 с ОПРА n=82 (16,1%)	
Девушки	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки	Юноши
n=143 (52,4%)	n=130 (47,6%)	n=95 (61,3%)	n=60 (38,7%)	n=69 (84,1%)	n=13 (15,9%)

III. Связь психического и аддиктивного статуса с соматотипами по Хит-Картеру.

На этом этапе находили взаимосвязь между выраженностью психопатологических проявлений у исследуемых, особенностями психоэмоциональных характеристик и наличием признаков употребления ПАВ, увлеченности компьютерами и сетью Интернет с соматотипами, полученными на I этапе исследования. Определяли наличие взаимосвязи по половому признаку и групповой принадлежности.

IV. Этап сравнительного анализа

Для дальнейшей работы была сформирована совокупность из студентов группы 2 (155/30,4%) и группы 3 (82/15,9%). Эта когорта характеризовалась риском появления нарушений и расстройств адаптации, а также риском появления зависимости от ПАВ, чрезмерной увлеченности компьютером и сетью Интернет. Суммарное количество студентов в данной когорте составляло 237/46,5% человек и сопоставлялось со студентами группы 1 (273/53,5%). Далее было проведено сравнения групп студентов.

V. Медико-социальный этап психопреентивно-психокорректирующих воздействий (в том числе социокультуральные и психокоррекционные, психотерапевтические и лечебные мероприятия) для соответствующих групп риска; базировался на принципах этапности, дифференцированности, комплексности, с реализацией в групповой или индивидуальной формах.

На основании разделения студентов на группы, выявленных психоэмоциональных особенностей, аддиктивных паттернов студенческой молодёжи, наличия признаков нарушений или расстройств адаптации, определяли мишени психопреентивных и психокоррекционных мероприятий.

В качестве системы психопреентивной использовали лекции, тематические беседы (группы студентов по 50 человек). Психокоррекция включала в себе ЛФК, йогу и танцетерапию (группы 10-15 человек).

VI. Этап оценки эффективности.

Оценка симптомов, жалоб, результатов наблюдения, стрессогенных факторов, аддиктивных паттернов осуществлялась на основании диагностических критериев МКБ-10.

Исследование имело в своей структуре этап предшествующего скрининга, направленного на установление статуса исследуемой проблемы и определение локусов дальнейшего анализа. Этап предварительного скрининга был реализован по материалам опроса, проведенного в период 2019-2020 учебных годов (анкетный опрос) с целью изучения восприятия, осознания и отношения студентов университета к проблеме употребления ПАВ в молодёжной среде. Опрос проводился у 510 студентов 1-3 курсов в возрасте от 17 до 20 лет. Основным его методом был избран опрос, в форме многофакторного анонимного анкетирования, которое проводилось с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, при условии информированного согласия.

Сбор и систематизация данных осуществлялась на базе унифицированной карты «Карты обследования студента» («КОС», Е. В. Киосева, 2017) [98].

Все исследуемые студенты заполняли КОС, которая содержала вопросы, затрагивающие наиболее существенные и значимые факторы, влияющие на формирование у исследуемого контингента состояния дезадаптации и аддиктивного поведения. В ней нашли отражение такие социально-демографические признаки, как пол, возраст, материально-бытовые условия, семейное положение, взаимоотношения в семье. Унифицированная карта была четко структурирована, состояла из 11 разделов, посвященных актуальности темы исследования и анализа состояния вопроса (содержала 12 методик) [Приложение Б].

Первый раздел КОС оценивал коммуникацию студентов младших курсов с близким окружением. Сначала респондентам предлагалось ответить

на ряд демографических вопросов (пол и возраст). Далее студенты отвечали на общие вопросы связанные с составом семьи, трудоустройством и профессией родителей, уровнем эмоциональной близости между членами семьи. На следующем этапе содержались вопросы об осведомленности родителей о близком окружении респондента, его друзьях, основных сферах его расходов и способах проведения свободного времени. Определялся уровень родительского контроля для матери и отца отдельно. Дальнейшие вопросы выявляли нарушения во взаимоотношениях с родителями: устанавливался уровень поддержки со стороны родителей, возможность респондента принимать самостоятельные решения, отношение матери и отца к этим решениям. Далее проводили анализ стилистики родительского воспитания. Респондент отвечал на вопросы о характере реагирования матери и отца на те или иные ситуации. Определялся вес личностной мысли опрашиваемого для родителей и уровень межличностной коммуникации между членами семьи. Затем студенту предлагали ответить на вопрос об удовлетворённости своим образом жизни.

На следующем этапе предлагалось ответить на вопрос о стиле и характере досуга. Определялось количество времени, которое респондент может потратить каждый день на просмотр телевизионных передач, игру в видеоигры, на общение в социальных сетях и др. в зависимости от дня недели.

Следующий блок вопросов был направлен на изучение социальных контактов за пределами семьи: определяли количество друзей опрашиваемого и вид их коллективной деятельности (совместное прослушивание музыки, занятие танцами, выполнение домашнего задания, разнообразные игры, общение в социальных сетях, художественная деятельность, прогулки по городу и др.), а также количество дней в неделю, которые студент проводил в компании своих друзей. На выбор предлагали ряд утверждений, которые могли дать характеристику компании его друзей: хорошо учатся, занимаются спортом или участвуют в других культурных мероприятиях, проводят время с

родителями, помогают нуждающимся, принимают участие в акциях по охране окружающей среды, имеют сексуальные связи с лицами собственного пола, употребляют ПАВ, носят холодное оружие. Далее определяли отношение респондента к пребыванию в условиях высшего учебного заведения. Необходимо было ответить на вопросы об уровне собственной успешности, отношению преподавателей и одногруппников к нему и наоборот. Следующие вопросы предназначались для анализа уровня поддержки студента в учебном процессе со стороны преподавателей и родителей.

Следующий блок вопросов этого раздела определял уровень материального благоустройства в семье. Студент отвечал на вопросы 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 давали возможность субъективно оценить уровень материального благосостояния собственной семьи и выбрать из предложенных признаков те, что по его мнению могли 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, имеющееся хобби, высокий уровень интеллекта, наличие личного заработка и тому подобное.

Во втором разделе унифицированной карты определяли опыт и отношение к употреблению различных ПАВ студентами младших курсов.

Устанавливали наличие или отсутствие опыта табакокурения, анализировали кратность употребления алкогольных напитков в зависимости от их группы (пиво, алкогольные, энергетические напитки, вино, водка, самогон и т.д.) [47]. Далее приводился ряд утверждений, среди которых обследуемый выбирал те, что по его мнению в большей степени мотивировали

его сверстников к употреблению ПАВ: под воздействием компании друзей, стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их, стремление стать «своим» в компании, 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.

Далее следовал блок вопрос, определявший особенности микросоциальной среды. Студент характеризовал студенческое самоуправление, сообщал о своей вовлеченности в социальную работу и общественную жизнь университета, а также об отношении ректората и деканата к студенческой образовательной успешности. На следующем этапе респонденту предлагали оценить отношение родителей к его поступкам и определить способ проведения свободного времени родителями, а также отношение к неконтролируемому употреблению респондентом ПАВ.

Третий раздел КОС содержал вопросы, связанные со здоровьем. Респонденту предлагали ответить на вопросы о наличии головной боли или других видах болевых ощущений, а также описать свое настроение за последние 6 месяцев. Далее студент описывал состояние своего здоровья, а также количество посещений психолога по своей инициативе.

Раздел четыре позволил более подробно описать субъективное актуальное состояние респондента по следующим шкалам: самочувствие, ощущение в себе силы, пассивность, малоподвижность, веселье, хорошее настроение, работоспособность, полнота сил, медлительность, бездеятельность, ощущение счастья, жизнерадостность, напряженность, здоровье, безучастность, равнодушие, восторженность, ощущение радости, степень усталости, свежесть, сонливость, желание отдохнуть, спокойствие, оптимистичность, выносливость, бодрость, сообразительность, рассеянность, надежда, удовлетворённость.

Этот тест САН – разновидность опросников состояний и настроений. Представляет собой карту (таблицу), которая содержит 30 пар слов, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, настроение, активность). При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния – самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существуют континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы: «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация». Мы сочли необходимым применить САН, так как он нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.

Процедура проведения: 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 обследуемый 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 исследуемого, если оно ниже среднего. Таким образом, последовательно рассматривали и оценивали все строки данного опросника.

Во всех случаях, в отношении каждой пары утверждений анкетированные осуществляли свой выбор, отмечая необходимое значение шкалы «3 2 1 0 1 2 3».

При обработке эти цифры перекодировали следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимали за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимали за 7 баллов (при этом полюса шкалы постоянно меняются). Итак, положительные состояния всегда получали высокие баллы, а отрицательные – низкие.

Например:

	7 6 5 4 3 2 1	
Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
	1 2 3 4 5 6 7	
Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный

Далее производился расчет суммы баллов в соответствии с ключем к тесту:

Самочувствие – сумма баллов за вопросы: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность – сумма баллов за вопросы: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение – сумма баллов за вопросы: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученная по каждой шкале сумма находилась в пределах от 10 до 70 и позволяла выявить функциональное состояние индивида в данный момент времени по принципу: < 30 баллов – низкая оценка; 30-50 баллов – средняя оценка; > 50 баллов – высокая оценка.

Следует упомянуть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Так, у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны, а по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

Пятый раздет унифицированной карты позволял определить клинико-психопатологические характеристики студентов младших курсов.

Респонденту предлагался ряд утверждений, с которыми он мог согласиться или нет, например: «Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями», «Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие», «Боязнь выйти из дома одному», «Чувство, что большинству людей нельзя доверять», «Неожиданный или беспричинный страх», «Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать» и др. Опросник SCL-90-R включал в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивался по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 – «очень сильно» [152].

SCL-90-R содержит следующие шкалы:

1. соматизация;
2. обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости);
3. интерперсональная чувствительность;
4. депрессия;
5. тревожность;
6. враждебность;
7. навязчивые страхи (фобии);
8. паранойдность (паранояльность);
9. психотизм;
10. общий индекс тяжести;
11. индекс тяжести наличного дистресса;
12. число утвердительных ответов (число беспокоящих симптомов).

Для получения результата по базовым шкалам вычисляли среднее арифметическое значение по вопросам, входящим в эту шкалу, т.е. суммировали баллы по входящим в шкалу вопросам и делили сумму на их количество. Если по каким-то из вопросов не было получено ответов, то их исключали из подсчета. В случае, если пропущено 20 % вопросов теста (18 пунктов) или 40 % вопросов какой-либо шкалы, результаты не включали в исследование.

Результат по шкале GSI вычисляли как среднее арифметическое значение всего теста, т.е. сумму баллов всех вопросов, деленную на 90.

PST – количество вопросов, на которые даны неотрицательные ответы.

PSDI – средняя тяжесть предъявляемых симптомов, вычислялась как деление общего балла всего теста на значение PST. Таким образом, при PST=90, GSI и PSDI были равны друг другу, чем меньше значение PST, тем больше различие между ними.

Таблица 2.3 – Таблица базовых шкал SCL-90-R

Шкала	Количество пунктов	Номера пунктов
Соматизация	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Навязчивости	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Сенситивность	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депрессия	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тревожность	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86

Враждебность	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Фобия	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Паранойяльность	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Интерпретация основных шкал.

Соматизация — *Somatization (SOM)*. Нарушения, называемые соматизацией, отражали дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Сюда относили жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства являлись также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы могли указывать на наличие расстройств, хотя они могли быть и проявлением реальных соматических заболеваний.

Обсессивность-компульсивность – *Obsessive-Compulsive (O-C)*. Обсессивно-компульсивное расстройство отражало симптомы, которые в сильной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. Эти вопросы касались мыслей, импульсов и действий, которые переживались индивидом, как непрерывные, непреодолимые и чуждые «Я». В эту шкалу также были включены вопросы, касающиеся поведения или переживаний более общей когнитивной окраски.

Межличностная сензитивность – *Interpersonal Sensitivity (INT)*. Данное расстройство определялось чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности, когда человек сравнивал себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризовало проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по INT сообщали об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Депрессия – *Depression (DEP)*. Симптомы этого расстройства отражали широкую область проявлений клинической депрессии. Были представлены симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда

относили чувства безнадёжности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревожность – Anxiety (ANX). Тревожное расстройство состояло из ряда симптомов и признаков, которые клинически были сопряжены с высоким уровнем манифестированной тревожности. В определение входили общие признаки, такие как нервозность, напряжение и дрожь, а также приступы паники и ощущение насилия. В качестве признаков тревожности сюда относили когнитивные компоненты, включающие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматические корреляты тревожности.

Враждебность – Hostility (HOS). Враждебность включала мысли, чувства или действия, которые являлись проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входили все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Фобическая тревожность – Phobic Anxiety (PHOB). Определялась, как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризовалась, как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. Пункты, относящиеся к представленному расстройству, были направлены на наиболее патогномоничные и разрушительные проявления фобического поведения. Действительная структура расстройства находилась в близком соответствии с дефиницией, называемой агорафобия (Marks, 1969), названной также синдромом фобической тревожной деперсонализации (Roth, 1959).

Паранойяльные тенденции – Paranoid Ideation (PAR). Данное определение представляло паранойяльное поведение как вид нарушений мышления. Кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости, иллюзии рассматривались как основные признаки этого

расстройства, и выбор вопросов был ориентирован на представленность этих признаков.

Психотизм – Psychoticism (PSY). В шкалу психотизма были включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие как галлюцинации или голоса в голове. Шкала психотизма представляла собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма. Кроме того, она могла быть полезна для выявления грубой аггравации, симуляции и небрежного заполнения бланка – при высоких значениях по ней при отсутствии явной симптоматики.

Дополнительные вопросы. Семь вопросов, которые входили в SCL, не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств; эти симптомы действительно являлись указателями некоторых расстройств, но не относились ни к одному из них. Хотя в этом смысле присутствие дополнительных вопросов нарушало один из статистических критериев для включения в тест, но все же они вошли в него, так как являлись клинически важными. Дополнительные вопросы участвовали в общей обработке SCL и использовались «конфигурально». Так, например, высокие значения DEP в сочетании с «ранним утренним пробуждением» и «плохим аппетитом» означали другое состояние, отличное от тех же значений DEP без этих симптомов. В том же смысле наличие «чувства вины» являлось важным клиническим индикатором, который предоставлял необходимую информацию клиницистам. Дополнительные вопросы не были объединены между собой как отдельное расстройство, а участвовали в общей обработке теста.

Интерпретация оценочных шкал

Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента. Функцией каждого из них являлось приведение к единому масштабу уровня и глубины личностной психопатологии. Каждый индекс определял это

некоторым особым способом и отражал какие-то отдельные аспекты психопатологии. Информация о типе реагирования и количестве утвердительных ответов для симптомов, рассмотренная в связи с GSI, являлась полезной в понимании клинической картины.

Общий индекс тяжести симптомов (GSI). GSI являлся лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, и его использовали в большинстве случаев, где требовался обобщенный единичный показатель. GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса.

Индекс наличного симптоматического дистресса (PDSI). PSDI являлся исключительно мерой интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов. PSDI представляет собой индикатор типа реагирования на взаимодействие: усиливает ли или преуменьшает испытываемый симптоматический дистресс при ответах.

Общее число утвердительных ответов (PST). PST – просто подсчет числа симптомов, на которые пациент дает положительные ответы, – т.е. количество утверждений, для которых испытываемый отмечает хоть какой-то уровень выше нулевого.

Интерпретация опросника в целом

Результаты по SCL-90-R интерпретировали на трёх уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов. Интерпретация основных шкал производилась в соответствии с их описанием, предназначением и теоретико-методологическими основами экспериментатора.

Индекс GSI являлся наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI использовали для измерения интенсивности дистресса и, кроме того, он служил для оценки «стиля» выраженности дистресса испытываемого: проявлял ли испытываемый тенденцию к преувеличению или к укрытию своих симптомов.

Индекс PST отражал широту диапазона симптоматики индивида. Информация, полученная из этих трех источников, была тщательно интегрирована для получения наиболее значимой и валидной картины дистресса.

Шестой раздел был посвящен более детальному изучению опыта и характера употребления ПАВ по группам (табак и алкоголь), а также увлеченности компьютерными, азартными играми, сетью Интернет. При условии формирования зависимости позволял оценить степень критики к собственному состоянию и обеспокоенности близкого круга респондента его актуальным состоянием.

Седьмой раздел унифицированной карты позволял определить наличие и степень Интернет-зависимости у респондента. Он включал ряд утверждений, с которыми респондент мог согласиться или нет, например: «Замечаете, что проводите онлайн больше времени, чем намеревались?», «Отмечаете, что перестали делать успехи в учебе или работе, так как слишком много времени проводите в сети?», «Отмечаете, что снижается производительность труда из-за увлечения сетью Интернет?», «Ощущаете, что жизнь без сети Интернет скучна, пуста и безрадостна?» и др. Использовали тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость (в оригинале «Internet Addiction Test» – тест на Интернет-аддикцию) – тестовая методика, разработанная и апробированная в 1994 году д-ром Кимберли Янг (Kimberley S. Young), профессором психологии Питсбургского университета в Брэтфорде. Адаптация опросника для русского языка была произведена В. Лоскутовой.

Подобно любой другой нехимической зависимости, Интернет-аддикция представляла собой феномен поведенческого пристрастия и эмоциональной зависимости от определенной формы поведения. С этой точки зрения, зависимость характеризовалась тремя главными симптомами:

1. Нарастивание дозы (время, проведенное в сети Интернет, увеличивается).

2. Изменение формы поведения (Интернет-активность начинает подменять собой формы реальной жизни).
3. Синдром отмены (ухудшение эмоционального самочувствия вне Интернет-активности).

Полная версия опросника состояла из 40 пунктов. На каждый вопрос испытуемый должен был дать ответ в соответствии с 5-балльной Шкалой Ликкерта. Баллы по всем вопросам суммировали и получали итоговое значение. Интерпретация результатов:

1. 20–49 баллов – обычный пользователь сети Интернет.
2. 50–79 баллов – есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет.
3. 80–100 баллов – Интернет-зависимость.

Восьмой раздел КОС содержал вопросы и утверждения, на которые исследуемый давал положительный или отрицательный ответ, тем самым характеризовывал особенности респондента. Примеры утверждений: «Часто ли у вас бывают резкие смены настроения?», «Быстро ли вы забываете обиды и оскорбления?», «У вас часто бывает подавленное настроение?» и др. Применяемый опросник Шмишека – личностный опросник, который предназначался для диагностики типа акцентуации личности, являлся реализацией типологического подхода к её изучению [170]. Методика состояла из 88 вопросов, на которые требовалось ответить «да» или «нет». Разработан также сокращенный вариант опросника. С помощью приведенной методики определяли следующие 10 типов акцентуации личности (по классификации К. Леонгарда) [128; 130]:

1. Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению.
2. Педантичный тип. Лица этого типа отличаются повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, неспособностью к вытеснению травмирующих переживаний.

3. Застревающий тип. Характерна чрезмерная стойкость аффекта.
4. Возбудимый тип. Повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями.
5. Гипертимический тип. Повышенный фон настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью.
6. Дистимический тип. Сниженный фон настроения, пессимизм, фиксация теневых сторон жизни, заторможенность.
7. Тревожно-боязливый. Склонность к страхам, робость и пугливость.
8. Циклотимический тип. Смена гипертимических и дистимических фаз.
9. Аффективно-экзальтированный. Легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали. Восторг и печаль – основные сопутствующие этому типу состояния.
10. Эмотивный тип. Родственен аффективно-экзальтированному, но проявления не столь бурны. Лица этого типа отличаются особой впечатлительностью и чувствительностью.

Максимальный показатель по каждому типу акцентуации – 24 балла. Признаком акцентуации считался показатель выше 12 баллов. Полученные данные могли быть представлены в виде «профиля личностной акцентуации».

Производился подсчет ответов, совпадающих с Ключом по каждой шкале, характеризующей акцентуированную черту, и отдельно – по показателю искренности.

Таблица 2.4 – Показатели шкал определения акцентуации характера (методика Леонгарда-Шмишека)

Шкала опросника	Ответы «да»	Ответы «нет»	Коэффициент
Гипертимность (Г)	1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77	–	3
Дистимность (В)	9, 21, 43, 74, 87	31, 53, 65	3
Циклотимность (Ц)	6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84	–	3

Продолжение табл.2.4

Возбудимость (В)	20, 30, 42, 52, 64, 75, 86	—	3
Застревание (З)	2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81	12, 46, 59	2
Эмотивность (Эм)	3, 13, 35, 47, 57, 69, 79	25	3
Экзальтированность (Эк)	10, 32, 54, 76	—	6
Тревожность (Т)	6, 27, 38, 49, 60, 71, 82	5	3
Педантичность (П)	4, 14, 17, 26, 36, 48, 58, 61, 70, 80, 83	39	2
Демонстративность (Де)	7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88	51	2

Максимальное значение набранных баллов по шкале искренности составляло 10. При сумме баллов, не превышающих 5, можно считать, что большинство ответов являлись искренними. При сумме баллов 6...7 достоверность ответов подвергалась сомнению. При значениях 8...10 баллов ответы признавались недостоверными.

Сумма баллов по каждой из основных шкал умножалась на соответствующий коэффициент, указанный в Ключе. Максимально возможное значение набранных баллов – 24.

Результат умножения на коэффициент рассматривался исходя из 4-х уровней выраженности акцентуированной черты:

1. Низкие значения – 0...6 баллов.
2. Средние значения – 7...12 баллов.
3. Значения выше среднего – 13...18 баллов.
4. Высокие значения – 19...24 балла (акцентуация).

В десятом разделе КОС описывали удовлетворённость уровнем жизни исследуемого. Респонденту давали ряд утверждений, с которыми он мог согласиться в той или иной степени, например: «Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу», «Условия моей жизни превосходные», «Я удовлетворён 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». Шкала удовлетворённости жизнью (сокр. ШУДЖ, англ. Satisfaction With Life Scale, сокр SWLS) – краткий скрининговый самоопросник, предназначенный для массовых опросов респондентов о степени субъективной удовлетворённости их жизнью [126; 356-357; 376; 460; 486].

Таблица 2.5 – Показатели удовлетворённости жизни

Совершенно не согласен	1 балл
Не согласен	2
Немного не согласен	3
Неопределенно (и согласен, и не согласен)	4
Немного согласен	5
Согласен	6
Совершенно согласен	7

Полученные баллы по всем пунктам суммировали. Таким образом, минимальный возможный балл по шкале – 5, максимальный – 35 баллов.

1. Низкий уровень удовлетворённости жизнью – 5-15 баллов.
2. Средний уровень удовлетворённости жизнью – 15-25 баллов.
3. Высокий уровень удовлетворённости жизнью – 25 и выше баллов.

Одиннадцатый раздел унифицированной карты позволял определить особенности преодоления стрессовых ситуаций [118]. Предлагался ряд утверждений, на которые респондент мог ответить положительно или нет, например: «Оказавшись в трудной ситуации, я говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации», «... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня

проблемы», «... обращался за помощью к специалистам», «... в целом избегал общения с людьми», «... стоял на своем и боролся за то, чего хотел» и др. этой методикой определяли копинг-механизмы, способы преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегии [422]. Данный опросник считался первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирована в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева – Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой [50; 68; 191].

В опроснике имеется 50 утверждений, группируемых в 8 шкал. Номера опросника (по порядку, но разные) оценивали разные шкалы, например, в шкале «конфронтативный копинг» вопросы – 2, 3, 13, 21, 26, 37 и т.д.

Виды копинг-стратегий:

1. Копинг-стратегия конфронтации. Стратегия конфронтации предполагала попытку разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. При выраженном предпочтении этой стратегии могли наблюдаться импульсивность в поведении (иногда с элементами враждебности и конфликтности), враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряли свою целенаправленность и становились преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Часто стратегия конфронтации рассматривалась как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивала способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных

ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессогенных условиях.

Положительные стороны: возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию.

Отрицательные стороны: недостаточная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения в проблемной ситуации.

2. Копинг-стратегия дистанцирования. Стратегия дистанцирования предполагала попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения её значимости и степени эмоциональной вовлеченности в неё. Характерно использование интеллектуальных приёмов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п.

Положительные стороны: возможность снижения субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и предотвращения интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию.

Отрицательные стороны: вероятность обесценивания собственных переживаний, недооценка значимости и возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций.

3. Копинг-стратегия самоконтроля. Стратегия самоконтроля предполагала попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля у личности могло наблюдаться стремление скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией. Часто такое поведение свидетельствовало о боязни самораскрытия, чрезмерной требовательности к себе, приводящей к сверхконтролю поведения.

Положительные стороны: возможность избегания эмоциогенных импульсивных поступков, преобладание рационального подхода к проблемным ситуациям.

Отрицательные стороны: трудности выражения переживаний, потребностей и побуждений в связи с проблемной ситуацией, сверхконтроль поведения.

4. Копинг-стратегия поиск социальной поддержки. Стратегия поиска социальной поддержки предполагала попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагал обращение за рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим, с точки зрения респондента, необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявлялась в стремлении быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки, ведущей являлась потребность в помощи конкретными действиями.

Положительные стороны: возможность использования внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации.

Отрицательные стороны: возможность формирования зависимой позиции и / или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим.

5. Копинг-стратегия принятия ответственности. Стратегия принятия ответственности предполагала признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражала стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в

личных недостатках и ошибках. Вместе с тем, выраженность данной стратегии в поведении могла приводить к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворённости собой. Указанные особенности, как известно, являются фактором риска развития депрессивных состояний.

Положительные стороны: возможность понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей.

Отрицательные стороны: возможность необоснованной самокритики и принятия чрезмерной ответственности.

6. Копинг-стратегия бегства-избегания. Стратегия бегства-избегания предполагала попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могли наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п., с целью снижения мучительного эмоционального напряжения. Большинство исследователей эта стратегия рассматривалась как неадаптивная, однако это обстоятельство не исключало ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях.

Положительные стороны: возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса.

Отрицательные стороны: невозможность разрешения проблемы, вероятность накопления трудностей, краткосрочный эффект предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта.

7. Копинг-стратегия планирования решения проблемы. Стратегия планирования решения проблемы предполагала попытки преодоления

проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривалась большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей.

Положительные стороны: возможность целенаправленного и планомерного разрешения проблемной ситуации.

Отрицательные стороны: вероятность чрезмерной рациональности, недостаточной эмоциональности, интуитивности и спонтанности в поведении.

8. Копинг-стратегия положительной переоценки. Стратегия положительной переоценки предполагала попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение её в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

Положительные стороны: возможность положительного переосмысления проблемной ситуации.

Отрицательные стороны: вероятность недооценки личностью возможностей действенного разрешения проблемной ситуации.

Процедура определения копинг-стратегий.

Респонденту предлагали 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Он должен был оценить, как часто данные варианты поведения проявлялись у него.

Обработка и интерпретация результатов. Ключ сырых баллов:

1. Конфронтационный копинг – пункты: 2, 3, 13, 21, 26, 37.
2. Дистанцирование – пункты: 8, 9, 11, 16, 32, 35.
3. Самоконтроль – пункты: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.

4. Поиск социальной поддержки – пункты: 4, 14, 17, 24, 33, 36.
5. Принятие ответственности – пункты: 5, 19, 22, 42.
6. Бегство-избегание – пункты: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.
7. Планирование решения проблемы – пункты: 1, 20, 30, 39, 40, 43.
8. Положительная переоценка – пункты: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

В адаптации Т.Л. Крюковой и соавторов (подсчитываем баллы, суммируя по каждой субшкале):

1. Никогда – 0 баллов.
2. Редко – 1 балл.
3. Иногда – 2 балла.
4. Часто – 3 балла.

Напряженность копинга определялась по суммарному баллу:

1. 0-6 – низкий уровень напряженности, говорит об адаптивном варианте копинга.
2. 7-12 – средний, адаптационный патенциал личности в пограничном состоянии.
3. 13-18 – высокая напряженность копинга, свидетельствует о выраженной дезадаптации.

2.2 Характеристика методов исследования

На первом этапе выполнения диссертационной работы были использованы следующие методики: методика определения соматотипа по Хит-Картеру, а также информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-эпидемиологический, клинико-анамнестический, психодиагностический, клинико-психопатологический, клинико-психологический, математико-статистический.

Методика определения соматотипа по Хит-Картеру являлась универсальной и унифицированной, не зависела от пола и возраста

исследуемого контингента. В 1968 Б. Хит и Л. Картер доработали систему Шелдона, предложив формулы для числового определения компонентов соматотипа и формулы для расчета результирующей точки на плоскости с тремя осями (см. рисунки 2.1 и 2.2), расположенными под углом 120 градусов друг относительно друга [262-263].

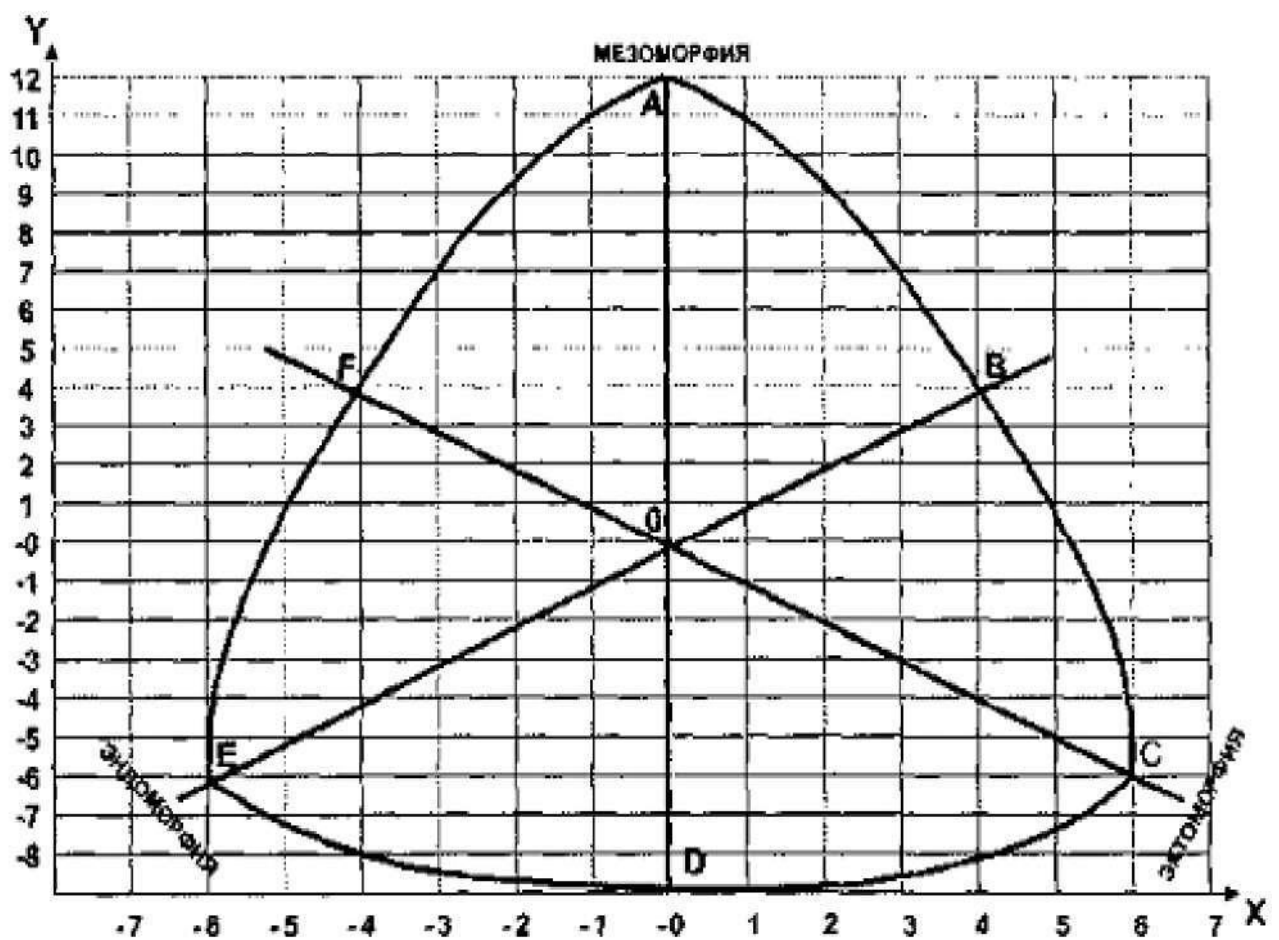


Рисунок 2.1 – Соматокарта определения соматотипа по Хит-Картеру

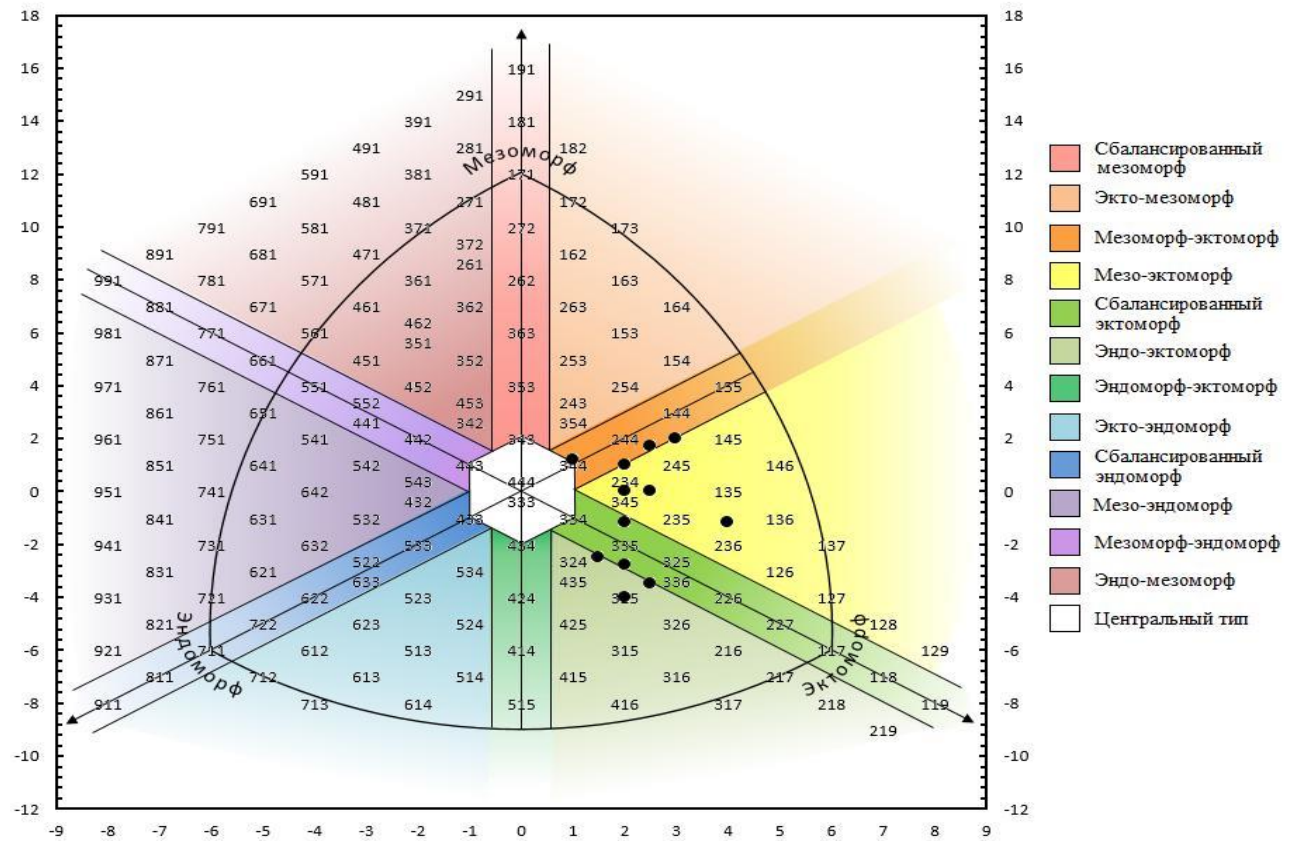


Рисунок 2.2 – Цифровая соматокарта определения соматотипа по Хит-Картеру (цветная)

Каждая ось обозначена буквами: AD, BE и CF соответственно. Точка пересечения осей обозначена буквой О. Также на изображении присутствуют 2 оси координат: вертикально расположенная ось Y и горизонтально расположенная ось X. Кроме этого использовали цифровую соматокарту с обозначением компонентов.

Для определения соматотипа изучали следующие антропометрические данные: массу тела; длину тела; обхват грудной клетки на вдохе; обхват грудной клетки на выдохе; обхват плеча в напряженном состоянии; обхват предплечья; обхват бедра; обхват голени; поперечный диаметр дистального эпифиза плеча (диаметр локтя, ширина локтя); поперечный диаметр дистальной части предплечья (диаметр запястья, ширина запястья); поперечный диаметр дистального эпифиза бедра (диаметр колена, ширина

колена); поперечный диаметр дистальной части голени (диаметр лодыжек, ширина лодыжек); жировую складку под лопаткой; жировую складку на задней поверхности плеча, или на трицепсе; жировую складку на передней поверхности плеча, или на бицепсе; жировую складку на предплечье; жировую складку на груди; жировую складку на животе; жировую складку на наружной поверхности бедра; жировую складку на голени.

Для расчета соматотипа по схеме Хит-Картера использовали следующие расчетные признаки [262,263]: длину и массу тела, обхват плеча в напряженном состоянии и голени, поперечный диаметр дистального эпифиза плеча (ширину локтя), поперечный диаметр дистального эпифиза бедра (ширину колена), толщину кожно-жировых складок под лопаткой, на задней поверхности плеча (на трицепсе), на животе (латерально, над подвздошным гребнем) и на голени. Длину тела определяли антропометром Мартина (производство GPM, Швейцария) с точностью до 1 мм, а массу тела — на электронных весах с точностью до 0,1 кг. Обхваты измеряли тканевой сантиметровой лентой, поперечные диаметры — скользящим циркулем с точностью до 1 мм. Толщину кожно-жировых складок определяли по методике Н. Ю. Лутовиной с соавторами [137] с использованием калипера GPM с точностью до 0,2 мм.

Соматотип по Хит-Картеру определяли на основании 3 компонентов сомы: эндоморфии, мезоморфии и эктоморфии. Этими показателями количественно характеризовали уровень развития мышечной, костной и жировой ткани, а также линейность телосложения соответственно [262-263]. Для расчета компонентов соматотипа использовали следующие формулы [262-263]:

$$\text{Эндоморфия} = -0,7182 + 0,1451 * X - 0,00068 * X^2 + 0,0000014 * X^3 \quad (2.1),$$

$$\text{где } X = (\text{ж.скл. на трицепсе} + \text{ж.скл. под лопаткой} + \text{ж.скл. на животе}) * (170,18 / \text{длину тела в см}) \quad (2.2).$$

$$\text{Мезоморфия} = 0,858 * \text{ширина локтя} + 0,601 * \text{ширина колена} +$$

$$+ 0,188 * \text{обхват плеча с поправкой} + 0,161 * \text{обхват голени с поправкой} - 0,131 * \text{длина тела} + 4,5 \quad (2.3),$$

где обхват плеча с поправкой – разность обхвата плеча в напряженном состоянии и толщины кожно-жировой складки на трицепсе (см), обхват голени с поправкой – разность обхвата голени и толщины кожно-жировой складки на голени (см).

$$\text{Эктоморфия} = 0,732 * \text{РВО} - 28,58, \text{ если } \text{РВО} \geq 40,75 \quad (2.4),$$

$$= 0,463 * \text{РВО} - 17,63, \text{ если } 38,25 < \text{РВО} < 40,75 \quad (2.5),$$

$$= 0,1, \text{ если } \text{РВО} \leq 38,25 \quad (2.6),$$

где РВО – росто-весовое отношение, равное отношению длины тела (в см) к корню кубическому массы тела (кг). В случае если расчетное значение эндо-, мезо- и эктоморфии было меньше 0,1, то принималось значение 0,1.

Полученные данные представляли на соматокарте, служащей двумерным представлением соматотипа, в координатах:

$$x = \text{Эктоморфия} - \text{Эндоморфия} \quad (2.7),$$

$$y = 2 * \text{Мезоморфия} - (\text{Эндоморфия} + \text{Эктоморфия}) \quad (2.8).$$

Если точка с координатами (x; y) находилась в секторе на соматокарте, то соматотип определяли как смешанный: АОВ – экто-мезоморфный, ВОС – мезо-эктоморфный, СОД – эндо-эктоморфный, ДОЕ – экто-эндоморфный, ЕОФ – мезо-эндоморфный, ФОА – эндо-мезоморфный. Если точка с координатами (x; y) находилась на оси, то соматотип определяли как сбалансированный (чистый): АД – мезоморфный сбалансированный (чистый), ВЕ – эндоморфный сбалансированный (чистый), СФ – эктоморфный сбалансированный (чистый).

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

Для оценки психоэмоционального состояния и социальной активности – методику «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН) (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния) [251].

Установление и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществляли с помощью опросника SCL-90-R [351-352].

Исследование характера употребления ПАВ построено на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодёжи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МБА) [81; 478].

Комплексная оценка аддиктивного статуса осуществлялась с помощью следующих методик:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).
2. TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака.
3. INTERNET-UDIT (Internet Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью сетью Интернет (за исключением игр).
4. COMP-UDIT (Computer Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью играми/игровыми приставками или компьютерными играми (в том числе сетевыми играми в сети Интернет).
5. GAMBLING-UDIT (Gambling's Usage Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью азартными играми (играми на деньги).

Самодиагностика патологического пристрастия к сети Интернет выполнена с помощью тестовой методики «Internet Addiction Test» [502].

Индивидуально-личностные характеристики были изучены с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека (по А.В. Батаршеву, 2004) [32; 261].

Удовлетворённость жизнью измерена по «Шкале удовлетворённости жизнью» [42; 300-301].

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли опросник способов совладания (WCQ) [68].

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа [116]. Накопление, корректировку, систематизацию исходной информации и визуализацию полученных результатов осуществляли в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc) [260; 296; 397].

Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовали критерий Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерий Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50), а также показатели асимметрии и эксцесса.

В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединяли в вариационные ряды, в которых проводили расчет средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ).

Совокупности количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, описывали при помощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей ($Q1$ - $Q3$) [182].

Номинальные данные описывали с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовали U-критерий Манна-Уитни [115; 123]. Для этого составляли единый ранжированный ряд из обеих сопоставляемых выборок, расставив их элементы по степени нарастания признака и приписав меньшему значению меньший ранг. Затем разделяли единый ранжированный ряд на два, состоящие соответственно из единиц первой и второй выборок, в каждом из которых отдельно подсчитывали сумму рангов. После этого рассчитывали значение U-критерия по следующей формуле:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x \quad (2.9),$$

где n_1 – количество элементов в первой выборке, n_2 – количество элементов во второй выборке, n_x – количество элементов в большей выборке, T_x – сумма рангов в большей выборке.

Рассчитанные значения U-критерия Манна-Уитни сравнивали с критическими при заданном уровне значимости: в том случае, если рассчитанное значение U было равно или меньше критического, признавалась статистическая значимость различий [238].

При сравнении нескольких выборок количественных данных, имеющих распределение, отличное от нормального, использовали критерий Краскела-Уоллиса, являющийся непараметрической альтернативой однофакторного дисперсионного анализа. Критерий Краскела-Уоллиса вычисляли после ранжирования всех элементов анализируемых совокупностей по следующей формуле:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} - 3(n+1) \quad (2.10),$$

где H – критерий Краскела-Уоллиса, n – общее число исследуемых, R_i – сумма рангов исследуемых, относящихся к определенной выборке, k – число сопоставляемых выборок.

В том случае, если рассчитанное значение критерия Краскела-Уоллиса превышало критическое, различия показателей считали статистически значимыми. В противном случае признавали верной нулевую гипотезу.

В случае обнаружения статистически значимых различий между группами, дополнительно проводили парное сравнение совокупностей при помощи апостериорного критерия Данна.

Сравнение номинальных данных проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона, позволяющего оценить значимость различий между фактическим количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы.

Вначале рассчитывали ожидаемое количество наблюдений в каждой из ячеек таблицы сопряженности при условии справедливости нулевой гипотезы об отсутствии взаимосвязи. Для этого перемножали суммы рядов и столбцов (маргинальных итогов) с последующим делением полученного произведения на общее число наблюдений. Затем рассчитывали значение критерия χ^2 по формуле:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad (2.11),$$

где i – номер строки (от 1 до r), j – номер столбца (от 1 до c) O_{ij} – фактическое количество наблюдений в ячейке ij , E_{ij} – ожидаемое число наблюдений в ячейке ij .

Значение критерия χ^2 сравнивали с критическими значениями для $(r - 1) \times (c - 1)$ числа степеней свободы. В том случае, если полученное значение критерия χ^2 превышало критическое, делали вывод о наличии статистической взаимосвязи между изучаемым фактором риска и исходом при соответствующем уровне значимости.

В случае анализа четырехпольных таблиц при ожидаемом явлении хотя бы в одной ячейке менее 10, рассчитывали критерий χ^2 с поправкой Йейтса,

позволяющей уменьшить вероятность ошибки первого типа, т.е. обнаружения различий там, где их нет. Поправка Йейтса заключается в вычитании 0,5 из абсолютного значения разности между фактическим и ожидаемым количеством наблюдений в каждой ячейке, что ведет к уменьшению величины критерия χ^2 :

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(|O_{ij} - E_{ij}| - 0,5)^2}{E_{ij}} \quad (2.12),$$

В тех случаях, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 5, для оценки уровня значимости различий использовали точный критерий Фишера, который рассчитывали по формуле:

$$P = \frac{(A+B)! \cdot (C+D)! \cdot (A+C)! \cdot (B+D)!}{A! \cdot B! \cdot C! \cdot D! \cdot N!} \quad (2.13),$$

где A, B, C, D – фактические количества наблюдений в ячейках таблицы сопряженности, N – общее число исследуемых, ! – факториал, который равен произведению числа на последовательность чисел, каждое из которых меньше предыдущего на 1.

Полученное значение точного критерия Фишера P более 0,05 свидетельствовало об отсутствии статистически значимых различий. Значение P менее 0,05 – об их наличии.

В качестве количественной меры эффекта при сравнении относительных показателей использовали показатель отношения шансов (ОШ), определяемый как отношение вероятности наступления события в группе, подвергнутой воздействию фактора риска, к вероятности наступления события в контрольной группе. Показатель отношения шансов рассчитывали исходя из полученных таблиц сопряженности по формуле:

$$OR = \frac{A \cdot D}{B \cdot C} \quad (2.14),$$

С целью проецирования полученных значений ОШ на генеральную совокупность рассчитывали границы 95% доверительного интервала (95% ДИ) по следующим формулам:

$$\text{Нижняя граница 95\% ДИ} = e^{\ln(OR) - 1,96 \cdot \sqrt{\frac{1}{A} + \frac{1}{B} + \frac{1}{C} + \frac{1}{D}}} \quad (2.15),$$

$$\text{Верхняя граница 95\% ДИ} = e^{\ln(OR) + 1,96 \cdot \sqrt{\frac{1}{A} + \frac{1}{B} + \frac{1}{C} + \frac{1}{D}}} \quad (2.16).$$

Исходя из полученных данных, значимость взаимосвязи исхода и фактора считали доказанной в случае нахождения доверительного интервала за пределами границы отсутствия эффекта, принимаемой за 1.

Для проверки различий между двумя сравниваемыми парными выборками нами применялся W-критерий Уилкоксона. При этом для каждого пациента вычисляли величину изменения признака. Все изменения были упорядочены по абсолютной величине (без учета знака). Затем рангам приписывали знак изменения («+» или «-»), для каждого знака ранги суммировали. Выбирали меньшую сумму рангов (W), которая сравнивалась с критическим значением W-критерия. Если рассчитанное значение W было меньше или равно критическому, делали вывод о наличии статистической значимости различий сравниваемых выборок.

В качестве показателя тесноты связи между количественными показателями x и y, имеющими нормальное распределение, использовали коэффициент корреляции r_{xy} Пирсона, который рассчитывали по следующей формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum(d_x \times d_y)}{\sqrt{(\sum d_x^2 \times \sum d_y^2)}} \quad (2.17).$$

Оценку статистической значимости корреляционной связи осуществляли с помощью t-критерия, рассчитываемого по следующей формуле:

$$t_r = \frac{r_{xy} \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r_{xy}^2}} \quad (2.18).$$

Полученное значение t_r сравнивали с критическим значением $t_{\text{крит}}$ при определенном уровне значимости и числе степеней свободы $n - 2$. Если t_r превышал $t_{\text{крит}}$, то делали вывод о значимости параметра. Значения коэффициента корреляции r_{xy} интерпретировали в соответствии со шкалой Чеддока (см. табл. 2.6)

Таблица 2.6 – Показатели силы корреляционной связи по Чеддак

Значения коэффициента корреляции r_{xy}	Характеристика тесноты корреляционной связи
менее 0,1	связь отсутствует
0,1-0,3	слабая
0,3-0,5	умеренная
0,5-0,7	средней силы
0,7-0,9	высокая
0,9-0,99	очень высокая

С целью изучения связи между явлениями, представленными количественными данными, распределение которых отличалось от нормального, использовали непараметрический метод – расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена [107].

Для этого каждому из сравниваемых признаков был присвоен порядковый номер (ранг) по возрастанию или убыванию. Далее для каждой пары сопоставляемых значений определяли разность рангов (d). Коэффициент Спирмена рассчитывали по следующей формуле:

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)} \quad (2.19).$$

Оценку статистической значимости корреляционной связи осуществляли с помощью t-критерия, рассчитываемого по следующей формуле:

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}} \quad (2.20).$$

Если рассчитанное значение t было меньше критического при заданном числе степеней свободы и уровне значимости, делали вывод об отсутствии статистической значимости взаимосвязи [74]. Если больше – то корреляционную связь считали статистически значимой. Значения коэффициента корреляции r интерпретировали также в соответствии со шкалой Чеддока (см. табл. 2.6).

Построение прогностической модели риска определенного исхода выполняли при помощи метода бинарной логистической регрессии [70]. Выбор метода обусловлен тем, что зависимая переменная является дихотомической, а независимые переменные характеризуют как категориальные, так и количественные признаки. Прогностическая модель имела следующее математическое выражение:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-z}} \quad (2.21),$$

$$z = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_nx_n \quad (2.22),$$

где p – вероятность возникновения изучаемого исхода, $x_1...x_n$ – значения факторов риска, измеренные в номинальной, порядковой или количественной шкале, $a_1...a_n$ – коэффициенты регрессии.

Отбор независимых переменных производили методом пошаговой прямой селекции с использованием в качестве критерия исключения статистики Вальда. Статистическую значимость полученной модели определяли с помощью критерия χ^2 .

Мерой определенности, указывающей на ту часть дисперсии, которая может быть объяснена с помощью логистической регрессии, в нашем исследовании служил показатель Найджелкерка.

Для оценки диагностической значимости количественных признаков при прогнозировании определенного исхода, в том числе вероятности наступления исхода, рассчитанной с помощью регрессионной модели, применяли метод анализа ROC-кривых. С его помощью определяли оптимальное разделяющее значение количественного признака, позволяющее классифицировать пациентов по степени риска исхода, обладающее наилучшим сочетанием чувствительности и специфичности. Качество прогностической модели, полученной данным методом, оценивали исходя из значений площади под ROC-кривой со стандартной ошибкой и 95% доверительным интервалом (ДИ) и уровня статистической значимости.

Для построения прогностической модели использовали метод дискриминантного анализа. В качестве зависимой переменной использовали показатель, принимающий два значения, которые кодировались, соответственно, как 1 (да) и 0 (нет). Независимыми переменными служили количественные показатели. Модель строили по принципу возможности предсказания зависимой переменной исходя из значений измеренных факторных признаков и представляли в виде следующего уравнения:

$$y = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_nx_n \quad (2.23),$$

где y – зависимая переменная, a_0 – константа, $a_{1...n}$ – коэффициенты регрессии, $x_{1...n}$ – независимые переменные (значения факторных признаков).

Статистическая значимость различий средних значений дискриминантной функции в обеих группах (центроидов) определяли при помощи коэффициента λ Уилкса.

Для оценки полученной прогностической модели, основанной на дискриминантной функции, рассчитывали показатели ее чувствительности и специфичности. Диагностическую эффективность модели определяли как долю верно предсказанных величин из общего числа проанализированных наблюдений.

Для объединения пациентов по группам, исходя из их сходства по измеренным признакам, нами применялся кластерный анализ методом k-средних. Анализ проводили в несколько этапов:

1. Выбор переменных-критериев для кластеризации.
2. Выбор способа измерения расстояния между объектами, или кластерами.
3. Формирование кластеров методом слияния.
4. Интерпретация результатов.

В качестве способа измерения расстояния между кластерами был выбран квадрат Евклидова расстояния, согласно которому расстояние между объектами равно сумме квадратов разностей между значениями одноименных переменных объектов. Для решения проблемы шкалирования переменных, включенных в кластерный анализ, все переменные приводили к стандартной z-шкале.

Слияние объектов проводили путем межгруппового связывания, при котором объединяли группы, между которыми наблюдали наименьшее среднее расстояние.

После формирования кластеров, для каждого из них с помощью методов описательной статистики рассчитывали средние значения изучаемых показателей, которые затем сравнивали друг с другом.

Таким образом, в проспективном, сплошном, контролируемом, когортном исследовании на условиях информированного согласия с соблюдением принципов деонтологии и биоэтики принимали участие 510 студентов младших курсов одного из университетов нашей Республики возрастом от 17 до 20 лет. Исследование проводили на протяжении 2019-2021 годов.

Дизайн исследования был реализован в 6 этапов: (1) определение соматотипа по Хит-Картеру (оценка антропометрических параметров студентов с последующим определением соматотипа); (2) скринингово-

диагностический этап (определение психического и аддиктивного статуса студентов с последующим разделением на группы в зависимости от наличия признаков нарушений или расстройств адаптации); (3) сравнение психического и аддиктивного статуса с соматотипами по Хит-Картеру (оценка взаимосвязи между психическим и аддиктивным статусом исследуемых, особенностями психоэмоциональных характеристик и наличием признаков употребления ПАВ, увлеченности компьютерами и сетью Интернет с соматотипами по Хит-Картеру, полученными на I этапе исследования); (4) этап сравнительного анализа (из обследуемого контингента сформирована когорта риска возникновения нарушений и расстройств адаптации, формирования зависимости от ПАВ, чрезмерной увлеченности компьютером и сетью Интернет, которая была сопоставлена с практически здоровыми студентами без опыта употребления ПАВ, не склонных к чрезмерному увлечению компьютером и сетью Интернет); (5) медико-социальный этап психопреентивно-психокорректирующих мероприятий (на основании разделения студентов на группы, выявленных психоэмоциональных особенностей, аддиктивных паттернов студенческой молодёжи, наличия признаков нарушений или расстройств адаптации, были определены мишени психопреентивных и психокоррекционных мероприятий); (6) этап оценки эффективности (включал проведение катамнестического исследования с всесторонним анализом достигнутых результатов).

Для выполнения диссертационной работы использовали следующие методики: методика определения соматотипа по Хит-Картеру, а также информационно-аналитический, социально-демографический, клинко-эпидемиологический, клинко-анамнестический, психодиагностический, клинко-психопатологический, клинко-психологический, математико-статистический.

Для проведения клинико-психопатологического исследования использовали следующие методики и тесты:

1. Оценка психоэмоционального состояния и социальной активности по методике «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН).
2. Установление и анализ выраженности психопатологической симптоматики - опросник SCL-90-R.
3. Характер употребления ПАВ – на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодёжи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МВА); комплексная оценка аддиктивного статуса осуществлена с помощью UDIT- подобных тестов.
4. Самодиагностика патологического пристрастия к сети Интернет выполнена с помощью тестовой методики «Internet Addiction Test» (Kimberley S. Young, 1994).
5. Индивидуально-личностные характеристики были изучены с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека (по А. В. Батаршеву, 2004).
6. Интерперсональная диагностика индивидуального стиля межличностного поведения - модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири.
7. Удовлетворённость жизнью измерена по «Шкале удовлетворённости жизнью».
8. Копинг-стратегий контингента – опросник способов совладания (WCQ).

Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc).

ГЛАВА 3

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА,
ИМЕЮЩИХ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ И СКЛОННОСТЬ К
ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ И ИХ СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА****3.1 Особенности психоэмоциональной сферы у студенческой
молодёжи**

Психоэмоциональное состояние студентов было оценено с помощью опросника «САН». Оценивали самочувствие, активность и настроение исследуемых.

Согласно опроснику «САН» благоприятное эмоциональное состояние определяется оценками выше 4 баллов; оптимальное – оценками от 5,0 до 5,5 баллов; неблагоприятное – ниже 4 баллов.

Выявлено, что по опроснику «САН» благоприятное функциональное психоэмоциональное состояние выявлено у 398/78,0±1,8%; 95% ДИ=74,4-81,6; по шкале «Самочувствие» – 373/73,1±2,0%; 95% ДИ=69,3-77,0; «Настроение» – 411/80,6±1,8%; 95% ДИ=77,2-84,0; «Активность» – 307/60,2±2,2%; 95% ДИ=55,9-64,4; по опроснику «САН» оптимальное функциональное психоэмоциональное состояние установлено у 102/20,0±1,8%; 95% ДИ=16,5-23,5; по шкале «Самочувствие» – 107/21,0±1,8%; 95% ДИ=17,4-24,5; «Настроение» – 103/20,2±1,8%; 95% ДИ=16,7-23,7; «Активность» – 85/16,7±1,7%; 95% ДИ=13,4-19,9; по опроснику «САН» неблагоприятное функциональное психоэмоциональное состояние имели 112/22,0±1,8%; 95% ДИ=18,4-25,6; по шкале «Самочувствие» – 137/26,9±2,0%; 95% ДИ=23,0-30,7; «Настроение» –

99/19,4±1,8%; 95% ДИ=16,2-22,8; «Активность» – 203/39,8±2,2%; 95% ДИ=35,6-44,1.

На следующем этапе изучали средние значения исследуемых показателей. Результаты представлены в таблице 3.1

Таблица 3.1 – Показатели психоэмоционального состояния студентов младших курсов университета по методике «САН», баллы, (n = 510)

Шкала	САН	Самочувствие	Активность	Настроение
Показатель	4,72±0,88; (1,97–6,70); Me=4,7; (4,13–5,4)	4,74±1,07; (1,60–7,00) Me=4,90; (4,00-5,50)	4,29±0,97; (1,00–7,00) Me=4,30; (3,70-5,00)	5,12±1,13; (1,40–7,00) Me=5,30; (4,30–6,00)

Превышение средних значений шкалы «Настроение» (5,12±1,13) в сочетании со сниженной «Активностью» (4,29±0,97), что подтверждается значением min = 1,40 и нижнего квартиля q = 3,70 «Активности», может указывать на чувство усталости студентов и наличие психоэмоционального возбуждения, что может привести к хроническому переутомлению и развитию психологического дистресса.

Исследование психофункционального состояния студентов по группам представлено в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Показатели психоэмоционального студентов 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета по методике «САН», баллы, (n = 510)

Шкала	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
САН	5,09±0,72; (3,20-6,70); Me=5,1; (4,5-5,7)	4,47±0,77*; (2,10-6,4); Me=4,5; (4,00-5,00)	3,94±0,88*#; (2,00-6,00); Me=4,0; (3,5-4,60)

Продолжение табл. 3.2

Самочувствие	5,18±0,84; (2,80-7,00); Me=5,30; (4,60-5,80)	4,47±0,97*; (1,70-6,80); Me=4,50; (3,90-5,2)	3,8±1,12*# (1,60-6,50); Me=3,9; (3,00-4,40)
Активность	4,56±0,95; (1,00-7,00); Me=4,60; (3,90-5,20)	4,06±0,84*; (1,80-6,20); Me=4,10; (3,50-4,60)	3,81±0,95*; (1,10-5,90) Me=3,95; (3,30-4,40)
Настроение	5,52±0,91; (3,10-7,00); Me=5,70; (4,90-6,20)	4,88±1,03*; (1,60-7,00); Me=4,90; (4,20-5,70)	4,21±1,27*# (1,40-6,70); Me=4,05; (3,40-5,30)

Примечания:

1. Здесь и далее в табл. 3.2-3.4 –* – статистическая значимость различий значений с группой 1 на уровне $p < 0,001$;

2. # – статистическая значимость различий значений с группой 2 на уровне $p < 0,001$.

Установлены статистически значимые отличия средних значений всех шкал «САН» в группах 1, 2 и 3, за исключением «Активности». Выявлено равномерное снижение средних значений от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА. У практически здоровых студентов выявлено оптимальное функциональное психоэмоциональное состояние по шкалам «Самочувствие» и «Настроение». В группе с ННА средние значения всех шкал свидетельствуют о благоприятном функциональном психоэмоциональном состоянии. В группе с ОПРА средние значения шкал отражают неблагоприятное функциональное психоэмоциональное

состояние, за исключением шкалы «Настроение», более высокие средние значения которой в сочетании с пониженной «Активностью» являются одним из признаков психологического дистресса.

Были изучены гендерные особенности психоэмоционального состояния студентов. Результаты представлены в таблицах 3.3 и 3.4.

Таблица 3.3 – Показатели психоэмоциональная состояния девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета по методике «САН»), баллы, (n = 307)

Шкала	Группа 1, n=143	Группа 2, n=95	Группа 3, n=69
САН	5,02±0,76; (3,20-6,60); Me=5,00; (4,40-5,60)	4,52±0,72;* (2,60-6,00); Me=4,50; (4,10-5,00)	3,95±0,94;*# (2,00-6,00); Me=4,00; (3,50-4,60)
Самочувствие	5,03±0,91; (2,80-6,60); Me=5,10; (4,30-5,80)	4,49±0,96;* (1,70-6,80); Me=4,50; (3,90-5,20)	3,78±1,16;*# (1,60-6,50); Me=3,90; (3,00-4,40)
Активность	4,54±0,93; (2,30-7,00); Me=4,60; (3,90-5,20)	4,05±0,85;* (1,80-5,70); Me=4,10; (3,40-4,70)	3,82±0,99;* (1,10-5,90) Me=3,90; (3,30-4,50)
Настроение	5,49±0,96; (3,10-7,00); Me=5,80; (4,80-6,20)	5,02±0,95;* (2,10-7,00); Me=5,10; (4,30-5,70)	4,23±1,32;*# (1,40-6,60); Me=4,10; (3,10-5,30)

У студентов женского пола определяется равномерное снижение средних значений шкалы «САН» от группы практически здоровых

студентов к группе с ОПРА ($p < 0,001$). Выявлено статистически значимое отличие шкал «Самочувствие» и «Настроение» в группах практически здоровых студентов, с ННА и ОПРА. Средние значения шкалы «Активность» статистически значимо отличались в группах 1 и 2, 1 и 3. При этом группы 2 и 3 не отличались между собой по средним значениям показателя «Активность».

Таблица 3.4 – Показатели психоэмоционального состояния юношей 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета по методике «САН», баллы, ($n = 203$)

Шкала	Группа 1, n=130	Группа 2, n=60	Группа 3, n=13
САН	5,17±0,67; (3,90-6,70); Me=5,15; (4,70-5,70)	4,39±0,83,* (2,10-6,40); Me=4,40; (3,90-4,85)	3,93±0,54 (3,10-5,00); Me=3,90; (3,60-4,10)
Самочувствие	5,34±0,73; (3,70-7,00); Me=5,40; (4,80-5,80)	4,43±0,98,* (2,30-6,40); Me=4,50; (3,80-5,10)	3,90±0,89,* (2,60-6,40); Me=3,80; (3,50-4,00)
Активность	4,59±0,99; (1,00-6,90); Me=4,65; (3,90-5,40)	4,08±0,83,* (2,10-6,20); Me=4,15; (3,65-4,45)	3,80±0,73,* (1,80-4,70); Me=4,00; (3,70-4,00)
Настроение	5,55±0,86; (3,60-7,00); Me=5,70; (5,00-6,20)	4,66±1,11,* (1,60-6,90); Me=4,55; (4,00-5,60)	4,10±1,04,* (2,30-6,70); Me=4,00; (3,70-4,10)

У лиц мужского пола было выявлено снижение средних значений всех показателей шкал опросника от группы 1 к группе 3. Определены статистически значимые отличия изучаемых показателей между группами 1 и 2, 1 и 3.

Таким образом, были изучены гендерные особенности психоэмоционального состояния студенческой молодёжи. Выявлено статистически значимое снижение показателя «Активность» в группах с ННА и ОПРА по сравнению с практически здоровыми студентами, что сочетается у девушек с ННА с повышением показателя «Настроение» и может свидетельствовать о переутомлении и являться ранним признаком психологического дистресса. Полученные результаты легли в основу программы психопревенции расстройств адаптации у студенческой молодёжи.

3.2 Взаимосвязь психического и аддиктивного статуса с соматотипами по Хит-Картеру

На следующем этапе провели антропометрические измерения студенческой молодёжи и изучение их соматотипов по методике Хит-Картера. Для дальнейшего исследования по согласованию была отобрана группа девушек ($n=307$), так как у девушек статистически значимо раньше появляются признаки снижения «Активности», что в сочетании с повышенным «Настроением» (САН, 1973) может свидетельствовать о переутомлении и выступать предиктором формирования дезадаптационных состояний. Полученные данные представлены в таблице 3.5. Как видно из таблицы, в группе 1 преобладали соматотипы: эндо-экторморфный (COD) – 42,6% и эндо-мезоморфный (FOA) – 38,5%, что указывало на превалирование эндоморфного компонента у практически здоровых студентов.

Таблица 3.5 – Показатели распределения соматотипов у девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета баллы, (n = 307)

Соматотип	Группа 1 Практически здоровые n=273 (53,5%)	Группа 2 с ННА n=155 (30,4%)	Группа 3 с ОПРА n=82 (16,1%)
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
AOB	16/11,2	11/11,6	13/18,8
BOC	0	6/6,3	18/26,1
COD	61/42,6	29/30,5	0
DOE	0	17/17,9	18/26,1
EOF	11/7,7	7/7,4	17/24,6
FOA	55/38,5	22/23,1	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	3/3,2	3/4,3

Примечание. Формат представления данных: абс. / P, %

У студентов с ННА (см. табл. 3.5) повышалось разнообразие соматотипов, появлялись следующие виды: мезо-экторморфный (BOC) – 6,3%, экто-эндоморфный (DOE) – 17,9% и экторморфный сбалансированный (CF) – 3,2%. При этом уменьшился удельный вес лиц с эндо-экторморфным (COD) – 30,5% и эндо-мезоморфным (FOA) – 23,1% в группе 2 по сравнению с группой 1 (COD=42,6% и FOA=38,5%). В группе с ОПРА исчезли эндо-экторморфный (COD) и эндо-мезоморфный (FOA). Наблюдали увеличение

удельного веса мезо- и эктоморфного компонентов от группы практически здоровых студентов к лицам с ОПРА.

3.3 Особенности характеристики соматотипов девушек младших курсов университета во взаимосвязи с психоэмоциональной сферой

Нами изучены показатели психоэмоционального состояния девушек младших курсов университета по методика «САН», шкала «САН», результаты представлены в таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Показатели психоэмоционального состояния девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН», шкала «САН»), баллы, (n = 307) при разных соматотипах

Шкала	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
САН			
АОВ	5,05±0,72; (4,00-6,30); Me=5,00; (4,40-5,60)	4,47±0,39*; (3,90-5,20); Me=4,50; (4,10-4,70)	3,83±1,07*; (2,00-5,40); Me=3,90; (3,10-4,70)
ВОС	0	4,71±0,29; (4,30-5,10); Me=4,65; (4,60-5,00)	0
COD	5,09±0,83; (3,20-6,60); Me=5,30; (4,60-5,70)	4,53±0,85*; (2,60-6,00); Me=4,60; (4,00-5,20)	0

Продолжение табл. 3.6

DOE	0	4,37±0,82; (3,00-5,60); Me=4,30; (3,70-4,80)	4,05±0,91; (2,50-6,00); Me=4,05; (3,50-4,40)
EOF	5,50±0,60; (4,20-6,40); Me=5,60; (5,10-5,80)	4,55±0,59*; (3,40-5,10); Me=4,70; (4,20-5,10)	3,78±0,97*; (2,30-5,30); Me=4,20; (2,90-4,40)
FOA	4,82±0,69; (3,70-6,40); Me=4,70; (4,20-5,40)	4,45±0,69; (2,80-6,00); Me=4,50; (4,10-4,70)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	4,39±0,83; (2,10-6,40); Me=4,40; (3,90-6,00)	4,16±0,28; (4,00-4,50); Me=4,00; (4,00-4,50)

Примечания:

1. Здесь и далее в табл. 3.6-3.9* – статистическая значимость различий значений с группой 1 на уровне $p < 0,001$;

2. # – статистическая значимость различий значений с группой 2 на уровне $p < 0,001$.

Определялось статистически значимое снижение средних значений шкалы «САН» у девушек с экто-мезоморфным соматотипом (АОВ) в группах 2 и 3 по сравнению с группой 1. Также среднее значение «САН» ниже у девушек эндо-экторморфного соматотипа (COD) в группе 2 по сравнению с группой 1. Снижение средних значений «САН» выявлено у девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) в группе с ННА и ОПРА по сравнению с практически здоровыми студентами.

По данным таблицы 3.7 для девушек с экто-мезоморфным соматотипом (АОВ) было характерно статистически значимое снижение средних значений «Самочувствия» в группе с ОПРА по сравнению с практически здоровыми студентами.

Таблица 3.7 – Показатели психоэмоционального состояния девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН», шкала «Самочувствие»), баллы, (n = 307) при разных соматотипах

Шкала	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
Самочувствие			
АОВ	4,98±0,67; (4,00-6,10); Me=4,95; (4,45-5,40)	4,46±0,59; (3,20-5,40); Me=4,40; (4,00-4,90)	3,64±1,14*; (1,70-5,60); Me=3,90; (2,80-4,00)
ВОС	0	4,80±0,55; (4,30-5,50); Me=4,55; (4,40-5,50)	0

Продолжение табл.3.7

COD	5,14±1,00; (2,80-6,60); Me=5,20; (4,50-5,90)	4,56±1,00*; (2,60-6,10); Me=4,50; (3,90-5,30)	0
DOE	0	4,17±1,27; (1,70-6,80); Me=4,20; (3,40-5,00)	3,80±1,23; (1,60-6,00); Me=3,95; (2,80-4,40)
EOF	5,65±0,68; (3,90-6,30); Me=5,90; (5,30-6,10)	4,65±1,08*; (2,60-6,10); Me=4,80; (4,20-5,20)	3,75±1,33*; (1,60-6,50); Me=3,60; (2,60-4,50)
FOA	4,79±0,83; (3,00-6,50); Me=4,90; (4,10-5,40)	4,40±0,85; (2,40-5,90); Me=4,25; (3,80-5,20)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	5,46±0,40; (5,10-5,90); Me=5,40; (5,10-5,90)	3,63±0,98; (2,50-4,30); Me=4,10; (2,50-4,30)

При этом определялось снижение средних значений «Самочувствия» у девушек эндо-экторморфного соматотипа (COD) в группе 2 по сравнению с группой 1. Установлено, что средние значения «Самочувствия» у девушек с ННА и ОПРА мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) статистически значимо ниже, чем у практически здоровых студентов (см. табл. 3.7).

Согласно данным таблицы 3.8 выявлено статистически значимое снижение средних значений «Активности» у девушек экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) в группе с ННА и ОПРА по сравнению с практически здоровыми студентами.

Таблица 3.8 – Показатели психоэмоционального состояния девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН», шкала «Активность»), баллы, (n = 307) при разных соматотипах

Шкала	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
Активность			
АОВ	4,70±0,87; (3,50-6,40); Me=4,50; (4,00-5,35)	3,88±0,71*; (2,80-5,20); Me=3,70; (3,40-4,50)	3,82±0,90*; (1,90-5,20); Me=4,00; (3,80-4,20)
ВОС	0	4,06±0,69; (2,80-4,90); Me=4,10; (4,10-4,40)	0

Продолжение табл.3.8

COD	4,67±0,92; (2,50-7,00); Me=4,70; (4,20-5,20)	4,25±0,89; (1,80-5,40); Me=4,40; (3,60-5,00)	0
DOE	0	3,90±0,87; (2,40-5,20); Me=3,80; (3,20-4,70)	3,96±0,89; (2,40-5,90); Me=3,80; (3,30-4,20)
EOF	4,65±1,10; (2,40-6,20); Me=4,80; (3,80-5,40)	3,94±1,00; (1,80-5,00); Me=4,10; (4,00-4,40)	3,39±1,10*; (1,50-5,20); Me=3,30; (2,70-4,30)
FOA	4,32±0,90; (2,30-6,00); Me=4,30; (3,70-4,90)	3,85±0,77*; (2,70-5,60); Me=3,80; (3,30-4,30)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	5,16±0,50; (4,70-5,70); Me=5,10; (4,70-5,70)	4,40±0,50; (3,90-4,90); Me=4,40; (3,90-4,90)

Обращает на себя внимание исчезновение достоверной разницы средних значений «Активности» у девушек эндо-экторморфного соматотипа (COD) и мезо-эндоморфного соматотипов (EOF) в группах 2 и 1, при наличии статистически значимой разницы по шкалам «САН» и «Самочувствие» в данных группах. Выявлено статистически значимое снижение средних значений «Активности» у девушек эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) в группе 2 по сравнению с группой 1.

Установлено статистически значимое снижение средних значений «Настроения» у девушек группы 3 экто-мезоморфного соматотипа (AOB) по сравнению с группой 1 (см. табл. 3.9). Определялось достоверное снижение «Настроения» у девушек эндо-экторморфного соматотипа (COD) с ННА по сравнению с практически здоровыми студентами. Выявлено, что средние значения «Настроения» у девушек с ННА и ОПРА мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) статистически значимо ниже, чем у практически здоровых студентов.

Таблица 3.9 – Показатели психоэмоционального состояния девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН», шкала «Настроение»), баллы, (n = 307) привязанных к соматотипу.

Шкала	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
Настроение			
АОВ	5,49±0,91; (3,90-6,80); Me=5,75; (4,75-6,15)	5,06±0,50; (4,00-5,80); Me=5,10; (4,70-5,40)	4,01±1,53*; (1,40-6,10); Me=3,90; (2,90-5,30)

Продолжение табл. 3.9

BOC	0	5,31±0,53; (4,30-5,90); Me=5,45; (5,30-5,50)	0
COD	5,48±0,96; (3,10-6,90); Me=5,80; (4,80-6,20)	4,77±1,11*; (2,10-7,00); Me=4,90; (4,10-5,60)	0
DOE	0	5,07±1,06; (3,50-6,80); Me=4,80; (4,20-6,00)	4,34±1,40; (1,80-6,40); Me=4,30; (3,80-5,30)
EOF	6,19±0,57; (4,80-6,80); Me=4,20; (5,90-6,60)	5,05±0,99*; (3,60-6,60); Me=5,00; (4,40-5,80)	4,20±1,26*; (2,10-6,60); Me=4,10; (3,10-5,30)
FOA	5,37±0,98; (3,40-7,00); Me=5,30; (4,70-6,10)	5,07±0,91; (3,10-6,60); Me=5,00; (4,70-5,70)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0

Продолжение табл. 3.9

CF	0	5,90±0,70; (5,10-6,40); Me=6,20; (5,10-6,40)	4,50±0,60; (3,90-5,10); Me=4,50; (3,90-5,10)

На следующем этапе была изучена взаимосвязь между показателями психоэмоционального состояния студентов и индексом массы тела (ИМТ). Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между «Активностью» и ИМТ ($R=0,42$, $p<0,05$) у девушек 2 и 3 групп экто-эндоморфного соматотипа (DOE). Установлена положительная корреляционная зависимость средней силы между «Активностью» и ИМТ ($R=0,64$, $p<0,05$) у девушек с ННА экто-эндоморфного соматотипа (DOE). Определена положительная корреляционная связь средней силы между «Самочувствием» и ИМТ ($R=0,64$, $p<0,05$), «Активностью» и ИМТ ($R=0,38$, $p<0,05$), «Настроением» и ИМТ ($R=0,63$, $p<0,05$) и САН и ИМТ ($R=0,65$, $p<0,05$) у девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF).

3.4 Оценка психопатологической симптоматики у студенческой молодёжи

Определение выраженности психопатологической симптоматики и оценку психического состояния студентов проводили с помощью опросника SCL-90-R. Для оценки результатов использовали 9 субшкал: 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 (Fobic Anxiety, PHOB), паранойяльных тенденций (Paranoid Ideation, PAR), психотизма

(Psychoticism, PSY). Дополнительные вопросы (Additional Items, ADD) участвовали в общей обработке результатов и использовались «конфигурально». Для более полной оценки психического состояния исследуемых использовали шкалы 2-го порядка: индекс общей тяжести симптомов (General Symptomatical Index, GSI), общее число утвердительных ответов (Positive Symptomatical Index, PSI), индекс наличия симптоматического дистресса (Positive Distress Symptomatical Index, PDSI).

В результате оценки полученных данных, было выявлено превышение нормальных значений у всех исследуемых ($n=510$) по следующим субшкалам: SOM – $274/53,7 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=49,4 – 58,1; О-С – $225/44,1 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=39,8 – 48,4; INT – $261/51,2 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=46,8 – 55,5; DEP – $223/43,7 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=39,4 – 48,0; ANX – $235/46,1 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=41,8 – 50,4; NOS – $190/37,3 \pm 2,1\%$; 95% ДИ=33,1 – 41,5; PHOB – $254/49,8 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=45,5 – 54,1; PAR – $261/51,2 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=46,8 – 55,5; PSY – $264/51,8 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=47,4 – 56,1; ADD – $263/51,6 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=47,2 – 55,9; GSI – $262/51,4 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=47,0 – 55,7; PSI – $341/66,9 \pm 2,1\%$; 95% ДИ=62,8 – 70,9; PDSI – $340/66,7 \pm 2,1\%$; 95% ДИ=62,6 – 70,8.

Среди всех обследованных ($n=510$) большинство студентов – $274/53,7 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=49,4 – 58,1 имело превышение по субшкале соматизации, что подтверждалось соответствующими клиническими жалобами: дискомфортом в области сердца, головокружением, головной болью, дискомфортом в эпигастральной области, невозможностью сделать полноценный вдох / выдох, холодным потом, чувством дрожи, похолоданием конечностей.

Данные анализа выраженности психопатологической симптоматики всего исследуемого контингента ($n=510$), а также гендерная характеристика приведены в таблице 3.10.

Таблица 3.10 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов младших курсов университета по методике SCL-90-R, (n = 510)

Шкала	Все обследованные, n=510	Коэффициент вариации всех обследованных, n=510, %	Девушки, n=307	Юноши, n=203	Норма
SOM (баллы)	0,8±0,72; (0,00-3,75); Me=0,58; (0,25-1,17)	90	0,97±0,76; (0,00-3,80); Me=0,75; (0,42-1,42)	0,54±0,56#; (0,00-2,75); Me=0,33; (0,17-0,75)	0,44±0,03
O-C (баллы)	0,92±0,69; (0,00-3,80); Me=0,80; (0,40-1,30)	75,5	1,04±0,72; (0,00-3,80); Me=0,90; (0,50-1,40)	0,73±0,60#; (0,00-2,30); Me=0,60; (0,30-1,10)	0,75±0,04
INT (баллы)	0,96±0,81; (0,00-3,78); Me=0,78; (0,33-1,56)	84,1	1,12±0,86; (0,00-3,80); Me=0,89; (0,44-1,67)	0,72±0,67#; (0,00-2,44); Me=0,56; (0,11-1,11)	0,66±0,03
DEP (баллы)	0,86±0,80; (0,00-3,85); Me=0,54; (0,23-1,38)	93,4	1,02±0,85; (0,00-3,90); Me=0,77; (0,31-1,62)	0,61±0,64#; (0,00-2,85); Me=0,38; (0,15-0,92)	0,62±0,04
ANX (баллы)	0,74±0,75; (0,00-3,80); Me=0,50; (0,20-1,10)	101,7	0,88±0,81; (0,00-3,80); Me=0,60; (0,30-1,30)	0,52±0,59#; (0,00-2,70); Me=0,30; (0,10-0,80)	0,47±0,03

Продолжение табл. 3.10

HOS (баллы)	0,73±0,68; (0,00-3,33); Me=0,5; (0,17-1,00)	93,9	0,79±0,70; (0,00-3,30); Me=0,67; (0,33-1,17)	0,63±0,65#; (0,00-3,33); Me=0,33; (0,17-1,00)	0,60±0,04
PHOB (баллы)	0,47±0,62; (0,00-3,57); Me=0,14; (0,00-0,71)	131,1	0,59±0,68; (0,00-3,60); Me=0,29; (0,14-0,86)	0,30±0,46#; (0,00-2,29); Me=0,14; (0,00-0,43)	0,18±0,02
PAR (баллы)	0,79±0,74; (0,00-3,67); Me=0,67; (0,17-1,17)	92,7	0,86±0,76; (0,00-3,70); Me=0,67; (0,33-1,33)	0,69±0,70#; (0,00-2,83); Me=0,50; (0,17-1,17)	0,54±0,04
PSY (баллы)	0,60±0,64; (0,00-3,70); Me=0,40; (0,10-0,90)	107,1	0,66±0,65; (0,00-3,70); Me=0,50; (0,10-1,00)	0,50±0,61#; (0,00-2,40); Me=0,20; (0,00-0,90)	0,30±0,03
ADD (баллы)	0,72±0,68; (0,00-3,71); Me=0,57; (0,14-1,00)	95,5	0,85±0,72; (0,00-3,70); Me=0,71; (0,29-1,14)	0,51±0,57#; (0,00-2,71); Me=0,43; (0,00-0,71)	0,49±0,03
GSI	0,77±0,63; (0,01 – 3,48); Me=0,57; (0,28-1,14)	81,9	0,90±0,66; (0,03 – 3,50); Me=0,66; (0,39-1,34)	0,58±0,53#; (0,01-2,24); Me=0,38; (0,17-0,88)	0,51±0,02

Продолжение табл. 3.10

PDSI	1,62±0,55; (1,00-4,00); Me=1,47; (1,18-1,95)	34,1	1,67±0,56; (1,00-3,60); Me=1,51; (1,24-1,97)	1,56±0,54#; (1,00-4,00); Me=1,40; (1,12-1,87)	1,17±0,05
PSI	39,05±23,85; (1,00-90,00); Me=36,00; (20,00- 55,00)	61,1	44,09±22,71; (3,00-90,00); Me=42,00; (27,00-61,00)	31,43±23,55#; (1,00-90,00); Me=26,00; (12,00-47,00)	21,39±2,02

Примечание. # – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе девушек.

В результате анализа данных таблицы 3.10, выявлено разнообразие признаков психопатологических симптомов у студентов: высокое значение стандартного отклонения и высокий разброс min-max: от 0,00 до 3,90 по всем субшкалам SCL-90-R. Установлена значительная полярность значения индекса проявления симптоматики (PSI), определяется высокое значение величины стандартного отклонения и высокий разброс min – max: от 1,00 до 90,00.

Согласно данным таблицы 3.10, величина стандартного отклонения (SD) примерно равна средним арифметическим (M) значениям изучаемых показателей, что свидетельствует о неоднородности изучаемой группы.

Установлено, что коэффициент вариации превышает 20%-е пограничное значение и достигает 131,1% по субшкале РНОВ. Минимальное значение по субшкале О-С 75,5%.

Выявлено, что у всех исследуемых лидирует превышение по следующим субшкалам: 1 место – SOM (0,8±0,72 при норме 0,44±0,03), 2 место – INT (0,96±0,81 при норме 0,66±0,03), 3 место – РНОВ (0,47±0,62

при норме $0,18 \pm 0,02$), что подтверждается соответствующими жалобами, такими как соматические эквиваленты тревожности, сложностями в межличностном взаимодействии, чувством страха по отношению к определенным людям, местам, объектам или ситуациям.

У студентов женского пола доминирует превышение по субшкалам: 1 место – SOM ($0,97 \pm 0,76$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 2 место – INT ($1,12 \pm 0,86$ при норме $0,66 \pm 0,03$), 3 место поделено между ANX ($0,88 \pm 0,81$ при норме $0,47 \pm 0,03$) и PNOB ($0,59 \pm 0,68$ при норме $0,18 \pm 0,02$).

У лиц мужского пола доминируют превышение средних значений следующих показателей: 1 место – PNOB ($0,30 \pm 0,46$ при норме $0,18 \pm 0,02$), 2 место – SOM ($0,54 \pm 0,56$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 3 место – INT ($0,72 \pm 0,67$ при норме $0,66 \pm 0,03$).

Таким образом, можно сделать вывод, что девушки в состоянии дистресса склонны к проявлению соматических эквивалентов тревожности, в то время как у юношей появляется тенденция к избегающему поведению, отстранённости. Студенты женского пола начинают испытывать сложности в межличностной коммуникации, испытывают нервозность, напряжение. Лица мужского пола склонны к проявлению враждебности, подозрительности, испытывают чувство страха по отношению к определенным людям, местам, объектам или ситуациям.

Средние значения изучаемых показателей по всем изучаемым субшкалам статистически значимо отличаются у лиц мужского и женского пола.

Для разделения студентов на группы использовали кластерный анализ методом «к-срединных», с использованием субшкал SCL-90-R: SOM; INT; DEP; ANX; PNOB. Окончательный вариант деления исследуемых на группы представлен в таблице 3.11.

Таблица 3.11 – Показатели эвклидового расстояния между центрами кластеров

Кластер №	№ 1	№ 2	№ 3
№ 1		0,222	0,299
№ 2	0,472		0,440
№ 3	0,547	0,663	

Отнесение индивидуума к тому или ному кластеру было принято после одной итерации. Адекватность проведенной кластеризации подтверждается эвклидовым расстоянием между кластерами, которые находятся под диагональю: между первым и вторым – 0,472, между первым и третьим – 0,547, между вторым и третьим – 0,663. Квадраты расстояний находятся над диагональю.

Путем кластеризации получены следующие группы студентов: практически здоровые – 273 (53,5%) студента, среди них 130 (47,6%) человек мужского пола и 143 (52,4%) – женского; с ННА – 155 (30,4%) человек, среди них 60 (38,7%) лиц мужского пола и 95 (61,3%) женского пола; с ОПРА – 82 (16,1%) человека, среди них 13 (15,9%) мужского пола и 69 (84,1%) женского пола. Эти группы статистически значимо различаются по средним величинам вышеперечисленных субшкал SCL-90-R.

На следующем этапе изучали выраженность психопатологической симптоматики у лиц женского пола всех 3 групп, что представлено в таблице 3.12.

Выявлено, что у практически здоровых студентов женского пола средние значения всех субшкал находятся в рамках нормальных значений.

У студентов женского пола с ННА доминирует превышение по субшкалам: 1 место - INT ($1,33 \pm 0,53$ при норме $0,66 \pm 0,03$), 2 место - SOM ($1,01 \pm 0,52$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 3 место – DEP ($1,13 \pm 0,43$ при норме $0,62 \pm 0,04$).

Таблица 3.12 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов женского пола младших курсов университета по группам, методика SCL-90-R, (n = 307)

Шкала	Группа 1, n=143	Группа 2, n=95	Группа 3, n=69
SOM (баллы)	0,47±0,34; (0,00-1,83); Me=0,42; (0,17-0,67)	1,01±0,52*; (0,00-2,83); Me=0,42; (0,67-1,33)	1,94±0,71*#; (0,50-3,75); Me=1,83; (1,50-2,33)
O-C (баллы)	0,53±0,32; (0,00-1,50); Me=0,50; (0,30-0,80)	1,12±0,48*; (0,20-2,90); Me=1,00; (0,80-1,40)	1,97±0,62*#; (0,50-3,80); Me=2,00; (1,60-2,20)
INT (баллы)	0,44±0,31; (0,00-1,44); Me=0,44; (0,22-0,56)	1,33±0,53*; (0,30-2,89); Me=1,22; (0,89-1,67)	2,22±0,67*#; (0,90-3,78); Me=2,22; (1,78-2,56)
DEP (баллы)	0,34±0,25; (0,00-1,15); Me=0,31; (0,15-0,54)	1,13±0,43*; (0,30-2,46); Me=1,08; (0,85-1,46)	2,26±0,57*#; (1,50-3,85); Me=2,15; (1,77-2,54)
ANX (баллы)	0,29±0,22; (0,00-1,10); Me=0,30; (0,10-0,40)	0,89±0,40*; (0,10-1,90); Me=0,90; (0,60-1,20)	2,08±0,64*#; (0,70-3,80); Me=2,00; (1,70-2,40)
HOS (баллы)	0,37±0,31; (0,00-1,33); Me=0,33; (0,17-0,50)	0,84±0,50*; (0,00-2,33); Me=0,67; (0,50-1,17)	1,62±0,73*#; (0,20-3,33); Me=1,50; (1,17-2,17)

Продолжение табл. 3.12

PHOV (баллы)	0,15±0,20; (0,00-1,14); Me=0,15; (0,00-0,14)	0,57±0,42*; (0,00-2,00); Me=0,43; (0,29-0,86)	1,51±0,72*#; (0,00-3,57); Me=1,43; (1,00-1,86)
PAR (баллы)	0,36±0,36; (0,00-1,83); Me=0,33; (0,00-0,50)	0,95±0,57*; (0,00-2,67); Me=1,00; (0,50-1,33)	1,77±0,69*#; (0,50-3,67); Me=1,83; (1,33-2,17)
PSY (баллы)	0,20±0,23; (0,00-1,20); Me=0,10; (0,00-0,30)	0,71±0,36*; (0,10-1,70); Me=0,70; (0,50-0,90)	1,54±0,62*#; (0,30-3,70); Me=1,60; (1,20-1,80)
ADD (баллы)	0,39±0,35; (0,00-1,71); Me=0,29; (0,14-0,57)	0,89±0,51*; (0,00-2,29); Me=0,86; (0,57-1,14)	1,75±0,68*#; (0,30-3,71); Me=1,71; (1,43-2,14)
GSI	0,36±0,17; (0,03 – 0,76); Me=0,38; (0,24-0,49)	0,97±0,26*; (0,50 – 1,60); Me=0,99; (0,72-1,16)	1,91±0,41*#; (1,20 – 3,48); Me=1,81; (1,62-2,03)
PDSI	1,31±0,31; (1,00 – 2,67); Me=1,25; (1,09-1,42)	1,69±0,34*; (1,10 – 2,84); Me=1,63; (1,45-1,89)	2,38±0,50*#; (1,50 – 3,64); Me=2,28; (2,00-2,70)

Продолжение табл. 3.12

PSI	24,85±11,36; (3,00 – 48,00); Me=26,00; (18,00-33,00)	51,95±11,75*; (28,00 – 84,00); Me=51,00; (44,00-58,00)	73,14±11,82*#; (45,00 – 90,00); Me=75,00; (65,00-81,00)

Примечания:

1. Здесь и далее в таблицах 3.12-3.13 * – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 1.
2. Здесь и далее в таблицах 3.12-3.13 # – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 2.

У лиц женского пола с ОПРА выявлено превышение по следующим субшкалам: 1 место – DEP (2,26±0,57 при норме 0,62±0,04), 2 место – ANX (2,08±0,64 при норме 0,47±0,03), 3 место – INT (2,22±0,67 при норме 0,66±0,03). Студенты женского пола с ННА жаловались на сложности в коммуникации с другими людьми, дискомфорт в эпигастральной области, головные боли, недостаток мотивации. Девушек с ОПРА беспокоит потеря жизненной энергии, чувство безнадежности, отсутствие интереса к жизни, нервозность, напряжение, дрожь, чувство беспокойства, дискомфорт при общении с другими людьми. Выявлены статистически значимые различия средних значений всех субшкал в 3 группах.

Характеристика выраженности психопатологической симптоматики у лиц мужского пола всех 3 групп представлена в таблице 3.13.

Установлено, что у практически здоровых лиц мужского пола средние значения всех субшкал находились в рамках нормальных значений. У студентов мужского пола с ННА доминирует превышение по субшкалам: 1 место - INT (1,32±0,49 при норме 0,66±0,03), 2 место - DEP (1,11±0,51 при норме 0,62±0,04), 3 место – ANX (0,91±0,42 при норме 0,47±0,03).

Таблица 3.13 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов мужского пола младших курсов университета по группам, методика SCL-90-R, (n = 203)

Шкала	Группа 1, n=130	Группа 2, n=60	Группа 3, n=13
SOM (баллы)	0,26±0,23; (0,00-1,17); Me=0,17; (0,08-0,33)	0,82±0,41*; (0,00-1,67); Me=0,75; (0,58-1,04)	2,01±0,58*#; (0,90-2,75); Me=2,08; (2,00-2,45)
O-C (баллы)	0,42±0,32; (0,00-1,60); Me=0,40; (0,10-0,60)	1,15±0,50*; (0,20-2,30); Me=1,10; (0,80-1,50)	1,97±0,17*#; (1,70-2,30); Me=2,00; (1,80-2,00)
INT (баллы)	0,32±0,30; (0,00-1,33); Me=0,22; (0,11-0,44)	1,32±0,49*; (0,40-2,44); Me=1,22; (1,00-1,73)	1,97±0,29*#; (1,20-2,33); Me=2,00; (1,89-2,22)
DEP (баллы)	0,24±0,23; (0,00-1,08); Me=0,15; (0,08-0,38)	1,11±0,51*; (0,20-2,54); Me=1,00; (0,69-1,46)	2,02±0,37*#; (1,40-2,85); Me=2,00; (1,85-2,15)
ANX (баллы)	0,19±0,21; (0,00-1,30); Me=0,10; (0,00-0,30)	0,91±0,42*; (0,00-2,00); Me=0,90; (0,65-1,20)	2,03±0,32*#; (1,50-2,70); Me=2,00; (1,90-2,20)

Продолжение табл.3.13

HOS (баллы)	0,30±0,41; (0,00-3,33); Me=0,17; (0,00-0,50)	1,07±0,54*; (0,00-2,67); Me=1,00; (0,67-1,25)	1,86±0,26*#; (1,30-2,17); Me=2,00; (1,83-2,00)
PNOB (баллы)	0,06±0,12; (0,00-0,57); Me=0,00; (0,00-0,14)	0,60±0,41*; (0,00-1,57); Me=0,50; (0,29-0,86)	1,31±0,63*#; (0,40-2,29); Me=1,14; (1,00-1,86)
PAR (баллы)	0,30±0,35; (0,00-1,67); Me=0,17; (0,00-0,50)	1,27±0,56*; (0,50-2,83); Me=1,17; (0,75-1,50)	1,95±0,53*#; (0,80-2,50); Me=2,00; (1,83-2,33)
PSY (баллы)	0,15±0,20; (0,00-1,00); Me=0,10; (0,00-0,33)	0,96±0,45*; (0,00-2,20); Me=1,00; (0,67-1,33)	1,91±0,55*#; (0,60-2,40); Me=2,00; (1,83-2,00)
ADD (баллы)	0,22±0,23; (0,00-1,00); Me=0,14; (0,00-0,43)	0,91±0,52*; (0,00-2,29); Me=0,86; (0,50-1,36)	1,66±0,64*#; (0,70-2,71); Me=1,43; (1,14-2,00)
GSI	0,25±0,16; (0,01 – 0,69); Me=0,21; (0,12-0,37)	1,01±0,27*; (0,60 – 1,59); Me=0,99; (0,81-1,21)	1,90±0,19*#; (1,60 – 2,24); Me=1,99; (1,76-2,03)

Продолжение табл.3.13

PDSI	1,37±0,50; (1,00 – 4,00); Me=1,21; (1,04-1,50)	1,81±0,48*; (1,00 – 2,95); Me=1,73; (1,46-2,06)	2,21±0,19*#; (2,00 – 2,59); Me=2,24; (2,01-2,29)
PSI	17,11±10,82; (1,00 – 47,00); Me=15,50; (9,00-25,00)	52,45±15,84*; (21,00 – 90,00); Me=51,50; (43,00-59,50)	77,69±9,72*#; (64,00 – 90,00); Me=80,00; (69,00-83,00)

У лиц мужского пола с ОПРА выявлено превышение по следующим субшкалам: 1 место – SOM ($2,01 \pm 0,58$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 2 место – ANX ($2,03 \pm 0,32$ при норме $0,47 \pm 0,03$), 3 место – DEP ($2,02 \pm 0,37$ при норме $0,62 \pm 0,04$). Студенты мужского пола с ННА вели себя враждебно и подозрительно по отношению к окружающим, жаловались на сложности в коммуникации с другими людьми, предпочитали избегающий стиль жизни. Юноши с ОПРА вели изолированный образ жизни, их периодически беспокоили головные боли, дискомфорт в подреберье, боли в области сердца, испытывали нервозность, напряжение, дрожь, чувство беспокойства. Выявлены статистически значимые различия средних значений всех субшкал в 3 группах.

В таблицах 3.14 и 3.15 дана характеристика выраженности психопатологической симптоматики у обследуемых лиц с ННА и ОПРА.

Девушки с ННА (см. табл. 3.14) жаловались на более выраженные соматические эквиваленты тревожности, частые головные боли, чувство дискомфорта в эпигастральной области. У юношей в состоянии стресса была выражена враждебность, подозрительность, они вели преимущественно избегающий образ жизни.

Таблица 3.14 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов младших курсов университета с ННА по методике SCL-90-R, (n = 155)

Шкала	Девушки, n=95	Юноши, n=60	Норма
SOM (баллы)	1,01±0,52; (0,00-2,83); Me=0,42; (0,67-1,33)	0,82±0,41*; (0,00-1,67); Me=0,75; (0,58-1,04)	0,44±0,03
O-C (баллы)	1,12±0,48; (0,20-2,90); Me=1,00; (0,80-1,40)	1,15±0,50; (0,20-2,30); Me=1,10; (0,80-1,50)	0,75±0,04
INT (баллы)	1,33±0,53; (0,30-2,89); Me=1,22; (0,89-1,67)	1,32±0,49; (0,40-2,44); Me=1,22; (1,00-1,73)	0,66±0,03
DEP (баллы)	1,13±0,43; (0,30-2,46); Me=1,08; (0,85-1,46)	1,11±0,51; (0,20-2,54); Me=1,00; (0,69-1,46)	0,62±0,04
ANX (баллы)	0,89±0,40; (0,10-1,90); Me=0,90; (0,60-1,20)	0,91±0,42; (0,00-2,00); Me=0,90; (0,65-1,20)	0,47±0,03
HOS (баллы)	0,84±0,50; (0,00-2,33); Me=0,67; (0,50-1,17)	1,07±0,54*; (0,00-2,67); Me=1,00; (0,67-1,25)	0,60±0,04

Продолжение табл.3.14

PHOB (баллы)	0,57±0,42; (0,00-2,00); Me=0,43; (0,29-0,86)	0,60±0,41; (0,00-1,57); Me=0,50; (0,29-0,86)	0,18±0,02
PAR (баллы)	0,95±0,57; (0,00-2,67); Me=1,00; (0,50-1,33)	1,27±0,56*; (0,50-2,83); Me=1,17; (0,75-1,50)	0,54±0,04
PSY (баллы)	0,71±0,36; (0,10-1,70); Me=0,70; (0,50-0,90)	0,96±0,45*; (0,00-2,20); Me=1,00; (0,70-1,30)	0,30±0,03
ADD (баллы)	0,89±0,51; (0,00-2,29); Me=0,86; (0,57-1,14)	0,91±0,52; (0,00-2,29); Me=0,86; (0,50-1,36)	0,49±0,03
GSI	0,97±0,26; (0,50 – 1,60); Me=0,99; (0,72-1,16)	1,01±0,27; (0,60 – 1,59); Me=0,99; (0,81-1,21)	0,51±0,02
PDSI	1,69±0,34; (1,10 – 2,84); Me=1,63; (1,45-1,89)	1,81±0,48; (1,00 – 2,95); Me=1,73; (1,46-2,06)	1,17±0,05

Продолжение табл.3.14

PSI	51,95±11,75; (28,00 – 84,00); Me=51,00; (44,00-58,00)	52,45±15,84; (21,00 – 90,00); Me=51,50; (43,00-59,50)	21,39±2,02

Примечание. Здесь и далее в таблицах 3.14-3.15 * – статистически значимые различия на уровне $p<0,05$ с показателем в группе девушек

У лиц с ННА выявлены статистически значимые гендерные отличия средних значений показателей по субшкале SOM. Таким образом, соматовегетативные эквиваленты тревожности у лиц женского пола с ННА выражены интенсивнее.

Таблица 3.15 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов младших курсов университета с ОПРА по методике SCL-90-R, (n = 82)

Шкала	Девушки, n=69	Юноши, n=13	Норма
SOM (баллы)	1,94±0,71; (0,50-3,75); Me=1,83; (1,50-2,33)	2,01±0,58; (0,90-2,75); Me=2,08; (2,00-2,45)	0,44±0,03
O-C (баллы)	1,97±0,62; (0,50-3,80); Me=2,00; (1,60-2,20)	1,97±0,17; (1,70-2,30); Me=2,00; (1,80-2,00)	0,75±0,04
INT (баллы)	2,22±0,67; (0,90-3,78); Me=2,22; (1,78-2,56)	1,97±0,29; (1,20-2,33); Me=2,00; (1,89-2,22)	0,66±0,03

Продолжение табл.3.15

DEP (баллы)	2,26±0,57; (1,50-3,85); Me=2,15; (1,77-2,54)	2,02±0,37; (1,40-2,85); Me=2,00; (1,85-2,15)	0,62±0,04
ANX (баллы)	2,08±0,64; (0,70-3,80); Me=2,00; (1,70-2,40)	2,03±0,32; (1,50-2,70); Me=2,00; (1,90-2,20)	0,47±0,03
HOS (баллы)	1,62±0,73; (0,20-3,33); Me=1,50; (1,17-2,17)	1,86±0,26; (1,30-2,17); Me=2,00; (1,83-2,00)	0,60±0,04
PHOB (баллы)	1,51±0,72; (0,00-3,57); Me=1,43; (1,00-1,86)	1,31±0,63; (0,40-2,29); Me=1,14; (1,00-1,86)	0,18±0,02
PAR (баллы)	1,77±0,69; (0,50-3,67); Me=1,83; (1,33-2,17)	1,95±0,53; (0,80-2,50); Me=2,00; (1,83-2,33)	0,54±0,04
PSY (баллы)	1,54±0,62; (0,30-3,70); Me=1,60; (1,20-1,80)	1,91±0,55*; (0,60-2,40); Me=2,00; (1,80-2,40)	0,30±0,03

Продолжение табл.3.15

ADD (баллы)	1,75±0,68; (0,30-3,71); Me=1,71; (1,43-2,14)	1,66±0,64; (0,70-2,71); Me=1,43; (1,14-2,00)	0,49±0,03
GSI	1,91±0,41; (1,20 – 3,48); Me=1,81; (1,62-2,03)	1,90±0,19; (1,60 – 2,24); Me=1,99; (1,76-2,03)	0,51±0,02
PDSI	2,38±0,50; (1,50 – 3,64); Me=2,28; (2,00-2,70)	2,21±0,19; (2,00 – 2,59); Me=2,24; (2,01-2,29)	1,17±0,05
PSI	73,14±11,82; (45,00 – 90,00); Me=75,00; (65,00-81,00)	77,69±9,72; (64,00 – 90,00); Me=80,00; (69,00-83,00)	21,39±2,02

У студентов с ОПРА не выявлено статистически значимых отличий средних значений изучаемых показателей. Таким образом, для расстройств адаптации студенческой молодёжи характерны проявления эмоциональновегетативного регистра, сложности в межличностной коммуникации, элементы фобической тревожности, что проявлялось на субклиническом уровне, однако у лиц женского пола они выражены интенсивнее, чем у студентов мужского пола.

3.5 Особенности характеристики психопатологической симптоматики при разных соматотипах у девушек младших курсов университета

Нам представилось важным оценить показатели выраженности психопатологической симптоматики у лиц женского пола студентов младших курсов университета при разных соматотипах по шкале SCL-90-R, результаты данной оценки представлены в таблицах 3.16-3.20.

Таблица 3.16 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики по субшкале SOM у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) при разных соматотипах (n = 307)

Сомато-тип	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
SOM			
АОВ	0,54±0,30; (0,17-1,00); Me=0,50; (0,29-0,79)	0,96±0,34; (0,50-1,42); Me=0,92; (0,58-1,33)	2,34±0,76;*# (1,50-3,58); Me=2,33; (1,67-3,17)
ВОС	0	1,27±0,71; (0,58-2,42); Me=1,08; (0,67-1,83)	0
COD	0,42±0,29; (0,00-1,33); Me=0,33; (0,17-0,58)	0,84±0,45;* (0,00-1,67); Me=0,92; (0,50-1,25)	0
DOE	0	1,20±0,53; (0,42-2,83); Me=1,17; (0,83-1,42)	1,88±0,69;# (0,92-3,75); Me=1,79; (1,42-2,17)

Продолжение табл.3.16

EOF	0,28±0,19; (0,00-0,58); Me=0,33; (0,08-0,42)	0,92±0,41; (0,33-1,58); Me=1,00; (0,58-1,25)	1,88±0,48; [#] (1,08-2,75); Me=1,75; (1,50-2,25)
FOA	0,54±0,39; (0,00-1,83); Me=0,50;	1,02±0,60; [*] (0,17-2,83); Me=0,87;	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	1,02±0,60; (0,33-1,42); Me=1,33; (0,33-1,42)	1,75±0,38 (1,42-2,17); Me=1,67; (1,42-2,17)

Примечания:

1. Здесь и далее в таблицах 3.16-3.20 * – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 1.
2. Здесь и далее в таблицах 3.16-3.20 # – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 2.

Выявлено, что студенты с экто-мезоморфным соматотипом (AOB) группы 3 в большей степени жаловались на частые головные боли, дискомфорт в эпигастральной области, повышенную потливость в стрессовых ситуациях по сравнению со студентами с ННА этого же соматотипа. Студентов с ННА эндо-эктоморфного соматотипа (COD) беспокоили эпизоды незначительного повышения давления, проблемы с дыханием. Установлено статистически значимое возрастание средних значений SOM от группы с ННА ($SOM=1,20 \pm 0,53$) к группе с ОПРА ($SOM=1,88 \pm 0,6$) у лиц экто-эндоморфного соматотипа (DOE), что клинически проявилось более частыми жалобами на головные боли и дискомфорт в околопупочной области у студентов группы 3 в стрессовых

ситуациях. Студенты мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) с ОПРА испытывают частые приступы удушья и боли за грудиной. Лица с ННА эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) жаловались на периодические головные боли и головокружение.

Таблица 3.17 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики по субшкале INT у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) при разных соматотипах (n = 307)

Сомато-тип	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
INT			
АОВ	0,46±0,30; (0,00-1,11); Me=0,44; (0,27-0,56)	1,30±0,41*; (0,67-1,89); Me=1,33; (1,00-1,67)	2,30±0,92*; (0,89-3,67); Me=2,22; (1,67-3,00)
ВОС	0	1,37±0,26; (1,00-1,67); Me=1,44; (1,11-1,56)	0
COD	0,45±0,29; (0,00-1,44); Me=0,44; (0,33-0,56)	1,32±0,45*; (0,78-2,33); Me=1,22; (1,00-1,67)	0
DOE	0	1,33±0,50; (0,56-2,22); Me=1,33; (1,11-1,78)	2,22±0,53#; (1,56-3,78); Me=2,16; (1,78-2,56)

Продолжение табл.3.17

EOF	0,34±0,30; (0,00-0,89); Me=0,22; (0,11-0,56)	0,85±0,34; (0,33-1,22); Me=0,89; (0,44-1,11)	2,37±0,61; [#] (1,33-3,33); Me=2,44; (2,00-2,67)
FOA	0,43±0,33; (0,00-1,44); Me=0,44; (0,22-0,67)	1,47±0,69; [*] (0,67-2,89); Me=1,50; (0,78-2,00)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	1,48±0,97; (0,67-2,56); Me=1,22; (0,67-2,56)	1,74±0,50; (1,22-2,22); Me=1,78; (1,22-2,22)

Выявлено статистически значимое увеличение средних значений INT от группы практически здоровых девушек к группам с ННА (INT=1,30±0,41) и ОПРА (INT=2,30±0,92) экто-мезоморфного соматотипа (АОВ), что клинически проявлялось дискомфортом в процессе межличностных взаимодействий с незнакомыми людьми. Студентки с ОПРА эндо-эктоморфного соматотипа (COD) склонны к самоосуждению и чувству беспокойства при общении со сверстниками. Девушки с ОПРА экто-эндоморфного соматотипа (DOE) чаще подвержены чувству неполноценности и неуверенности в общении. В группе с ОПРА (INT=2,37±0,61) мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) среднее значение показателя INT статистически значимо отличается от лиц с ННА (INT=0,85±0,34). Исследуемые эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) с ННА испытывают негативные ожидания относительно межличностных взаимодействий и проблемы в общении с незнакомыми людьми.

Таблица 3.18 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики по субшкале DEP у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R при разных соматотипах (n = 307))

Сомато-тип	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
DEP			
AOB	0,42±0,32; (0,00-1,08); Me=0,46; (0,11-0,65)	1,04±0,35; (0,54-1,69); Me=1,00; (0,69-1,38)	2,26±0,64; ^{*,#} (1,46-3,38); Me=2,15; (1,69-2,77)
BOC	0	1,01±0,36; (0,54-1,46); Me=1,00; (0,69-1,38)	0
COD	0,34±0,23; (0,00-1,15); Me=0,31; (0,15-0,46)	1,23±0,49; [*] (0,46-2,46); Me=1,23; (0,85-1,69)	0
DOE	0	1,12±0,38; (0,31-1,77); Me=1,08; (0,92-1,38)	2,11±0,58; (1,46-3,85); Me=1,92; (1,69-2,38)
EOF	0,21±0,16; (0,00-0,46); Me=0,15; (0,00-0,38)	1,13±0,52; (0,62-2,23); Me=0,92; (0,92-1,31)	2,47±0,60; [*] (1,62-3,54); Me=2,31; (2,15-2,85)

Продолжение табл. 3.18

FOA	0,33±0,25; (0,00-0,92); Me=0,38; (0,08-0,47)	1,08±0,44*; (0,46-2,23); Me=1,04; (0,77-1,38)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	1,15±0,27; (0,92-1,46); Me=1,08; (0,92-1,46)	1,89±0,31; (1,54-2,15); Me=2,00; (1,54-2,15)

Выявлено статистически значимое увеличение средних значений DEP у девушек с ОПРА ($DEP=2,26\pm0,64$) по сравнению с лицами с ННА ($DEP=1,04\pm0,35$) экто-мезоморфного соматотипа (АОВ), что клинически проявлялось чувством угнетенности и безнадёжности. Девушки с ННА эндо-экторморфного соматотипа (COD) жаловались на недостаток мотивации и отсутствие интереса к жизни. У лиц мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) с ОПРА установлено статистически значимое увеличение значения шкалы депрессии ($DEP = 2,47\pm0,60$), что клинически подтверждается потерей жизненной энергии. Девушки эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) с ННА жалуются на снижение физической активности.

Выявлено (см. табл. 3.19) статистически значимое увеличение средних значений ANX от группы практически здоровых ($ANX=0,30\pm0,18$) студентов к лицам с ОПРА ($ANX=2,33\pm0,58$) экто-мезоморфного соматотипа (АОВ), что клинически проявляется более выраженной тревожностью. Девушки группы 2 эндо-экторморфного соматотипа (COD) жаловались на чувство дискомфорта и тревоги в стрессовых ситуациях.

Таблица 3.19 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики по субшкале ANX у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) при разных соматотипах (n = 307)

Сомато-тип	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
ANX			
АОВ	0,30±0,18; (0,00-0,60); Me=0,30; (0,15-0,45)	0,99±0,48*; (0,30-1,90); Me=0,90; (0,70-1,30)	2,33±0,58*#; (1,30-3,50); Me=2,30; (2,00-2,60)
ВОС	0	1,03±0,51; (0,30-1,80); Me=0,95; (0,80-1,40)	0
COD	0,28±0,23; (0,00-1,10); Me=0,30; (0,10-0,40)	0,77±0,41*; (0,10-1,70); Me=0,80; (0,50-1,00)	0
DOE	0	0,97±0,32; (0,30-1,60); Me=1,00; (0,70-1,20)	2,04±0,53*#; (1,50-3,80); Me=1,95; (1,80-2,30)
EOF	0,09±0,09; (0,00-0,30); Me=0,10; (0,00-0,10)	0,82±0,32; (0,30-1,40); Me=0,80; (0,70-0,90)	2,13±0,68*#; (1,10-3,50); Me=2,10; (1,70-2,70)
FOA	0,32±0,22; (0,00-0,90); Me=0,30; (0,20-0,40)	0,87±0,39*; (0,20-1,60); Me=0,90; (0,60-1,20)	0

Продолжение табл. 3.19

AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	1,23±0,32; (1,00-1,60); Me=1,10; (1,00-1,60)	1,60±0,60; (1,00-2,20); Me=1,60; (1,00-2,20)

Исследуемые с ОПРА экто-эндоморфного соматотипа (DOE) характеризуются повышенной тревожностью, чувством страха по отношению к предстоящим событиям. Лица группы 3 мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) статистически значимо отличаются по средним значениям ANX от студентов с ННА, что сопровождается повышенным чувством страха перед неизвестностью. Студенты эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) с ННА жаловались на повышенную напряженность, приступы дрожи и нервозность в стрессовых ситуациях.

Таблица 3.20 – Показатели выраженности психопатологической симптоматики по субшкале РНОВ у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) при разных соматотипах (n = 307)

Сомато-тип	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
РНОВ			
АОВ	0,15±0,17; (0,00-0,71); Me=0,14; (0,00-0,14)	0,71±0,48*; (0,14-1,71); Me=0,57; (0,29-1,00)	1,57±0,81*; (0,14-2,86); Me=1,86; (1,00-2,00)

Продолжение табл.3.20

BOC	0	0,85±0,35; (0,29-1,14); Me=1,00; (0,57-1,14)	0
COD	0,13±0,20; (0,00-1,14); Me=0,14; (0,00-0,14)	0,60±0,42*; (0,00-2,00); Me=0,57; (0,29-0,71)	0
DOE	0	0,56±0,42; (0,00-1,29); Me=0,43; (0,29-0,86)	1,46±0,79;# (0,00-3,57); Me=1,43; (1,00-1,71)
EOF	0,11±0,17; (0,00-0,43); Me=0,00; (0,00-0,29)	0,22±0,21; (0,00-0,57); Me=0,14; (0,00-0,43)	1,58±0,79;# (0,57-3,14); Me=1,57; (1,00-2,14)
FOA	0,16±0,19; (0,00-0,71); Me=0,14; (0,00-0,29)	0,48±0,33*; (0,00-1,14); Me=0,43; (0,29-0,71)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	0,76±0,64; (0,14-1,43); Me=0,71; (0,14-1,43)	1,09±0,36; (0,71-1,43); Me=1,14; (0,71-1,43)

Проявления фобической тревожности (см. табл. 3.20) выявлены у девушек в группах с ННА (РНОВ=0,71±0,48) и ОПРА (РНОВ=1,57±0,81) экто-мезоморфного соматотипа (АОВ), что проявлялось дискомфортом и страхом перед незнакомыми людьми, событиями и жизненными

ситуациями. Девушки с ННА ($RHOV=0,60\pm0,42$) эндо-экторморфного соматотипа (COD) боятся общения с противоположным полом и испытывают проблемы в социальных взаимодействиях. Студенты с ОПРА экто-эндоморфного соматотипа (DOE) жаловались на дрожь и чувство страха в незнакомых местах и перед большим количеством людей. Выявлено увеличение средних значений $RHOV$ в группе с ОПРА ($RHOV=1,58\pm0,79$) по сравнению со студентами с ННА ($RHOV=0,22\pm0,21$) мезо-эндоморфного соматотипа (EOF), что сопровождается страхом перед осуждением со стороны окружающих. Исследуемые с ННА эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) испытывают страх и тревожность перед публичными выступлениями.

На следующем этапе была изучена взаимосвязь психопатологической симптоматики девушек младших курсов университета разных соматотипов и индекса массы тела (ИМТ).

Выявлена сильная положительная корреляционная связь между показателями $RHOV$ и ИМТ ($R=0,88$, $p=0,02$) у девушек с ННА мезо-экторморфного соматотипа (BOC). Установлена сильная отрицательная корреляционная зависимость между DER и ИМТ ($R=-0,82$, $p=0,04$) в группах 2 и 3 экторморфного соматотипа (CF). У девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) определена сильная отрицательная корреляционная связь между: SOM и ИМТ ($R=-0,74$, $p<0,05$), INT и ИМТ ($R=-0,70$, $p<0,05$), DER и ИМТ ($R=-0,78$, $p<0,05$), ANX и ИМТ ($R=-0,80$, $p<0,05$), а также средней силы отрицательная корреляционная связь между $RHOV$ и ИМТ ($R=-0,68$, $p<0,05$). Определена средней силы отрицательная корреляционная зависимость между INT и ИМТ ($R=-0,45$, $p<0,05$) и DER и ИМТ ($R=-0,39$, $p<0,05$) у девушек 1 и 2 эндо-мезоморфного соматотипа (FOA).

3.6. Аддиктивная характеристика студенческой молодёжи

Оценку аддиктивного статуса студенческой молодёжи проводили с использованием UDIT-подобных тестов. Из всей генеральной совокупности 74,5% (380/510) обследуемых имели опыт употребления ПАВ (алкоголь и/или табак), из них 73,9% (150/203) мужского пола и 74,9% (230/307) женского пола.

Аддиктивное состояние исследуемого контингента приведено в таблицах 3.21-3.24.

Таблица 3.21 – Показатели удельного веса лиц, по степени употребления ПАВ (ТОВАССО - UDIT и AUDIT)

ПАВ	Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
	М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
0 баллов	31/ 23,8±3,7 (16,5 – 31,2)	44/ 30,8±3,9 (23,2 – 38,3)	17/ 28,3±5,8 (16,9 – 39,7)	21/ 22,1±4,3 (13,8 – 30,4)	5	12/1 7,4±4,6 (8,4 – 26,3)
Больше 0 баллов	99/ 76,2±3,7 (68,8 – 83,5)	99/ 69,2±3,9 (61,7 – 76,8)	43/ 71,7±6,9 (27,7 – 54,7)	74/ 77,9±4,3 (69,6 – 86,2)	8	57/ 82,6±4,6 (73,7 – 91,6)
	130/100,0	143/100,0	60/100,0	95/100,0	13	69/100,0

Примечания: Формат представления данных (таблица 3.21-3.24): Абс. / $P \pm m$ % (95% ДИ), где P – экстенсивный показатель/доля, m – ошибка репрезентативности, ДИ - доверительный интервал.

0 баллов – не употребляют, больше 0 баллов – употребляют,

Ж – женский пол; М – мужской пол.

Таблица 3.22 – Показатели распределения по стилю и степени риска употребления ПАВ среди исследуемых студентов младших курсов университета по методике UDIT-подобных тестов

Тест, степень (баллы)		Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
		М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
ТОБАССО - UDIT и AUDIT							
Не употребляют	ТОБ-UDIT	62/ 47,7±4,4 (39,1 – 56,3)	113/ 79,0±3,4 (72,3 – 85,7)	35/ 58,3±6,4 (45,9 – 70,8)	65/ 68,4±4,8 (59,1 – 77,8)		41/ 59,4±5,9 (47,8 – 71,0)
	AUDIT	37/ 28,5±4,0 (20,7 – 36,2)	44/ 30,8±3,9 (23,2 – 38,3)	19/ 31,7±6,0 (19,9 – 43,4)	21/ 22,1±4,3 (13,8 – 30,4)		13/ 18,8±4,7 (9,6 – 28,1)
Степень «А»	ТОБ-UDIT	23/ 17,7±3,3 (11,1 – 24,3)	18/ 12,6±2,8 (7,2 – 18,0)	7/ 11,7±4,1 (3,5 – 19,8)	15/ 15,8±3,7 (8,5 – 23,1)		6/ 8,7±3,4 (2,0 – 15,3)
	AUDIT	78/ 60,0±4,3 (51,6 – 68,4)	85/ 59,4±4,1 (51,4 – 67,5)	30/ 50,0±6,5 (37,3 – 62,7)	67/ 70,5±4,7 (61,4 – 79,7)		35/ 50,7±6,0 (38,9 – 62,5)

Продолжение табл. 3.22

Сте- пень «В»	ТОБ- UDIT	20/ 15,4±3,2 (9,2 – 21,6)	4/ 2,8±1,4 (0,1 – 5,5)	3/ 5,0±2,8 (0 – 10,5)	10/ 10,5±3,1 (4,4 – 16,7)		5/ 7,2±3,1 (1,1 – 13,4)
	AUDIT	14/ 10,8±2,7 (5,4 – 16,1)	12/ 8,4±2,3 (3,8 – 12,9)	6/1 0,0±3,9 (2,4 – 17,6)	4/ 4,2±2,1 (0,2 – 8,2)		16/ 23,2±5,1 (13,2 – 33,1)
Сте- пень «С»	ТОБ- UDIT	10/ 7,7±2,3 (3,1 – 12,3)	2/ 1,4±1,0 (0 – 3,3)	4/ 6,7±3,2 (0,4 – 13,0)	3/ 3,2±1,8 (0 – 6,7)		7/ 10,1±3,6 (3,0 – 17,3)
	AUDIT	0	1/ 0,7±0,7 (0 – 2,1)	3/ 5,0±2,8 (0 – 10,5)	3/ 3,2±1,8 (0 – 6,7)		2/ 2,9±2,0 (0 – 6,9)
Сте- пень «D»	ТОБ- UDIT	15/ 11,5±2,8 (6,0 – 17,0)	6/ 4,2±1,7 (0,9 – 7,5)	11/ 18,3±5,0 (8,5 – 28,1)	2/ 2,1±1,5 (0 – 5)		10/ 14,5±4,2 (6,2 – 22,8)
	AUDIT	1/ 0,8±0,8 (0 – 2,3)	1/ 0,7±0,7 (0 – 2,1)	2/ 3,3±2,3 (0 – 7,9)	0		3/ 4,3±2,5 (0 – 9,2)

Примечание (таблицы 3.22, 3.24). степень «А»: 1-7 баллов – безопасное употребление; степень «В»: 8-15 баллов – небезопасное употребление; степень «С»: 16-19 баллов – с вредными последствиями; степень «D»: 20 и больше баллов – зависимые состояния; Ж – женский пол; М – мужской пол

Как видно по данным таблиц 3.21-3.22 среди практически здоровых студентов мужского пола каждый второй представитель не употреблял табак. Оставшиеся 52,3 % распределились по степени употребления табака неравномерно с небольшим относительным увеличением степени «D» по отношению к степени «C». У студентов мужского пола с ННА наблюдалось практически аналогичное распределение, но с более выраженным увеличением степени «D» относительно степени «C». Выраженность различия между степенью «D» и степенью «C» в 3 раза выше была в группе 2 по сравнению с группой 1, что свидетельствовало об утяжелении степени аддиктивного статуса и формировании зависимых состояний у студентов мужского пола с ННА.

Анализ распределения представителей женского пола по степени употребления табака среди групп 1,2 и 3 показал тенденцию к увеличению доли лиц, употребляющих табак от практически здоровых (21,0%) студентов к лицам с ОПРА (40,6%). Обращает на себя внимание раннее появление аддикции в лёгких формах у студентов женского пола с ННА, что статистически подтверждается увеличением удельного веса лиц со степенью «А» и «В» соответственно 15,8 % и 10,5 % по сравнению с практически здоровыми студентами женского пола: «А» – 12,6% и «В» – 2,8%. При этом у девушек с ОПРА значительно увеличивалась тяжесть аддикции в сторону степени «С» – 10,1 % и «D» – 14,5%. Удельный вес девушек с ОПРА, имевших степень «С» употребления табака, был в 3 раза больше, чем в группе с ННА и в 5 раз выше, чем у практически здоровых студентов.

Анализ распределения лиц женского пола по степени тяжести употребления табака показал, что существуют статистически значимые различия между характером распределения в группе 3 как относительно группы 1 ($\chi^2 = 20,2$, $p < 0,001$), так и относительно группы 2 ($\chi^2 = 14,1$, $p < 0,001$).

Изучение распределения юношей по степени употребления алкоголя показало, что в группе практически здоровых студентов и группе с ННА

подавляющее большинство от 81,7% (группа 2) до 88,5% (группа 1) либо не употребляли совсем, либо употребляли небольшое количество алкоголя. Обращает на себя внимание 3-кратное снижение доли лиц, относящихся к степени «В»: от практически здоровых студентов (15,4%) к лицам с ННА (5%). При этом увеличивалась доля лиц, имеющих степень «D» употребления алкоголя: 18,3% – студенты мужского пола с ННА, 11,5% – практически здоровые лица мужского пола. При этом число лиц женского пола, которые не употребляли или употребляли малые дозы алкоголя равномерно снижалось от группы практически здоровых студенток (90,2%) к лицам с ОПРА (69,5%). Выявлен сдвиг в сторону более сильных форм аддикция у студентов женского пола с ОПРА: степень «В» – 23,2%, степень «С» – 2,9% и степень «D» – 2,5%.

Анализ распределения лиц женского пола по степени тяжести употребления алкоголя показал, что существуют статистически значимые различия между характером распределения в группе 3 относительно групп 1 ($\chi^2 = 15,7$, $p < 0,01$) и 2 ($\chi^2 = 18,7$, $p < 0,001$).

На следующем этапе оценивали формирование смещенных форм аддикции и их распределение по степени тяжести.

Сравнительный анализ 2 групп мужчин (см. табл. 3.23) по типу употребления ПАВ свидетельствовал, что характер распределения практически однородный: как в группе 1, так и в группе 2 доли лиц, не употребляющих ПАВ вообще, или употребляющих только алкоголь, или одновременно употребляющих оба вида ПАВ, практически совпадал. При этом обращал на себя внимание тот факт, что доля лиц, употребляющих только табак, мизерная.

Таблица 3.23 – Показатели распределения по типу употребления ПАВ среди исследуемых студентов младших курсов университета по методике UDIT-подобных тестов

Тест, степень, (баллы)		Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
		М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
«Смешанные формы»							
Не употребляют	ТОБ-UDIT и AUDIT	31/ 23,8±3,7 (16,5 – 31,2)	44/ 30,7±3,9 (23,2 – 38,3)	17/ 28,3±5,8 (16,9 – 39,7)	21/ 22,1±4,3 (13,8 – 30,4)		12/ 17,4±4,6 (8,4 – 26,3)
1 UDIT	ТОБ-UDIT	6/ 4,6±1,8 (1 – 8,2)	0	2/ 3,3±2,3 (0 – 7,9)	0		1/ 1,4±1,4 (0 – 4,3)
	AUDIT	31/ 23,8±3,7 (16,5 – 31,2)	69/ 48,3±4,2 (40,1 – 56,4)	18/ 30±5,9 (18,4 – 41,6)	44/ 46,3±5,1 (36,3 – 56,3)		29/ 42±5,9 (30,4 – 53,7)
2 UDITa	ТОБ-UDIT и AUDIT	62/ 47,7±4,4 (39,1 – 56,3)	30/ 21±3,4 (14,3 – 27,7)	23/ 38,3±6,3 (26,0 – 50,6)	30/ 31,6±4,8 (22,2 – 40,9)		27/ 39,1±5,9 (27,6 – 50,6)

Характер распределения среди женщин по типу употребления ПАВ в разных группах имел одинаковые закономерности, что дало возможность выделить следующие тенденции: (1) практически отсутствуют лица, которые только курят; (2) превалирует количество лиц, которые

употребляют только алкоголь; (3) значительная доля девушек употребляет одновременно оба вида ПАВ: от 21% в группе 1 – до 39,1% в группе 3; (4) происходит снижение доли девушек, которые ничего не употребляют, при переходе от группы 1 к группе 3.

Таблица 3.24 – Показатели распределения по степени риска комбинированного употребления ПАВ среди исследуемых студентов младших курсов университета по методике UDIT-подобных тестов

Тест, степень (баллы)	Группа 1 n=273		Группа 2 n=155		Группа 3 n=82	
	М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
«Смешанные формы» по результатам TOBACCO - UDIT и AUDIT						
Не употребляют	31/ 23,8±3,7 (16,5 – 31,2)	44/ 30,7±3,9 (23,2 – 38,3)	17/ 28,3±5,8 (16,9 – 39,7)	21/ 22,1±4,3 (13,8 – 30,4)	5	12/ 17,4±4,6 (8,4 – 26,3)
Степень «А»	48/ 36,9±4,2 (28,6 – 45,2)	82/ 57,3±4,1 (49,2 – 65,4)	25/ 41,7±6,4 (29,2 – 54,1)	53/ 55,8±5,1 (45,8 – 65,8)	3	29/ 42,0±5,9 (30,4 – 53,7)
Степень «В»	19/ 14,6±3,1 (8,5 – 20,7)	7/ 4,9±1,8 (1,4 – 8,4)	1/ 1,7±1,7 (0 – 4,9)	9/ 9,5±3,0 (3,6 – 15,4)	0	8/ 11,6±3,9 (4,0 – 19,2)
Степень «С»	5/ 3,8±1,7 (0,5 – 7,2)	2/ 1,4±1,0 (0 – 3,3)	1/1 ,7±1,7 (0 – 4,9)	6/ 6,3±2,5 (1,4 – 11,2)	2	7/ 10,1±3,6 (3,0 – 17,3)

Продолжение табл.3.24

	27/ 20,8±3,6 (13,8 – 27,7)	8/ 5,6±1,9 (1,8 – 9,4)	16/ 26,7±5,7 (15,5 – 37,9)	6/ 6,3±2,5 (1,4 – 11,2)	3	13/ 18,8±4,7 (9,6 – 28,1)
Степень «D»						

Распределение мужчин по степени одновременного употребления алкоголя и табака между группой 1 и группой 2 не отличалось, за исключением наличия степени «B» в группе 1 относительно группы 2.

Анализируя распределение лиц женского пола по степени одновременного употребления алкоголя и табака, можно отметить, что они практически идентичны, за исключением одного факта: увеличение доли девушек со степенью «D» в 3 раза больше в группе 3 (18,8%) по сравнению с группой 1 (5,6%) и группой 2 (6,5%).

Таким образом, студенты младших курсов университета склонны к употреблению ПАВ (74,5%). Установлены особенности аддиктивного поведения среди молодёжи с расстройствами адаптации. Доминировал относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «A», 1-7 баллов) – донозологический паттерн аддиктивного состояния.

Далее изучали нехимическую аддикцию с использованием: INTERNET-UDIT, GAMBLING-UDIT и COMP-UDIT.

Результаты анализа представлены в таблицах 3.25-3.26.

Как видно из таблиц, практически все мужчины группы 1 (96,2%) и группы 2 (93,3%) используют сеть Интернет. Распределение участников групп по степени использования сети было неравномерное. Обращает на себя внимание высокий показатель значения степени «B» в обеих группах: 49,2% для группы 1 и 35,0% для группы 2.

Таблица 3.25 – Показатели распределение лиц по использованию сети Интернет, увлечению компьютерными или азартными играми среди исследуемого контингента (INTERNET-UDIT, GAMBLING-UDIT и COMP-UDIT)

INTERNET-UDIT, COMP-UDIT, GAMBLING-UDIT	Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
	М, n=130	Ж, n=143	М, n=60	Ж, n=95	М, n=13	Ж, n=69
0 баллов	4/ 3,1±1,5 (0,1 – 6,0)	4/ 2,8±1,4 (0,1 – 5,5)	3/ 5,0±2,8 (0,0 – 10,5)	3/ 3,2±1,8 (0,0 – 6,7)	5	8/ 11,6±3,9 (4,0 – 19,1)
> 0 баллов	126/ 96,9±1,5 (94,0 – 99,9)	137/ 95,8±1,7 (92,5- 99,1)	57/ 95,0±2,8 (89,5 – 100,0)	92/ 96,8±1,8 (27,7 – 54,7)	8	61/ 88,4±3,9 (80,9 – 96,0)
	130/100,0	143/100,0	60/100,0	95/100,0	13	69/100,0

Примечание. Формат представления данных (таблица 3.25-3.27) – Абс./Р±m % (95% ДИ), где Р – экстенсивный показатель/доля; m – ошибка репрезентативности; ДИ – доверительный интервал

При этом группа практически здоровых студентов мужского пола характеризуется более безопасным стилем использования сети: с преобладанием степени «А» и «В», в то же время у лиц с непатологическими нарушениями адаптации (ННА) преобладают степени «С» и «D». При этом

удельное число лиц со степень «D» у студентов мужского пола с ННА в 2 раза больше аналогичного в группе практически здоровых студентов.

Таблица 3.26 – Показатели оценки стиля и степени риска использования сети Интернет, увлечения компьютерными или азартными играми среди студентов младших курсов университета по методике UDIT-подобных тестов (INTERNET-UDIT, GAMBLING-UDIT и COMP-UDIT)

Тест, степень, (баллы)		Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
		М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
INTERNET-UDIT, COMP-UDIT и GAMBLING-UDIT							
Не используют сеть/не играют	INTER NET - UDIT	5/ 3,8±1,7 (0,5 – 7,2)	7/ 4,9±1,8 (1,4 – 8,4)	4/ 6,7±3,2 (0,4 – 13,0)	5/ 5,3±2,3 (0,8 – 9,8)	5	8/ 11,6±3,9 (4,0 – 19,1)
	COMP- UDIT	35/ 26,9±3,9 (19,3 – 34,5)	114/ 79,7±3,4 (73,1 – 86,3)	11/ 18,3±5,0 (8,5 – 28,1)	58/ 61,1±5,0 (51,2 – 70,9)	5	47/ 68,1±5,6 (57,1 – 79,1)
	GAMB LING - UDIT	100/ 76,9±3,7 (69,7 – 84,2)	132/ 92,3±2,2 (87,9 – 96,7)	48/ 80,0±5,2 (69,9 – 90,1)	83/ 87,4±3,4 (80,7 – 94,0)	10	58/ 84,1±4,4 (75,4 – 92,7)
Сте- пень «А»	INTER NET - UDIT	21/ 16,2±3,2 (9,8 – 22,5)	17/ 11,9±2,7 (6,6 – 17,2)	3/ 5,0±2,8 (0 – 10,5)	3/ 3,2±1,8 (0 – 6,7)	0	1/ 1,4±1,4 (0– 4,3)

Продолжение табл.3.26

Сте- пень «А»	COMP- UDIT	51/ 39,2±4,3 (30,8 – 47,6)	22/ 15,4±3,0 (9,5 – 21,3)	17/ 28,3±5,8 (16,9 – 39,7)	28/ 29,5±4,7 (20,3 – 38,6)	1	11/ 15,9±4,4 (7,3 – 24,6)
	GAMB LING - UDIT	24/ 18,5±3,4 (11,8 – 25,1)	10/ 7,0±2,1 (2,8 – 11,2)	8/ 13,3±4,4 (4,7 – 21,9)	11/1 1,6±3,3 (5,1 – 18,0)	2	8/ 11,6±3,9 (4,0 – 19,1)
Сте- пень «В»	INTER NET - UDIT	64/ 49,2±4,4 (40,6 – 57,8)	48/ 33,6±3,9 (25,8 – 41,3)	21/ 35,0±6,2 (22,9 – 47,1)	26/ 27,4±4,6 (18,4 – 36,3)	2	15/ 21,7±5,0 (12,0 – 31,5)
	COMP- UDIT	31/ 23,8±3,7 (16,5 – 31,2)	3/ 2,1±1,2 (0– 4,4)	21/ 35,0±6,2 (22,9 – 47,1)	6/ 6,3±2,5 (1,4 – 11,2)	5	4/ 5,8±2,8 (0,3 – 11,3)
	GAMB LING - UDIT	5/ 3,8±1,7 (0,5 –7,2)	1/ 0,7±0,7 (0– 2,1)	3/ 5,0±2,8 (0 – 10,5)	1/ 1,1±1,0 (0 – 3,1)	1	1/ 1,4±1,4 (0 – 4,3)
Сте- пень «С»	INTER NET - UDIT	17/ 13,1±3,0 (7,3 – 18,9)	27/ 18,9±3,3 (12,5 – 25,3)	9/ 15,0±4,6 (6,0 – 24,0)	14/ 14,7±3,6 (7,6 – 21,9)	1	10/ 14,5±4,2 (6,2 – 22,8)
	COMP- UDIT	5/3,8±1,7 (0,5 – 7,2)	1/0,7±0,7 (0– 2,1)	5/8,3±3,6 (1,3 – 15,3)	1/ -1,1±1,0 (0– 3,1)	0	2/ 2,9±2,0 (0 – 6,9)

Продолжение табл.3.26

Сте- пень «С»	GAMB LING - UDIT	0	0	1/ 1,7±1,7 (0 – 4,9)	0	0	0
Сте- пень «D»	INTER NET - UDIT	23/ 17,7±3,3 (11,1 – 24,3)	44/ 30,8±3,9 (23,2 – 38,3)	23/ 38,3±6,3 (26,0 – 50,6)	47/ 49,5±5,1 (39,4 – 59,5)	5	35/ 50,7±6,0 (38,9 – 62,5)
	COMP- UDIT	8/ 6,2±2,1 (2,0 – 10,3)	3/ 2,1±1,2 (0 – 4,4)	6/ 10,0±3,9 (2,4 – 17,6)	2/ 2,1±1,5 (0– 5,0)	2	5/ 7,2±3,1 (1,1 – 13,4)
	GAMB LING - UDIT	1/ 0,8±0,8 (0 –2,3)	0	0	0	0	2/ 2,9±2,0 (0 –6,9)

Примечания: 1) данные представлены как Абс./P±m % (95% ДИ), где P – экстенсивный показатель/доля, m – ошибка репрезентативности, ДИ – доверительный интервал; 2) степень «А»: 1-7 баллов – безопасное употребление; степень «В»: 8-15 баллов – небезопасное употребление; степень «С»: 16-19 баллов – с вредными последствиями; Степень «D»: 20 и больше баллов – зависимые состояния; Ж – женский пол; М – мужской пол.

Распределение студентов женского пола по стилю использования сети Интернет в группах 1, 2 и 3 характеризовалось преобладанием более высоких степеней относительно студентов мужского пола в таких же группах. Все 3 группы характеризовались очень высокими показателями степени «D»: практически здоровые студенты – 30,8%, студенты с ННА – 49,5 %, лица с ОПРА – 50,7%. При этом каждый второй представитель

группы с ННА или ОПРА имел максимально высокую степень использования сети Интернет. Обращает на себя внимание пропорциональное 3-х кратное снижение степени «А» и небольшое снижение степени «В» от группы практически здоровых студентов к лицам с ОПРА. При этом значение степени «С» для всех 3 групп одинаковое и составляет приблизительно 15%.

На следующем этапе оценивали игровую зависимость у студентов мужского и женского пола в соответствующих группах.

Для лиц мужского пола группы 1 характерным являлось преобладание степени «А» (39,2%). Остальные представители группы либо вообще не играли (26,9%), либо имели степень «В» (23,8%). Степени «С» и «D» практически не выражены в этой группе и составляли суммарно 10% (степень «С» 3,8% и степень «D» 6,2%).

В то же время для представителей мужского пола с ННА присущ иной характер распределения: наблюдалось постепенное относительное возрастание от участников, которые вообще не играют (18,3%) к лицам со степенью «В» (35%), которая являлась преобладающей в этой группе. Суммарное значение степени «С» и «D» в данной группе практически в 2 раза выше аналогичного в группе практически здоровых студентов (8,3% и 10% соответственно).

Представители женского пола группы 1 преимущественно не играют в компьютерные игры (79,7%). Оставшиеся студентки имеют в основном степень «А» увлечения играми (15,4%). Студенток женского пола с ННА, которые вообще не играют в игры меньше (61,1%), чем аналогичных в группе 1 (79,7%), остальные девушки имеют либо степень «А» (29,5%), либо степень «В» (6,3%). Лица женского пола с ОПРА преимущественно не играют (68,1%). Остальные представители группы 3 имеют либо степень «А» (15,9%), либо степень «D» (7,2%) увлечения компьютерными играми.

Меньше 10% лиц распределились между степенью «В» (5,8%) и степенью «С» (2,9%).

Распределение лиц мужского пола по степени увлечения азартными играми имеет одинаковые тенденции для групп 1 и 2: подавляющее большинство лиц вообще не играют: практически здоровые студенты – 76,9%, лица с ННА – 80,0%. Выявлено небольшое относительное количество студентов со степенью «А»: 18,5% в группе 1 и 13,3% в группе 2; мизерное число лиц имеют степень «В»: 3,8% и 5,0% для групп 1 и 2 соответственно.

Для лиц женского пола всех 3 групп характерным является отсутствие интереса к азартным играм. Никогда не играли 92,3 % в группе 1, 87,4 % в группе 2 и 84,1 % в группе 3. Оставшиеся студенты имеют преимущественно степень «А» увлечения азартными играми: 7,0 % в группе 1, по 11,6 % в группах 2 и 3.

Таким образом, студенческая молодёжь склонна к постоянному использованию сети Интернет (93,3 %). Установлены особенности аддиктивного поведения (нехимической аддикции) среди молодёжи с признаками расстройств адаптации. Обращает на себя внимание большая увлеченность сетью у лиц женского пола. Доминирует небезопасный стиль использования сети у практически здоровых студентов мужского и женского пола (степень «В», 8-15 баллов). Для лиц с признаками ННА и ОПРА характерны зависимые состояния (преобладание степени «D», 20 и больше баллов). Лица мужского пола характеризуются преобладанием относительно безопасного и небезопасного стиля увлечения играми (степень «А»: 1-7 баллов, безопасное увлечение; степень «В»: 8-15 баллов, небезопасное увлечение). В то же время студенты женского пола практически не склонны к играм или имеют относительно безопасный стиль увлечения. Для лиц мужского и женского пола всех групп характерно отсутствие увлечения азартными играми.

3.7 Особенности характеристики соматотипов девушек младших курсов университета во взаимосвязи с аддиктивным поведением

На следующем этапе оценивали долю лиц разных соматотипов по типу употребления ПАВ. Установлено, что 14/40, т.е. $35,0 \pm 7,5$; 95% ДИ=20,2 – 49,8 лиц экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) группы 1 имеют безопасную форму табакокурения (0 баллов + степень «А»), при этом удельный вес лиц этого соматотипа с аналогичной формой табакокурения снижается у девушек с ННА и ОПРА – 9/40, т.е. $22,5 \pm 6,6$; 95% ДИ=9,6 – 35,4. Для лиц экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) характерной является безопасная форма табакокурения (80% лиц имеют 0 баллов+степень «А») – 32/40, т.е. $80,0 \pm 6,3$; 95% ДИ=67,6 – 92,4, при этом только 20 % лиц этого соматотипа имеют опасные формы употребления табака (степень «В», «С», «D») – 8/40, т.е. $20,0 \pm 6,3$; 95% ДИ=7,6 – 32,4 ($Z=4,55$, $p<0,05$).

Выявлено, что практически здоровые девушки эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) преимущественно имеют безопасную степень табакокурения – 51/77, т.е. $66,2 \pm 5,4$; 95% ДИ=55,7 – 76,8, при этом их доля достоверно снижается в группе 2 – 18/77, т.е. $23,4 \pm 4,8$; 95% ДИ=13,9 – 32,8 ($Z=2,89$, $p<0,05$).

Девушки экто-эндоморфного соматотипа (DOE) с безопасной степенью табакокурения (0 баллов+степень «А») равномерно распределены между группой с ННА и ОПРА – 13/35, т.е. $37,1 \pm 8,2$; 95% ДИ=21,1 – 53,2 и 16/35, т.е. $45,7 \pm 8,4$; 95% ДИ=29,2 – 62,2 соответственно, при этом опасные формы табакокурения (степень «В», «С», «D») имеют 17,1% лиц – 6/35, т.е. $17,1 \pm 6,4$; 95% ДИ=4,7 – 29,6 ($Z=4,93$, $p<0,05$).

Лица мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) с безопасной формой табакокурения равномерно распределены среди групп 1, 2 и 3: 11/35, т.е. $31,4 \pm 7,8$; 95% ДИ=16,0 – 46,8, 6/35, т.е. $17,1 \pm 6,4$; 95% ДИ=4,7 – 29,6 и 7/35, т.е. $20,0 \pm 6,8$; 95% ДИ=6,7 – 33,3 соответственно, при этом 31,4 % лиц этого

соматотипа имеют опасные формы табакокурения – 11/35, т.е. $31,4 \pm 7,8$; 95% ДИ=16,0 – 46,8 ($Z=2,18$, $p<0,05$).

90 % лиц эндо-экторморфного соматотипа (COD) имеют безопасную форму табакокурения: группа 1 – 55/90, т.е. $61,1 \pm 5,1$; 95% ДИ=51,0 – 71,2, группа 2 – 26/90, т.е. $28,9 \pm 4,8$; 95% ДИ=19,5 – 38,3.

Большая часть девушек с ОПРА мезо-экторморфного соматотипа (BOC) имеет поисковую форму табакокурения – 12/24, т.е. $70,6 \pm 11,1$; 95% ДИ=48,9 – 92,2, при этом удельный вес девушек этого соматотипа группы 2 с аналогичной формой табакокурения – 5/24, т.е. $20,8 \pm 8,3$; 95% ДИ=4,6 – 37,1, при этом 29,2 % лиц этого соматотипа имеют опасные формы табакокурения – 7/24, т.е. $29,2 \pm 9,3$; 95% ДИ=11,0 – 47,4 ($Z=2,02$, $p<0,05$).

Установлено, что большинство девушек имеют безопасную или, другими словами, «поисковую» форму табакокурения (0 баллов+степень «А»): (1) экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 80% ; (2) эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 89,6 %; (3) Экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 82,9%; (4) Мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 68,6%; (5) Эндо-экторморфный соматотип (COD) – 90% и (6) мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 70,8%.

Выявлено, что лица экто-мезоморфного соматотипа (AOB) характеризуются безопасной формой употребления алкоголя (92,5% лиц имеют 0 баллов+степень «А») – 37/40, т.е. $92,5 \pm 4,2$; 95% ДИ=84,3 – 100,7, при этом только 7,5% лиц этого соматотипа имеют опасные формы употребления алкогольных напитков (степень «В», «С») – 3/40, т.е. $7,5 \pm 4,2$; 95% ДИ=0,0 – 15,7 ($Z=9,90$, $p<0,05$).

Установлено, что студенты эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) преимущественно имеют безопасную степень употребления алкоголя – 67/77, т.е. $87,0 \pm 3,8$; 95% ДИ=79,5 – 94,5, при этом удельный вес девушек этого соматотипа с опасными формами употребления алкоголя достоверно ниже – 10/77, т.е. $13,0 \pm 3,8$; 95% ДИ=5,5 – 20,5 ($Z=9,49$, $p<0,05$).

Лица экто-эндоморфного соматотипа (DOE) также характеризуются преимущественно безопасной формой употребления алкоголя – 30/35, т.е. $85,7 \pm 5,9$; 95% ДИ=74,1 – 97,3.

Для девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) характерным является небольшое смещение в сторону опасных форм употребления алкогольных напитков, 31,4% лиц этого соматотипа имеют степень «В» и «С» употребления алкоголя – 11/35, т.е. $31,4 \pm 7,8$; 95% ДИ=16,0 – 46,8 ($Z=2,18$, $p<0,05$).

Студенты эндо-эктоморфного (COD) и мезо-эктоморфного соматотипов (BOC) напротив были склонны к поисковой форме употребления алкоголя: 81/90, т.е. $90,0 \pm 3,2$; 95% ДИ=83,8 – 96,2 и 20/24, т.е. $83,3 \pm 7,6$; 95% ДИ=68,4 – 98,2 соответственно.

Таким образом, большинство девушек имели безопасную форму употребления алкоголя (0 баллов+степень «А»): (1) экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 92,5%; (2) эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 87,0%; (3) экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 85,7%; (4) мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 68,6%; (5) эндо-эктоморфный соматотип (COD) – 90% и (6) мезо-эктоморфный соматотип (BOC) – 83,3%.

Установлено, что студенты экто-мезоморфного соматотипа (AOB) характеризуются преимущественно зависимыми формами использования сети Интернет (степень «В», «С» и «D») – 33/40, т.е. $82,5 \pm 6,0$; 95% ДИ=70,7 – 94,3 ($Z=5,20$, $p<0,05$).

Девушки эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) также были склонны к преобладанию высоких степеней использования сети Интернет – 68/77, т.е. $88,3 \pm 3,7$; 95% ДИ=81,1 – 95,5 ($Z=10,29$, $p<0,05$).

Выявлено, что студенты экто-эндоморфного соматотипа (DOE) имели аналогичные тенденции, 85,7% девушек этого соматотипа имели зависимые формы использования сети Интернет – 30/35, т.е. $85,7 \pm 5,9$; 95% ДИ=74,1 – 97,3 ($Z=5,80$, $p<0,05$).

Девушки мезо-эндоморфного (EOF), эндо-экторморфного (COD) и мезо-экторморфного соматотипов (BOC) также характеризовались преимущественно зависимыми формами использования сети Интернет: EOF – 30/35, т.е. $85,7 \pm 5,9$; 95% ДИ=74,1 – 97,3 ($Z=5,80$, $p<0,05$), COD – 81/90, т.е. $90,0 \pm 3,2$; 95% ДИ=83,8 – 96,2 ($Z=12,47$, $p<0,05$) и BOC – 20/24, т.е. $83,3 \pm 7,6$; 95% ДИ=68,4 – 98,2 ($Z=4,11$, $p<0,05$).

Установлено, что большинство девушек младших курсов университета имели зависимые формы использования сети Интернет (степень «В», «С» и «D»): (1) экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 82,5%; (2) эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 88,3%; (3) экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 85,7%; (4) мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 85,7%; (5) эндо-экторморфный соматотип (COD) – 90% и (6) мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 83,3%.

3.8 Характеристика склонности к Интернет-аддикции у студенческой молодёжи

Для изучения увлеченности сетью Интернет исследуемого контингента использовали тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость. Полученные данные представлены в таблице 3.27.

Таблица 3.27 – Показатели увлеченности сетью Интернет у студентов младших курсов университета по методике Кимберли-Янг, в баллах ($n = 510$)

	Группа 1, $n=273$		Группа 2, $n=155$		Группа 3, $n=82$	
	М $n=130$	Ж $n=143$	М $n=60$	Ж $n=95$	М $n=13$	Ж $n=69$
20-49	61/46,9 $\pm$ 4,4 (38,3-55,5)	47/32,9 $\pm$ 3,9 (25,2-40,6)	6/10,0 $\pm$ 3,9 (2,4-17,6)	5/5,3 $\pm$ 2,3 (0,8-9,8)	2	2/2,9 $\pm$ 2,0 (0-6,9)

Продолжение табл.3.27

50-79	59/45,4±4,4 (36,8-53,9)	74/51,7±4,2 (43,6-59,9)	37/61,7±6,3 (49,4-74,0)	62/65,3±4,9 (55,7-74,8)	5	39/56,5±6,0 (44,8-68,2)
80-100	9/6,9±2,2 (2,6-11,3)	15/10,5±2,6 (5,5-15,5)	12/20,0±5,2 (9,9-30,1)	17/17,9±3,9 (10,2-25,6)	0	10/14,5±4,2 (6,2-22,8)
100 и выше	1/0,8±0,8 (0-2,3)	7/4,9±1,8 (1,4-8,4)	5/8,3±3,6 (1,3-15,3)	11/11,6±3,3 (5,1-18,0)	6	18/26,1±5,3 (15,7-36,4)

Примечания:

20–49 баллов — обычный пользователь сети Интернет;

50–79 баллов — есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет;

80–100 баллов — Интернет-зависимость.

Установлено, что студенческая молодёжь склонна к увлеченности сетью Интернет. Так 21,7% лиц чрезмерно увлечены сетью Интернет, из них 70,3% лиц женского пола и 29,7% лиц мужского пола.

Согласно данным таблицы 3.27 практически здоровые студенты мужского пола распределились поровну между обычными пользователями сети (46,9%) и имеющими некоторые проблемы, связанные с увлечением сетью Интернет (45,4%). При этом удельный вес лиц, склонных к Интернет-зависимости был минимальным (7,7%). В то же время распределение практически здоровых лиц женского пола было неравномерным. Так, студенток с некоторыми проблемами, связанными с чрезмерным увлечением сетью Интернет (51,7%) было в 1,6 раза больше, чем обычных пользователей сети (32,9%). При этом удельное число студенток, склонных к Интернет-зависимости, достигло 15,4 %.

Среди лиц мужского пола с ННА только 10% студентов являлись обычными пользователями сети Интернет. Преобладающее число лиц в этой

группе (61,7%) имели некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. Также 1/4 часть студентов группы (28,3%) были склонны к Интернет-зависимости. Распределение студентов женского пола в группе 2 по степени использования сети Интернет практически идентично аналогичному распределению лиц мужского пола данной группы. Большинство девушек (65,3%) имели некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. При этом примерно 30% студентов женского пола с ННА были склонны к Интернет-зависимости.

Больше половины лиц женского пола (56,5%) с ОПРА имели некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. Обращает на себя внимание очень большой удельный вес студентов женского пола группы 3 (40,6%), которые были склонны к Интернет-зависимости. Установлено увеличение степени тяжести Интернет-зависимости у студентов женского пола от группы практически здоровых к лицам с ОПРА.

3.9 Особенности характеристики склонности к Интернет-зависимому поведению девушек младших курсов университета разных соматотипов

Установлено, что девушки экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) преимущественно имеют некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет (до 80 баллов по методике Кимберли-Янг) – 31/40, т.е. $77,5 \pm 6,6$; 95% ДИ=64,6 – 90,4 ($Z=3,98$, $p<0,05$).

Студенты эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) также чрезмерно увлечены использованием сети Интернет, но не склонны к Интернет-аддикции – 55/77, т.е. $71,4 \pm 5,1$; 95% ДИ=61,3 – 81,5 ($Z=4,04$, $p<0,05$).

Выявлено, что 37,1% девушек экто-эндоморфного соматотипа (DOE) склонны к Интернет-аддикции (более 80 баллов) – 13/35, т.е. $37,1 \pm 8,2$; 95% ДИ=21,1 – 53,2.

Доказано, что девушки мезо-эндоморфного (EOF) и эндо-экторморфного (COD) соматотипов имеют некоторые проблемы, связанные с увлеченностью сетью: EOF – 25/35, т.е. $71,4 \pm 7,6$; 95% ДИ=56,5 – 86,4 ($Z=2,62$, $p<0,05$) и COD – 74/90, т.е. $82,2 \pm 4,0$; 95% ДИ=74,3 – 90,1 ($Z=7,86$, $p<0,05$).

Установлено, что 33,3 % девушек мезо-экторморфного соматотипов (BOC) склонны к Интернет-зависимости (более 80 баллов) – 8/24, т.е. $33,3 \pm 9,6$; 95% ДИ=14,5 – 52,5

Установлено, что большинство девушек младших курсов чрезмерно увлечены использованием сети Интернет (до 80 баллов по методике Кимберли-Янг): (1) экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 77,5 %; (2) эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 71,4%; (3) экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 62,9%; (4) мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 71,4%; (5) эндо-экторморфный соматотип (COD) – 82,2%; (6) мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 66,7%.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено превышение средних значений шкалы «Настроение» в сочетании со сниженной «Активностью», что может указывать на чувство усталости студентов, наличие психоэмоционального возбуждения и приводить к хроническому переутомлению, развитию психологического дистресса. У лиц женского пола статистически значимо раньше появляются признаки снижения «Активности», что в сочетании с повышенным «Настроением» может свидетельствовать о переутомлении и выступать предиктором формирования дезадаптационных состояний.

Выявлено, что для девушек младших курсов характерны следующие соматотипы: практически здоровые – экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 16 (11,2%), эндо-экторморфный соматотип (COD) – 61 (41,6%), мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 11 (7,7%) и эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 55 (38,5%); студенты с ННА – экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 11 (11,6%), мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 6 (6,3%), эндо-экторморфный соматотип (COD) – 29 (30,5%), экто-эндоморфный (DOE) – 17 (17,9%), мезо-

эндоморфный (EOF) – 7 (7,4%), эктоморфный сбалансированный (CF) – 3 (3,2%); девушки с ОПРА – экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 13 (18,8%), мезо-эктоморфный соматотип (BOC) – 18 (26,1%), экто-эндоморфный (DOE) – 18 (26,1%), мезо-эндоморфный (EOF) – 17 (24,6%), ктоморфный сбалансированный (CF) – 3 (4,3%).

Установлено, что у девушек с ННА эндо-эктоморфного (COD) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов статистически значимо снижается показатель «Самочувствие». При этом у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов достоверно значимо снижается значение «Самочувствия».

Выявлено, что показатель «Активность» достоверно значимо снижается у девушек с ННА экто-мезоморфного (AOB) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). В то же время у студентов с ОПРА экто-мезоморфного (AOB) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов наблюдается статистически значимое снижение показателя «Активности».

Доказано, что девушки с ННА эндо-эктоморфного (COD) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов характеризуются статистически значимым снижением показателя «Настроение». У студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов определяется достоверно значимое снижение показателя «Настроение».

Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между «Активностью» и ИМТ ($R=0,42$, $p<0,05$) у девушек 2 и 3 групп экто-эндоморфного соматотипа (DOE). Установлена положительная корреляционная зависимость средней силы между «Активностью» и ИМТ ($R=0,64$, $p<0,05$) у девушек с ННА экто-эндоморфного соматотипа (DOE). Определена положительная корреляционная связь средней силы между «Самочувствием» и ИМТ ($R=0,64$, $p<0,05$), «Активностью» и ИМТ ($R=0,38$, $p<0,05$), «Настроением» и ИМТ ($R=0,63$, $p<0,05$) и САН и ИМТ ($R=0,65$, $p<0,05$) у девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF).

В результате оценки полученных данных, было выявлено превышение нормальных значений у всех исследуемых ($n=510$) по следующим субшкалам: SOM – 274/53,7 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=49,4 – 58,1; O-C – 225/44,1 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=39,8 – 48,4; INT – 261/51,2 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=46,8 – 55,5; DEP – 223/43,7 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=39,4 – 48,0; ANX – 235/46,1 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=41,8 – 50,4; HOS – 190/37,3 $\pm$ 2,1%; 95% ДИ=33,1 – 41,5; PНОВ – 254/49,8 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=45,5 – 54,1; PAR – 261/51,2 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=46,8 – 55,5; PSY – 264/51,8 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=47,4 – 56,1; ADD – 263/51,6 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=47,2 – 55,9; GSI – 262/51,4 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=47,0 – 55,7; PSI – 341/66,9 $\pm$ 2,1%; 95% ДИ=62,8 – 70,9; PDSI – 340/66,7 $\pm$ 2,1%; 95% ДИ=62,6 – 70,8.

Среди всех обследованных ($n=510$) большинство студентов – 274/53,7 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=49,4 – 58,1 имеет превышение по субшкале соматизации

Выявлено, что у всех исследуемых лидирует превышение по следующим субшкалам: 1 место - SOM (0,8 $\pm$ 0,72 при норме 0,44 $\pm$ 0,03), 2 место - INT (0,96 $\pm$ 0,81 при норме 0,66 $\pm$ 0,03), 3 место – PНОВ (0,47 $\pm$ 0,62 при норме 0,18 $\pm$ 0,02)

У студентов женского пола доминирует превышение по субшкалам: 1 место – SOM (0,97 $\pm$ 0,76 при норме 0,44 $\pm$ 0,03), 2 место – INT (1,12 $\pm$ 0,86 при норме 0,66 $\pm$ 0,03), 3 место поделено между ANX (0,88 $\pm$ 0,81 при норме 0,47 $\pm$ 0,03) и PНОВ (0,59 $\pm$ 0,68 при норме 0,18 $\pm$ 0,02).

У лиц мужского пола доминируют превышение средних значений следующих показателей: 1 место – PНОВ (0,30 $\pm$ 0,46 при норме 0,18 $\pm$ 0,02), 2 место – SOM (0,54 $\pm$ 0,56 при норме 0,44 $\pm$ 0,03), 3 место – INT (0,72 $\pm$ 0,67 при норме 0,66 $\pm$ 0,03).

Путем кластеризации получены следующие группы студентов: практически здоровые – 273 (53,5%) студента, среди них 130 (47,6%) человек мужского пола и 143 (52,4%) – женского пола; с ННА – 155 (30,4%) человек, среди них 60 (38,7%) лиц мужского пола и 95 (61,3%) женского пола; с ОПРА

– 82 (16,1%) человека, среди них 13 (15,9%) мужского пола и 69 (84,1%) женского пола. Эти группы статистически значимо различаются по средним величинам вышеперечисленных субшкал SCL-90-R.

У студентов женского пола с ННА доминирует превышение по субшкалам: 1 место – INT ($1,33 \pm 0,53$ при норме $0,66 \pm 0,03$), 2 место – SOM ($1,01 \pm 0,52$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 3 место – DEP ($1,13 \pm 0,43$ при норме $0,62 \pm 0,04$). У лиц женского пола с ОПРА выявлено превышение по следующим субшкалам: 1 место – DEP ($2,26 \pm 0,57$ при норме $0,62 \pm 0,04$), 2 место – ANX ($2,08 \pm 0,64$ при норме $0,47 \pm 0,03$), 3 место – INT ($2,22 \pm 0,67$ при норме $0,66 \pm 0,03$).

У студентов мужского пола с ННА доминирует превышение по субшкалам: 1 место – INT ($1,32 \pm 0,49$ при норме $0,66 \pm 0,03$), 2 место – DEP ($1,11 \pm 0,51$ при норме $0,62 \pm 0,04$), 3 место – ANX ($0,91 \pm 0,42$ при норме $0,47 \pm 0,03$). У лиц мужского пола с ОПРА выявлено превышение по следующим субшкалам: 1 место – SOM ($2,01 \pm 0,58$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 2 место – ANX ($2,03 \pm 0,32$ при норме $0,47 \pm 0,03$), 3 место – DEP ($2,02 \pm 0,37$ при норме $0,62 \pm 0,04$).

У лиц с ННА выявлены статистически значимые гендерные отличия средних значений показателей по субшкале SOM. Таким образом, соматовегетативные эквиваленты тревожности у лиц женского пола с ННА выражены интенсивнее.

Установлено, что у девушек с ННА эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA) достоверно значимо увеличивается среднее значение SOM. При этом у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов статистически значимо возрастает значение шкалы SOM.

Выявлено статистически значимое повышение средних значений показателя INT у девушек с ННА экто-мезоморфного (AOB), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). При этом наблюдается достоверное увеличение показателя INT у студентов женского

пола с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов.

Доказано, что значение показателя DER статистически значимо повышается у девушек с ННА эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). Также наблюдается увеличение средних значений DER у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов.

Установлено, что значение показателя ANX статистически значимо увеличивается у девушек с ННА экто-мезоморфного (АОВ), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). У студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного соматотипов (EOF) достоверно значимо увеличивается показатель ANX.

Определено, что значение показателя PНОВ статистически значимо повышается у девушек с ННА экто-мезоморфного (АОВ), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). При этом у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного соматотипов (EOF) достоверно значимо увеличивается показатель PНОВ.

Выявлена сильная положительная корреляционная связь между показателями PНОВ и ИМТ ($R=0,88$, $p=0,02$) у девушек с ННА мезо-экторморфного соматотипа (BOC). Установлена сильная отрицательная корреляционная зависимость между DER и ИМТ ($R=-0,82$, $p=0,04$) в группах 2 и 3 экторморфного соматотипа (CF). У девушек мезо-эндо-морфного соматотипа (EOF) определена сильная отрицательная корреляционная связь между: SOM и ИМТ ($R=-0,74$, $p<0,05$), INT и ИМТ ($R=-0,70$, $p<0,05$), DER и ИМТ ($R=-0,78$, $p<0,05$), ANX и ИМТ ($R=-0,80$, $p<0,05$).

Установлено, что 74,5% (380/510) обследуемых имели опыт употребления ПАВ (алкоголь и/или табак), из них 73,9% (150/203) мужского пола и 74,9% (230/307) женского пола.

Анализ распределения представителей женского пола по степени употребления табака среди групп 1,2 и 3 говорит о тенденции к увеличению доли лиц, употребляющих табак от практически здоровых (21,0%) студентов к лицам с ОПРА (40,6%). Обращает на себя внимание раннее появление аддикции в легких формах у студентов женского пола с ННА, что статистически подтверждается увеличением удельного веса лиц со степенью «А» и «В» соответственно 15,8% и 10,5% по сравнению с практически здоровыми студентами женского пола: «А» - 12,6% и «В» - 2,8%. При этом у девушек с ОПРА значительно увеличивается тяжесть аддикции в сторону степени «С» - 10,1% и «D» - 14,5%. Удельный вес девушек с ОПРА, которые имеют степень «С» употребления табака в 3 раза больше, чем в группе с ННА и в 5 раз выше, чем у практически здоровых студентов.

Анализ распределения юношей по степени употребления алкоголя показывает, что в группе практически здоровых студентов и группе с ННА подавляющее большинство от 81,7% (группа 2) до 88,5% (группа 1) либо не употребляют совсем, либо употребляют небольшое количество алкоголя. Обращает на себя внимание 3-кратное снижение доли лиц, относящихся к степени «В»: от практически здоровых студентов (15,4%) к лицам с ННА (5%). При этом увеличивается доля лиц, имеющих степень «D» употребления алкоголя: 18,3% - студенты мужского пола с ННА, 11,5% - практически здоровые лица мужского пола. При этом число лиц женского пола, которые не употребляют или употребляют малые дозы алкоголя равномерно снижается от группы практически здоровых студентов (90,2%) к лицам с ОПРА (69,5%). Выявлен сдвиг в сторону более сильных форм аддикция у студентов женского пола с ОПРА: степень «В» - 23,2%, степень «С» - 2,9% и степень «D» - 2,5%.

Характер распределения среди женщин по типу употребления ПАВ в разных группах имел одинаковые закономерности, что дало возможность выделить следующие тенденции:

Практически отсутствуют лица, которые только курят.

Превалирует количество лиц, которые употребляют только алкоголь.

Значительная доля девушек употребляет одновременно оба вида ПАВ: от 21% в группе 1 - до 39,1% в группе 3.

Происходит снижение доли девушек, которые ничего не употребляют, при переходе от группы 1 к группе 3.

Таким образом, студенты младших курсов университета склонны к употреблению ПАВ (74,5%). Установлены особенности аддиктивного поведения среди молодёжи с расстройствами адаптации. Доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов) - донозологический паттерн аддиктивного состояния.

Студенческая молодёжь склонна к постоянному использованию сети Интернет (93,3%). Обращает на себя внимание большая увлеченность сетью у лиц женского пола. Доминирует небезопасный стиль использования сети у практически здоровых студентов мужского и женского пола (степень «В», 8-15 баллов). Для лиц с признаками ННА и ОПРА характерны зависимые состояния (преобладание степени «D», 20 и больше баллов). Лица мужского пола характеризуются преобладанием относительно безопасного и небезопасного стиля увлечения играми (степень «А»: 1-7 баллов, безопасное увлечение; степень «В»: 8-15 баллов, небезопасное увлечение). В то же время студенты женского пола практически не склонны к играм или имели относительно безопасный стиль увлечения. Для лиц мужского и женского пола всех групп характерно отсутствие увлечения азартными играми.

Установлено, что большинство девушек имеют безопасную или, другими словами, «поисковую» форму табакокурения (0 баллов+степень «А»):

Экто-мезоморфный соматотип (АОВ) – 80%.

Эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 89,6%.

Экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 82,9%.

Мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 68,6%.

Эндо-экторморфный соматотип (COD) – 90%.

Мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 70,8%.

Большинство девушек имели безопасную форму употребления алкоголя (0 баллов+степень «А»):

Экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 92,5%.

Эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 87,0%.

Экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 85,7%.

Мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 68,6%.

Эндо-экторморфный соматотип (COD) – 90%.

Мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 83,3%.

Установлено, что большинство девушек младших курсов университета имели зависимые формы использования сети Интернет (степень «В», «С» и «D»):

Экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 82,5%.

Эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 88,3%.

Экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 85,7%.

Мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 85,7%.

Эндо-экторморфный соматотип (COD) – 90%.

Мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 83,3%.

Среди лиц мужского пола с ННА только 10% студентов являлись обычными пользователями сети Интернет. Преобладающее число лиц в этой группе (61,7%) имели некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. Также 1/4 часть студентов группы (28,3%) склонны к Интернет-зависимости. Преобладающее большинство девушек (65,3%) имели некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. При этом примерно 30% студентов женского пола с ННА

склонны к Интернет-зависимости. Больше половины лиц женского пола (56,5%) с ОПРА имели некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. Обращает на себя внимание очень большой удельный вес студентов женского пола группы 3 (40,6%), которые склонны к Интернет-зависимости.

Установлено, что большинство девушек младших курсов чрезмерно увлечены использованием сети Интернет (до 80 баллов по методике Кимберли-Янг):

Экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 77,5%.

Эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 71,4%.

Экто-эндоморфный соматотип (DOE) – 62,9%.

Мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 71,4%.

Эндо-экторморфный соматотип (COD) – 82,2%.

Мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 66,7%.

ГЛАВА 4

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ, КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

4.1 Социально-демографические особенности студенческой молодёжи

Были изучены социально-демографические данные всего исследуемого контингента. Результаты представлены в таблицах 4.1, 4.2.

Таблица 4.1 – Показатели распределения студенческой молодёжи по полу (абс./%)

Пол	Исследуемая группа, n=510
Девушки	307/60,2
Юноши	203/39,8

Таблица 4.2 – Показатели распределения студенческой молодёжи по возрасту (абс./%)

Возраст	Исследуемая группа, n=510
17-18 лет	347/68
19-20 лет	141/27,7
21 и более	22/4,3

Выявлено, что в исследуемом контингенте преобладали лица в возрасте 17-18 лет (68%). Установлено неравномерное гендерное распределение – лидировали лица женского пола (60,2%).

В таблице 4.3 представлены социально-демографические признаки такие, как пол, возраст и семейное положение по изучаемым группам – практически здоровые, лица с ННА и ОПРА.

Таблица 4.3 – Показатели распределения групп студентов по возрасту (абс. /%)

Показатель	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
17-18 лет	173/63,4	111/71,6	63/76,8*
19-20 лет	91/33,3	35/22,6*	15/18,3*
21 и более	9/3,3	9/5,8	4/4,9

Примечание. * – статистически значимые различия с группой 1 ($p < 0,05$)

Исходя из данных таблицы 4.3, видно, что во всех 3 группах преобладали лица в возрасте 17-18 лет, при этом их доля равномерно возрастала от группы 1 к группе 3 (63,4%-76,8%), данное различие статистически значимо. В то же время число студентов в возрасте от 19 до 20 лет равномерно снижалось от группы 1 (33,3%) к группе 3 (18,3%), при этом доля в группе 3 практически в 2 раза ниже, чем в группе 1, данные различия носят статистически значимый характер. Это может свидетельствовать о том, что адаптационные механизмы к 19 годам укрепляются и молодые люди легче преодолевают стрессовые обстоятельства, связанные с началом обучения в университете. Подавляющее большинство (96% и выше) холостых и незамужних.

На следующем этапе оценивали ответы на вопросы КОС № 5 и 6, что представлено в таблицах 4.4 – 4.7.

Как видно из таблицы 4.4, практически 74% отцов студентов группы 1 трудоустроены. При этом, только 9,9% отцов практически здоровых студентов не имеют постоянного места работы. Удельный вес лиц, у которых нет отца или они не видятся с отцом равномерно возрастает от практически здоровых студентов (16,1%) к группе с ОПРА (21,9%).

Таблица 4.4 – Распределение ответов студентов на вопрос: «Ваш отец/мать работает» (КОС, В.5,6, пп. 5.1-5.3, 6.1-6.3) (абс./%)

Вопрос/ вариант ответа		Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
		М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
Ваш отец рабо- тает?	Да	106/ 38,8	96/ 35,2	44/ 28,4	59/ 38,0	8/ 9,7	48/ 58,5
	Нет	12/ 4,4	15/ 5,5	6/ 3,8	12/ 7,7	1/ 1,2	7/ 8,5
	Не ви- жусь с отцом / нет отца	12/ 4,4	32/ 11,7	11/ 7,1	23/ 14,8	4/ 4,8	14/ 17,1
Ваша мать рабо- тает?	Да	105/ 38,5	104/ 38,1	43/ 27,7	72/ 46,4	11/ 13,4	52/ 63,4
	Нет	21/ 7,7	40/ 14,7	15/ 9,7	21/ 13,5	1/ 1,2	17/ 20,7
	Не вижусь с матерью / нет матери	1/ 0,4	2/ 0,7	2/ 1,3	2/ 1,3	1/ 1,2	0

Обращает на себя внимание, что 18,8 % студентов (96/510) не видятся с отцом или не имеют отца, при этом только 1,6% (8/510) исследуемых не имеют матери или не видятся с ней (см. табл. 4.4).

По данным таблицы 4.5 доля отцов рабочих специальностей равномерно увеличивалась от группы практически здоровых студентов (41,9 %) к группе с ОПРА (57,4%). Выявлено, что 27% (138/510) отцов студенческой молодёжи являлись рабочими, при этом только 2,1 % матерей (11/510) трудоустроены по рабочей специальности.

Таблица 4.5 – Распределение частоты ответов студентов на вопрос: «Род деятельности отца / матери» (КОС, В.5,6, пп. 5.5, 6.5) (абс./%)

КОС, В. 5, 6		Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
		М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
Род деятельности отца	Рабочий	32/18,9	39/23	11/11,9	29/31,5	2/4,2	25/53,2
	Служащий	36/21,3	25/14,7	18/19,5	17/18,4	4/8,5	12/25,5
	Другое	18/10,9	19/11,2	8/8,9	9/9,7	0	4/8,5
Род деятельности матери	Рабочий	0	3/1,7	3/3	3/3	1/1,9	1/1,9
	Служащий	57/33,5	65/38,2	24/24	39/39	4/7,8	22/43,1
	Другое	30/17,6	15/8,8	9/9	22/22	1/1,9	22/43,1

При этом 21,9% (112/510) отцов и 41,4% (211/510) матерей являлись служащими. Обращает на себя внимание уменьшение доли служащих матерей от группы практически здоровых студентов (71,7%) в группе с ОПРА (50,9%) (см. табл. 4.5).

Как представлено в таблице 4.6 у 70,4% практически здоровых студентов отец не работает по причине болезни или пенсии, при этом только у 17,9% студентов группы только мать не работает по аналогичным причинам. Определяется увеличение доли отцов, которые не работают по причине болезни или пенсии в группе с ННА (83,2%) и резкое снижение их числа у студентов с ОПРА (50%). При этом 25% отцов студентов группы 3 ищет работу или ухаживают за членами семьи (25%). Наблюдается тенденция увеличения доли матерей, ухаживающих за членами семьи, от практически здоровых студентов (45%) к группе с ОПРА (72,2%).

Таблица 4.6 – Распределение частоты ответов студентов на вопрос:
«Почему Ваш отец/мать не работает» (КОС, В.5,6, пп. 5.6, 6.6) (абс./%)

КОС, В.5, 6		Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
		М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
Почему Ваш отец не рабо- тает?	Болеет/ на пенсии/ учится	7/25,9	12/44,5	5/27,7	10/55,5	1/12,5	3/37,5
	Ищет работу	3/11,1	4/14,8	0	3/16,6	0	2/25
	Ухаживает за членами семьи	1/3,7	0	0	0	0	2/25
Почему Ваша мать не рабо- тает?	Болеет/ на пенсии/ учится	3/4,9	8/13	2/8	4/16	0	3/16,7
	Ищет работу	0	5/8,1	1/4	3/12	1/5,5	1/5,5
	Ухаживает за членами семьи	20/32,8	25/41	11/44	4/16	0	13/72,2

По данным таблицы 4.7, удельный вес отцов и матерей с высшим образованием равномерно уменьшался от группы практически здоровых студентов (51,8% отцов, 58,1% матерей) к группе с ОПРА (47,1% отцов, 46,1% матерей).

Таблица 4.7 – Распределение частоты ответов студентов на вопрос: «Уровень образования Вашего отца/матери» (КОС, В.5,6, пп. 5.7, 6.7) (абс./%)

КОС, В.5, 6		Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
		М n=130	Ж n=143	М n=60	Ж n=95	М n=13	Ж n=69
Уро- вень образо- вания отца	Среднее	13/5,7	11/4,8	10/7,7	15/11,6	0	9/13,3
	Среднее специа- льное	38/16,7	48/21	13/10	29/22,5	2/2,9	25/36,7
	Высшее	67/29,4	51/22,4	28/21,7	34/26,5	7/10,4	25/36,7
Уро- вень образо- вания матери	Среднее	8/3	12/4,5	3/1,9	19/12,4	2/2,6	9/11,5
	Среднее специа- льное	42/15,7	50/18,7	19/12,4	30/19,6	4/5,1	27/34,6
	Высшее	78/29,2	77/28,9	37/24,2	45/29,4	5/6,4	31/39,7

4.2 Психосоциальная и клинико-анамнестическая характеристика студенческой молодёжи с расстройствами адаптации, в зависимости от определенного стиля жизни

На следующем этапе определяли частоту (в %) ответов студентов на вопрос (КОС, В.15): «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?». Данный вопрос был включен в анкету с целью изучения особенностей стиля жизни. Лестница включала в себя 10 ступеней. Полученные данные представлены в таблице 4.8.

Таблица 4.8 – Оценка стиля жизни студентами групп 1, 2 и 3 (n=510)

0	1	2	3	4	7	8	9	10			
n = 57 чел. 11,2±1,4%					n = 253 чел. 49,6±2,2%						
Ж = 35 чел. 61,4±6,4%		М = 22 чел. 38,6±6,4%			Ж = 141 чел. 55,7±3,1%		М = 112 чел. 44,3±3,1%				
Группа 1		Группа 2		Группа 3		Группа 1		Группа 2		Группа 3	
n = 14 чел. 24,6±5,7%		n = 21 чел. 36,8±6,4%		n = 22 чел. 38,6±6,4%		n = 165 65,2±3,0%		n = 64 25,3±2,7%		n = 24 9,5±1,8%	
Ж 6	М 8	Ж 10 / 47,6 %	М 11/ 52,4 %	Ж 19/ 86,4 %	М 3/ 13,6 %	Ж 83/ 50,3 %	М 82/ 49,7 %	Ж 39/ 60,9 %	М 25/ 39,1 %	Ж 19/ 79,2 %	М 5/ 20,8 %

Определено, что наименее желаемый образ жизни (ступень 0, 1, 2, 3, 4) выбрали 57 лиц женского пола (см. рис. 4.1) – 35/307, т.е. 11,4±1,8; 95% ДИ=7,8 – 15,0 и лиц мужского пола – 22/203, т.е. 10,8±2,2; 95% ДИ=6,6 – 15,1 – (p<0,05) из всей генеральной совокупности (n=510). Из них – 14 практически здоровых (см. рис. 4.2) студента (8/130, т.е. 6,2±2,1; 95% ДИ=2,0 – 10,3 лиц мужского пола и 6/143, т.е. 4,2±1,7; 95% ДИ=0,9 – 7,5 лиц женского пола), 21 лицо с ННА (см. рис. 4.3) (11/60, т.е. 18,3±5,0; 95% ДИ=8,5 – 28,1 студентов мужского пола и 10/95, т.е. 10,5±3,1; 95% ДИ=4,4 – 16,7 – женского пола) и 22 студента – с ОПРА (см. рис.4.4) (3/13 мужского пола и 19/69, т.е. 27,5±5,4; 95% ДИ=17,0 – 38,1 женского пола).

Обращает на себя внимание равномерное снижение удовлетворённости своим стилем жизни от группы практически здоровых студентов (рис. 4.2) к лицам с ОПРА (рис. 4.4). Также определяются гендерные отличия в отношении к своему образу жизни: девушки с расстройством адаптации менее удовлетворены своим стилем жизни.

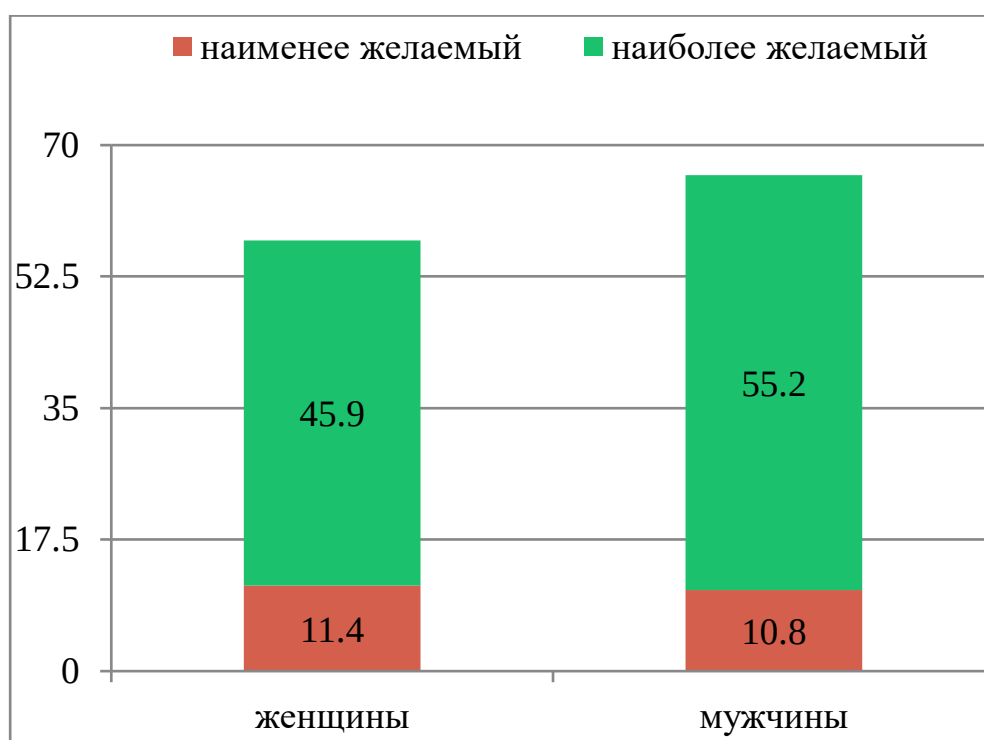


Рисунок 4.1 – Гендерное распределение оценки особенностей стиля жизни (n=310)

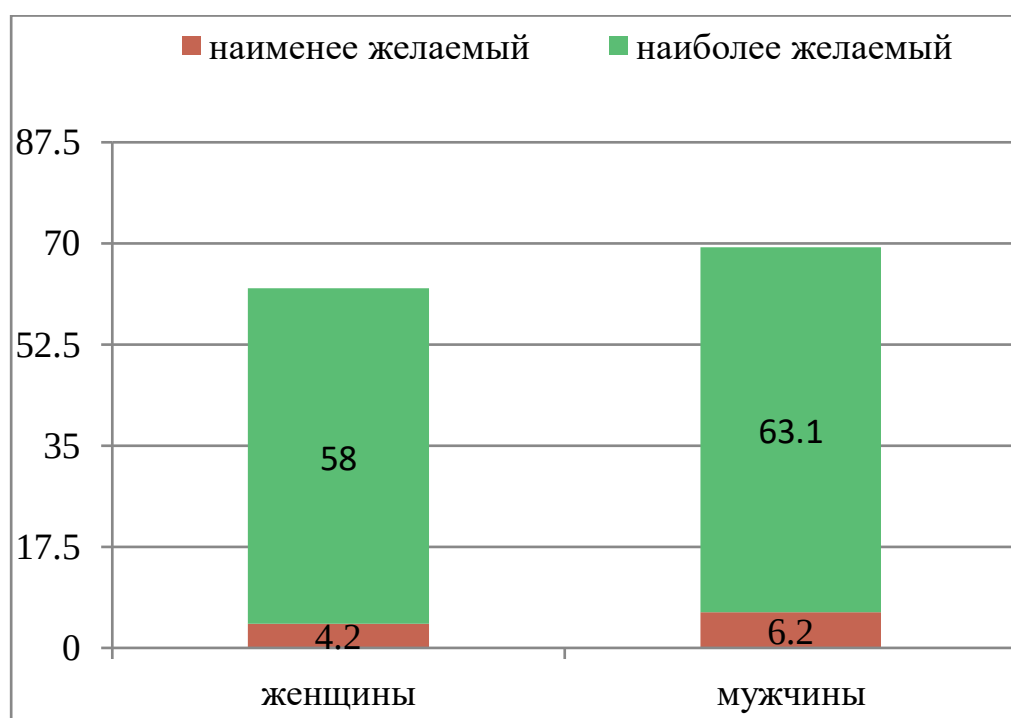


Рисунок 4.2 – Гендерное распределение оценки особенностей стиля жизни в группе 1 – практически здоровых (n=179)

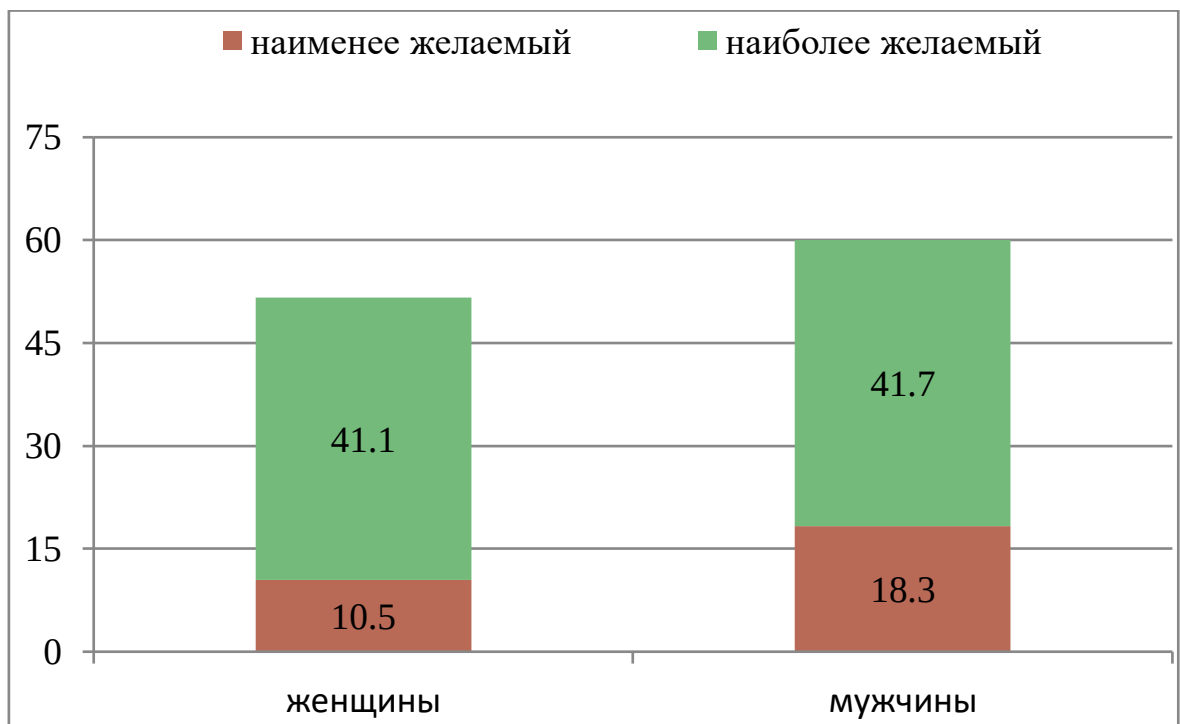


Рисунок 4.3 – Гендерная распределение оценки особенностей стиля жизни в группе 2 – с ННА

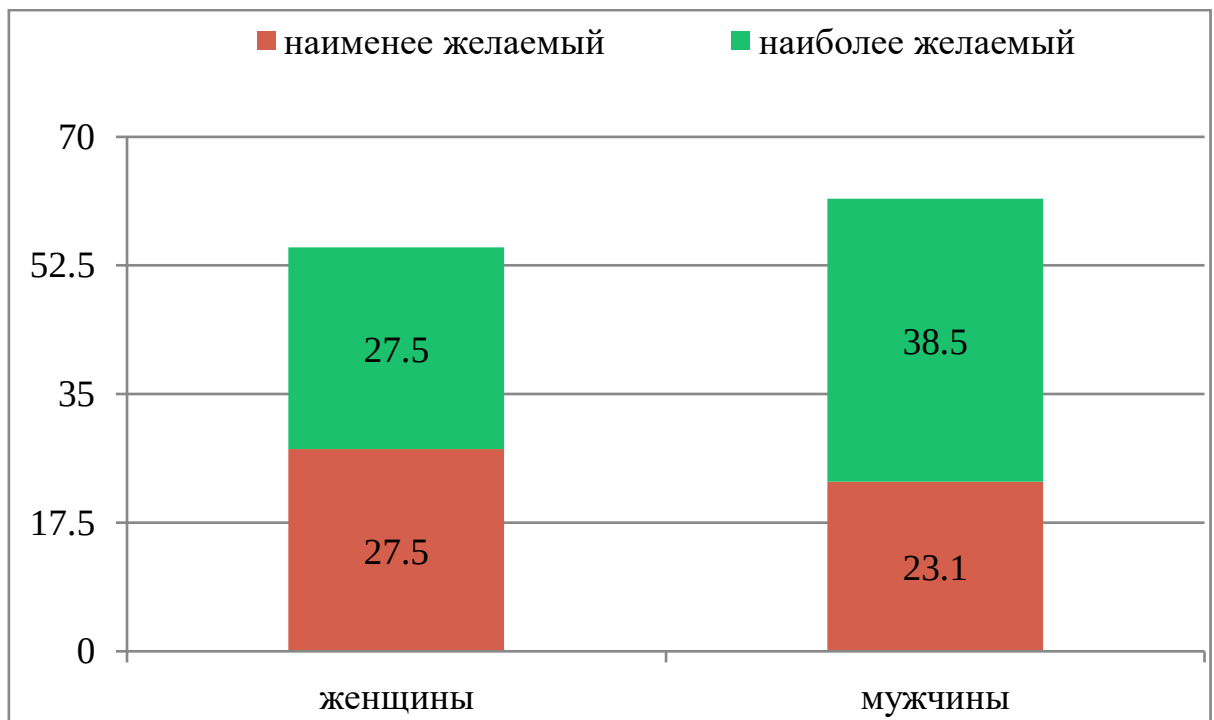


Рисунок 4.4. Гендерное распределение оценки особенностей стиля жизни в группе 3 – с ОПРА (n=46)

Установлено, что наиболее желаемый образ жизни (ступень 7, 8, 9, 10) был выбран 253 студентами (см. рис. 4.1) – 141/307, т.е. $45,9 \pm 2,8$; 95% ДИ=40,4 – 51,5 лиц женского пола и 112/203, т.е. $55,2 \pm 3,5$; 95% ДИ=48,3 – 62,0 лиц мужского пола ($p < 0,05$) из всей генеральной совокупности ($n=510$): группа 1 (см. рис. 4.2) – 165 лиц (82/130, т.е. $63,1 \pm 4,2$; 95% ДИ=54,8 – 71,4 мужского пола и 83/143, т.е. $58,0 \pm 4,1$; 95% ДИ=50,0 – 66,1 женского пола), группа 2 (см. рис. 4.3) – 64 студента (25/60, т.е. $41,7 \pm 6,4$; 95% ДИ=29,2 – 54,1 мужского пола и 39/95, т.е. $41,1 \pm 5,0$; 95% ДИ=31,2 – 50,9 женского пола), группа 3 (см. рис. 4.4) – 24 студента (5/13 мужского пола и 19/69, т.е. $27,5 \pm 5,4$; 95% ДИ=17,0 – 38,1 женского пола). В группе 3 (см. рис. 4.4) определялось 2-х кратное снижение числа лиц, которые удовлетворены своим стилем жизни по сравнению с группой 1 (см. рис. 4.2). Студенты, имевшие наименее желаемый стиль жизни SOM ($1,22 \pm 0,99$; Me=0,92; 0,42-1,92), INT ($1,44 \pm 0,92$; Me=1,33; 0,67-2,11), PNOB ($0,81 \pm 0,85$; Me=0,57; 0,00-1,43), статистически значимо отличались по величинам показателей ($p < 0,05$) в сторону превышения средних значений от лиц с наиболее желаемым образом жизни SOM ($0,63 \pm 0,55$; Me=0,50; 0,17-0,92), INT ($0,78 \pm 0,69$; Me=0,56; 0,22-1,11), PNOB ($0,33 \pm 0,49$; Me=0,14; 0,00-0,43).

Несмотря на наличие дезадаптационных состояний, студенческая молодёжь преимущественно была удовлетворена своим стилем жизни. Таким образом, среди студентов, оценивающих свой образ жизни как наименее желаемый, преобладали лица с ННА и ОПРА. Наиболее желаемый стиль жизни был присущ практически здоровым студентам. У студенческой молодёжи не выявлено гендерных отличий в удовлетворённости своим стилем жизни, таким образом, лица мужского и женского пола распределились равномерно в зависимости от выбранного стиля жизни.

4.2.1 Особенности соматовегетативных проявлений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в сравнении с группой практически здоровых, в зависимости от выбранного стиля жизни

4.2.1.1 Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни у лиц с расстройствами адаптации и SOM (SCL-90-R)

На следующем этапе исследования изучали взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, проявлениями психопатологических симптомов по субшкале соматизации (SOM) среди студентов групп 1,2 и 3 и их стилем жизни, что представлено в таблицах 4.9-4.10.

Таблица 4.9 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и соматизации (SOM, SCL-90-R) у студентов младших курсов, n=57

Стиль жизни	Группа 1, n=14	Группа 2, n=21	Группа 3, n=22
0, 1, 2, 3, 4	0,29±0,27; Me=0,21; (0,08 – 0,42)	0,83±0,52; Me=0,75; (0,50 – 1,17)	2,18±0,80*#◇; Me=2,17; (1,75 – 2,75)

Примечания:

1. Формат представления данных: $M \pm sd$; Me; q25-q75.

2. Здесь и далее в таблицах 4.9-4.26:

* – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 1;

– статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 2;

◇ – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе с наиболее желаемым стилем жизни;

♥ – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группах между юношами и девушками.

Нормальным значением субшкалы SOM (SCL-90-R) является $0,44 \pm 0,03$ балла. Студенты в группе с ННА жаловались на периодические головные боли, дискомфорт в эпигастральной области, похолодание конечностей. Лиц с ОПРА беспокоили более частые проявления соматических эквивалентов тревожности, такие как боль в области сердца, холодный пот, невозможность сделать вдох или выдох. Описанная симптоматика подтверждается превышением нормальных значений показателя соматизации в группах 2 и 3, а также находит подтверждение в значениях «Самочувствие» (САН; В.О. Доскин и соавт., 1973), которые составляют $4,47 \pm 0,97$ и $3,8 \pm 1,12$ баллов соответственно. Значение показателя соматизации в группе 3 ($SOM = 2,18 \pm 0,80$) статистически значимо отличалось ($p < 0,05$) от аналогичного в группе 2 ($SOM = 0,83 \pm 0,52$) и 1 ($SOM = 0,29 \pm 0,27$). Таким образом, наименее желаемый стиль жизни на эмоциональном уровне характеризуется соматовегетативными проявлениями, которые больше выражены в группе 3 по сравнению с группой 2. Нежелательный образ жизни, как социальная характеристика, выступает ранним признаком расстройств адаптации, что на эмоциональном уровне сопровождается превышением величины соматизации в форме доклинических соматовегетативных проявлений, а именно значение субшкалы SOM у лиц с ННА составляет $0,83 \pm 0,52$, у студентов с ОПРА – $2,18 \pm 0,80$.

4.2.1.2 Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни у лиц с расстройствами адаптации и SOM (SCL-90-R)

В таблице 4.10 приведена оценка взаимосвязи наиболее желаемого стиля жизни и соматизации у студентов младших курсов университетов. Как видно из таблицы определялось равномерное увеличение значения показателя соматизации от группы 1 к группе 3. В то же время значение показателя соматизации у студентов с ОПРА, которые удовлетворены своим стилем жизни было ниже, чем у лиц с ОПРА, которые определили свой образ жизни как наименее желаемый ($p < 0,05$).

Таблица 4.10 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и соматизации (SOM, SCL-90-R) у студентов младших курсов, n=253

Стиль жизни	Группа 1, n=165	Группа 2, n=64	Группа 3, n=24
7, 8, 9, 10	0,39±0,33; Me=0,33; (0,17 – 0,58)	0,88±0,46*; Me=0,88; (0,58 – 1,17)	1,67±0,49*#; Me=1,67; (1,46 – 2,0)

Величина субшкалы SOM в группе 2 статистически значимо отличалась от таковой в группе 1, также значение SOM в группе 3 статистически значимо отличалось от такового в группе 1 и 2 (см. табл. 4.10). Определялись достоверные отличия между студентами с отдельными признаками расстройств адаптации, имевшими наиболее желаемый стиль жизни и студентами с ОПРА, которые имели наименее желаемый стиль жизни. У лиц с ОПРА (SOM=2,18±0,80), определивших свой стиль жизни как наименее желаемый, соматовегетативные проявления были выражены интенсивнее ($p<0,05$), чем у студентов с ОПРА с наиболее желаемым образом жизни (SOM=1,67±0,49).

4.2.1.3 Гендерная характеристика особенностей соматовегетативных проявлений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от выбранного стиля жизни

Были изучены гендерные особенности стиля жизни у студентов младших курсов и их взаимосвязь с уровнем соматизации (SCL-90-R). Результаты представлены в таблицах 4.11-4.14

Как представлено в таблицах 4.11 и 4.12 независимо от гендерных характеристик, дезадаптационные состояния, вызванные стрессовыми ситуациями, сопровождались сомато-вегетативными проявлениями, при этом статистически значимые отличия ($p<0,05$) выявлены в группе 3 относительно

групп 1 и 2 у лиц женского пола и в группе 3 относительно группы 1 у лиц мужского пола.

Таблица 4.11 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и соматизации (SOM, SCL-90-R) у студентов женского пола младших курсов, n=35

Стиль жизни	Группа 1, n=6	Группа 2, n=10	Группа 3, n=19
0,1,2,3,4	0,32±0,23; Me=0,33; (0,17 – 0,42)	0,92±0,61; Me=0,92; (0,50 – 1,42)	2,14±0,85*#; Me=2,0; (1,75 – 2,75)

Таблица 4.12 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и соматизации (SOM, SCL-90-R) у студентов мужского пола младших курсов, n=22

Стиль жизни	Группа 1, n=8	Группа 2, n=11	Группа 3, n=3
0, 1, 2, 3, 4	0,27±0,31; Me=0,17; (0,04 – 0,46)	0,76±0,44; Me=0,58; (0,50 – 1,08)	2,45±0,29*◇; Me=2,42; (2,17 – 2,75)

Не выявлено статистически значимых отличий средних значений SOM, в зависимости от выбранного стиля жизни, у девушек с ОПРА и ННА, другими словами, дезадаптационные состояния у лиц женского пола, независимо от выбранного стиля жизни, характеризуются наличием соматовегетативных проявлений.

Установлено, что среди практически здоровых студентов женского и мужского пола с наиболее желаемым стилем жизни существуют статистически значимые отличия степени выраженности отдельных элементов соматических проявлений в виде очень редко возникающей головной боли: у лиц женского пола интенсивнее, чем у лиц мужского пола (см. табл. 4.13-4.14).

Таблица 4.13 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и соматизации (SOM, SCL-90-R) у студентов женского пола младших курсов, n=141

Стиль жизни	Группа 1, n=83	Группа 2, n=39	Группа 3, n=19
7,8,9,10	0,50±0,37♥; Me=0,42; (0,17 – 0,67)	0,92±0,45*; Me=0,92; (0,58 – 1,25)	1,72±0,48*#; Me=1,67; (0,50 – 2,00)

Таблица 4.14 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и соматизации (SOM, SCL-90-R) у студентов мужского пола младших курсов, n=112

Стиль жизни	Группа 1, n=82	Группа 2, n=25	Группа 3, n=5
7,8,9,10	0,27±0,23; Me=0,17; (0,08 – 0,33)	0,79±0,47*; Me=0,67; (0,42 – 1,00)	1,47±0,54*; Me=1,50; (0,92 – 2,00)

Доказано, что для лиц мужского пола группы 3 с наименее желаемым стилем жизни характерно статистически значимое превышение ($p<0,05$) величины соматизации ($SOM=2,45\pm0,29$) по сравнению со студентами мужского пола с наиболее желаемым стилем жизни ($SOM=1,47\pm0,54$).

У лиц мужского пола с ОПРА, определивших свой стиль жизни как наименее желаемый, выраженность соматовегетативных проявлений интенсивнее, чем у студентов мужского пола группы 3 с наиболее желаемым стилем жизни. Тогда как у девушек отсутствуют статистически значимые отличия показателя соматизации в зависимости от стиля жизни.

4.2.2 Особенности межличностных отношений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА в зависимости от выбранного стиля жизни в сравнении с группой 1

4.2.2.1 Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни у лиц с расстройствами адаптации и INT (SCL-90-R)

Была изучена взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, проявлениями психопатологических симптомов по субшкале межличностная сенситивность (INT) среди студентов групп 1, 2 и 3 и их стилем жизни, что представлено в таблице 4.15.

Таблица 4.15 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и межличностной сенситивности (INT, SCL-90-R) у студентов младших курсов, n=57

Стиль жизни	Группа 1, n=14	Группа 2, n=21	Группа 3, n=22
0, 1, 2, 3, 4	0,33±0,39; Me=0,17; (0,11 – 0,44)	1,34±0,45*; Me=1,22; (1,00– 1,78)	2,23±0,70*#; Me=2,28; (2,00 – 2,44)

Нормальным значением субшкалы INT (SCL-90-R) являлось 0,66±0,03 балла. Значение показателя INT статистически значимо ($p<0,05$) увеличивалось от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА. Студенты в группе с ННА жаловались на чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Лица с ОПРА сообщали об обостренном чувстве осознания собственного «Я» и негативных ожиданиях относительно социальных отношений, любых коммуникаций с другими людьми. Студенты с ОПРА испытывали трудности в общении с однокурсниками, преподавателями.

4.2.2.2 Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни у лиц с расстройствами адаптации и INT (SCL-90-R)

Таблица 4.16 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и межличностной сенситивности (INT, SCL-90-R) у студентов младших курсов, n=253

Стиль жизни	Группа 1, n=165	Группа 2, n=64	Группа 3, n=24
7, 8, 9, 10	0,40±0,32; Me=0,33; (0,11 – 0,56)	1,26±0,47*; Me=1,11; (0,89 – 1,56)	2,15±0,49*#; Me=2,22; (1,78 – 2,56)

Выявлено, что средние значений показателя INT статистически значимо увеличивались ($p < 0,05$) от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА. Установлено, что независимо от определяемого стиля жизни особенностью социально-психологической характеристики лиц молодого возраста являлись нарушения межличностных отношений в группах с ННА и ОПРА.

4.2.2.3 Гендерная характеристика особенностей межличностных отношений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от выбранного стиля жизни

Была дана гендерная характеристика особенностей стиля жизни у студентов младших курсов и ее взаимосвязь с уровнем межличностной сенситивности (SCL-90-R), что представлено в таблицах 4.17-4.20.

Студенты женского пола в группе 3 часто жаловались на существенные сложности во взаимодействии с другими людьми, чувство неполноценности, трудности в установлении новых социальных связей, дружеских отношений. Чаще чувствовали себя одинокими, не видели перспектив в будущем.

Таблица 4.17 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и межличностной сенситивности (INT, SCL-90-R) у студентов женского пола младших курсов, n=35

Стиль жизни	Группа 1, n=6	Группа 2, n=10	Группа 3, n=19
0,1,2,3,4	0,50±0,50; Me=0,33; (0,11 – 0,67)	1,36±0,44*◇; Me=1,39; (1,11– 1,78)	2,30±0,71*#; Me=2,33; (2,00 – 2,89)

Значение показателя INT в группе 3 (INT=2,30±0,71) было статистически значимо выше, чем величина INT в группе 1 (INT=0,50±0,50) и 2 (INT=1,36±0,44). Показатель INT в группе 2 (INT=1,36±0,44) был статистически значимо больше, чем среднее значение в группе 1 (INT=0,50±0,50).

Таблица 4.18 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и межличностной сенситивности (INT, SCL-90-R) у студентов мужского пола младших курсов, n=22

Стиль жизни	Группа 1, n=8	Группа 2, n=11	Группа 3, n=3
0, 1, 2, 3, 4	0,21±0,23; Me=0,11; (0,06 – 0,33)	1,33±0,48*; Me=1,11; (1,00– 1,89)	1,81±0,53*; Me=2,00; (1,22 – 2,22)

Величина субшкалы межличностной сенситивности у лиц мужского пола статистически значимо отличалась ($p<0,05$) в группах с ННА и ОПРА от группы практически здоровых студентов. При этом статистически значимых отличий INT между группами с ННА и ОПРА не выявлено.

Установлено, что средние значения INT статистически значимо увеличивались ($p<0,05$) от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА. Студенты женского пола с наиболее желаемым стилем жизни жаловались на некоторые трудности в общении, чувство дискомфорта в случае коммуникации с новыми людьми.

Таблица 4.19 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и межличностной сенситивности (INT, SCL-90-R) у студентов женского пола младших курсов, n=141

Стиль жизни	Группа 1, n=83	Группа 2, n=39	Группа 3, n=19
7, 8, 9, 10	0,46±0,32♥; Me=0,44; (0,22 – 0,56)	1,28±0,47*; Me=1,11; (0,89 – 1,67)	2,20±0,53*#; Me=2,22; (1,67 – 2,56)

Средние значения показателя INT у студентов женского пола группы 2 с наиболее желаемым стилем жизни были ниже (INT=1,28±0,47), чем у лиц женского пола с наименее желаемым образом жизни (INT=1,36±0,44). Девушки с наиболее желаемым стилем жизни (INT=1,28±0,47) легче взаимодействовали с окружающим миром, чем студенты женского пола с наименее желаемым стилем жизни (INT=1,36±0,44).

Таблица 4.20 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и межличностной сенситивности (INT, SCL-90-R) у студентов мужского пола младших курсов, n=112

Стиль жизни	Группа 1, n=82	Группа 2, n=25	Группа 3, n=5
7, 8, 9, 10	0,34±0,31; Me=0,22; (0,11 – 0,44)	1,21±0,46*; Me=1,11; (0,89 – 1,56)	1,96±0,23*; Me=1,89; (1,78 – 2,00)

Студенты мужского пола группы 1 с наиболее желаемым стилем жизни (см. табл. 4.20) испытывали меньше сложностей в коммуникации, чем практически здоровые лица женского пола (табл. 4.19). Юноши были более уверены в себе, испытывали меньший дискомфорт при взаимодействии с другими людьми.

4.2.3 Особенности проявлений фобической тревожности у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от выбранного стиля жизни

4.2.3.1 Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни у лиц с расстройствами адаптации и РНОВ (SCL-90-R)

На следующем этапе определяли взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, проявлениями психопатологических симптомов по субшкале фобической тревожности (РНОВ) среди студентов групп 1,2 и 3 и их стилем жизни.

Таблица 4.21 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и фобической тревожности (РНОВ, SCL-90-R) у студентов младших курсов, n=57

Стиль жизни	Группа 1, n=14	Группа 2, n=21	Группа 3, n=22
0, 1, 2, 3, 4	0,08±0,18; Me=0,00; (0,00 – 0,00)	0,46±0,36; Me=0,29; (0,29 – 0,71)	1,60±0,80*#; Me=1,57; (1,14 – 2,14)

Нормальным значением субшкалы РНОВ (SCL-90-R) являлось 0,18±0,02 балла. Выявлено статистически значимое увеличение средних значений РНОВ от группы 1 (INT=0,08±0,18) к группе 3 (INT=1,60±0,80), что клинически подтверждается нарастанием интенсивности выраженности фобической тревожности от практически здоровых студентов к лицам с ОПРА. Студенты с ННА жаловались на преходящее ощущение страха по отношению к некоторым людям, событиям, характерным признаком которого являлось самостоятельное исчезновение дискомфорта волевым усилием. При этом лица с ОПРА любой дискомфорт воспринимали как угрозу для жизни, что приводило к замкнутости и необщительности.

4.2.3.2 Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни у лиц с расстройствами адаптации и РНОВ (SCL-90-R)

Таблица 4.22 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и фобической тревожности (SCL-90-R) у студентов младших курсов, n=253

Стиль жизни	Группа 1, n=165	Группа 2, n=64	Группа 3, n=24
7, 8, 9, 10	0,11±0,17; Me=0,00; (0,00 – 0,14)	0,51±0,38*; Me=0,43; (0,22 – 0,71)	1,43±0,55*#; Me=1,36; (1,00 – 1,86)

Средние значения показателя фобической тревожности у студентов с наиболее желаемым стилем жизни статистически значимо отличались во всех 3 группах. Установлено, что степень выраженности фобической тревожности не зависила от выбранного стиля жизни, что представлено в таблицах 4.21-4.22.

4.2.3.3 Гендерная характеристика особенностей проявлений фобической тревожности у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от выбранного стиля жизни

Были определены гендерные особенности стиля жизни у студентов младших курсов и их взаимосвязь с уровнем фобической тревожности (SCL-90-R). Результаты представлены в таблицах 4.23-4.26.

Таблица 4.23 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и фобической тревожности (SCL-90-R) у студентов женского пола младших курсов, n=35

Стиль жизни	Группа 1, n=6	Группа 2, n=10	Группа 3, n=19
0,1,2,3,4	0,19±0,25♥; Me=0,07; (0,00 – 0,43)	0,24±0,22♥; Me=0,29; (0,00 – 0,29)	1,59±0,84*#; Me=1,57; (1,14 – 2,14)

Определялись статистически значимые отличия средних значений РНОВ в группе 3 ($\text{РНОВ}=1,59\pm0,84$) относительно группы 1 ($\text{РНОВ}=0,19\pm0,25$) и 2 ($\text{РНОВ}=0,24\pm0,22$), что свидетельствовало о наибольшей выраженности проявлений фобической тревожности у студентов женского пола с ОПРА.

Таблица 4.24 – Взаимосвязь наименее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и фобической тревожности (SCL-90-R) у студентов мужского пола младших курсов, $n=22$

Стиль жизни	Группа 1, $n=8$	Группа 2, $n=11$	Группа 3, $n=3$
0, 1, 2, 3, 4	$0,00\pm0,00$; Me=0,00; (0,00 – 0,00)	$0,66\pm0,36^*$; Me=0,71; (0,29 – 1,00)	$1,67\pm0,58^*$; Me=1,57; (1,14 – 2,29)

Лица мужского пола с ННА жаловались на более выраженное чувство страха и дискомфорта, чем студенты женского пола группы 2. При этом практически здоровые студенты мужского пола почти не испытывали страха в отношении событий окружающего мира, в то время как практически здоровые лица женского пола были склонны к возникновению переживаний и тревоги в стрессовых ситуациях.

Установлено, что дезадаптационные состояния у студентов младших курсов, независимо от выбранного стиля жизни, характеризуются наличием проявлений фобической тревожности. При этом ее выраженность увеличивается от группы 1 к группе 3. Выявлены статистически значимы отличия средних значений РНОВ у лиц мужского ($\text{РНОВ}=0,66\pm0,36$) и женского пола ($\text{РНОВ}=0,24\pm0,22$) с ННА, которые оценивают свой образ жизни как наименее желаемый, что находит свое отражение в большей степени выраженности ощущения страха и тревожности у студентов мужского пола с ННА.

Таблица 4.25 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и фобической тревожности (SCL-90-R) у студентов женского пола младших курсов, n=141

Стиль жизни	Группа 1, n=83	Группа 2, n=39	Группа 3, n=19
7, 8, 9, 10	0,13±0,20; Me=0,00; (0,00 – 0,14)	0,53±0,41*; Me=0,43; (0,14 – 0,86)	1,44±0,57*#; Me=1,43; (1,00 – 1,86)

Таблица 4.26 – Взаимосвязь наиболее желаемого стиля жизни (КОС, В.15) и фобической тревожности (SCL-90-R) у студентов мужского пола младших курсов, n=112

Стиль жизни	Группа 1, n=82	Группа 2, n=25	Группа 3, n=5
7, 8, 9, 10	0,08±0,14; Me=0,00; (0,00 – 0,14)	0,47±0,34*; Me=0,43; (0,29 – 0,71)	1,40±0,49*; Me=1,14; (1,00 – 1,86)

4.3. Психосоциальная и клинико-анамнестическая характеристика студенческой молодёжи с расстройствами адаптации, в зависимости от временного фактора, проводимого за компьютером и в сети Интернет

Проведено определение частоты (в %) ответов студентов на вопрос: «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?» Данный вопрос был включен в анкету с целью изучения увлеченности компьютерами и сетью Интернет. Результаты приведены в таблицах 4.27-4.29.

Таблица 4.27 – Распределение частоты ответов студентов на вопрос: «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?» (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	120/44,0±3,0 (38,1-49,8)	60/38,7±3,9 (31,0-46,4)	30/36,6±5,3 (26,2-46,0)
2 и более часов в день	153/56,0±3,0 (50,2-61,9)	95/61,3±3,9 (53,6-69,0)	52/63,4±5,3 (53,0-73,8)

Примечания:

1. Формат представления данных: $M \pm sd$; Me; q25-q75.

2. Здесь и далее в таблицах 4.27-4.38:

* – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 1;

– статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе 2;

◇ – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группе с продолжительностью времени в сети 2 и более часов в день;

♥ – статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ с показателем в группах между юношами и девушками.

В группе 1 присутствовало практически равное разделение ответов респондентов: 44,3% лиц проводят в сети Интернет до 2-х часов в день в будние и 55,7% более 2-х часов в сутки.



Рисунок 4.5 – Распределение студентов с ОПРА по временному фактору, проводимому в сети Интернет (n=82)

В то же время в группе с ОПРА (см. рис. 4.5) только 1/3 часть лиц (36,6%) проводила за монитором менее 2-х часов в день, а 2/3 исследуемых тратили на сеть Интернет 2 и более часов в сутки в будние дни.

4.3.1 Гендерная характеристика студенческой молодёжи с ННА и ОПРА, в зависимости от количества времени, проводимого за компьютеров и в сети Интернет

В таблицах 4.28-4.29 представлен гендерный аспект увлеченности компьютером и сетью Интернет у лиц молодого возраста.

Как видно из таблицы 4.28, 2/3 лиц женского пола с ННА и ОПРА проводили в сети Интернет более 2-х часов в день. При этом практически здоровые лица женского пола были не так сильно увлечены компьютерами и сетью Интернет.

Таблица 4.28 – Распределение частоты ответов студентов женского пола на вопрос: «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?» (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=143	Группа 2, n=95	Группа 3, n=69
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	54/37,8±4,1 (29,8-45,7)	33/34,7±4,9 (25,2-44,3)	21/30,4±5,5 (19,6-41,3)
2 и более часов в день	89/62,2±4,1 (54,3-70,2)	62/65,3±4,9 (55,7-74,8)	48/69,6±5,5 (58,7-80,4)

По данным таблицы 4.29 примерно половина практически здоровых лиц мужского пола и студентов с ННА проводят в сети Интернет более 2-х часов в день.

Таблица 4.29 – Распределение частоты ответов студентов мужского пола на вопрос: «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?» (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=130	Группа 2, n=60	Группа 3, n=13
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	66/50,8±4,4 (42,2-59,4)	27/45,0±6,4 (32,4-57,6)	9
2 и более часов в день	64/49,2±4,4 (40,6-57,8)	33/55,0±6,4 (42,4-67,6)	4

4.3.2 Особенности соматовегетативных проявлений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет

Изучена взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, проявлениями психопатологических симптомов по субшкале соматизации (SOM) среди студентов 1, 2 и 3 групп и их увлеченностью сетью Интернет. Результаты представлены в таблицах 4.30-4.32.

Таблица 4.30 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале SOM, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,29±0,26◇; Me=0,17; (0,08 – 0,42)	0,88±0,45*; Me=0,88; (0,57 – 1,17)	1,98±0,64*#; Me=1,88; (1,50 – 2,25)
2 и более часов в день	0,44±0,33; Me=0,33; (0,17 – 0,67)	0,96±0,51*; Me=0,92; (0,58 – 1,33)	1,93±0,72*#; Me=1,92; (1,50 – 2,33)

Нормальным значением субшкалы SOM является 0,44±0,03 балла. Величина показателя соматизации была выше у лиц группы 1, проводящих в сети 2 и более часов в день. При этом в группе практически здоровых студентов, которые тратили на компьютер менее 2 часов в сутки, значение соматизации находились в рамках средних значений. В то же время у лиц этой же группы, проводящих в сети более 2 часов, значение SOM доходили до верхних границ нормы. Определялось статистически значимое увеличение средних значений SOM от группы практически здоровых студентов к лицам с ОПРА.

4.3.3 Особенности соматовегетативных проявлений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет

Были изучены гендерные особенности увлеченности компьютером и сетью Интернет у лиц молодого возраста и их взаимосвязь с уровнем соматизации (SCL-90-R). Результаты представлены в таблицах 4.31-4.32.

Студенты женского пола с ННА и ОПРА жаловались на головные боли, головокружение, дискомфорт в эпигастрии, боли в спине. Данная симптоматика равномерно нарастала от группы 1 к группе 3. Степень выраженности соматических проявлений у студентов женского пола не зависила от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет.

Таблица 4.31 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале SOM у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=143	Группа 2, n=95	Группа 3, n=69
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,35±0,29♦♥; Me=0,25; (0,17 – 0,50)	0,97±0,48*; Me=1,00; (0,67 – 1,25)	1,98±0,65*#; Me=1,75; (1,50 – 2,00)
2 и более часов в день	0,55±0,35♥; Me=0,50; (0,25 – 0,75)	1,02±0,54*; Me=1,00; (0,67 – 1,33)	1,92±0,74*#; Me=1,92; (1,46 – 2,33)

Практически здоровые лица мужского пола менее подвержены соматическим проявлениям, что подтверждается более низкими значениями SOM (SOM=0,29±0,23), чем лица женского пола (SOM=0,55±0,35). При этом

студенты мужского пола с ННА и ОПРА жалуются на похолодание конечностей, боли в животе, потливость, головные боли

Таблица 4.32 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале SOM у лиц мужского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=130	Группа 2, n=60	Группа 3, n=13
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,24±0,22; Me=0,17; (0,08 – 0,33)	0,78±0,39*; Me=0,75; (0,50 – 1,00)	1,98±0,66*; Me=2,08; (2,00 – 2,42)
2 и более часов в день	0,29±0,23; Me=0,25; (0,17 – 0,42)	0,85±0,43*; Me=0,92; (0,58 – 1,08)	2,06±0,45*; Me=2,09; (1,75 – 2,38)

4.3.4 Особенности соматовегетативных проявлений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет

На следующем этапе определяли взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, проявлениями психопатологических симптомов по субшкале межличностная сенситивности (INT) среди студентов групп 1,2 и 3 и их увлеченностью сетью Интернет (см. табл. 4.33).

Нормальным значением субшкалы INT является 0,66±0,03 балла. Практически здоровые студенты, которые проводят в сети Интернет более 2-х часов в сутки испытывали большие сложности в коммуникации с другими людьми, чем лица, которые находятся в сети Интернет до 2-х часов в день. При этом студенты с ННА отмечали наличие дискомфорта и самоосуждения, в то время как лица с ОПРА жаловались на ощущение неполноценности при общении с другими людьми.

Таблица 4.33 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале INT, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,30±0,29◇; Me=0,22; (0,11 – 0,44)	1,32±0,46*; Me=1,22; (0,95 – 1,62)	2,13±0,51*#; Me=2,17; (1,78 – 2,33)
2 и более часов в день	0,45±0,31; Me=0,44; (0,22 – 0,56)	1,33±0,55*; Me=1,22; (0,89 – 1,78)	2,21±0,69*#; Me=2,22; (1,73 – 2,56)

4.3.5 Гендерная характеристика особенностей межличностных отношений у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от выбранного стиля жизни

Изучена связь показателей межличностной сенситивности и количества времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет, в гендерном аспекте.

Таблица 4.34 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале INT у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=143	Группа 2, n=95	Группа 3, n=69
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,36±0,32◇♥; Me=0,33; (0,11 – 0,56)	1,27±0,46*; Me=1,11; (0,89 – 1,56)	2,22±0,56*#; Me=2,22; (2,00 – 2,56)
2 и более часов в день	0,49±0,29♥; Me=0,44; (0,33 – 0,67)	1,37±0,57*; Me=1,33; (0,89 – 1,89)	2,22±0,71*#; Me=2,22; (1,67 – 2,56)

Таблица 4.35 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале INT у лиц мужского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=130	Группа 2, n=60	Группа 3, n=13
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,25±0,26 $\diamond$; Me=0,17; (0,11 – 0,33)	1,38±0,46*; Me=1,33; (1,00 – 1,78)	1,91±0,31*; Me=2,00; (1,78 – 2,11)
2 и более часов в день	0,40±0,33; Me=0,33; (0,11 – 0,56)	1,27±0,51*; Me=1,11; (1,00 – 1,56)	2,11±0,20*; Me=2,11; (1,94 – 2,28)

Практически здоровые лица женского пола испытывали большие сложности в коммуникации с людьми (INT=0,49±0,29), чем лица мужского пола (INT=0,40±0,33). В то же время студенты как мужского, так и женского пола группы 1, которые проводят в сети Интернет менее 2-х часов в сутки, легче находили контакт с окружающими людьми. Обращает на себя внимание равномерное увеличение значения межличностной сенситивности от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА.

4.3.6 Особенности проявлений фобической тревожности у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет

Определяли взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, проявлениями психопатологических симптомов по субшкале фобической тревожности (РНОВ) среди студентов групп 1,2 и 3 и их увлеченностью сетью Интернет.

Таблица 4.36 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале РНОВ, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,09±0,14; Me=0,00; (0,00 – 0,14)	0,64±0,44*; Me=0,57; (0,29 – 0,93)	1,50±0,75*#; Me=1,64; (1,00 – 1,86)
2 и более часов в день	0,12±0,19; Me=0,00; (0,00 – 0,14)	0,55±0,40*; Me=0,43; (0,29 – 0,86)	1,46±0,68*#; Me=1,36; (1,07 – 1,39)

Нормальным значением субшкалы РНОВ является 0,18±0,02 балла. Студенты с ННА жаловались на периодическое чувство страха, возникающее в отношении определенных событий и мест, с которым они могут справляться самостоятельно. Лиц с ОПРА беспокоила более выраженная и стойкая реакция страха, которая характеризовалась как иррациональная по отношению к стимулу и приводила к избегающему поведению.

4.3.7 Гендерная характеристика особенностей проявлений фобической тревожности у студентов младших курсов с ННА и ОПРА, в зависимости от выбранного стиля жизни

Изучена связь показателей фобической тревожности и количества времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет, в гендерном аспекте, что представлено в таблицах 4.37-4.38.

Таблица 4.37 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале РНОВ у лиц женского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=143	Группа 2, n=95	Группа 3, n=69
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,12±0,16♥; Me=0,00; (0,00 – 0,29)	0,63±0,46*; Me=0,57; (0,29 – 0,86)	1,57±0,79*#; Me=1,86; (1,00 – 1,86)
2 и более часов в день	0,16±0,21♥; Me=0,14; (0,00 – 0,14)	0,55±0,39*; Me=0,43; (0,29 – 0,86)	1,49±0,69*#; Me=1,43; (1,07 – 1,93)

Таблица 4.38 – Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкале РНОВ у лиц мужского пола, в баллах (шкала SCL-90-R) и количеством времени, проводимом за компьютером и в сети Интернет (в будние дни)

Вариант ответа	Группа 1, n=130	Группа 2, n=60	Группа 3, n=13
Нисколько или приблизительно 1-2 часа в день	0,06±0,11; Me=0,00; (0,00 – 0,14)	0,66±0,41*; Me=0,71; (0,29 – 1,00)	1,35±0,67*; Me=1,57; (1,00 – 1,86)
2 и более часов в день	0,07±0,13; Me=0,00; (0,00 – 0,14)	0,55±0,42*; Me=0,43; (0,29 – 0,86)	1,21±0,59*; Me=1,14; (0,85 – 1,57)

Обращала на себя внимание большая выраженность тревожности у практически здоровых лиц женского пола, чем у лиц мужского пола. Средние значения субшкалы РНОВ статистически значимо отличались во всех трёх

группах студентов женского пола, в то же время у лиц мужского пола средние значения фобической тревожности в группах 2 и 3 статистически значимо отличались от значений РНОВ в группе практически здоровых студентов. Выявлено, что соматовегетативные проявления, элементы тревожности у практически здоровых студентов, которые проводят в сети Интернет менее 2-х часов в стуки практически не выражены или являются одиночными, по сравнению с практически здоровыми лицами, которые проводят в сети более 2-х часов в день, что нашло отражение в более низких минимальных значениях SOM и INT, РНОВ.

Таким образом, социально-демографическая характеристика исследуемой группы указывает на преобладание лиц в возрасте 17-18 лет. В гендерном аспекте распределение по группам 1, 2 и 3 неравномерное: практически здоровые (группа 1) – 273 (53,5%) студента, среди них 130 (47,6%) мужчин и 143 (52,4%) – женщины; с ННА (группа 2) – 155 (30,4%) человек, среди них 60 (38,7%) лиц мужского пола и 95 (61,3%) – женского; с ОПРА (группа 3) – 82 (16,1%) человека, среди них 13 (15,9%) – мужского пола и 69 (84,1%) – женского пола. Практически 74% отцов студентов группы 1 трудоустроены. Удельный вес лиц, у которых нет отца или они не видятся с отцом равномерно возрастает от практически здоровых студентов (16,1%) к группе с ОПРА (21,9%). Наблюдается тенденция увеличения доли матерей, ухаживающих за членами семьи, от практически здоровых студентов (45%) к группе с ОПРА (72,2%). Удельный вес отцов и матерей с высшим образованием равномерно уменьшается от группы практически здоровых студентов (51,8% отцов, 58,1% матерей) к группе с ОПРА (47,1% отцов, 46,1% матерей).

У студенческой молодёжи не выявлено гендерных отличий в удовлетворённости своим стилем жизни, таким образом лица мужского и женского пола распределились равномерно в зависимости от выбранного стиля жизни. Среди студентов, оценивающих свой образ жизни как

наименее желаемый, превалируют лица с ННА и ОПРА. Наиболее желаемый стиль жизни присущ практически здоровым студентам. Студенты, которые имеют наименее желаемый стиль жизни SOM ($1,22 \pm 0,99$; Me=0,92; 0,42-1,92), INT ($1,44 \pm 0,92$; Me=1,33; 0,67-2,11), РНОВ ($0,81 \pm 0,85$; Me=0,57; 0,00-1,43), статистически значимо отличаются по величинам показателей ($p < 0,05$) в сторону превышения средних значений от лиц с наиболее желаемым образом жизни SOM ($0,63 \pm 0,55$; Me=0,50; 0,17-0,92), INT ($0,78 \pm 0,69$; Me=0,56; 0,22-1,11), РНОВ ($0,33 \pm 0,49$; Me=0,14; 0,00-0,43). На эмоциональном уровне студенты в группе с ННА жалуются на периодические головные боли, дискомфорт в эпигастральной области, похолодание конечностей. Лиц с ОПРА беспокоят более частые проявления соматических эквивалентов тревожности, такие как боль в области сердца, холодный пот, невозможность сделать вдох или выдох. Описанная симптоматика подтверждается превышением нормальных значений показателя соматизации в группах 2 и 3, а также находит подтверждение в значениях «Самочувствие» (САН), которые составляют $4,47 \pm 0,97$ и $3,8 \pm 1,12$ баллов соответственно. Значение показателя соматизации в группе 3 (SOM= $2,18 \pm 0,80$) статистически значимо отличается ($p < 0,05$) от аналогичного в группе 2 (SOM= $0,83 \pm 0,52$) и 1 (SOM= $0,29 \pm 0,27$). Таким образом, наименее желаемый стиль жизни на эмоциональном уровне характеризуется соматовегетативными проявлениями, которые больше выражены в группе 3 по сравнению с группой 2. Нежелательный образ жизни, как социальная характеристика, выступает ранним признаком расстройств адаптации в форме доклинических соматовегетативных проявлений.

Доказано, что для лиц мужского пола группы 3 с наименее желаемым стилем жизни характерно статистически значимое превышение ($p < 0,05$) величины соматизации (SOM= $2,45 \pm 0,29$) по сравнению со студентами мужского пола с наиболее желаемым стилем жизни (SOM= $1,47 \pm 0,54$). Тогда

как у девушек отсутствуют статистически значимые отличия показателя соматизации в зависимости от стиля жизни.

Установлено, что у лиц, оценивающих свой стиль жизни как наименее желаемый, присутствуют нарушения межличностных отношений, что подтверждается повышением средних значений показателя INT от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА, независимо от гендерного аспекта. При этом студенты мужского пола группы 1 с наиболее желаемым стилем жизни испытывают меньше сложностей в коммуникации, чем практически здоровые лица женского пола.

У лиц мужского пола с наименее желаемым стилем жизни значительно превышены нормальные показатели фобической тревожности, что проявляется в виде ощущения страха по отношению к некоторым людям, событиям, и способствует формированию замкнутости.

Студенты с ОПРА склонны к увлечению компьютерами и сетью Интернет: только 1/3 часть лиц (36,6%) проводит за монитором менее 2-х часов в день, а 2/3 исследуемых тратит на сеть Интернет 2 и более часов в сутки в будние дни. Определяется статистически значимое увеличение средних значений SOM от группы практически здоровых студентов к лицам с ОПРА, независимо от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет.

Практически здоровые лица мужского пола, которые проводят в сети более 2-х часов в сутки, менее подвержены соматическим проявлениям, что подтверждается более низкими значениями SOM ($SOM=0,29\pm0,23$), чем лица женского пола ($SOM=0,55\pm0,35$).

Практически здоровые студенты, которые проводят в сети Интернет более 2-х часов в сутки испытывают большие сложности в коммуникации с другими людьми, чем лица, которые находятся в сети Интернет до 2-х часов в день. Практически здоровые лица женского пола испытывают большие

сложности в коммуникации с людьми ($INT=0,49\pm0,29$), чем лица мужского пола ($INT=0,40\pm0,33$).

Обращает на себя внимание большая выраженность фобической тревожности у практически здоровых лиц женского пола, чем у студентов мужского пола. Средние значения субшкалы РНОВ статистически значимо увеличиваются от группы практически здоровых студентов к лицам с ОПРА у студентов женского пола. При этом не отмечается зависимости степени выраженности фобической тревожности от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет.

ГЛАВА 5

ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ И РАСТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С СОМАТОТИПАМИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

5.1. Патохарактерологические особенности у студентов младших курсов университета, их взаимосвязь с соматотипами у лиц женского пола

Выделяют 4 уровня выраженности акцентуированной черты характера: (1) низкие значения – 0...6 баллов; (2) средние значения – 7...12 баллов; (3) значения выше среднего – 13...18 баллов; (4) высокие значения – 19...24 балла (акцентуация).

В таблице 5.1. представлены показатели выраженности акцентуации характера у студентов младших курсов университета по методике К. Леонгарда – Г. Шмишека.

Гипертимический тип характеризовался повышенным фоном настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью. Значения выше среднего выявлены у практически здоровых студентов женского пола, а также у лиц мужского пола с ННА и лиц женского пола с ОПРА

Установлено, что половина исследуемых (50%) лиц экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) отличались хорошей работоспособностью и оптимизмом в повседневной жизни – 20/40, т.е. $50,0 \pm 7,9$; 95% ДИ=34,5–65,5, при этом 50 % лиц этого соматотипа в стрессовых ситуациях характеризовались высокой активностью и пребыванием в оптимистичном настроении – 20/40, т.е. $50,0 \pm 7,9$; 95% ДИ=34,5–65,5.

Выявлено, что 48,1% студентов эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) имели значение гипертимического типа ниже среднего – 37/77, т.е. $48,1 \pm 5,7$; 95% ДИ=36,9–59,2, остальные же 51,9% отличались повышенным фоном настроения в сочетании с оптимизмом – 40/77, т.е. $51,9 \pm 5,7$; 95% ДИ=40,8–63,1.

Таблица 5.1 – Показатели выраженности акцентуации характера у студентов младших курсов университета по методике К. Леонгарда – Г. Шмишека, в гендерном аспекте, в баллах (n = 510)

Шкала	Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
	Ж n=143	М n=130	Ж n=95	М n=60	Ж n=69	М n=13
Гипертимность	13,76±4,99 (0,0-21,0) Me=15,0	12,09±6,19 (0,0-21,0) Me=12,0	11,97±5,40 (0,0-21,0) Me=12,0	12,20±4,81 (0,0-21,0) Me=12,0	12,17±5,17 (0,0-21,0) Me=15,0	7,84±5,27 (0,0-15,0) Me=9,0
Дистимность	10,01±4,32 (0,0-24,0) Me=9,0	10,11±4,04 (0,0-21,0) Me=9,0	12,03±4,39 (3,0-21,0) Me=12,0	12,65±3,87 (3,0-21,0) Me=12,0	12,87±3,89 (3,0-21,0) Me=12,0	13,62±4,68 (6,0-21,0) Me=12,0
Циклотимность	13,13±5,84 (0,0-24,0) Me=12,0	9,74±6,18 (0,0-24,0) Me=9,0	14,68±5,33 (3,0-24,0) Me=15,0	14,05±5,51 (0,0-24,0) Me=15,0	16,39±5,26 (6,0-24,0) Me=18,0	11,08±6,53 (0,0-21,0) Me=9,0

Продолжение табл. 5.1

Возбудимость	7,97±4,88 (0,0-21,0) Me=6,0	6,69±5,34 (0,0-21,0) Me=6,0	9,88±4,63 (0,0-21,0) Me=9,0	9,50±5,04 (0,0-21,0) Me=9,0	12,87±4,58 (3,0-21,0) Me=12,0	9,92±4,96 (0,0-15,0) Me=12,0
Застревание	13,62±4,04 (2,0-22,0) Me=14,0	11,57±3,79 (4,0-22,0) Me=11,0	13,89±3,47 (6,0-22,00) Me=14,0	13,27±3,51 (6,0-20,0) Me=14,0	14,0±3,88 (2,0-22,0) Me=14,0	12,92±3,97 (6,0-20,0) Me=12,0
Эмотивность	15,13±5,07 (3,0-24,0) Me=15,0	9,12±4,86 (0,0-21,0) Me=9,0	15,13±4,24 (3,0-24,0) Me=15,0	11,80±5,29 (0,0-24,0) Me=12,0	15,30±4,91 (3,0-24,0) Me=15,0	12,0±6,71 (3,0-21,0) Me=15,0
Экзальтирован- ность	14,14±6,18 (0,0-24,0) Me=18,0	11,35±7,02 (0,0-24,0) Me=12,0	16,29±5,65 (0,0-24,0) Me=18,0	12,0±6,35 (0,0-24,0) Me=12,0	16,78±5,96 (6,0-24,0) Me=18,0	12,0±7,35 (0,0-24,0) Me=12,00

Продолжение табл. 5.1

Тревожность	10,87±5,53 (0,0-21,0) Me=12,0	6,14±5,11 (0,0-21,0) Me=6,0	13,55±5,40 (3,0-24,0) Me=15,0	10,50±5,17 (0,0-24,0) Me=9,00	14,83±5,30 (3,0-24,0) Me=15,0	9,92±4,96 (3,0-21,0) Me=9,0
Педантичность	12,83±4,86 (2,0-24,0) Me=14,0	9,48±4,85 (0,0-22,0) Me=10,0	13,39±4,02 (0,0-22,0) Me=14,0	12,97±5,11 (2,0-24,0) Me=12,0	13,94±4,64 (4,0-22,0) Me=14,0	10,62±5,06 (2,0-18,0) Me=10,0
Демонстративность	13,61±4,52 (2,0-22,0) Me=14,0	11,34±5,08 (2,0-22,0) Me=12,0	13,71±4,25 (2,0-24,0) Me=14,0	12,67±4,19 (2,0-22,0) Me=12,0	14,30±3,52 (6,0-22,0) Me=14,0	12,0±5,60 (2,0-20,0) Me=12,0

Примечание. Формат представления данных (табл. 5.1-5.4): M±sd; Me; q25-q75.

45,7% лиц экто-эндоморфного соматотипа (DOE) были склонны к пассивному поведению – 16/35, т.е. $45,7 \pm 8,4$; 95% ДИ=29,2–62,2, остальные же студенты (54,3%) были более инициативны и энергичны в стрессовых ситуациях.

Для 40% девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) было характерно проявление оптимистического настроения – 14/35, т.е. $40,0 \pm 8,3$; 95% ДИ=23,8–56,2.

Лица женского пола эндо-экторморфного соматотипа (COD) имели выраженность гипертимности выше среднего – 53/90, т.е. $58,9 \pm 5,2$; 95% ДИ=48,7–69,1.

Для 62,5% исследуемых мезо-экторморфного соматотипов (BOC) напротив было характерно значение гипертимического типа ниже среднего – 15/24, т.е. $62,5 \pm 9,9$; 95% ДИ=43,1–81,9.

Дистимический тип имел преимущественно сниженный фон настроения, пессимизм, фиксацию теневых сторон жизни, заторможенность. Студенты мужского и женского пола группы 1, а также женского пола группы 2 имели средние значения данного показателя. В то же время студенты мужского пола группы 2 и 3, а также женского пола группы 3 – значения выше среднего.

Выявлено, что 82% лиц экто-мезоморфного соматотипа (AOB) имели значение дистимического типа ниже среднего – 40/33, т.е. $82,5 \pm 6,0$; 95% ДИ=70,4–94,3 ($Z=5,20$, $p<0,05$).

В этом наблюдении 29,9% студентов женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) – 23/77, т.е. $29,9 \pm 5,2$; 95% ДИ=29,6–40,1 ($Z=3,73$, $p<0,05$) имели склонность к пессимизму, фиксации на негативных переживаниях в стрессовых ситуациях.

Установлено, что 51,4% лиц экто-эндоморфного соматотипа (DOE) – 18/35, т.е. $51,4 \pm 8,4$; 95% ДИ=34,9–68,0 имели выраженность дистимности выше среднего, что клинически проявляется негативными переживаниями и заторможенностью при столкновении со стрессовыми событиями.

Для 60% девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) характерно проявление дистимности ниже среднего – 21/35, т.е. $60 \pm 8,3$; 95% ДИ=33,8–76,2.

Лица женского пола эндо-экторморфного соматотипа (COD) и 2/3 девушек мезо-экторморфного (BOC) соматотипов характеризовались значениями дистимности ниже среднего – 66/90, т.е. $73,3 \pm 4,7$; 95% ДИ=64,2–82,5 ($Z=4,89$, $p<0,05$) и 15/24, т.е. $62,5 \pm 9,9$; 95% ДИ=43,1–81,9 соответственно.

Циклотимический тип – смена гипертимических и дистимических фаз. Значения циклотимности выше среднего присущи лицам женского пола всех 3 групп, при этом студенты мужского пола групп 1 и 3 имели средние значения показателя, превышение средних величин наблюдалось только у мужчин в группе 2.

Установлено, что девушки экто-мезоморфного соматотипа (AOB) склонны к проявлениям циклотимности в стрессовых ситуациях (60%) – 24/40, т.е. $60,0 \pm 7,7$; 95% ДИ=44,8–75,2, что клинически проявлялось сменой периодов активности и заторможенности.

Выявлено, что 50,6% студентов женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) характеризовались выраженностью циклотимического типа выше среднего – 39/77, т.е. $50,6 \pm 5,7$; 95% ДИ=39,5–61,8.

Для лиц экто-эндоморфного соматотипа (DOE) характерна выраженность смены дистимических и гипертимических фаз – 21/35, т.е. $60,0 \pm 8,3$; 95% ДИ=43,8–76,2.

Половина девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) имели циклотимический тип акцентуации характера – 18/35, т.е. $51,4 \pm 8,4$; 95% ДИ=34,9–68,0.

Лица женского пола эндо-экторморфного (COD) характеризовались сменой активной и пассивной фаз при столкновении со стрессовыми ситуациями – 51/90, т.е. $56,7 \pm 5,2$; 95% ДИ=46,4–66,9.

Выявлено, что большая часть исследуемых мезо-экторморфного соматотипов (BOC) испытывали перепады настроения, сопровождающиеся

повышением и снижением работоспособности – 20/24, т.е. $83,3 \pm 7,6$; 95% ДИ=68,4–98,2 ($Z=4,11$, $p<0,05$).

Возбудимый тип характеризовался повышенной импульсивностью, ослаблением контроля над влечениями и побуждениями. Студенты всех 3 групп мужского и женского пола имели средние значения возбудимости, и только лица женского пола с ОПРА – выше среднего.

Установлено, что преобладающая часть девушек (85%) экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) спокойны и рассудительны – 34/40, т.е. $85,0 \pm 5,6$; 95% ДИ=73,9–96,1, при этом 15% девушек этого соматотипа отличались повышенной импульсивностью и принятием необдуманных решений в стрессовых ситуациях – 6/40, т.е. $15,0 \pm 5,6$; 95% ДИ=3,9–26,1 ($Z=5,98$, $p<0,05$).

Выявлено, что у 83,1% студентов женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (ФОА) столкновение со сложными ситуациями сопровождалось повышенным самоконтролем – 64/77, т.е. $83,1 \pm 4,3$; 95% ДИ=74,7–91,5 ($Z=7,61$, $p<0,05$).

Для 60% лиц экто-эндоморфного соматотипа (DOE) характерным было рациональное поведение в стрессовых ситуациях – 21/35, т.е. $60 \pm 8,3$; 95% ДИ=43,8–76,2.

Больше половины девушек (68,6%) мезо-эндоморфного соматотипа (ЕОФ) были способны к объективной оценке происходящих событий – 24/35, т.е. $68,6 \pm 7,8$; 95% ДИ=53,2–84,0 ($Z=2,18$, $p<0,05$).

Лица женского пола эндо-экторморфного (COD) и мезо-экторморфного (ВОС) соматотипов характеризовались лучшим, чем у других девушек контролем над влечениями и побуждениями – 75/90, т.е. $83,3 \pm 3,9$; 95% ДИ=75,6–91,0 ($Z=8,34$, $p<0,05$) и 16/24, т.е. $66,7 \pm 9,6$; 95% ДИ=47,8–85,5 ($Z=8,34$, $p<0,05$) соответственно.

Для застревающего типа характерна чрезмерная стойкость аффекта. Превышение средних значений застревания характерно для лиц мужского и

женского пола всех 3 групп, за исключением практически здоровых студентов женского пола.

Выявлено, что 65% девушек экто-мезоморфного (АОВ) и 68,6% мезо-эндоморфного (ЕОФ) соматотипов заикливались на произошедшем событии, испытывали сложности в концентрации на ежедневных проблемах – 26/40, т.е. $65 \pm 7,5$; 95% ДИ=50,2-79,8 и 24/35, т.е. $68,6 \pm 7,8$; 95% ДИ=53,2-84,0 соответственно.

Выявлено, что примерно половина студентов эндо-мезоморфного (ФОА) и экто-эндоморфного (ДОЕ) соматотипов не заостряли свое внимание на стрессовых событиях – 42/77, т.е. $54,0 \pm 5,7$; 95% ДИ=44,4-65,7 и 18/35, т.е. $51,4 \pm 8,4$; 95% ДИ=34,9-68,0 соответственно.

Лица женского пола эндо-эктоморфного (СОД) и мезо-эктоморфного (ВОС) соматотипов акцентировали свое внимание на стрессовом воздействии – 56/90, т.е. $62,2 \pm 5,1$; 95% ДИ=52,2-72,2 и 17/24, т.е. $70,8 \pm 9,3$; 95% ДИ=52,6-59,0 соответственно.

Эмотивный тип может напоминать элементы аффективно-экзальтированного типа, однако его проявления не столь бурны. Лица этого типа отличались особой впечатлительностью и чувствительностью. Лица мужского пола всех 3 групп имели средние значения эмотивности, в то время как у лиц женского пола всех 3 групп эти значения были выше среднего.

Для девушек экто-мезоморфного (АОВ) и эндо-мезоморфного (ФОА) соматотипов характерна особая впечатлительность и чувствительность к происходящим событиям – 22/40, т.е. $55,0 \pm 7,9$; 95% ДИ=39,6-70,4 и 56/77, т.е. $72,7 \pm 5,1$; 95% ДИ=62,8-82,7 соответственно.

Студенты женского пола мезо-эндоморфного (ЕОФ) и экто-эндоморфного (ДОЕ) соматотипов характеризовались эмоциональностью и незначительной экзальтированностью – 25/35, т.е. $74,4 \pm 7,6$; 95% ДИ=56,5-86,4 и 21/35, т.е. $60,0 \pm 8,3$; 95% ДИ=43,8-76,2 соответственно.

72,2% лиц эндо-экторморфного (COD) и 62,5% лиц мезо-экторморфного (BOC) соматотипов были чрезмерно чувствительны к воздействию окружающих факторов – 65/90, т.е. $72,2 \pm 4,7$; 95% ДИ=63,0-81,5 и 15/24, т.е. $62,5 \pm 9,9$; 95% ДИ=43,1-81,9 соответственно.

Для аффективно-экзальтированного типа характерными были легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали. Восторг и печаль – основные сопутствующие этому типу состояния. Экзальтированность выражена у лиц женского пола всех 3 групп, при этом студенты мужского пола всех групп имеют средние значения показателя.

Половина девушек экто-мезоморфного (AOB) и экто-эндоморфного (DOE) соматотипов характеризовались значениями аффективно-экзальтированной акцентуации характера ниже среднего – 21/40, т.е. $52,5 \pm 7,9$; 95% ДИ=37,0-68,0 и 19/35, т.е. $54,3 \pm 8,4$; 95% ДИ=37,8-70,8 соответственно.

Девушки эндо-мезоморфного (FOA) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов с лёгкостью переходили от состояния восторга к состоянию печали – 44/77, т.е. $57,1 \pm 5,6$; 95% ДИ=46,1-68,2 и 23/35, т.е. $65,7 \pm 8,0$; 95% ДИ=5,0-81,4 соответственно.

Студенты женского пола эндо-экторморфного (COD) и мезо-экторморфного (BOC) соматотипов быстро переключались от состояния радости к состоянию грусти – 58/90, т.е. $64,4 \pm 5,0$; 95% ДИ=54,6-74,3 и 15/24, т.е. $62,5 \pm 9,9$; 95% ДИ=43,1-81,9 соответственно.

Для тревожно-боязливого типа была характерна склонность к страхам, робость и пугливость. В большинстве своем все студенты имели средние значения тревожности, за исключением лиц женского пола с ННА и ОПРА.

Для девушек экто-мезоморфного (AOB) и эндо-мезоморфного (FOA) соматотипов характерна уверенность в себе, отсутствие робости – 21/40, т.е. $52,5 \pm 7,9$; 95% ДИ=37,0-68,0 и 44/77, т.е. $57,1 \pm 5,6$; 95% ДИ=46,1-68,2 соответственно.

Лица женского пола экто-эндоморфного (DOE), мезо-эндоморфного (EOF) и мезо-экторморфного (BOC) соматотипов проявляли признаки страха и робости в стрессовых ситуациях – 20/35, т.е. $57,1 \pm 8,4$; 95% ДИ=40,7-73,5; 19/35, т.е. $54,3 \pm 8,4$; 95% ДИ=35,8-70,8 и 16/24, т.е. $66,7 \pm 9,6$; 95% ДИ=47,8-85,5 соответственно.

При этом студенты женского пола эндо-экторморфного (COD) соматотипа не боялись столкнуться с трудностями – 55/90, т.е. $61,1 \pm 5,1$; 95% ДИ=51,0-71,2.

Лица педантичного типа отличались повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, низкой способностью к вытеснению травмирующих переживаний. Повышение показателей педантичности выше среднего было характерно для всех обследованных студентов, за исключением лиц мужского пола групп 1 и 3.

Девушки экто-мезоморфного (AOB) и эндо-мезоморфного (FOA) соматотипов способны к вытеснению травмирующих переживаний – 23/40, т.е. $57,5 \pm 7,8$; 95% ДИ=42,2-72,8; 40/77, т.е. $51,9 \pm 5,7$; 95% ДИ=40,8-63,1 соответственно.

При этом студенты женского пола экто-эндоморфного (DOE), мезо-эндоморфного (EOF) и эндо-экторморфного (COD) соматотипов были склонны к повышенной ригидности и инертности психических процессов – 23/35, т.е. $65,7 \pm 8,0$; 95% ДИ=50,0-81,4; 18/35, т.е. $51,4 \pm 8,4$; 95% ДИ=34,9-68,0 и 46/90, т.е. $51,1 \pm 5,3$; 95% ДИ=40,8-61,4 соответственно.

Половина лиц женского пола мезо-экторморфного (BOC) соматотипа характеризовалась незначительной ригидностью с признаками педантичности – 12/24, т.е. $50,0 \pm 10,2$; 95% ДИ=30,0-70,0.

Демонстративный тип характеризовался театральностью, повышенной способностью к вытеснению. Превышение средних значений демонстративности наблюдали у лиц мужского и женского пола всех 3 групп. Исключение составляли студенты мужского пола с ННА и ОПРА.

Лица женского пола экто-мезоморфного (АОВ) соматотипа в стрессовых ситуациях не привлекали к себе чрезмерное внимание – 22/40, т.е. $55,0 \pm 7,9$; 95% ДИ=39,6-70,4.

В то же время девушки эндо-мезоморфного (FOA) и экто-эндоморфного (DOE) соматотипов были способны к вытеснению травмирующих переживаний – 44/77, т.е. $57,1 \pm 5,6$; 95% ДИ=46,1-68,2 и 20/35, т.е. $57,1 \pm 8,4$; 95% ДИ=40,7-73,5 соответственно.

Студенты женского пола мезо-эндоморфного (EOF) и эндо-экторморфного (COD) соматотипов легко переживали стрессовые ситуации – 21/35, т.е. $60,0 \pm 8,3$; 95% ДИ=43,8-76,2 и 52/90, т.е. $57,8 \pm 5,2$; 95% ДИ=47,6-68,0 соответственно.

Половина лиц женского пола мезо-экторморфного (BOC) соматотипа испытывают сложности при столкновении со стрессовым фактором, были не способны к быстрому вытеснению переживаний – 12/24, т.е. $50,0 \pm 10,2$; 95% ДИ=30,0-70,0

Выявлено, что практически здоровые студенты женского пола были склонны к проявлениям следующих акцентуированных типов: гипертимического, циклотимического и эмотивного. В то же время практически здоровые студенты мужского пола в меньшей степени имели патохарактерологические черты.

Для студентов женского пола с ННА была характерна выраженность циклотимности, застревания, эмотивности, экзальтированности, тревожности, педантичности и демонстративности. Лица мужского пола с ННА имели склонность к гипертимности, дистимности, циклотимности, застреванию, педантичности и демонстративности.

Для лиц женского пола группы с ОПРА характерным было превышение средних значений всех описанных выше акцентуаций характера, студенты мужского пола этой же группы характеризовались только выраженной дистимностью и застреванием.

На основании полученных данных, можно утверждать, что лица женского пола больше склонны к наличию патохарактерологических особенностей, чем лица мужского пола. Выявлена более высокая степень выраженности акцентуаций в группе с ННА и ОПРА.

Установлено, что девушки экто-мезоморфного соматотипа (АОВ):

1. характеризовались повышенной работоспособностью и оптимизмом в повседневной жизни (50,0% лиц имели показатели гипертимности выше средних значений и 82,0% – дистимности ниже средних значений);
2. склонны к проявлениям циклотимности в стрессовых ситуациях (60,0%);
3. заикливались на произошедшем событии, испытывали сложности в концентрации на ежедневных проблемах (65,0%);
4. особо впечатлительны и чувствительны к происходящим событиям (55,0%);
5. способны к вытеснению травмирующих факторов (57,5%).

Лица женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (FOA):

1. склонны к повышенному фону настроения в сочетании с оптимизмом (51,9%);
2. отличались импульсивностью и принятием необдуманных решений в стрессовых ситуациях (83,1%);
3. особо впечатлительны и чувствительны к происходящим событиям (72,7%);
4. с лёгкостью переходили от состояния восторга к состоянию печали (57,1%);
5. были уверены в себе и не испытывали робости в стрессовых ситуациях (57,1%);
6. демонстративны в своём поведении и не придают особого значения травмирующим факторам (57,1%).

Доказано, что лица экто-эндоморфного соматотипа (DOE):

1. инициативны и энергичны в стрессовых ситуациях (54,3%);
2. отличались сменой дистимических и гипертимических фаз (60,0%);
3. характеризовались эмоциональностью и незначительной экзальтированностью (60,0%);
4. проявляли признаки страха и робости в стрессовых ситуациях (57,1%);
5. склонны к повышенной ригидности и инертности психических процессов (65,7%);
6. способны к вытеснению травмирующих переживаний (57,1%).

Установлено, что лица женского пола мезо-эндоморфного соматотипа (EOF):

1. имели признаки циклотимического типа акцентуации характера (51,4%);
2. были способны к объективной оценке происходящих событий в стрессовой ситуации (68,6%);
3. заикливались на произошедшем событии, испытывали сложности в концентрации на ежедневных проблемах (65,0%);
4. характеризовались эмоциональностью и незначительной экзальтированностью (74,4%);
5. быстро переходили от состояния радости к состоянию печали (65,7%);
6. легко справлялись со стрессовыми ситуациями (60,0%).

Выявлено, что девушки эндо-экторморфного (COD) соматотипа:

1. характеризовались повышенным фоном настроения в сочетании с оптимизмом (58,9%), а также сменой активной и пассивной фаз при столкновении со стрессовыми ситуациями (56,7%);
2. были способны к самоконтролю (83,3%);

3. акцентировали свое внимание на стрессовом воздействии (62,2%);
4. были чрезмерно чувствительны к воздействию окружающих факторов (72,2%);
5. быстро переходили от состояния радости к состоянию грусти (64,4%);
6. не проявляли признаков робости в стрессовых ситуациях (61,1%);
7. легко переживали стресс (57,8%).

Доказано, что студенты мезо-экторморфного соматотипа (ВОС):

1. испытывали перепады настроения с повышением и снижением работоспособности (83,3%);
2. характеризовались наличием контроля над влечением и побуждением (66,7%);
3. акцентировали своё внимание на стрессовом воздействии (70,8%);
4. проявляли признаки страха и робости в стрессовых ситуациях (66,7%).

5.2 Особенности копинг-стратегий у девушек младших курсов университета во взаимосвязи с соматотипами

На следующем этапе изучали напряженность копинг-стратегий исследуемого контингента с использованием опросника способов совладания (WCQ) (S. Folkman and R. Lazarus, 1988, в адаптации Т. Л. Крюковой, 2002), что представлено в таблице 5.2.

Стратегия конфронтации предполагала попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. При выраженном предпочтении этой стратегии могут наблюдаться импульсивность в поведении (иногда с элементами враждебности и

Таблица 5.2 – Показатели напряженности копинг-стратегий студентов младших курсов университета по методике S. Folkman и R. Lazarus, в баллах (n = 510)

Шкала	Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
	Ж n=143	М n=130	Ж n=95	М n=60	Ж n=69	М n=13
Конфронтация	6,64±3,45 (0,0-16,0) Me=6,0	6,68±3,97 (0,0-18,0) Me=7,0	7,85±3,05 (1,0-13,0) Me=8,0	7,83±3,71 (0,0-17,0) Me=7,5	8,12±3,34 (0,0-18,0) Me=8,0	8,15±5,18 (0,0-14,0) Me=10,0
Дистанцирование	7,10±4,12 (0,0-18,0) Me=7,0	6,56±3,96 (0,0-18,0) Me=6,0	8,55±3,43 (0,0-18,0) Me=9,0	7,75±3,72 (0,0-14,0) Me=8,0	9,51±4,01 (0,0-18,0) Me=10,0	7,92±5,04 (0,0-13,0) Me=9,0
Самоконтроль	8,76±4,68 (0,0-20,0) Me=9,0	8,59±4,84 (0,0-21,0) Me=9,0	10,54±4,04 (0,0-19,0) Me=11,0	10,35±4,02 (0,0-18,0) Me=11,0	10,75±3,95 (0,0-19,0) Me=11,0	9,15±5,98 (0,0-17,0) Me=9,0

Продолжение табл.5.2

Поиск социальной поддержки	8,25±4,11 (0,0-18,0) Me=8,0	7,50±4,11 (0,0-18,0) Me=8,0	8,91±3,42 (1,0-15,0) Me=9,0	8,65±3,79 (0,0-15,0) Me=9,0	9,41±4,17 (0,0-18,0) Me=9,0	6,31±4,82 (0,0-13,0) Me=6,0
Принятие ответственности	5,07±3,13 (0,0-12,0) Me=5,0	4,96±3,16 (0,0-12,0) Me=5,0	6,33±2,52 (1,0-12,00) Me=6,0	5,72±2,99 (0,0-11,0) Me=6,0	7,07±2,55 (0,0-12,0) Me=7,0	5,69±3,90 (0,0-12,0) Me=7,0
Бегство-избегание	8,87±5,04 (0,0-24,0) Me=9,0	8,06±5,08 (0,0-24,0) Me=8,0	10,74±4,53 (1,0-21,0) Me=10,0	10,95±4,54 (0,0-21,0) Me=11,0	12,83±4,96 (0,0-24,0) Me=13,0	10,77±7,07 (0,0-20,0) Me=12,0
Планирование решения проблемы	9,08±4,59 (0,0-18,0) Me=9,0	8,79±4,92 (0,0-18,0) Me=9,0	9,27±4,04 (1,0-18,0) Me=9,0	9,18±4,18 (0,0-16,0) Me=9,5	9,14±4,19 (0,0-18,0) Me=10,0	7,46±4,68 (0,0-13,0) Me=9,00
Положительная переоценка	9,87±5,00 (0,0-21,0) Me=10,0	8,63±5,01 (0,0-21,0) Me=9,0	9,80±3,96 (2,0-19,0) Me=10,0	9,85±4,29 (0,0-18,0) Me=10,5	10,14±4,10 (0,0-19,0) Me=9,0	8,15±5,44 (0,0-14,0) Me=10,0

конфликтности), враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Практически здоровые студенты мужского и женского пола имели низкий уровень напряженности копинга, что говорит об адаптивном варианте совладания со стрессом. При этом лица мужского пола и женского пола с ННА и ОПРА характеризовались средним уровнем напряженности копинга и находились в пограничном состоянии. Обращает на себя внимание равномерное увеличение средних значений от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА (см. табл.5.2).

Дистанцирование предполагало попытки преодоления негативных переживаний за счет субъективного снижения их значимости и степени эмоциональной вовлеченности. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания. Студенты мужского и женского пола всех 3 групп имели средний уровень напряженности копинга, за исключением практически здоровых студентов женского пола. У лиц женского пола определялось плавное увеличение средних значений от группы 1 к группе 3, аналогичные тенденции наблюдались у лиц мужского пола. При этом средние значения показателей были выше у лиц женского пола по сравнению с аналогичными мужского пола (см. табл. 5.2).

Стратегия самоконтроля предполагала попытки преодоления негативных переживаний за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля у личности может наблюдаться стремление скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией, что может

свидетельствовать о боязни самораскрытия, чрезмерной требовательности к себе, приводящей к сверхконтролю поведения. Согласно данным таблицы 5.2 лица с ННА и ОПРА мужского и женского пола характеризовались средним уровнем напряженности копинга.

Копинг-стратегия поиска социальной поддержки предполагала попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. За характерные особенности принимались ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагал обращение за рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим с точки зрения респондента необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявлялась стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки, ведущей принималась потребность в помощи конкретными действиями. Стратегия поиска социальной поддержки была более выражена у лиц женского пола, при этом средние значения показателей увеличивались от группы 1 к группе 3. Лица мужского пола характеризовались средними (группа 1 и 2) и низкими (группа 3) значениями показателя. Данная тенденция свидетельствует о том, что студенты женского пола преимущественно переживают стрессовые ситуации при поддержке социума, в то время как лица мужского пола наоборот становятся более замкнутыми и предпочитают переживать сложности в одиночку.

Оценка механизма принятия ответственности предполагала признание молодым человеком своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражала стремление личности к пониманию зависимости между собственными

действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Вместе с тем, выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворённости собой. Преобладающим для большинства студентов всех 3 групп было низкое значения показателя, за исключением лиц женского пола с ОПРА. Лица женского пола имели более высокие значения показателя, что свидетельствовало о большей готовности нести ответственность за свои поступки, чем у лиц мужского пола. Определялось равномерное увеличение средних значений показателя как для лиц мужского пола, так и для лиц женского пола.

Стратегия бегства-избегания предполагала попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление психоактивных веществ, с целью снижения мучительного эмоционального напряжения. Большинство исследователей эту стратегию рассматривают как неадаптивную, однако это не исключает ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях. Обращают на себя внимания высокие средние значения показателей для лиц мужского и женского пола всех 3 групп, была выявлена тенденция к повышению средних значений от группы 1 к группе 3 как для лиц мужского пол, так и для лиц женского пола. Определялись более высокие средние значения показателя для студентов

женского пола всех 3 групп (см. табл. 5.2). Таким образом, для лиц мужского и женского пола группы 3 свойственна стратегия бегства-избегания.

Исследование планирования решения проблемы предполагало попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Значения изучаемого показателя для студентов мужского и женского пола всех 3 групп находились в рамках средних значений. Определялись более высокие показатели средних величин у лиц женского пола по сравнению с аналогичными у лиц мужского пола.

Копинг-стратегия положительной переоценки предполагала попытки преодоления негативных переживаний за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение её в более широкий контекст работы личности над саморазвитием. Средние значения показателя для лиц мужского и женского пола 2 и 3 групп были несколько выше аналогичных в группе 1. При этом средние значения показателя у лиц женского пола немного выше по сравнению с аналогичными у лиц мужского пола.

Установлено, что практически здоровые лица женского пола характеризовались высокими средними значениями следующих копинг-механизмов: (1) планирование решения проблемы; (2) положительная переоценка; (3) самоконтроль. При этом практически здоровые лица мужского пола характеризовались несколько иными механизмами совладания со стрессом, такими как: (1) самоконтроль; (2) планирование решения проблемы; (3) положительная переоценка.

У студентов женского пола с ННА выявлен средний уровень напряженности всех копинг-стратегий, за исключением механизма принятия ответственности (низкий уровень напряженности копинга). Аналогичные тенденции наблюдали для лиц мужского пола с ННА, с более низкими значениями показателя принятия ответственности, чем у лиц женского пола.

Студенты женского пола преимущественно переживали стрессовые ситуации при поддержке социума, в то время как лица мужского пола наоборот становились более замкнутыми и предпочитали переживать сложности в одиночку. Лица женского пола характеризовались более высокими значениями показателя принятия ответственности, что свидетельствовало о большей готовности отвечать за свои поступки, чем лица мужского пола. Для лиц мужского и женского пола группы 3 была свойственна стратегия бегства-избегания.

У лиц женского пола с ННА наблюдали высокие средние значения следующих копинг-стратегии: (1) бегство-избегание; (2) самоконтроль; (3) положительная переоценка. В то же время для лиц мужского пола с ННА было характерно: (1) планирование решения проблемы; (2) самоконтроль; (3) положительная переоценка.

Установлены высокие значения следующих копинг-механизмов для лиц женского пола с ОПРА: (1) бегство-избегание; (2) самоконтроль; (3) положительная переоценка.

При этом студенты мужского пола с ОПРА имели большие средние значения копинг-стратегий: (1) бегство-избегание; (2) самоконтроль и (3) конфронтация и положительная переоценка.

На следующем этапе проводили ранжирование по следующей методике: каждой копинг-стратегии, в зависимости от количества баллов, был присвоен ранг от 1 до 8.

Проведя ранговый анализ структуры выборки преобладающих копинг-механизмов, установлено, что для всех исследуемых преобладают следующие стратегии совладания со стрессом:

(1) бегство-избегание (223/43,7%); (2) положительная переоценка (146/28,6%); (3) планирование решения проблемы (123/24,1%).

Девушки экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) выбирали следующие стратегии в стрессовых ситуациях:

(1) бегство-избегание (16/40,0%); (2) положительную переоценку (13/32,0%); (3) самоконтроль (10/25%).

Студенты мезо-экторморфного соматотипа (ВОС) предпочитали такие копинг-механизмы:

(1) бегство-избегание (14/58,0%); (2) положительную переоценку (7/29,0%); (3) планирование решения проблемы (3/12,5%).

Девушки эндо-экторморфного (СОД) соматотипа использовали:

(1) бегство-избегание (44/48,8%); (2) положительную переоценку (29/32,2%); (3) планирование решения проблемы (23/25,5%).

Лица экто-эндоморфного соматотипа (ДОЕ) выбирали:

(1) бегство-избегание (15/42,9%); (2) самоконтроль (7/20,0%); (3) дистанцирование (5/14,3%) и положительную переоценку (5/14,3%).

Лица женского пола мезо-эндоморфного соматотипа (ЕОФ) предпочитали:

(1) бегство-избегание (16/46,8%); (2) положительную переоценку (9/25,7%) и (3) самоконтроль (8/22,8%).

Лица женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (ФОА) характеризовались преобладанием следующих копинг-механизмов:

(1) бегство-избегание (30/38,9%); (2) положительную переоценку (28/36,3%), (3) планирование решения проблемы (20/25,9%).

5.3 Особенности удовлетворённости жизнью у студентов младших курсов университета, ее взаимосвязь с соматотипами у лиц женского пола

Удовлетворённость жизнью была измерена по «Шкале удовлетворённости жизнью» («Satisfaction with Life Scale», SWLS E. Diener et al., 1985, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008). Результаты представлены в таблице 5.3.

«Шкала удовлетворённости жизнью» позволила оценить эмоциональное переживание индивидом собственной жизни как целого, и отражала общий уровень психологического благополучия.

Студенты группы 1 имели высокую степень удовлетворённости жизнью. Лица с непатологическими нарушениями адаптации характеризовались более низкими показателями удовлетворённости жизни, чем практически здоровые студенты. При этом студенты с ОПРА имели самую низкую степень удовлетворённости жизни по сравнению с группой 1 и группой 2. Обращает на себя внимание более высокая степень удовлетворённости жизнью у лиц женского пола во всех 3 группах. Также выявлено равномерное снижение уровня удовлетворённости жизнью от группы 1 к группе 3.

Установлено равномерное уменьшение уровня удовлетворённости жизнью от группы практически здоровых студентов к группе с отдельными признаками расстройств адаптации. Выявлена более высокая степень удовлетворённости жизнью у лиц женского пола в группах 2 и 3, по сравнению с удовлетворённостью жизнью у лиц мужского пола, имеющих опыт употребления психоактивных веществ.

Таблица 5.3 – Показатели уровня удовлетворённости жизнью по «Шкале удовлетворённости жизнью», в баллах (n = 510)

Шкала	Группа 1, n=273		Группа 2, n=155		Группа 3, n=82	
	Ж n=143	М n=130	Ж n=95	М n=60	Ж n=69	М n=13
Удовлетворённость жизнью	24,19 ± 6,30 (5,0-35,0) Me=26,0	22,57±6,57 (8,0-35,0) Me= 23,0	21,30±6,33* (5,0-35,0) Me= 22,0	20,48± 5,85 (9,0-31,0) Me= 21,5	18,22± 7,16 *# (5,0-35,0) Me=18,0	16,00± 7,39 * (6,0-30,0) Me= 14,0

Примечания:

* – статистически значимое различие от группы 1 на уровне $p<0,001$;

– статистически значимое различие от группы 2 на уровне $p<0,001$.

В таблице 5.4. представлена характеристика показателей удовлетворённости жизнью по «Шкале удовлетворённости жизнью у девушек» во взаимосвязи с соматотипами.

Таблица 5.4 – Показатели уровня удовлетворённости жизнью по «Шкале удовлетворённости жизнью у девушек» во взаимосвязи с соматотипами, в баллах (n = 307)

Шкала	Группа 1, n=273	Группа 2, n=155	Группа 3, n=82
	Девушки n=143 (52,4%)	Девушки n=95 (61,3%)	Девушки n=69 (84,1%)
Удовлетворённость жизнью			
АОВ	25,12±5,46; (12,00-35,00); Me=26,00; (21,00-29,50)	20,27±7,79; (7,00-35,00); Me=20,00; (15,00-27,00)	18,84±6,87* (9,00-30,00); Me=19,00; (13,00-21,00)
ВОС	0	23,50±7,52; (10,00-31,00); Me=26,00; (20,00-28,00)	0
COD	25,03±6,21; (5,00-34,00); Me=26,00; (21,00-29,00)	21,68±6,37* (5,00-31,00); Me=23,00; (19,00-26,00)	0
DOE	0	21,35±7,23; (9,00-34,00); Me=24,00; (17,00-26,00)	18,27±7,83; (7,00-30,00); Me=18,50; (10,00-25,00)

Продолжение табл. 5.4

EOF	23,00±6,57; (13,00-30,00); Me=25,00; (14,00-30,00)	20,71±6,77; (9,00-30,00); Me=22,00; (15,00-24,00)	17,29±7,12; (5,00-35,00); Me=18,00; (13,00-20,00)
FOA	23,21±6,54; (5,00-33,00); Me=24,00; (18,00-28,00)	20,71±5,21; (11,00-30,00); Me=20,50; (17,00-24,00)	0
AD	0	0	0
BE	0	0	0
CF	0	22,00±1,00; (21,00-23,00); Me=22,00; (21,00-23,00)	16,33±1,15; (15,00-17,00); Me=17,00; (15,00-17,00)

У лиц экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) установлено статистически значимое снижение удовлетворённостью жизнью в группе 3 относительно группы 1. Девушки эндо-экторморфного соматотипа (СОД) с ННА характеризовались статистически значимым снижением удовлетворённости жизнью.

Выявлены статистически значимые отличия ИМТ для девушек групп 1 и 2 ($p=0,02$), 1 и 3 ($p=0,007$): практически здоровые девушки – ИМТ=35,6±5,3 (27,8-51,8); Me=35,0 (31,8-37,8); девушки с ННА – ИМТ=33,7±4,2 (24,0-44,0); Me=32,5 (31,1-36,1); лица женского пола с ОПРА – ИМТ=33,2±4,4 (24,0-43,8); Me=32,3 (30,5-36,3).

На следующем этапе оценивали взаимосвязь ИМТ с соматотипом. Установлено статистически значимое снижение ($p=0,014$) средних значений ИМТ у девушек с ННА эндо-экторморфного соматотипа (COD): практически здоровые девушки – ИМТ= $32,2 \pm 2,5$ (27,8-37,4); Me=32,3 (30,1-33,5); девушки с ННА – ИМТ= $30,5 \pm 2,4$ (24,0-33,1); Me=31,2 (29,7-32,5).

Выявлено статистически значимое снижение ($p=0,003$) средних значений ИМТ у девушек с ННА мезо-эндоморфного соматотипа (EOF): практически здоровые девушки – ИМТ= $48,5 \pm 3,8$ (42,4-51,8); Me=50,6 (43,4-51,5); девушки с ННА – ИМТ= $41,3 \pm 3,0$ (34,5-43,0); Me=42,4 (41,7-42,7).

Определено, что у девушек эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) статистически значимо снижается ИМТ в группе с ННА по сравнению с практически здоровыми студентами ($p<0,0001$): практически здоровые девушки – ИМТ= $37,8 \pm 2,9$ (30,0-44,7); Me=37,0 (36,2-39,3); девушки с ННА – ИМТ= $35,4 \pm 1,7$ (30,9-39,7); Me=35,3 (34,5-36,1).

Таким образом, в ходе проведенного исследования и статистического анализа полученных результатов установлено, что практически здоровые студенты женского пола склонны к проявлениям следующих акцентуированных типов: гипертимический, циклотимический, эмотивный. В то же время практически здоровые студенты мужского пола в меньшей степени имеют патохарактерологические черты.

Установлено, что для студентов женского пола с ННА характерна выраженность циклотимности, застревания, эмотивности, экзальтированности, тревожности, педантичности и демонстративности. Лица мужского пола с ННА имели склонность к гипертимности, дистимности, циклотимности, застреванию, педантичности и демонстративности.

Доказано, что лица женского пола группы с ОПРА имеют превышение средних значений для всех описанных выше акцентуаций характера, студенты мужского пола этой же группы характеризуются только выраженной дистимностью и застреванием.

На основании полученных данных, можно утверждать, что лица женского пола больше склонны к наличию патохарактерологических особенностей, чем лица мужского пола. Выявлена более высокая степень выраженности акцентуаций в группе с ННА и ОПРА.

Установлено, что девушки экто-мезоморфного соматотипа (АОВ): характеризовались повышенной работоспособностью и оптимизмом в повседневной жизни (50,0% лиц имели показатели гипертимности выше средних значений и 82,0% – дистимности ниже средних значений); были склонны к проявлениям циклотимности в стрессовых ситуациях (60,0%); фиксировались на произошедшем событии, испытывали сложности в концентрации на ежедневных проблемах (65,0%); были особо впечатлительны и чувствительны к происходящим событиям (55,0%) и способны к вытеснению травмирующих факторов (57,5%).

Выявлено, что лица женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (FOA): склонны к повышенному фону настроения в сочетании с оптимизмом (51,9%); отличаются импульсивностью и принятием необдуманных решений в стрессовых ситуациях (83,1%); особо впечатлительны и чувствительны к происходящим событиям (72,7%); с легкостью переходили от состояния восторга к состоянию печали (57,1%); уверены в себе и не испытывали робости в стрессовых ситуациях (57,1%); демонстративны в своем поведении и не придавали особого значения травмирующим факторам (57,1%).

Доказано, что лица экто-эндоморфного соматотипа (DOE): инициативны и энергичны в стрессовых ситуациях (54,3%); отличаются сменой дистимических и гипертимических фаз (60,0%); характеризовались эмоциональностью и незначительной экзальтированностью (60,0%); проявляли признаки страха и робости в стрессовых ситуациях (57,1%); были склонны к повышенной ригидности и инертности психических процессов (65,7%); способны к вытеснению травмирующих переживаний (57,1%).

Установлено, что лица женского пола мезо-эндоморфного соматотипа (ЕОФ): имели признаки циклотимического типа акцентуации характера (51,4%); были способны к объективной оценке происходящих событий в стрессовой ситуации (68,6%); фиксировались на произошедшем событии, испытывали сложности в концентрации на ежедневных проблемах (65,0%); характеризовались эмоциональностью и незначительной экзальтированностью (74,4%); быстро переходили от состояния радости к состоянию печали (65,7%) и легко справлялись со стрессовыми ситуациями (60,0%).

Выявлено, что девушки эндо-экторморфного (СОД) соматотипа: характеризуются повышенным фоном настроения в сочетании с оптимизмом (58,9%), а также сменой активной и пассивной фаз при столкновении со стрессовыми ситуациями (56,7%); способны к самоконтролю (83,3%); акцентировали свое внимание на стрессовом воздействии (62,2%); чрезмерно чувствительны к воздействию окружающих факторов (72,2%); быстро переходили от состояния радости к состоянию грусти (64,4%); не проявляли признаков робости в стрессовых ситуациях (61,1%) и легко переживали стресс (57,8%).

Доказано, что студенты мезо-экторморфного соматотипа (ВОС): испытывали перепады настроения с повышением и снижением работоспособности (83,3%); характеризовались наличием контроля над влечением и побуждением (66,7%); акцентировали свое внимание на стрессовом воздействии (70,8%); проявляли признаки страха и робости в стрессовых ситуациях (66,7%).

Установлено, что практически здоровые лица женского пола характеризовались высокими средними значениями следующих копинг-механизмов: (1) планированием решения проблемы; (2) положительной переоценкой и (3) самоконтролем. При этом практически здоровые лица мужского пола характеризовались несколько иными механизмами совладания

со стрессом, такими как: (1) самоконтроль; (2) планирование решения проблемы и (3) положительная переоценка.

У студентов женского пола с ННА выявлен средний уровень напряженности всех копинг-стратегий, за исключением механизма принятия ответственности (низкий уровень напряженности копинга). Аналогичные тенденции наблюдаются для лиц мужского пола с ННА, с более низкими значениями показателя принятия ответственности, чем у лиц женского пола.

У лиц женского пола с ННА наблюдали высокие средние значения следующих копинг-стратегии: (1) бегство-избегание; (2) самоконтроль и (3) положительная переоценка. В то же время для лиц мужского пола с ННА характерно: (1) планирование решения проблемы; (2) самоконтроль и (3) положительная переоценка.

Установлены высокие значения следующих копинг-механизмов для лиц женского пола с ОПРА: (1) бегство-избегание; (2) самоконтроль и (3) положительная переоценка.

При этом студенты мужского пола с ОПРА имели большие средние значения копинг-стратегий: (1) бегство-избегание; (2) самоконтроль и (3) кКонфронтация и положительная переоценка.

Установлено, что для всех исследуемых преобладают следующие стратегии совладания со стрессом: (1) бегство-избегание (223/43,7%); (2) положительная переоценка (146/28,6%); (3) планирование решения проблемы (123/24,1%).

Девушки экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) выбирали следующие стратегии в стрессовых ситуациях: (1) бегство-избегание (16/40,0%); (2) положительную переоценку (13/32,0%) и (3) самоконтроль (10/25%).

Студенты мезо-эктоморфного соматотипа (ВОС) предпочитали такие копинг-механизмы: (1) бегство-избегание (14/58,0%); (2) положительная переоценка (7/29,0%) и (3) планирование решения проблемы (3/12,5%).

Девушки эндо-экторморфного (COD) соматотипа использовали: (1) бегство-избегание (44/48,8%); (2) положительную переоценку (29/32,2%) и (3) планирование решения проблемы (23/25,5%).

Лица экто-эндоморфного соматотипа (DOE) выбирали: (1) бегство-избегание (15/42,9%); (2) самоконтроль (7/20,0%); (3) дистанцирование (5/14,3%) и положительную переоценку (5/14,3%).

Лица женского пола мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) предпочитали: (1) бегство-избегание (16/46,8%); (2) положительную переоценку (9/25,7%) и (3) самоконтроль (8/22,8%).

Лица женского пола эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) характеризовались преобладанием следующих копинг-механизмов: (1) бегство-избегание (30/38,9%); (2) положительная переоценка (28/36,3%); (3) планирование решения проблемы (20/25,9%).

Студенты группы 1 – практически здоровы студенты – имели высокую степень удовлетворённости жизнью. Лица с ННА (группа 2) характеризовались более низкими показателями удовлетворённости жизни, чем практически здоровые студенты. При этом студенты с ОПРА (группа 3) имели самую низкую степень удовлетворённости жизни по сравнению с группой 1 и группой 2. Обращает на себя внимание более высокая степень удовлетворённости жизнью у лиц женского пола во всех 3 группах. Также выявлено равномерное снижение уровня удовлетворённости жизнью от группы 1 к группе 3.

Установлено равномерное уменьшение уровня удовлетворённости жизнью от группы практически здоровых студентов к группе с отдельными признаками расстройств адаптации. Выявлена более высокая степень удовлетворённости жизнью у лиц женского пола в группах 2 и 3, по сравнению с удовлетворённостью жизнью у лиц мужского пола, имеющих опыт употребления психоактивных веществ.

ГЛАВА 6

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

Статистическая взаимосвязь между качественными признаками и элементами субклинических проявлений осуществляли при помощи анализа таблиц сопряженности, с вычислением критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. В случае невыполнения условия применимости критерия χ^2 (более 25% ячеек в таблице сопряженности имеют ожидаемую частоту менее 5), анализ проводился попарно по двустороннему точному критерию Фишера. В случае недостаточной статистической значимости связи двух номинальных признаков в многопольной таблице сопряженности, проводили объединение нескольких сходных по смыслу градаций признака в одну, с последующим вычислением критерия χ^2 Пирсона с достигнутым уровнем статистической значимости (р) и отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ).

Исследование взаимосвязи между количественным и качественным признаком осуществлялось при помощи однофакторного логистического регрессионного анализа с вычислением статистики χ^2 Вальда с достигнутым уровнем статистической значимости и ОШ с 95% ДИ.

Построение математических моделей прогноза риска нарушений и/или расстройств адаптации осуществлялось при помощи метода многофакторного бинарного логистического регрессионного анализа с пошаговым включением независимых друг от друга переменных. Влияние независимой переменной на вероятность исхода определяли при помощи ОШ и 95% ДИ [123].

В общем виде вероятность (р) наступления события рассчитывается по формуле:

$$p = \frac{1}{1 - e^{-z}}, \quad (6.1)$$

где e – экспонента, равная 2,718;

$Z = \text{Const.}a_0 + b_1 \times X_1 + b_2 \times X_2 + \dots + b_n \times X_n$ (типичный пример уравнения множественной линейной регрессии);

$X_1 ; X_2 ; \dots X_n$ – значения независимых переменных (факторов риска);

$\text{Const.}a_0$ и b – коэффициенты уравнения регрессии (расчет этих коэффициентов и является задачей бинарной логистической регрессии).

Для применения бинарного логистического регрессионного анализа соблюдались следующие условия: 1) зависимая переменная принимала два значения: 0 – отсутствие ННА / ОПРА (благоприятный клинический исход), 1 – наличие ННА /О ПРА (неблагоприятный клинический исход); 2) независимые переменные $X_1; X_2 \dots X_n$ – были как категориальные, так и интервальные, независимы друг от друга.

В качестве независимых переменных применялись данные, полученные в результате использования разработанной унифицированной «Карты обследования студента». В результате был получен массив данных из качественных и количественных переменных, характеризующих социальные, социально-психологические, медико-психологические, медико-социальные факторы.

Оценка дискриминирующей способности математической модели выполнялась на основе анализа таблиц классификаций.

Оценку прогностической эффективности модели осуществляли при помощи анализа ROC-кривых, с вычислением показателя площади под ROC-кривой, называемый AUC (Area Under Curve) [182].

На первом этапе построения математической модели проведен одномерный анализ независимых переменных для идентификации наличия статистической связи с изучаемым клиническим исходом.

Признаки, включенные в исходную обучающую матрицу для создания прогностической регрессионной модели формирования ННА и/или ОПРА, были разделены на 4 категории: социальные, социально-психологические, медико-психологические, медико-социальные факторы.

6.1 Модель прогнозирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов

Признаки, включенные в исходную обучающую матрицу для создания прогностической регрессионной модели формирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов, представлены следующими вопросами:

1. Социальные и социально-психологические факторы:

1.1. Стиль жизни (Вопрос №15 КОС) – X_1

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.

Наиболее желаемый стиль жизни											Наименее желаемый стиль жизни
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	

1.2. Общение с друзьями (Вопрос № 23, 24 КОС) – X_2

Критерий общение с друзьями был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос № 23

Сколько вечеров в неделю Вы обычно проводите со своими друзьями?

1. 0 вечеров – 1
2. 1 вечер – 2
3. 2 вечера – 3
4. 3 вечера – 4
5. 4 вечера – 5
6. 5 вечеров – 6
7. 6 вечеров – 7
8. 7 вечеров – 8

Вопрос №24

Как часто вы разговариваете с друзьями по телефону, отправляете им SMS или связываетесь с ними через Интернет?

1. Редко или никогда – 1
2. 1 или 2 раза в неделю – 2
3. 3 или 4 раза в неделю – 3
4. 5 или 6 раза в неделю – 4
5. Ежедневно – 5

1.3. Отношение преподавателей (Вопрос № 28 (пп.1-5) КОС) – X₃

Критерий отношение преподавателей был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос № 28

Вот некоторые утверждения, которые могут иметь отношение к Вашему университету. Насколько Вы согласны с каждым из них?

Вот некоторые утверждения, которые могут иметь отношение к Вашему университету. Насколько Вы согласны с каждым из них?	Полностью согласен (a)	Согласен (a)	Частично согласен (a)	Полностью не согласен (a)
Наши преподаватели поощряют меня к выражению собственной точки зрения	1	2	3	4
Наши преподаватели справедливо относятся к нам	1	2	3	4
Я всегда получаю дополнительную помощь от преподавателей, если я нуждаюсь в ней	1	2	3	4
Большинство моих преподавателей настроены дружелюбно	1	2	3	4

1.4 Работа отца (Вопрос №5 (пп.5,6) КОС) – X₄

Критерий работа отца был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос № 5 (пп. 5, 6)

Ваш отец работает?
Укажите, кем именно он работает (например: шахтер, водитель, менеджер)
Если НЕТ, то почему Ваш отец не работает? (укажите один вариант ответа):

1.5. Вопрос №9 (п.3) - X₅

Моя мама	Почти всегда	Иногда	Никогда
Любит меня	1	2	3

1.6. Вопрос № 10 (п.3) - X₆

Мой отец	Почти всегда	Иногда	Никогда
Любит меня	1	2	3

1.7. Стиль жизни (Вопрос №15 КОС) – X₁;**1.8. Общение с друзьями (Вопросы №23, 24 КОС) - X₂;****1.9. Отношение преподавателей (Вопрос №28 (пп.1-5) КОС) - X₃;**

Итоговая прогностическая регрессионная модель формирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов на основании социальных и социально-психологических факторов имела вид:

$$Z=(2,92E+0,1)+(0,33\times X_4)+(0,93\times X_5)+(1,56\times X_6)+(0,39\times X_1)+(0,25\times X_2)+(0,14\times X_3) \quad (6.2),$$

2. Медико-психологические факторы:**2.1. Отношение к университету 1 (Вопросы №26, 27 (пп.1-3)) - X₇;**

Критерий отношение к университету был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос №26

Как Вы оцениваете свое отношение к университету в настоящее время?	Балл
Очень нравится	1

Нравится	2
Не очень нравится	3
Очень не нравится	4

Вопрос №27 (пп.1-3)

Ниже приведены несколько высказываний об одногруппниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них	Полностью согласен(а)	Согласен (а)	Частично согласен(а)	Полностью не согласен(а)
Мои отношения с одногруппниками доброжелательные(благоприятные)	1	2	3	4
Остальные одногруппники воспринимают меня таким (ой), какой (ой) я есть	1	2	3	4

2.2 О студенчестве (Вопросы №55,58,61,62) - X8;

Отношение к студенческой жизни было оценено с использованием КОС и представлено ниже:

О студенчестве	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
Мой декан отмечает мою хорошую учебу и дает мне это понять	1	2	3	4
В моем ВУЗе я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
Ваши оценки лучше, чем у большинства ваших одногруппников?	1	2	3	4
Мне представляются возможности участвовать в деятельности ВУЗа	1	2	3	4

2.3. Сложность выполнения домашних заданий (Вопрос №30 - X₉);

Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома)?	Балл
Нет	1
Незначительное	2
Испытываю определенное напряжение	3
Испытываю значительное напряжение	4

2.4. Плохое настроение (Вопрос №69 (пп.1-4)) - X₁₀;

Уровень настроения был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос №69

Как часто в течение последних 6 месяцев у Вас?	Почти ежедневно	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Один раз в месяц	Очень редко или никогда
Болела голова	1	2	3	4	5
Другие болевые ощущения	1	2	3	4	5
Чувствовал (а) себя подавленным (ной), в плохом настроении	1	2	3	4	5
Чувствовал (а) себя раздраженным (ной) или у Вас было плохое настроение, чувствовал (а) головокружение	1	2	3	4	5

2.5. Здоровье (Вопросы №70,71 КОС) - X₁₁;**Вопрос №70**

Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?	Балл
Замечательное	1
Хорошее	2
Посредственное	3

Посредственное	4

Вопрос №71

Скажите, как часто вы обращались по своей инициативе к психологу?	Балл
1 раз в неделю (ежедневно)	1
2-3 раза в месяц	2
1 раз в месяц	3
1 раз в три месяца	4
1 раз в полгода	5
1 раз в год	6
Реже, чем 1 раз в год	7
Затрудняюсь ответить, не помню	8

2.6. Чувство усталости после занятий (Вопрос №27 (п.5) - X₁₂;

Ниже приведены несколько высказываний об одноклассниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них	Полностью согласен(а)	Согласен (а)	Частично согласен(а)	Полностью не согласен(а)
Я устаю от занятий	1	2	3	4

Итоговая прогностическая регрессионная модели формирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов на основании медико-психологических факторов:

$$Z = 0,97 + (0,16 \times X_7) + (0,16 \times X_8) + (0,46 \times X_9) + (-0,26 \times X_{10}) + (-0,27 \times X_{11}) + (-0,12 \times X_{12}) \quad (6.3)$$

3. Медико-социальные факторы

3.1. Курение (Вопросы №38, 39 КОС) - X₁₃;

Наличие и степень аддикции от табакокурения была оценена с использованием КОС и представлена ниже:

Вопрос №38

Пробовали ли Вы когда-нибудь курить? (хотя бы одну сигарету, сигару или трубку)	Балл
Да	1
Нет	2

Вопрос №39

Как часто Вы курите в настоящее время?	Балл
Ежедневно	1
Хотя бы раз в неделю, но не каждый день	2
Менее одного раза в неделю	3
Я вообще не курю	4

3.2 Алкоголь (Вопросы № 40, 41 КОС) – X₁₄

Наличие и степень аддикции от алкоголя была оценена с использованием КОС и представлена ниже:

Вопрос № 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)	Ежедневно	1 раз в неделю	1 раз в месяц	Реже чем 1 раз в месяц	Никогда
Пиво	1	2	3	4	5
Вино, кроме шампанского	1	2	3	4	5
Слабоалкогольные напитки (т.е. ром-кола, джин-тоник, напитки, состоящие из сока и	1	2	3	4	5

водки – Longer, Shake, Burn и т.д.)					
Шампанское	1	2	3	4	5
Крепкие алкогольные напитки (виски, водка, коньяк, ликер)	1	2	3	4	5
Самогон и другие алкогольные напитки домашнего приготовления	1	2	3	4	5

Вопрос №41

Выпивали ли Вы когда-нибудь так много алкоголя, чтобы быть по-настоящему пьяным (ной)?	Балл
Нет, никогда	1
Да, 1 раз	2
Да, 2-3 раза	3
Да, 4-10 раз	4
Да, больше 10 раз	5

3.3. Беседа (Вопросы №44,46,49 (п.2) КОС) - X₁₅;

Воспитательная работа была оценена с использованием КОС и представлена ниже:

Вопрос №44

Какое поведение человека по отношению к алкоголю Вы считаете нормальным?	Балл
Употреблять всегда и любые спиртные напитки, если есть деньги и подходящая обстановка	1
Иногда можно «крепко» напиться	2
Пить можно и часто, но слабые напитки (пиво, сухое вино, шампанское)	3
Употреблять редко (по праздникам, «за столом») и в ограниченном количестве	4
Никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять	5

Вопрос №46

Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде употребления психоактивных веществ?	Балл
Да	1
Скорее да, чем нет	2
Затрудняюсь ответить	3
Скорее нет, чем да	4
Нет	5

Вопрос №49 (п.2)

Какие мероприятия по профилактике употребления психоактивных веществ проводились в Вашем университете?	Никогда	1 раз	Несколько раз	Регулярно
Индивидуальные занятия	1	2	3	4

3.4. Tabacco-UDIT - X₁₆;

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
	0 балло в	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 табака) 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 табака (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	

3.5. AUDIT - X₁₇;

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
	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 нед.	4 и более раз в нед.	

2. В каком количестве Вы обычно употребляете алкогольные напитки, когда выпиваете (за одни сутки)?							
СДА – стандартная доза алкоголя равна	~ 13гр. этанола или ~ 40мл 40 % водки или ~ 70мл 25% ликера или ~ 90 мл 18 % вина или ~ 140мл 12 % вина или ~ 330мл 5 % пива	1-2 СДА	3-4 СДА	5-6 СДА	7-9 СДА	10 и более СДА	
3. Как часто Вы выпиваете спиртные напитки в количестве 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		Никогда					

употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?		1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в недел ю	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 недел ю	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 недел ю	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 недел ю	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 прошло м году	-	Да, в прош- лом году	
10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу Вашего пьянства или предлагали Вам	Нет	-	Да, но не в прош- лом году	-	Да, в прош- лом году	

уменьшить количество употребляемого алкоголя?						

3.6. Тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость (Internet Addiction Test, Kimberley S. Young) – X₁₈

Ниже приведен перечень утверждений касемо использования сети Интернет. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Против каждого утверждения поставьте один из следующих ответов: 1 – никогда; 2 – редко; 3 – регулярно; 4 – часто; 5 – постоянно (**ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ**)

№	Утверждение:	1 - Ник огда	2 - Редко	3 - Регу ляр но	4 - Часто	5 - Посто янно
1	Замечаете, что проводите в онлайн больше времени, чем намеревались?	1	2	3	4	5
2	Пренебрегаете домашними делами, чтобы подольше побродить в сети?	1	2	3	4	5
3	Предпочитаете пребывание в сети интимному общению с партнером?	1	2	3	4	5
4	Заводите знакомства с пользователями сети Интернет, находясь в онлайн?	1	2	3	4	5
5	Раздражаетесь из-за того, что окружающие интересуются количеством времени, проводимым Вами в сети?	1	2	3	4	5
6	Отмечаете, что перестали делать успехи в учебе или работе, так как слишком много времени проводите в сети?	1	2	3	4	5
7	Проверяете электронную почту раньше, чем сделаете что-то другое, более необходимое?	1	2	3	4	5

8	Отмечаете, что снижается производительность труда из-за увлечения сетью Интернет?	1	2	3	4	5
9	Занимаете оборонительную позицию и скрываете, когда Вас спрашивают, чем Вы занимаетесь в сети?	1	2	3	4	5
10	Блокируете беспокоящие мысли о Вашей реальной жизни мыслями о сети Интернет?	1	2	3	4	5
11	Обнаруживаете себя предвкушающим очередной выход в сеть?	1	2	3	4	5
12	Ощущаете, что жизнь без сети Интернет скучна, пуста и безрадостна?	1	2	3	4	5
13	Ругаетесь, кричите или иным образом выражаете свою досаду, когда кто-то пытается отвлечь Вас от пребывания в сети?	1	2	3	4	5
14	Пренебрегаете сном, засиживаясь в сети допоздна?	1	2	3	4	5
15	Предвкушаете, чем займетесь в сети Интернет, находясь в офлайне?	1	2	3	4	5
16	Говорите себе: "Еще минутку", сидя в сети?	1	2	3	4	5
17	Терпите поражение в попытках сократить время, проводимое в онлайне?	1	2	3	4	5
18	Пытаетесь скрыть количество времени, проводимое вами в сети?	1	2	3	4	5
19	Вместо того, чтобы выбраться куда-либо с друзьями, выбираете Интернет?	1	2	3	4	5
20	Испытываете депрессию, подавленность или нервозность, будучи вне сети и отмечаете, что это состояние проходит, как только вы оказываетесь в онлайне?	1	2	3	4	5

21	Чувствуете ли Вы эйфорию, оживление, возбуждение, находясь за компьютером?	1	2	3	4	5
22	Требуется ли Вам проводить все больше времени за компьютером, чтобы получить те же ощущения?	1	2	3	4	5
23	Чувствуете ли Вы пустоту, депрессию, раздражение, находясь не за компьютером?	1	2	3	4	5
24	Случалось ли Вам пренебрегать важными делами, в то время как Вы были заняты за компьютером, но не работой?	1	2	3	4	5
25	Проводите ли Вы в сети больше 3-х часов в день?	1	2	3	4	5
26	Если Вы в основном используете компьютер для работы, общаетесь ли в рабочее время в чатах или заходите на сайты, не связанные с работой, более 2-х раз в день?	1	2	3	4	5
27	Качаете ли Вы файлы с сайтов с порнографическим содержанием?	1	2	3	4	5
28	Считаете ли Вы, что с человеком легче общаться «онлайн», нежели лично?	1	2	3	4	5
29	Говорили ли Вам друзья или члены семьи, что Вы слишком много времени проводите «онлайн»?	1	2	3	4	5
30	Мешает ли Вашей деловой активности количество времени, проводимое в сети?	1	2	3	4	5
31	Бывало ли такое, что Ваши попытки ограничить время, проводимое в сети, оказывались безуспешными?	1	2	3	4	5
32	Бывает ли так, что Ваши пальцы устают от работы на клавиатуре или от щелканья кнопкой мыши?	1	2	3	4	5
33	Случалось ли Вам лгать на вопрос о количестве времени, проводимом в сети?	1	2	3	4	5

34	Был ли у Вас хоть раз «синдром карпального канала» (онемение и боли в кисти руки)?	1	2	3	4	5
35	Бывают ли у Вас боли в спине чаще 1-го раза в неделю?	1	2	3	4	5
36	Бывает ли у Вас ощущение сухости в глазах?	1	2	3	4	5
37	Увеличивается ли время, проводимое Вами в сети?	1	2	3	4	5
38	Случалось ли Вам пренебречь приемом пищи или есть прямо за компьютером, чтобы остаться в сети?	1	2	3	4	5
39	Случалось ли Вам пренебречь личной гигиеной, например, бритьем, причесыванием и т.п., чтобы провести это время за компьютером?	1	2	3	4	5
40	Появились ли у Вас нарушения сна и/или изменился ли режим сна с тех пор, как Вы стали использовать компьютер ежедневно?	1	2	3	4	5

3.7. Раздел 10 КОС («Шкала удовлетворённости жизнью» («Satisfaction with Life Scale», SWLS E. Diener et al., 1985, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008)) - X₁₉

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 удовлетворён 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

Итоговая прогностическая регрессионная модели формирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов на основании медико-социальных факторов:

$$Z=69,9+(-0,72\times X_{13})+(0,04\times X_{14})+(0,20\times X_{15})+(0,04\times X_{16})+(0,03\times X_{17})+(0,02\times X_{18})+(-0,1\times X_{19}) \quad (6.4)$$

На следующем этапе была построена итоговая прогностическая регрессионная модель формирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов:

$$Z = 0,79+(-0,41\times X_1)+(0,56\times X_9)+(-0,24\times X_{10})+(0,34\times X_{15}) \quad (6.5),$$

где X_1 – стиль жизни;

X_9 – оценка сложности выполнения домашних заданий;

X_{10} – уровень настроения;

X_{15} – наличие/отсутствие воспитательной работы.

Диагностическая чувствительность данной модели составляет 82,5%; диагностическая специфичность – 72,4%; диагностическая эффективность –

77,4%; прогностическая ценность положительного результата – 88,8%; прогностическая ценность отрицательного результата – 60,9%.

Таким образом, многофакторная математическая модель характеризуется высокой специфичностью, т.е. способностью правильно классифицировать студентов, а также чувствительностью.

Оценку дискриминирующей способности математической модели определяли при помощи ROC-кривых (см. рис. 6.1)

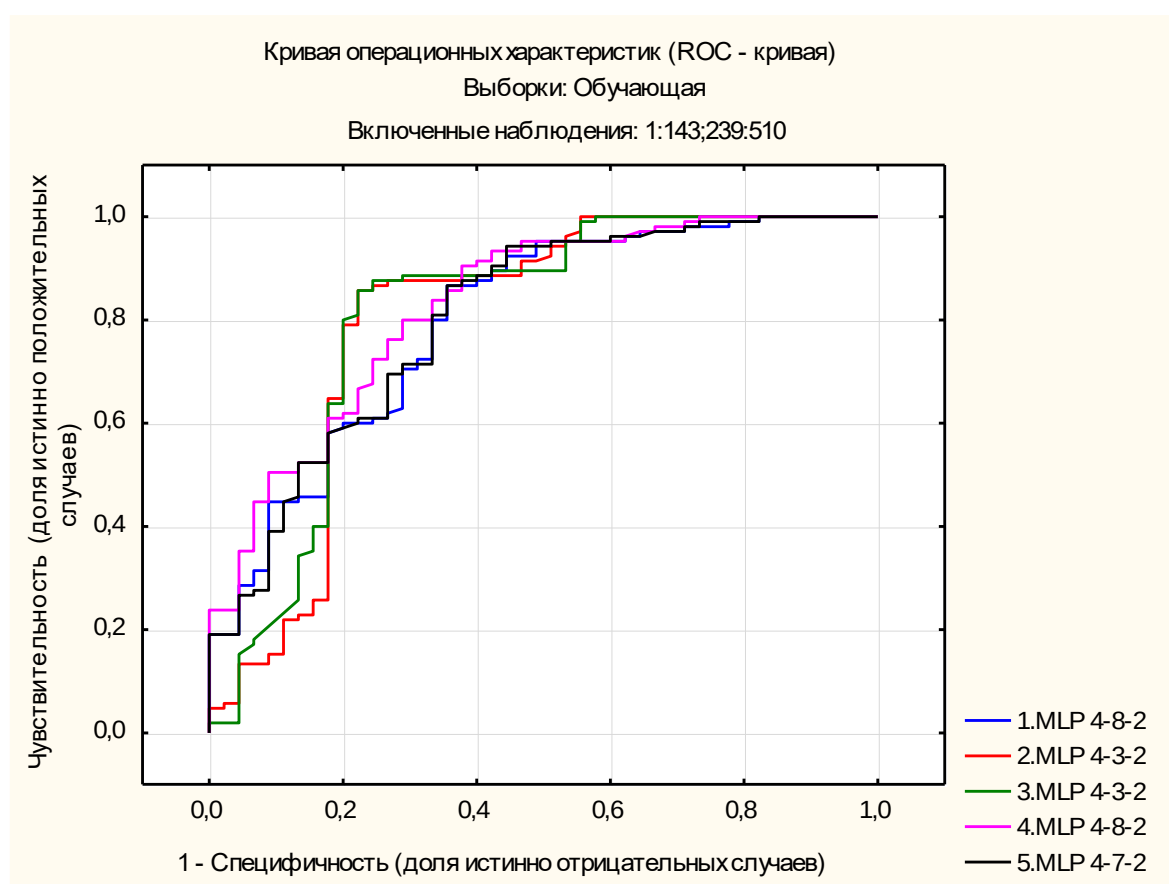


Рисунок 6.1 – ROC-кривые прогностической эффективности модели

Показатель площади под ROC-кривыми, называемый AUC (Area Under Curve) использовали для анализа дискриминирующей способности математической модели. В представленной математической модели показатель AUC составил от 79,8 % до 82,7 %, что соответствовало отличному качеству предсказательной способности математической модели.

Приводим пример случая, при котором студент А. характеризовался следующими значениями переменных: оценивал свой стиль жизни как наименее желаемый (X_1), испытывал значительное напряжение во время выполнения домашних заданий (X_9), в течение последних 6 месяцев практически ежедневно ощущал дискомфорт (X_{10}), часто употреблял алкоголь, относился негативно к беседам о вреде употребления психоактивных веществ (X_{15}).

Психотерапевт, подставив соответствующие значения в математическую модель прогноза риска формирования расстройств адаптации, получил уровень риска 98,9%. Таким образом, у студента высокий риск развития расстройств адаптации.

При воздействии на модифицируемые переменные в модели, путем психокоррекционных мероприятий, формирования установки у студента на ведение здорового образа жизни, куда будут входить регулярные занятия спортом, а также разъяснительные беседы о вреде употребления психоактивных веществ, происходит снижение прогнозируемого риска формирования расстройств адаптации. Допустим, психотерапевт рекомендовал реже употреблять алкоголь и начать заниматься спортом 3 раза в неделю, в таком случае при неизменных значениях других переменных в математической модели, прогнозируемый риск формирования расстройств адаптации составит 77,5 %, то есть уменьшится на 21,4 %, по сравнению с исходным уровнем.

В таблице 6.1 представлены показатели обучающей матрицы с расчетом регрессионной модели расстройств адаптации у практически здоровых студентов.

Таблица 6.1 – Показатели обучающей матрицы с расчетом регрессионной модели расстройств адаптации у практически здоровых студентов

Переменная-предиктор	Градация/ Код признака	N	Оценка коэффициента/ стандартная ошибка	χ^2 Вальда (p-level)	ОШ (95% ДИ)
Const.a ₀			0,79±1,31	0,36 (p=0,54)	
X ₁	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 0 4 7 13 40 45 43 34 20 5	b ₁ = -0,41±0,11	12,11 (p=0,0005)	0,016 (0.001 – 0.16)
X ₉	1 2 3 4	47 101 54 10	b ₂ = 0,56±0,24	5,11 (p=0,02)	5,38 (1.24 – 23.31)
X ₁₀	4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	13 10 13 11 26 8 19 15 14 13 15	b ₃ = -0,24±0,05	22,72 (p<0,0001)	0,02 (0.004 – 0.10)

	15 16 17 18 19 20	18 14 8 6 3 6			
X ₁₅	3 4 5 6 7 8 9 11	2 9 7 72 79 21 19 3	b ₄ = 0,34±0,14	5,60 (p=0,01)	15,46 (1.58 – 151.38)

6.2 Модель прогнозирования нарушений адаптаций у практически здоровых студентов

Признаки, включенные в исходную обучающую матрицу для создания прогностической регрессионной модели формирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов, представлены следующими вопросами:

1. Социальные факторы:

1.1. Стиль жизни (Вопрос №15 КОС) - X₁;

1.2. Уровень благосостояния (Вопросы № 31,33,35,36 КОС) - X₂₀;

Благосостояние было оценено с использованием КОС и представлено ниже:

Вопрос №31

Есть ли в вашей семье машина, микроавтобус или грузовик?	Балл
Нет	1
Да, одна	2
Да, две или больше	3

Вопрос №33

Как часто в течение последних 12 месяцев Вы выезжали из своего населенного пункта вместе с семьей на праздники (каникулы)?	Балл
Не выезжал (а) вообще	1
Один раз	2
Два раза	3
Больше двух раз	4

Вопрос №35

Как Вы думаете, какой уровень материального благосостояния Вашей семьи	Балл
Высокий	1
Выше среднего	2
Средний	3
Ниже среднего	4
Низкий	5

Вопрос №36

В целом, можете сказать, что Вы...	Балл
Высокий	1
Выше среднего	2
Средний	3
Ниже среднего	4

1.3. Друзья (Вопрос №20 (пп.7, 9, 12, 13) КОС) - X₂₁;

Как часто вы с друзьями занимаетесь ниже перечисленными видами деятельности в свободное время?	1 раз в неделю или больше	2-3 раза в месяц	Редко	Мы не занимаемся этими видами деятельности вместе
Гуляете на улице	1	2	3	4
Ходите в кино, театры или на концерты	1	2	3	4

Ничего особенного не делаете, «бьете баклуши»	1	2	3	4
Другое (что именно)	1	2	3	4

1.4. Отношение преподавателей (Вопрос №28 (пп.2, 4)) - X₂₂;

Отношение преподавателей к студенту было оценено с использованием КОС и представлено ниже:

Вопрос №28 (пп.2, 4)

Вот некоторые утверждения, которые могут иметь отношение к Вашему университету. Насколько Вы согласны с каждым из них?	Полностью согласен (а)	Согласен (а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен (а)
Наши преподаватели справедливо относятся к нам	1	2	3	4
Мои преподаватели рассматривают меня как личность	1	2	3	4

Итоговая прогностическая регрессионная модели формирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов на основании социальных факторов:

$$Z = 0,57 + (-0,27 \times X_1) + (-0,04 \times X_{20}) + (0,04 \times X_{21}) + (0,19 \times X_{22}) \quad (6.6),$$

2. Медико-психологические факторы:

2.1. Отношение к университету (Вопросы №26, 27 (п.1) КОС) - X₂₃;

Отношение студента к университету было оценено с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос №26

Как Вы оцениваете свое отношение к университету в настоящее время?	Балл
Очень нравится	1
Нравится	2

Не очень нравится	3
Очень не нравится	4

Вопрос №27 (п.1)

Ниже приведены несколько высказываний об одногруппниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них	Полностью согласен (а)	Согласен (а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен (а)
Мои отношения с одногруппниками доброжелательные (благоприятные)	1	2	3	4

2.2. Взаимодействие с деканом (Вопросы №55,58) - X₂₄;

Отношение студента к руководству университета было оценено с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос №55

Мой декан отмечает мою хорошую учебу и дает мне это понять	1	2	3	4

Вопрос №58

В моем ВУЗе я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4

2.3. Сложность обучения (Вопрос №27 (п.4) - X₂₅);

Ниже приведены несколько высказываний об одногруппниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них	Полностью согласен (а)	Согласен (а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен (а)
Обучение кажется мне сложным	1	2	3	4

2.4. Чувство усталости после занятий (Вопрос №27 (п.5) - X₁₂ ;)

Ниже приведены несколько высказываний об одноклассниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них	Полностью согласен (а)	Согласен (а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен (а)
Я устаю от занятий	1	2	3	4

2.5. Вопрос №30 - X₉;

Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома)?	Балл
Нет	1
Незначительное	2
Испытываю определенное напряжение	3
Испытываю значительное напряжение	4

2.6. Алкоголь (Вопрос №40 (пп. 1,2)) - X₂₆;

Наличие и степень аддикции от алкоголя была оценена с использованием КОС и представлена ниже:

Вопрос №40 (пп.1, 2)

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)	Ежедневно	1 раз в неделю	1 раз в месяц	Реже чем 1 раз в месяц	Никогда
Пиво	1	2	3	4	5
Вино, кроме шампанского	1	2	3	4	5

2.7. Плохое настроение (Вопрос №69 (пп. 2,3,4))- X₂₇;

Уровень настроения был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Как часто в течение последних 6 месяцев у Вас ?	Почти ежедневно	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Один раз в месяц	Очень редко или никогда
Другие болевые ощущения	1	2	3	4	5
Чувствовал (а) себя подавленным (ной), в плохом настроении	1	2	3	4	5
Чувствовал (а) себя раздраженным (ной) или у Вас было плохое настроение, чувствовал (а) головокружение	1	2	3	4	5

2.8. Вес - X_{28}

2.9. ИМТ - X_{29}

Итоговая прогностическая регрессионная модели формирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов на основании медико-психологических факторов:

$$Z = 4,46 + (0,06 \times X_{23}) + (0,20 \times X_{24}) + (-0,09 \times X_{25}) + (-0,10 \times X_{12}) + (0,14 \times X_9) + (-0,13 \times X_{26}) + (-0,16 \times X_{27}) + (0,09 \times X_{28}) + (-0,25 \times X_{29}) \quad (6.7)$$

3. Медико-социальные факторы:

3.1. Беседа (Вопросы №46, 51) - X_{30} ;

Воспитательная работа была оценена с использованием КОС и представлена ниже:

Вопрос №46

Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде употребления психоактивных веществ?	
Да	1
Скорее да, чем нет	2
Затрудняюсь ответить	3
Скорее нет, чем да	4
Нет	5

Вопрос №51

Согласны ли вы с утверждением, что цель оправдывает средства?	1	2	3	4

3.2. Здоровье (Вопрос №70) – X₃₁;

Состояние здоровья было оценено с использованием КОС и представлено ниже: **Вопрос №70**

Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?	Балл
Замечательное	1
Хорошее	2
Посредственное	3
Плохое	4

3.3. Тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость (Internet Addiction Test, Kimberley S. Young) - X₁₈;

3.4. Раздел 10 КОС («Шкала удовлетворённости жизнью» («Satisfaction with Life Scale», SWLS E. Diener et al., 1985, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008)) - X₁₉;

3.5. Tabacco-UDIT - X₁₆;

3.6. AUDIT - X₁₇

Итоговая прогностическая регрессионная модели формирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов на основании медико-социальных факторов:

$$Z = -2,02 + (0,26 \times X_{30}) + (0,29 \times X_{31}) + (0,02 \times X_{18}) + (-0,06 \times X_{19}) + (0,03 \times X_{16}) + (-0,007 \times X_{17}) \quad (6.8),$$

На следующем этапе была построена итоговая прогностическая регрессионная модель формирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов:

$$Z = -6,12 + (-0,24 \times X_1) + (-0,18 \times X_{27}) + (-0,09 \times X_{29}) + (0,003 \times X_{31}) \quad (6.9),$$

где X₁ – стиль жизни; X₂₇ – уровень настроения; X₂₉ – ИМТ; X₃₁ – состояние здоровья.

Диагностическая чувствительность данной модели составляет 71,2%; диагностическая специфичность – 64,0%; диагностическая эффективность – 67,6%; прогностическая ценность положительного результата – 81,1%; прогностическая ценность отрицательного результата – 50,5%.

Таким образом, многофакторная математическая модель характеризуется высокой специфичностью, т.е. способностью правильно классифицировать студентов, а также чувствительностью.

Дискриминирующую способность математической модели оценивали при помощи ROC- кривых (см. рис. 6.2).

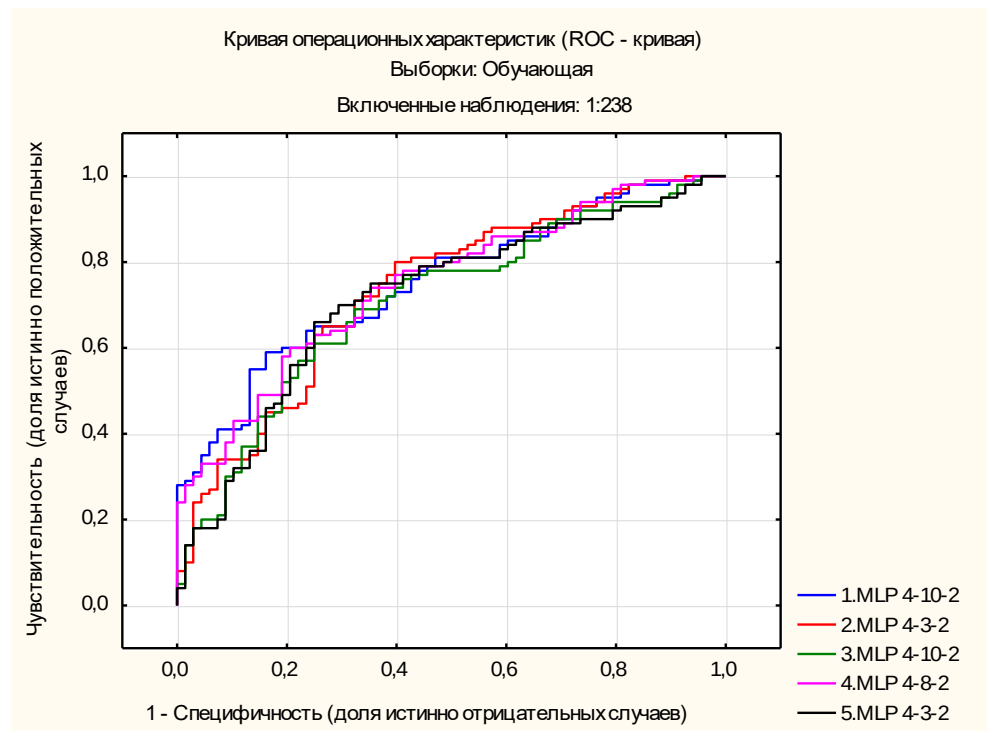


Рисунок 6.2 – ROC-кривые прогностической эффективности модели

Показатель площади под ROC-кривыми, называемый AUC (Area Under Curve) используют для анализа дискриминирующей способности математических моделей. В представленной математической модели показатель AUC составил от 70,9% до 75,2%, что соответствует отличному качеству предсказательной способности математической модели.

Рассмотрим клинический случай, при котором студент Б. характеризуется следующими значениями переменных: оценивает свой стиль жизни как наименее желаемый (X_1), практически ежедневно чувствует себя подавленно (X_{27}), имеет повышенный ИМТ (X_{29}), жалуется на плохое самочувствие (X_{31}).

Психотерапевт, подставив соответствующие значения в математическую модель прогноза риска формирования нарушений адаптации, получает уровень риска 89,1%. Таким образом, у студента высокий риск развития нарушений адаптации.

Путем воздействия на модифицируемые переменные в модели, с помощью психокоррекционных мероприятий, студенту было рекомендовано вести здоровый образ жизни, который включает регулярные занятия спортом, соблюдение диеты, что должно привести к снижению прогнозируемого риска формирования нарушений адаптации. Допустим, психотерапевт предложил соблюдать сбалансированную диету, с целью снижения ИМТ и начать заниматься спортом 3 раза в неделю, в таком случае при неизменных значениях других переменных в математической модели, прогнозируемый риск формирования нарушений адаптации составит 42,6 %, то есть уменьшится на 46,5 %, по сравнению с исходным уровнем.

Таблица 6.2 – Показатели обучающей матрицы расчета регрессионной модели нарушений адаптации у практически здоровых студентов

Переменная-предиктор	Градация/ Код признака	N	Оценка коэффициента/ стандартная ошибка	χ^2 Вальда (p-level)	ОШ (95% ДИ)
Const. a_0			6,12±1,67	13,42 (p=0,0003)	

Продолжение табл.6.2

X_1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 2 11 46 54 56 40 20 6	$b_1 = -0,24 \pm 0,09$	6,22 ($p=0,013$)	0,11 (0,02 – 0,63)
X_{27}	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	8 6 11 26 26 25 37 24 22 20 13 10 10	$b_2 = -0,18 \pm 0,05$	11,27 ($p=0,0007$)	0,10 (0,027 – 0,39)
X_{29}	24 25,2-29,9 30-34,9 35-39,7 41,6-51,8	1 25 109 78 25	$b_3 = -0,09 \pm 0,03$	7,98 ($p=0,004$)	0,07 (0,01 – 0,44)
X_{31}	1 2 3 4	24 135 77 2	$b_4 = 0,003 \pm 0,24$	0,00018 ($p=0,98$)	1,01 (0,09 – 4.32)

6.3 Модель прогнозирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации

Признаки, включенные в исходную обучающую матрицу для создания прогностической регрессионной модели формирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации:

1. Социальные факторы:

1.1. Стил ь жизни (Вопрос №15 КОС) - X_1 ;

1.2. Отношение преподавателей (Вопрос №28 (пп. 1,4,5))- X_{32} ;

Отношение преподавателей к студенту было оценено с использованием КОС и представлено ниже:

Вопрос №28 (пп. 1,4,5)

Вот некоторые утверждения, которые могут иметь отношение к Вашему университету. Насколько Вы согласны с каждым из них?	Полностью согласен (а)	Согласен (а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен (а)
Наши преподаватели поощряют меня к выражению собственной точки зрения	1	2	3	4
Мои преподаватели рассматривают меня как личность	1	2	3	4
Большинство моих преподавателей настроены дружелюбно	1	2	3	4

Итоговая прогностическая регрессионная модели формирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации на основании социальных факторов:

$$Z = 0,054 + (-0,23 \times X_1) + (0,13 \times X_{32}) \quad (6.10),$$

2. Медико-психологические факторы:

2.1. Сложность выполнения домашних заданий (Вопрос №30 - X₉;))

Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома)?	Балл
Нет	1
Незначительное	2
Испытываю определенное напряжение	3
Испытываю значительное напряжение	4

2.2. Уровень счастья (Вопрос №36 - X₃₃;))

В целом, можете сказать, что Вы...	Балл
Очень счастлив (а)	1
Довольно счастлив (а)	2
Не очень счастлив (а)	3
Совсем несчастлив (а)	4

2.3 Плохое настроение (Вопрос №69 (пп.1-4)) - X₁₀;

Уровень настроения был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос №69 (пп.1-4)

Как часто в течение последних 6 месяцев у Вас ?	Почти ежедневно	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Один раз в месяц	Очень редко или никогда
Болела голова	1	2	3	4	5
Другие болевые ощущения	1	2	3	4	5
Чувствовал (а) себя подавленным (ной), в плохом настроении	1	2	3	4	5
Чувствовал (а) себя раздраженным (ной) или у Вас	1	2	3	4	5

было плохое настроение, чувствовал (а) головокружение					

2.4. Здоровье (Вопросы №70,71) - X₁₁;

Состояние здоровья было оценено с использованием КОС и представлено ниже: **Вопрос №70**

Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?	Балл
Замечательное	1
Хорошее	2
Посредственное	3
Плохое	4

Вопрос №71

Скажите, как часто вы обращались по своей инициативе к психологу?	Балл
1 раз в неделю (ежедневно)	1
2-3 раза в месяц	2
1 раз в месяц	3
1 раз в три месяца	4
1 раз в полгода	5
1 раз в год	6
Реже, чем 1 раз в год	7
Затрудняюсь ответить, не помню	8

3. Медико-социальные факторы:

3.1. Алкоголь (Вопросы №39,41,42 (п.3)) - X₃₄;

Зависимость от алкоголя была оценена с использованием КОС и представлена ниже:

Вопрос №39

Как часто Вы курите в настоящее время?	Балл
Ежедневно	1

Хотя бы раз в неделю, но не каждый день	2
Менее одного раза в неделю	3
Я вообще не курю	4

Вопрос №41

Выпивали ли Вы когда-нибудь так много алкоголя, чтобы быть по-настоящему пьяным (ной)?	Балл
Нет, никогда	1
Да, 1 раз	2
Да, 2-3 раза	3
Да, 4-10 раз	4
Да, больше 10 раз	5

Вопрос №42 (п.3)

Сколько Вам было лет, когда Вы впервые сделали следующее?	Никогда	11 лет или меньше	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет или больше
Курил (а) сигарету / сделали (а) больше одной затяжки	1	2	3	4	5	6	7

3.2. Тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость (Internet Addiction Test, Kimberley S. Young) - X_{18} ;

3.3. Раздел 10 КОС («Шкала удовлетворённости жизнью» («Satisfaction with Life Scale», SWLS E. Diener et al., 1985, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008)) - X_{19} ;

Итоговая прогностическая регрессионная модель формирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации на основании оценки показателей медико-социальных факторов:

$$Z = -1,11 + (0,10 \times X_{34}) + (0,011 \times X_{18}) + (-0,057 \times X_{19}) \quad (6.11),$$

На следующем этапе была построена итоговая прогностическая регрессионная модель формирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации:

$$Z = 0,58 + (0,25 \times X_9) + (0,51 \times X_{33}) + (-0,15 \times X_{10}) + (-0,12 \times X_{11}) \quad (6.12),$$

где X_9 – сложность выполнения домашних заданий;

X_{33} – уровень счастья; X_{10} – уровень настроения; X_{11} – состояние здоровья

Диагностическая чувствительность данной модели составляет 69,3%; диагностическая специфичность – 68,0%; диагностическая эффективность – 68,6%; прогностическая ценность положительного результата – 83,2%; прогностическая ценность отрицательного результата – 49,3%.

Таким образом, многофакторная математическая модель характеризуется высокой специфичностью, т.е. способностью правильно классифицировать студентов, а также чувствительностью.

Дискриминирующую способность математической модели оценивали при помощи ROC- кривых (рис.6.3).

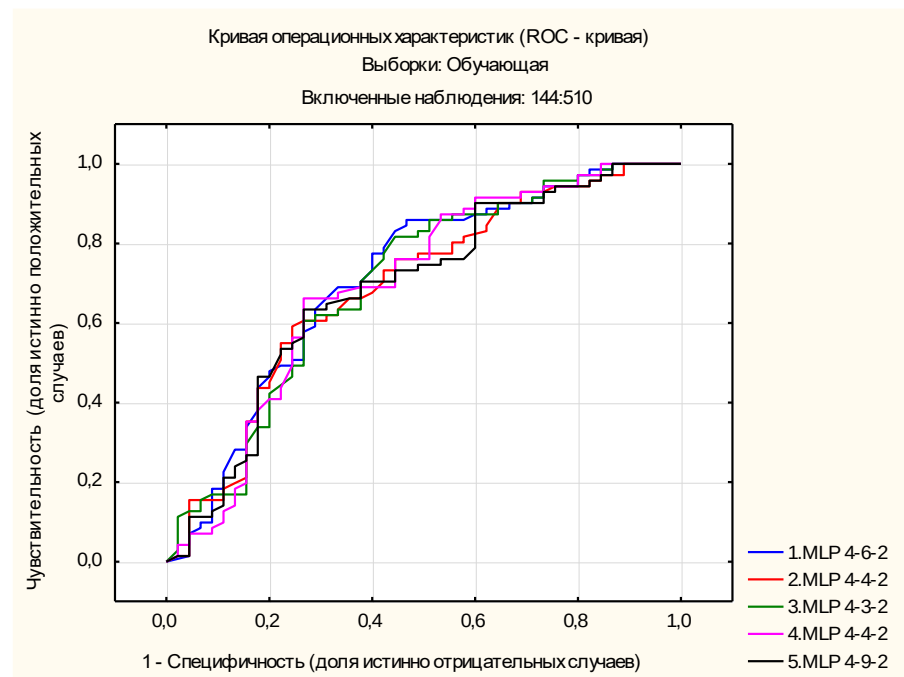


Рисунок 6.3 – ROC-кривые прогностической эффективности модели

Показатель площади под ROC-кривыми, называемый AUC (Area Under Curve) используют для анализа дискриминирующей способности математических моделей. В представленной математической модели показатель AUC составил от 68,6% до 70,9%, что соответствует отличному качеству предсказательной способности математической модели.

Рассмотрим клинический случай, при котором студент В. характеризуется следующими значениями переменных: испытывает значительное напряжение во время выполнения домашних заданий (X_9), не чувствует себя счастливым (X_{33}), в течение последних 6 месяцев практически ежедневно раздражительный (X_{10}), оценивает свое состояние здоровья как посредственное (X_{11}).

Психотерапевт, подставив соответствующие значения в математическую модель прогноза риска формирования расстройств адаптации, получает уровень риска 92,1%. Таким образом, у студента высокий риск развития расстройств адаптации.

С помощью психокоррекционных мероприятий, было осуществлено воздействие на модифицируемые переменные в модели, что включало рекомендации по ведению здорового образа жизни и регулярные занятия спортом, а также помощь в процессе обучения, и должно было привести к снижению прогнозируемого риска формирования расстройств адаптации. Допустим, психотерапевт рекомендовал начать заниматься спортом 3 раза в неделю и больше времени уделять сложным для изучения предметам, в таком случае при неизменных значениях других переменных в математической модели, прогнозируемый риск формирования расстройств адаптации составит 51,4 %, то есть уменьшится на 40,7 %, по сравнению с исходным уровнем.

Таблица 6.3 – Показатели обучающей матрицы расчета регрессионной модели расчета расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации

Переменная-предиктор	Градация/ Код признака	N	Оценка коэффициента/ стандартная ошибка	χ^2 Вальда (p-level)	ОШ (95% ДИ)
Const.a ₀			0,58±1,35	0,18 (p=0,66)	
X ₉	1 2 3 4	23 81 48 12	b ₁ = 0,25±0,23	1,21 (p=0,27)	2,14 (0,54 – 8,44)
X ₃₃	1 2 3 4 5	24 98 37 4 1	b ₂ = 0,52±0,26	3,90 (p=0,048)	7,96 (1,0 – 63,3)
X ₁₀	4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 20	13 9 11 22 26 8 9 14 14 11 9 5 7 2 1 3	b ₃ = -0,15±0,05	7,92 (p=0,0048)	0,09 (0,016 – 0,49)

Продолжение табл.6.3

X ₁₁	2	1	$b_4 = -0,12 \pm 0,10$	1,53 (p=0,21)	0,30 (0.04 – 2.09)
	3	3			
	4	4			
	5	1			
	6	1			
	7	1			
	8	11			
	9	23			
	10	59			
	11	53			
	12	7			

Таким образом, полученная нами бинарная логистическая регрессия, является клинически адекватной и работоспособной математической моделью для индивидуального прогноза развития нарушений и расстройств адаптации у студенческой молодёжи.

ГЛАВА 7

**КОМПЛЕКСНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА
ПСИХОПРЕВЕНТИВНЫХ И ПСИХОКОРРЕКТИРУЮЩИХ
МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С
РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ, ИМЕЮЩИМИ ОПЫТ
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ И СКЛОННОСТЬ К ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ**

Расстройства адаптации – это состояния, при которых отмечается ухудшение эмоционального фона и/или поведенческих симптомов, спровоцированных стрессовыми факторами. Стрессором могут являться любые изменения в жизни человека от смены места работы до смерти близкого родственника. Необходимо разделять расстройства адаптации и здоровую реакцию на стресс. Согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM-V]), у людей с расстройством адаптации наблюдаются проявления эмоциональных или поведенческих нарушений в течение трёх месяцев после стрессовой ситуации. При этом данное состояние значительно влияет на любую деятельность человека, в том числе профессиональную. Из-за нарушения эмоциональных и поведенческих реакций часто ухудшаются отношения с окружающими, возникают проблемы на работе, в личной жизни, нередко фиксируются случаи суицида. Это подчеркивает важность своевременной диагностики и лечения данного состояния.

К классическим методам лечения расстройства адаптации можно отнести психотерапию и медикаментозное лечение. Основная задача лечения при нарушениях адаптации – снижение тревоги, апатии и возвращение человека к привычному образу жизни. Для этого целесообразно добавлять к основной когнитивно-бихевиоральной психотерапии дополнительные

программы. Особенно это актуально при психокоррекции. К таким программам можно отнести кинезиотерапию: например, занятия йогой или танцами.

По данным Большой психологической энциклопедии, йога – это древнеиндийская религиозно-философская система личностного совершенствования человека, связанная с системой психофизической тренировки, направленной на изменение психики за счет предельно высоких степеней концентрации внимания. В настоящее время существует большое количество разновидностей йоги, что позволяет производить индивидуальный подбор программы тренировок в каждом отдельном случае в зависимости от психического, физического состояния человека, а также конституциональных особенностей.

Для людей с эндоморфным, эндо-мезоморфным и эндо-экторморфным соматотипами была подобрана программа с учетом их склонности к быстрому набору массы тела. Поэтому йога-терапия была нацелена на улучшение обмена веществ в организме и включала помимо духовных и психологических практик еще и активную физическую нагрузку.

7.1 Принципы и система психопреентивных образовательных мероприятий при дезадаптационных состояниях и употреблении психоактивных веществ студенческой молодёжью

Для дальнейшей работы была сформирована совокупность из студентов группы 2 (155/30,4%) и группы 3 (82/15,9%). Эта когорта характеризовалась риском появления нарушений и расстройств адаптации, а также риском появления зависимости от ПАВ, чрезмерной увлеченности компьютером и сетью Интернет. Суммарное количество студентов в данной когорте

составляло 237/46,5% человек и сопоставлялось со студентами группы 1 (273/53,5%).

Система психопрофилактических мер в структуре вторичной психопрофилактики была адаптирована для студентов, имеющих нарушения адаптаций и опыт употребления ПАВ, а также склонность к нехимической аддикции. На основе результатов проведенного исследования была 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.

Разработанная 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.

7.2 Персонализированные подходы медико-психологической помощи студенческой молодёжи с расстройством адаптации

Студенчество, как наиболее прогрессивная группа молодёжи считается основным социальным ресурсом государства. Нравственное и интеллектуальное развитие, уровень профессиональной готовности во многом определяет социальный и морально-психологический климат общества. Любые трансформации общества в первую очередь проявляются в студенческой среде, так как в силу возрастных, психологических и социальных особенностей студенчество является самой восприимчивой социальной группой общества, индикатором положительных и отрицательных процессов, происходящих в нем.

Психокоррекция расстройств адаптации, как и любого другого психического расстройства, требует большого количества усилий и терпения со стороны студента и самого врача, так как это является очень трудоемким и сложным процессом. Психотерапия расстройств такого рода основана на тщательном и поэтапном разрешении проблем, связанных с психологическим дистрессом.

Психотерапевтические меры и меры психопревентивных расстройств адаптации среди студенческой молодёжи, имеющих опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции состояли из 5 этапов.

Первый этап был направлен на решение частных психотерапевтических задач. Это, прежде всего, установление эмоционального контакта со студентом, преодоление установочного психологического сопротивления, а

также тщательный сбор анамнеза и верификация данных, снижение уровня тревоги и выявление «мишеней» для симптоматического лечения, выявление и оценка психотравмы, оценка роли биологического фактора, ознакомление с «концепцией болезни» молодого человека.

От первой встречи психотерапевта со студентом, глубины и специфики устанавливаемого эмоционального контакта зависел дальнейший эффект психотерапии и психопревенции. Знание и учет психотерапевтом значимых ожиданий молодого человека, его образа «идеального» врача, мотиваций в отношении лечения способствовал выбору оптимальной психотерапевтической тактики в отношении каждого студента.

Психопревенция и психотерапия студенческой молодёжи с РА начиналась с обучения и информирования. При этом идентифицировались симптомы, объяснялись причины возникновения РА, намечалась психокоррекция.

Осознание истинных механизмов своего состояния включало в себя логические, рациональные процессы и сопровождалось определенной эмоциональной перестройкой психики молодого человека. Поэтому, основным методом первого этапа выступала индивидуальная и рациональная психотерапия, как разъяснительная форма психотерапевтического воздействия, проводимая в виде бесед, формирующая активную позицию студента младших курсов в процессе осознания особенностей своего состояния.

В процессе бесед со студентом выстраивалось правильное логическое понимание причинно-следственных связей в возникновении и протекании дезадаптационных состояний, что позволяло непосредственно воздействовать на мир представлений молодых людей путем разъяснения и убеждения.

При РА студенты часто испытывали тревогу. Тревожные мысли вызывали тревожные ощущения. Для разрыва этого круга воздействовали на его когнитивный компонент.

Поэтому, основным методом второго этапа выступала когнитивно-поведенческая психотерапия в комплексе с кинезиотерапией.

Когнитивно-поведенческая психотерапия в сочетании с кинезиотерапией относительно мягкий тип вмешательства. Это терапия, сфокусированная на симптоме. Целью многоуровневой комплексной системы психопревенции и психотерапии выступало обучение приёмам, позволяющим студентам самостоятельно справляться с тревогой и с проявлениями химической и нехимической аддикции.

Стандартный курс когнитивно-поведенческой психотерапии состоял из 7 занятий (сессий):

- первая сессия была направлена на выявление и анализ факторов, провоцирующих возникновение РА, а также механизмов их развития. Молодой человек обучался умениям отслеживать свои мысли и чувства, выявлять негативные мысли, ошибки мышления в сочетании с ощущением изменения положения тела в пространстве во время выполнения элементов кинезиотерапии;
- вторая сессия была направлена на осуществление работы с телесными ощущениями (элементами кинезиотерапии), возникающими при тревоге. Студент обучался отслеживать неприятные ощущения, снижать чувствительность к ним, выявлять и отслеживать мысли и ощущения, запускающие тревогу;
- в процессе третьей сессии студенты обучались методам внутреннего диалога, способам остановки тревожных мыслей, отслеживанию искажений мышления, анализу и исправлению ошибок мышления, методам релаксации с помощью элементов йоги;
- четвертая сессия была направлена на анализ применения молодыми людьми полученных ранее навыков: умения отслеживать и справляться с тревожными мыслями, выявлять

ошибки мышления, методам внутреннего диалога, способам остановки тревожных мыслей в сочетании с кинезиотерапевтическими интерактивными тренингами;

- пятая сессия осуществляла работу с избегающим поведением;
- шестая сессия была направлена на продолжение преодоления избегающего поведения, обсуждение опыта расширения зоны безопасности и анализа паттернов аддиктивного поведения;
- седьмая сессия была предназначена для обсуждения прогноза будущего. Осуществлялся анализ жизненных ситуаций и свойств характера, которые могли бы декомпенсировать состояние и снизить адаптацию. Студент обучался адаптивным формам поведения в кризисных ситуациях.

Многоуровневый комплекс психопревенции и психотерапии позволял определить и исправить ошибки мышления и сформировать у молодого человека позитивное поведение (уверенность в себе, позитивное мышление, стремление к достижению целей), что способствовало активации ресурсов личности, приобретению навыков жизни в свободном от ПАВ пространстве и чрезмерной увлеченностью сетью Интернет.

Основными методами третьего этапа являлись релаксационные и кинезиотерапевтические методы. Психофизическая релаксация, как один из основных методов третьего этапа, использовалась в борьбе с тревогой. Внутреннее состояние тревожного, взволнованного человека проявляется в мышечном напряжении. Расслабление мышц служило внешним показателем положительных эмоций, состояния общего покоя, уравновешенности, удовлетворённости. Существует и обратная связь: мышцы — нервная система. Релаксация — это умение, которое специально используется в борьбе с тревожностью. Человек не может быть расслаблен и напуган одновременно. Для релаксации использовали психопревентивные и психотерапевтические

интерактивные тренинги с компонентами кинезиотерапии, которые позволяют снизить уровень тревожности.

На пятом этапе психопревенции преследовали цель закрепления результатов. На этом этапе молодёжь активно участвовала в преодолении психологического дистресса. Использовали массаж воротниковой зоны и головы, лечебную физкультура, контрастный душ (с завершающим холодным душем). Для развития «чувства тела» индивидуально применяли дозированные физические упражнения в виде ритмической гимнастики, плавания в бассейне, посещения сауны. Студентам было рекомендовано вести дневник и составлять самоотчет, выполняя рекомендации по рациональному питанию, адекватному двигательному режиму. У них вырабатывали установку на активную позицию в преодолении психологического дистресса.

7.3 Особенности применения элементов нейролингвистического программирования (лично ориентированный подход) при дезадаптивных состояниях и употреблении психоактивных веществ студенческой молодёжью

Потребность в коррекции психических реакций и поведенческих установок вызвана спецификой современной жизни и является своеобразным ответом на информационное воздействие, часто агрессивное и стрессогенное. Наиболее эффективным способом саморегуляции эмоциональных состояний была психическая саморегуляция или аутогенная тренировка (АТ), которая широко использовалась в индивидуальной коррекционной работе со студентами. На сегодняшний день разработаны новые приемы и техники с применением элементов нейролингвистического программирования (НЛП) по усовершенствованию своих способностей и обретению внутренней гармонии, которые достаточно просты в применении и не менее эффективны.

Одним из самых популярных и востребованных на сегодняшний день способов воздействия человека на свою собственную личность и окружающих людей является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ).

КПТ представляет собой большой комплекс психотехник, а также вербальных и невербальных приемов, позволяющих в широком диапазоне корректировать состояние человека, его мышление и поведение.

Другая особенность КПТ заключается в том, что «рабочим инструментом», с помощью которого производятся строго конкретные и целенаправленные операции в сфере сознания и подсознания (устранение нездоровых привычек, изменение установок, представлений, оценок событий и т.д.), есть первичный образ предмета, события или явления как формы психического отражения объективной реальности.

Необходимо отметить, что кажущаяся простота техник психической саморегуляции не умаляет их эффективности. Результативность таких приемов возрастает, если их применять сразу после стрессогенных событий. Необходимость такого рода самопомощи растет при развитии доминантных состояний, когда студента одолевают навязчивые мысли, что мешает сосредоточиться на учебе днем и заснуть ночью.

7.4 Когнитивно-поведенческая психотерапевтическая коррекция с включением элементов кинезиотерапии – Бикрам-йоги в комбинации с техникой психологической саморегуляции «изображение» для студентов с преобладанием эндоморфного компонента соматотипа

Студенческой молодёжи с выраженным эндоморфным компонентом была рекомендована кинезиотерапия с элементами Бикрам-йоги в сочетании с техникой психокоррекции «Изображение». Кинезиотерапия включала в себя дыхательные практики, а также упражнения для укрепления мышц всего

организма, улучшения циркуляции крови, следствием чего являлось ускорение обмена веществ. Дополнительной особенностью Бикрам-йоги являлось проведение занятий в помещении с повышенной температурой воздуха – «горячая йога», что способствовало снижению массы тела [Приложение В].

Технология КПТ с элементами НЛП изучает образ формирования мыслей и переживаний. Принято выделять семь изменяемых частей любой эмоции, таких как, ритм, темп, интенсивность, временные рамки и личная вовлеченность. Все эмоции, мысли, воспоминания человека состоят из изображений (визуальных картинок), звуков и ощущений. Таким образом, возможно изменять эмоции, путем воздействия на изображения. В зависимости от особенностей расположения образов, звуков и фокусов внимания, возникают отличия в формировании переживаний у разных людей.

В рамках техники психологической саморегуляции «Изображение» студенту было предложено подумать немного о мысленных образах того, что ему нравилось. Эти изображения могли быть цветными или черно-белыми, расположенными далеко или близко от него, неподвижными или движущимися, расположенными в различном порядке и т.п. Студент мог видеть картинки так, как видел их раньше, или себя в них, как на видеозаписи. Когда студент выбирал тот вариант, который ему нравился, психотерапевту необходимо было выяснить, что случится, если изменить, например, цвет изображения или увеличить его. Если молодому человеку нравился итоговый результат, было предложено оставить его, в противном случае необходимо было вернуть все на место и выяснить, что случится, если сделать цвет более насыщенным или изменить другие параметры изображения. Студент изменял по одной характеристике за один раз и возвращался к исходному варианту перед следующей сменой. В случае, если находился один или более вариантов, которые понравились больше, чем исходный, оставляли их. Необходимо было внимательно запоминать, какие изменения картинки производились, и, если были сделаны какие-либо изменения, которые не нравились, возвращались к

первоначальному изображению. В конце упражнения переживание должно было оставаться как минимум столь же приятным, как в начале.

Изображение является наиболее простым для представления и изменения объектом в рамках техники психотерапевтической коррекции, в связи с этим данная методика была использована в первую очередь для студенческой молодёжи. Аналогичный подход целесообразно применять при работе со звуками и эмоциями. Изменение какого-либо параметра изображения или звука приводило к соответствующему изменению чувств и эмоций. Студенту было предложено усиливать или ослаблять ощущения, эмоции, менять их текстуру, взвинчивать или успокаивать их, замедлять или ускорять темп, передвигать их, менять их размер, или вообще убирать, путем работы с изображениями и звуками. При выполнении упражнения необходимо было найти определенные параметры изображений или звуков, которые приводили к наиболее позитивному восприятию представляемой картины.

На следующей ступени было предложено научиться управлять своими эмоциями. Для уменьшения и нейтрализации негативной эмоциональной реакции студент отодвигал её «изображение» максимально далеко, уменьшая его размер, что снижало интенсивность восприятия отрицательной эмоции.

Способность изменять при необходимости эмоциональное восприятие окружающей реальности повышало уровень стрессоустойчивости и жизнестойкости, позволяя таким образом комфортно переживать стрессовые события.

В качестве примера студентам, которые испытывали чувство беспокойства перед предстоящим событием было предложено представить, что они находятся в будущем по отношению к ожидаемому событию, после чего они воспринимали будущее более приемлимым и демонстрировали снижение выраженности проявлений соматовегетативного регистра.

7.5 Интерактивный психопреventивный тренинг для лиц с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эндоморфного соматотипа с элементами кинезиотерапии – компонентов йоги Пор-де-бра и техники психологической саморегуляции «изменение образа»

Мишенями психопревенции и психокоррекции у студенческой молодёжи выступали эмоциональная, когнитивная и поведенческая компетентности. Лицам эндоморфного соматотипа была рекомендована кинезиотерапия с элементами Пор-де-бра – направлением Хатха-йоги, базовыми элементами которого являются духовные практики, фитнес и хореографические элементы. Программа тренировок была построена таким образом, что предназначалась лицам с минимальной физической подготовкой. Занятие начиналось с разминки и растяжки, после чего изучали простые движения руками, скручивания позвоночника, элементарные связки шагов, танцевальные плие, выпады, приседания. Далее начиналась основная часть тренировки, в которой студенты выполняли отдельные элементы от простых к сложным, постепенно соединяя их в связку. Позже эти элементы объединяли в композицию, образуя физические упражнения с элементами танцев. Завершали занятия упражнениями на пресс и растяжкой.

В сочетании с интерактивным кинезиотерапевтическим тренингом применяли технику психологической коррекции «изменение образа». У некоторых студентов образы пережитых негативных событий и ситуаций отличались необычной яркостью, большими размерами, мрачностью и т.п., и эти субмодальности делали их «застойными», навязчивыми. Образ личности, предмета или события, эмоциональную интенсивность воспоминания которого необходимо нейтрализовать студент представлял в виде чего-то хрупкого, например, стеклянной вазы, цветного стеклянного витража. Далее ему было необходимо мысленно со всей силой ударить по этому хрупкому предмету

молотком и представить, как он разбивается на тысячи мелких осколков и таким образом распадается. Для уничтожения образа полностью и навсегда, молодой человек повторял этот прием несколько раз. В процессе работы с образом его субмодальности периодически изменялись таким образом, что он переставал быть эмоционально значимым без полного его уничтожения. Данная техника создавала амнезию на объект или событие, закодированные в образе.

7.6 Интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эктоморфного, экто-мезоморфного, экто-эндоморфного и мезоморфного соматотипов с элементами кинезиотерапии – компонентов пилатес и техники психологической саморегуляции «ликвидация фильма»

Лица с эктоморфным, экто-мезоморфным и мезоморфным соматотипами имеют хороший обмен веществ, а соответственно кинезиотерапия была направлена на набор мышечной массы и укрепление опорно-двигательного аппарата. Для достижения этой цели применяли направление Хатха-йоги – пилатес.

Пилатес включал в себя упражнения на укрепление и повышение пластичности связочного аппарата и мышц. Особенностью этой практики являлось проведение тренировок с различным спортивным инвентарем (кольца, мячи, ремни, брусья, тренажеры); упражнения выполняли на матах и тренажерах с нестабильной поверхностью, в связи с чем приходилось постоянно прилагать усилия, чтобы сохранять равновесие. Таким образом, в работу включалось множество мелких и глубоких мышц. Занятие начинали с

интенсивной разминки, чтобы мышцы стали пластичными, минимизируя таким образом риск повреждения [Приложение Г].

В рамках техники психологической саморегуляции «ликвидация фильма» студенту необходимо было представить «ключевой» образ негативного переживания не одним изображением, а множеством «кадров», запечатлевших все фазы развития события в порядке их следования. При этом существенно снижалась вероятность сохранения в памяти любого эпизода события, содержащего стрессогенное свойство.

Прием разрушения отрицательного образа заключался в таком «просмотре фильма», при котором молодому человеку было необходимо последовательно остановиться на каждом кадре и проекционной лампой прожечь в нем дыру. В рамках альтернативного подхода было предложено мысленно сжечь такой «фильм» дотла на костре. Выполнение данного приема психологической коррекции существенно снижало выраженность тревожности, повышая уверенность в отношении событий будущего.

7.7 Интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного и мезо-экторморфного соматотипов с включением элементов кинезиотерапии – компонентов калланетики и техники психологической саморегуляции «исчезновение образа» и «переоценка вспоминаемого события»

Студенты с мезоморфным, мезо-экторморфным соматотипами характеризовались хорошо развитым мышечным каркасом и быстрым метаболизмом, в связи с этим кинезиотерапия была направлена на укрепление опорно-двигательного аппарата. Калланетика включала в себя статические упражнения на проработку отдельных групп мышц и дополнялась

интенсивной растяжкой. Начиналась тренировка с разминки, после которой следовал комплекс основных упражнений [Приложение Д].

В сочетании с интерактивным тренингом использовали психокорректирующие техники «исчезновение образа» и «переоценка вспоминаемого события». Результативность психотехники «исчезновение образа» основывалась на быстром усилении (интенсификации) ведущей субмодальности образа, в результате чего она настолько превышала какой-либо разумный предел, что «взрывалась» вместе с образом, который не подлежал восстановлению.

Студенту необходимо было определить, какие субмодальности формировали навязчивое состояние и какие – нейтральное положение. Молодой человек находил субмодальные различия и определял ведущую субмодальность, формирующую навязчивое состояние. Ему необходимо было увидеть соответствующую «картинку», а затем быстро увеличить ее яркость (или размер, цветность, контрастность и т.п.). Прием быстро, раз за разом повторялся до тех пор, пока что-либо не «взрывалось» и образ не уходил из актуального психологического пространства, потеряв стрессогенное свойство. Комбинированное выполнение кинезиотерапевтических упражнений с психотерапевтическими техниками повышало уровень стрессоустойчивости и жизнестойкости в отношении событий предстоящего будущего.

7.8 Интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного и мезо-эндоморфного соматотипов с включением элементов кинезиотерапии – компонентов пауэр-йоги и техники психологической саморегуляции «конкурс якорей»

Пауэр-йога – комплекс физических и дыхательных упражнений, соединенных между собой динамической связкой. Дополнительный

мотивирующий эффект создавало музыкальное сопровождение. Данная методика позволяла снизить вес, укрепить все группы мышц, снять усталость, снизить тревогу, абстрагироваться от навязчивых мыслей [Приложение Е].

Комплекс физических и дыхательных упражнений давал более выраженный результат в сочетании с техникой психологической саморегуляции «конкурс якорей». «Якорями» называется то или иное воздействие, которое в течение 3-5 минут сочетается с определенной, специально вызванной эмоциональной реакцией, после чего приобретает способность самостоятельно вызывать соответствующую эмоцию по механизму условного рефлекса. Нередко такого рода якоря образуются уже при однократном сочетании явлений и сохраняются длительное время. Чаще всего в качестве якорей используются тактильные воздействия в виде нажатий на определенные участки тела.

Действие приема основано на противопоставлении и эмоциональной нейтрализации негативного стрессогенного образа («–» якорь) положительным образом («+» якорь). В начале такого сеанса студенту необходимо было вспомнить эпизод из собственной жизни, который характеризовался ярко положительным эмоциональным содержанием и большой личностной значимостью. Правильная постановка якоря, или якорение, заключалась именно в том, чтобы после постановки позитивного якоря, студенты находили то самое – верное, позитивное переживание, которое могло перекрыть собой их негативное переживание. Сила конкурирующих очагов была примерно равной.

Прием студенты выполняли в спокойном положении с закрытыми глазами в следующей последовательности:

- Устанавливали «+» якорь. Для этого в памяти предельно интенсифицировали выбранный положительный образ и одновременно указательным пальцем правой руки нажимали на кожу верхней части правого бедра (в удобном месте).

- Устанавливали «–» якорь. Для этого в памяти предельно интенсифицировали отрицательный стрессогенный образ и одновременно указательным пальцем левой руки нажимали на кожу верхней части левого бедра.
- Для каждого из якорей такой прием повторяли не менее трех раз.
- В течение 3-4 минут проводили одновременное нажатие на «якорные» точки бедер. При этом у студентов развивалось весьма осязаемое трансовое состояние. Далее прекращали нажатие сначала левой точки, а через пару минут – правой. В состоянии трансового покоя находились еще 7-10 минут. После проведения данной психотехники стрессовая реакция, которая вызывалась образом, составлявшим суть «–» якоря, навсегда исчезала, и студент освобождался от соответствующей проблемы.

Прием разрушения образа обладал высокой эффективностью, так как его заключительная часть осуществлялась в трансовом состоянии. Таким образом студенты избавлялись от негативных переживаний и повышали устойчивость организма по отношению к стрессовым событиям будущего.

7.9 Интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эндоморфного и эндо-мезоморфного соматотипов с применением элементов танцевальной терапии – компонентов джайва и техники психологической саморегуляции «колебания взмаха»

В комплекс психопреентивных мероприятий входила танцевальная терапия, как вид кинезиотерапии. Танец – это одна из форм самовыражения человека, которая развивалась вместе с музыкой. По сути, танец является

языком жестов. Во время танцевальных движений в мозге активируется та же область, что и во время произнесения слов. Музыка, ритм, вибрация тела активизирует все структуры головного мозга, в котором происходит очень сложная работа. Специалисты из немецкого Центра нейродегенеративных заболеваний выяснили, что занятия танцами эффективнее любой другой физической тренировки. У лиц, которые танцевали, отмечается улучшение работы гиппокампа, в том числе замедляется старение мозга. Существует большое количество вариаций танцев, от народных до современных, спортивных, различных по ритму, комбинации движений и скорости. Для людей с расстройствами адаптации данный метод полезен, поскольку занятия танцами позволяют преодолеть психологический дистресс, абстрагироваться от навязчивых мыслей, снизить тревогу, повысить самооценку, а также получить недостающее общение с другими людьми. К тому же танцы – это физические нагрузки, при которых задействуются практически все группы мышц и улучшается координация движений.

Танцетерапия может иметь вид повторения простых движений под ритмичную музыку. Для молодёжи с нарушением адаптации были подобраны танцевальные направления в зависимости от интересов и физических возможностей человека.

Для людей с эндоморфным и эндо-мезоморфным типами телосложения использовали активные танцы, например, джайв. Для этого стиля танцев характерными были быстрые, произвольные движения. Основной упор делали на работу ног, однако для выполнения движений задействовали мышцы всего тела. Помимо формирования мышечного каркаса, занятия джайвом оттачивали чувство ритма и равновесия, что обеспечивалось нарастающим темпом выполнения движений. В процессе выполнения парных элементов танца студенты улучшали свои навыки социального взаимодействия [Приложение Ж].

Наибольший эффект интерактивного тренинга с элементами кинезиотерапии достигался в комбинации с техникой психологической саморегуляции «колебания взмаха», которая за короткий промежуток времени позволяла изменить ригидный стереотип реагирования и создать позитивный образ себя. Данная технология применяется в разных сферах жизни, начиная от избавления от вредных привычек до исправления поведенческих паттернов. Прием не просто разрушает определенный стрессогенный образ, а заменяет его другим, сознательно выбранным положительным. Понятие «взмах» в КПТ означает, что необходимо «махнуть» одну картинку на другую. Иными словами, проводилась целенаправленная замена одного образа, связанного с любым негативным психическим проявлением, иным образом, формируя желаемую поведенческую акцию.

Данная психотехника требовала спокойной обстановки, поэтому выполняли ее сидя в кресле, с закрытыми глазами в следующем порядке:

- студент выбирал «проблемный стимул» – специфический образ, который «производил» ту негативную реакцию, от которой необходимо избавиться. Например, если он испытывал неуверенность в себе и сложно сходилась с окружающими, это мог быть вид его в дальнем темной углу комнаты, или какое-то другое характерное для этого случая «видение». Такой внутренний образ был достаточно большим и ярким;
- выбранный «проблемный» образ переносили на яркое большое изображение. При этом было важным, чтобы все изображенное на нём соответствовало ассоциированной точке зрения, то есть виденному своими глазами. Готовое изображение отодвигали в левую сторону;
- прямо перед собой создавали другое изображение с собственным образом, но новым, которым хотелось бы стать студенту после устранения психологической проблемы. Данный образ был диссоциированным, то есть виделся со стороны, как в кино. В него вкладывали все положительные качества. Правильный образ

представлял уверенного в себе, пользующегося всеобщей популярностью и вниманием студента, что в свою очередь нравилось и было «по душе». Это изображение следовало отодвинуть далеко перед собой;

- первое изображение с «проблемным» образом вновь располагали в центре поля зрения, при этом второе изображение, что находилось далеко, просматривалось в уменьшенном виде справа от первого изображения;
- по мысленной команде «раз» второе изображение очень быстро приближалось к студенту, превращаясь в большую мысленную картинку, которая заполняла все пространство перед ним. То есть студент видел свой образ, который ему очень нравился: яркий, красочный, насыщенный, реалистичный и большой. Он полностью загоразживал первое изображение, на котором ничего не было видно; второе изображение прочно устанавливалось на место первого. Описанный приём выполнялся пятикратно, перед каждым повторением делали паузу в 1-2 минуты. Применение кинезиотерапии в сочетании с психокорректирующими мероприятиями приводило к повышению уверенности в себе, снижало чувство тревожности перед предстоящими событиями и повышало жизнестойкость.

7.10 Интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного, мезо-эндоморфного и мезо-экторморфного соматотипов с применением элементов танцевальной терапии – компонентов ча-ча-ча и техники психологической саморегуляции «переоценка воспоминаемого события»

С лицами мезоморфного, мезо-эндоморфного и мезо-экторморфного типов телосложения проводили интерактивные кинезиотерапевтические

тренинги с элементами Ча-ча-ча. Это быстрый танец с сильным движением бедер и характерным ритмом выпрямляемых колен, важнейшей особенностью которого являются движения без изменения ритма, что делает танец достаточно быстрым, позволяет снизить вес, но, в то же время нагрузка остается постоянной, тонизируя работающие группы мышц и укрепляя опорно-двигательный аппарат [Приложение 3].

Техника «переоценка вспоминаемого события» способствовала изменению оценки какого-либо события, имевшего место в прошлом студента. Данная методика показывала высокую эффективность, т.к. позволяла влиять на оценку негативных событий прошлого и связанных с ними убеждений. Сила эмоциональной реакции на какое-либо вспоминаемое событие зависит от того, каким «способом» студент представлял это событие в данный момент. Психотерапевт просил студента представить событие, не так как оно реально воспринималось «его глазами» (ассоциировано), а в качестве стороннего наблюдателя, как в кино (диссоциированно). Когда представляемая ситуация воспринималась диссоциированно, эмоциональная реакция на нее существенно снижалась. Таким образом значительно снижали или полностью невелировали негативную эмоциональную окраску по отношению к событиям прошлого и формировала положительное представление о будущем.

7.11 Интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эктоморфного и экто-мезоморфного соматотипов с элементами танцевальной терапии – компонентов венского вальса и техники психологической саморегуляции «исчезновение образа»

Для людей эктоморфного и экто-мезоморфного типов телосложения были проведены интерактивные тренинги с элементами венского вальса, направленные на увеличение пластичности, формирование чувства ритма и

улучшение навыков социального взаимодействия [Приложение И]. В сочетании с кинезиотерапией были использованы техники психологической коррекции «исчезновение образа».

В качестве варианта выбора танцевальной терапии для молодых людей с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, служили околотанцевальные направления, популярные в сети Интернет, суть которых заключалась в придумывании или повторении уже существующих коротких танцев под современную музыку и публикации их в социальных сетях. Эти направления были объединены под общим названием «тренды», что позволяло перевести общение в виртуальный мир, при этом не лишая студента межличностных взаимодействий. Для лиц с расстройством адаптации интерактивные тренинги с элементами кинезиотерапии, в сочетании с техниками психологической коррекции, способствовали нивелированию эмоциональных и поведенческих нарушений, стабилизации общего фона настроения, нормализации образа жизни и взаимоотношений с другими людьми.

7.12 Оценка эффективности комплексной системы психопревенции и психокоррекции расстройств адаптации и аддиктивного поведения у студенческой молодёжи

С целью оценки эффективности предложенной комплексной системы интерактивных тренингов с элементами кинезиотерапии в сочетании с психокорректирующими тренингами, из студентов 2 и 3 групп риска ($n = 237$) с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, было дополнительно сформировано четыре группы.

Первую основную группу (ОГ1) составили 84 студента с признаками адаптационных нарушений, имеющих опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции ($n = 84$).

Вторую основную группу (ОГ2) составили 33 студента с признаками адаптационных расстройств, имеющих опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции ($n = 33$), с которыми проводили интерактивные тренинги с элементами кинезиотерапии в сочетании с психокорректирующими мероприятиями.

Первую (ГС1, $n = 84$) и вторую (ГС2, $n = 33$) группы сравнения составили представители студенческой молодёжи, получавшие традиционные превентивные мероприятия согласно действующим протоколам оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Эффективность разработанных мероприятий оценивали по выраженности психопатологической симптоматики, психоэмоциональному состоянию и показателям аддиктивного статуса. У студентов наблюдали достоверное снижение выраженности психопатологической симптоматики ($p < 0,05$). В состоянии психоэмоциональной сферы обследованных наблюдалась достоверная положительная динамика. Оценка действенности предложенной системы мер осуществлялась через 6 месяцев после начала ее внедрения и показала 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 и склонность к Интернет-аддикции, 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 232 (85,2 %) 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 34 (14,8%) человека. В течение полугодового наблюдения у них не было зарегистрировано ни одного случая манифестации адаптационных нарушений или расстройств, употребления ПАВ и склонности к Интернет-аддикции.

Студентам, которые не употребляли ПАВ, однако имели признаки психологического дистресса, но не входили в группу риска, а именно 17 (20,8%) лицам, были проведены комплексные интерактивные мероприятия с элементами кинезиотерапии и психокорректирующими тренингами. При сопоставлении начальных и результативных данных по шкалам SCL-90-R и «САН» было установлено достоверное снижение показателей ($p < 0,05$) до нормативного уровня.

Полученные положительные результаты комплексной системы психопреventивных мероприятий среди студенческой молодёжи позволяют утверждать, что разработанная система мер имеет высокую эффективность.

Таким образом, чрезвычайно актуальным в Донецкой Народной Республике является систематическое, закреплённое на законодательном и государственном уровнях проведение профилактических мероприятий по предотвращению употребления ПАВ и склонности к Интернет-аддикции среди подростков и студенчества, как самой многочисленной группе риска.

Таким образом, были:

1. Разработаны принципы и система психопреventивных и психокорректирующих мероприятий при дезадаптационных состояниях и употреблении психоактивных веществ студенческой молодёжью, а именно: когнитивно-поведенческая психотерапевтическая коррекция с включением элементов кинезиотерапии – Бикрам-йоги в комбинации с техникой психологической саморегуляции «изображение» для студентов с преобладанием эндоморфного компонента соматотипа; интерактивный

психопреентивный тренинг для лиц с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эндоморфного соматотипа с элементами кинезиотерапии – компонентов йоги Пор-де-бра и техники психологической саморегуляции «изменение образа»; интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эктоморфного, экто-мезоморфного, экто-эндоморфного и мезоморфного соматотипов с элементами кинезиотерапии – компонентов пилатес и техники психологической саморегуляции «ликвидация фильма»; интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного и мезо-эктоморфного соматотипов с включением элементов кинезиотерапии – компонентов калланетики и техники психологической саморегуляции «исчезновение образа» и «переоценка вспоминаемого события»; интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного и мезо-эндоморфного соматотипов с включением элементов кинезиотерапии – компонентов пауэр-йоги и техники психологической саморегуляции «конкурс якорей»; интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эндоморфного и эндо-мезоморфного соматотипов с применением элементов танцевальной терапии – компонентов джайва и техники психологической саморегуляции «колебания взмаха»; интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, мезоморфного, мезо-эндоморфного и мезо-эктоморфного соматотипов с применением элементов танцевальной терапии – компонентов ча-ча-ча и техники психологической саморегуляции «переоценка

вспоминаемого события»; интерактивный психопреентивный тренинг для студенческой молодёжи с расстройством адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ и склонных к Интернет-аддикции, эктоморфного и экто-мезоморфного соматотипов с элементами танцевальной терапии – компонентов венского вальса и техники психологической саморегуляции «исчезновение образа».

2. Обоснована, разработана и внедрена система психопревенции психообразовательной направленности с элементами кинезиотерапии для студенческой молодёжи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющей опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции, которая отличается этапностью, комплексностью и дифференцированным подходом с учетом биосоциальные, личностных, поведенческих факторов риска, а также патогенетических механизмов формирования дезадаптационных нарушений и расстройств и реализации аддиктивных поведенческих паттернов.

Разработанная система включает следующие составляющие:

- 1) первичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии;
- 2) вторичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии;
- 3) психокоррекция определенных психопатогенетичних «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 трансперсональной коммуникации ($p < 0,05$) и психосоциального функционирования респондентов.

АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В проспективном, сплошном, контролируемом исследовании на условиях информированного согласия с соблюдением принципов деонтологии и биоэтики принимали участие 510 студентов (307/60,2% лиц женского пола и 203/39,8% мужского пола) младших курсов одного из университетов нашего региона возрастом от 17 до 20 лет. Исследование проводилось на протяжении 2019-2021 годов.

Исследование включало в себя антропометрические измерения студентов с последующим определением соматотипов, а также психоэмоциональную оценку исследуемого контингента и ее взаимосвязь с полученными соматотипами.

Дизайн исследования был реализован в 6 основных этапов/

I. Определение соматотипа по методике Хит-Картера.

На данном этапе проводили оценку антропометрических параметров студентов с последующим определением соматотипа. Каждый исследуемый получал в результате измерений отдельно сформированную анонимную выписку из протокола измерений, в которой был представлен вывод о том, какой соматотип присущ обследуемому студенту. После чего исследуемому было предложено зашифровать полученный документ по определенному принципу.

II. Скринингово-диагностический этап представлял из себя определение психического и аддиктивного статуса студентов с последующим разделением на группы в зависимости от наличия признаков нарушений или расстройств адаптации.

Была проведена скрининговая оценка психического и аддиктивного статуса студентов с определением особенностей психоэмоциональных характеристик.

Критериями включения в исследование выступали:

- наличие предикторов и признаков адаптационных нарушений (Z55, Z59, Z60, Z64, Z72, Z73) или расстройств (F43.2);
- положительные ответы на вопросы об опыте употребления ПАВ (в т.ч. алкоголь, табачные изделия (курительные смеси)), увлечение компьютерными и азартными играми, сетью Интернет.

Критерии исключения: психозы; хронические психические заболевания в стадии обострения; больные экзогенными и эндогенными психическими заболеваниями, осложненные употреблением ПАВ (F00 - F09; F1; F2; F20 – F29); нарушения поведения, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ (F10– F18).

На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, употребления ПАВ, увлеченности компьютерами и сетью Интернет, а также оценки поведенческих паттернов, было выполнено распределение контингента на 3 группы, согласно диагностическим критериям МКБ-10: практически здоровые (группа 1) – 273 (53,5%) студента, среди них 130 (47,6%) человек мужского пола и 143 (52,4%) – женского пола; с непатологическими нарушениями адаптации (группа 2) – 155 (30,4%) человек, среди них 60 (38,7%) лиц мужского пола и 95 (61,3%) женского пола; с отдельными признаками расстройств адаптации (группа 3) – 82 (16,1%) человека, среди них 13 (15,9%) – мужского пола и 69 (84,1%) – женского пола.

III. Связь психического и аддиктивного статуса с соматотипами по Хит-Картеру.

На этом этапе находили взаимосвязь между выраженностью психопатологических проявлений у исследуемых, особенностями психоэмоциональных характеристик и наличием признаков употребления ПАВ, увлеченности компьютерами и сетью Интернет с соматотипами, полученными на I этапе исследования. Определяли наличие взаимосвязи по половому признаку и групповой принадлежности.

IV. Этап сравнительного анализа/

Для дальнейшей работы была сформирована совокупность из студентов группы 2 (155/30,4%) и группы 3 (82/15,9%). Эта когорта характеризовалась риском появления нарушений и расстройств адаптации, а также риском появления зависимости от ПАВ, чрезмерной увлеченности компьютером и сетью Интернет. Суммарное количество студентов в данной когорте составляло 237/46,5% человек и сопоставлялось со студентами группы 1 (273/53,5%). Далее было проведено сравнения групп студентов.

V. Медико-социальный этап психопреентивно-психокорректирующих воздействий (в том числе социокультуральные и психокоррекционные, психотерапевтические и лечебные мероприятия) для соответствующих групп риска, которые базировались на принципах этапности, дифференцированности, комплексности, с реализацией в групповой или индивидуальной формах.

На основании разделения студентов на группы, выявленных психоэмоциональных особенностей, аддиктивных паттернов студенческой молодёжи, наличия признаков нарушений или расстройств адаптации, определяли мишени психопреентивных и психокоррекционных мероприятий.

В качестве системы психопреентивии использовали лекции, тематические беседы (группы студентов по 50 человек). Психокоррекция включала в себе ЛФК, йогу и танцетерапию (группы 10-15 человек).

VI. Этап оценки эффективности

Оценка симптомов, жалоб, результатов наблюдения, стрессогенных факторов, аддиктивных паттернов осуществлялась на основании диагностических критериев МКБ-10.

Сбор и систематизация данных осуществлялась на базе унифицированной карты «Карты обследования студента» («КОС», Е. В. Киосева, 2017) [98].

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

Для оценки психоэмоционального состояния и социальной активности - методика «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН) (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния [251].

Установление и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществлялся с помощью опросника SCL-90-R [253].

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

Комплексная оценка аддиктивного статуса осуществлена с помощью следующих методик:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);
2. TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака.
3. INTERNET-UDIT (Internet Use Disorders Identification Test, 1989) — тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью Интернетом (кроме игр).
4. COMP-UDIT (Computer Use Disorders Identification Test, 1989) — тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью играми с телеприставками или компьютерными играми (в том числе сетевыми играми в Интернет).

5. GAMBLING-UDIT (Gambling's Usage Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью азартными играми (играми на деньги).

Самодиагностика патологического пристрастия к Интернету выполнена тестовой методикой «Internet Addiction Test» Kimberley S. Young, 1994, в адаптации В. А. Лоскутовой (В. А. Буровой).

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

Удовлетворённость жизнью измерена по «Шкале удовлетворённости 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 применялся опросник способов совладания (WCQ) (S. Folkman and R. Lazarus, 1988, в адаптации Т. Л. Крюковой, 2002).

Оценка антропометрических параметров студентов с последующим определением соматотипа выполнялась по методике Хит-Картера [329].

Математико-статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ «Statistica for Windows 13.3». 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. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона. Для проверки различий между двумя сравниваемыми парными выборками применялся W-критерий Уилкоксона. Построение прогностической модели риска определенного исхода выполнялось при помощи метода бинарной логистической регрессии.

Общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодёжи показала, что адаптационные нарушения имеют место у 30,4% (155/510) студентов, адаптационные расстройства выявлены у 16,1% (82/510) респондентов. Удельный вес лиц, с достоверным превышением нормативных значений по субшкалами SCL-90-R: соматизации (SOM) – 53,7 %; межличностной сензитивности (INT) – 51,2 %; фобической тревоги (PHOB) – 49,8 %; тревоги (ANX) – 46,1 %; депрессии (DEP) – 43,7%. Среди всех обследованных (n=510) большинство студентов – 274/53,7 $\pm$ 2,2%; 95% ДИ=49,4–58,1 имел превышение по субшкале соматизации.

Ведущее место занимали донозологические формы дисфункции эмоционально-лабильного, соматовегетативного, фобического и тревожно-депрессивного регистров, которые являлись предикторами формирования клинической симптоматики адаптационных расстройств. Элементы эмоциональной лабильности и трудности межличностной коммуникации с чрезмерной бдительностью, снижением адаптационных возможностей, вегетативными нарушениями; тревожно-депрессивные проявления с фобическими радикалами занимали ведущее место в генезисе адаптационных нарушений.

У студентов женского пола доминировало превышение по субшкалам: 1 место – SOM (0,97 $\pm$ 0,76 при норме 0,44 $\pm$ 0,03), 2 место – INT (1,12 $\pm$ 0,86 при

норме $0,66 \pm 0,03$), 3 место поделено между ANX ($0,88 \pm 0,81$ при норме $0,47 \pm 0,03$) и PNOB ($0,59 \pm 0,68$ при норме $0,18 \pm 0,02$).

У лиц мужского пола доминировало превышение средних значений следующих показателей: 1 место – PNOB ($0,30 \pm 0,46$ при норме $0,18 \pm 0,02$), 2 место – SOM ($0,54 \pm 0,56$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 3 место – INT ($0,72 \pm 0,67$ при норме $0,66 \pm 0,03$).

У студентов женского пола с ННА доминировало превышение по субшкалам: 1 место – INT ($1,33 \pm 0,53$ при норме $0,66 \pm 0,03$), 2 место – SOM ($1,01 \pm 0,52$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 3 место – DEP ($1,13 \pm 0,43$ при норме $0,62 \pm 0,04$). У лиц женского пола с ОПРА выявлено превышение по следующим субшкалам: 1 место – DEP ($2,26 \pm 0,57$ при норме $0,62 \pm 0,04$), 2 место – ANX ($2,08 \pm 0,64$ при норме $0,47 \pm 0,03$), 3 место – INT ($2,22 \pm 0,67$ при норме $0,66 \pm 0,03$).

У студентов мужского пола с ННА доминировало превышение по субшкалам: 1 место – INT ($1,32 \pm 0,49$ при норме $0,66 \pm 0,03$), 2 место – DEP ($1,11 \pm 0,51$ при норме $0,62 \pm 0,04$), 3 место – ANX ($0,91 \pm 0,42$ при норме $0,47 \pm 0,03$). У лиц мужского пола с ОПРА выявлено превышение по следующим субшкалам: 1 место – SOM ($2,01 \pm 0,58$ при норме $0,44 \pm 0,03$), 2 место – ANX ($2,03 \pm 0,32$ при норме $0,47 \pm 0,03$), 3 место – DEP ($2,02 \pm 0,37$ при норме $0,62 \pm 0,04$).

Выявлено, что для девушек младших курсов были характерны следующие соматотипы: практически здоровые – экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 16 (11,2%), эндо-экторморфный соматотип (COD) – 61 (41,6%), мезо-эндоморфный соматотип (EOF) – 11 (7,7%) и эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 55 (38,5%); студентки с ННА – экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 11 (11,6%), мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 6 (6,3%), эндо-экторморфный соматотип (COD) – 29 (30,5%), экто-эндоморфный (DOE) – 17 (17,9%), мезо-эндоморфный (EOF) – 7 (7,4%), экторморфный сбалансированный (CF) – 3 (3,2%); девушки с ОПРА – экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 13 (18,8%), мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 18

(26,1%), экто-эндоморфный (DOE) – 18 (26,1%), мезо-эндоморфный (EOF) – 17 (24,6%), ктоморфный сбалансированный (CF) – 3 (4,3%).

Установлено, что у девушек с ННА эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA) достоверно значимо увеличивается среднее значение SOM. При этом у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов статистически значимо возрастает значение шкалы SOM.

Выявлено статистически значимое повышение средних значений показателя INT у девушек с ННА экто-мезоморфного (AOB), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). При этом наблюдалось достоверное увеличение показателя INT у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов.

Доказано, что значение показателя DEP статистически значимо повышалось у девушек с ННА эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). Также наблюдалось увеличение средних значений DEP у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов.

Установлено, что значение показателя ANX статистически значимо увеличивалось у девушек с ННА экто-мезоморфного (AOB), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). У студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного соматотипов (EOF) достоверно значимо увеличивался показатель ANX.

Значение показателя PNOB статистически значимо повышалось у девушек с ННА экто-мезоморфного (AOB), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного (FOA) соматотипов. При этом у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-

эндоморфного соматотипов (EOF) достоверно значимо увеличивался показатель РНОВ.

Выявлена сильная положительная корреляционная связь между показателями РНОВ и ИМТ ($R=0,88$, $p=0,02$) у девушек с ННА мезо-экторморфного соматотипа (ВОС). Установлена сильная отрицательная корреляционная зависимость между DEP и ИМТ ($R=-0,82$, $p=0,04$) в группах 2 и 3 экторморфного соматотипа (CF). У девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) определена сильная отрицательная корреляционная связь между: SOM и ИМТ ($R=-0,74$, $p<0,05$), INT и ИМТ ($R=-0,70$, $p<0,05$), DEP и ИМТ ($R=-0,78$, $p<0,05$), ANX и ИМТ ($R=-0,80$, $p<0,05$).

При определении особенностей функционального психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста, учащихся на первых курсах университета во взаимосвязи с соматотипами установлено, что неблагоприятное функциональное психоэмоциональное состояние по шкале «САН» имело место у $112/22,0 \pm 1,8\%$; 95% ДИ=18,4–25,6 студентов, по шкале «Самочувствие» – у $137/26,9 \pm 2,0\%$; 95% ДИ=23,0–30,7, по шкале «Активность» – у $203/39,8 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=35,6 – 44,1, по шкале «Настроение» – у $99/19,4 \pm 1,8\%$; 95% ДИ=16,2 – 22,8 человек соответственно.

Установлено превышение средних значений шкалы «Настроение» в сочетании со сниженной «Активностью», что может указывать на чувство усталости студентов, наличие психоэмоционального возбуждения и привести к хроническому переутомлению, развитию психологического дистресса. У лиц женского пола статистически значимо раньше появлялись признаки снижения «Активности», что в сочетании с повышенным «Настроением» может свидетельствовать о переутомлении и выступать предиктором формирования дезадаптационных состояний.

Показано, что у девушек с ННА эндо-экторморфного (COD) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов статистически значимо снижался показатель «Самочувствие». При этом у студентов женского пола с ОПРА

экто-мезоморфного (АОВ) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов достоверно значимо снижалось значение «Самочувствия».

Выявлено, что показатель «Активность» достоверно значимо снижался у девушек с ННА экто-мезоморфного (АОВ) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). В то же время у студентов с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов наблюдалось статистически значимое снижение показателя «Активности».

Доказано, что девушки с ННА эндо-эктоморфного (COD) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов характеризовались статистически значимым снижением показателя «Настроение». У студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов определялось достоверно значимое снижение показателя «Настроение».

Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между «Активностью» и ИМТ ($R=0,42$, $p<0,05$) у девушек 2 и 3 групп экто-эндоморфного соматотипа (DOE). Установлена положительная корреляционная зависимость средней силы между «Активностью» и ИМТ ($R=0,64$, $p<0,05$) у девушек с ННА экто-эндоморфного соматотипа (DOE). Определена положительная корреляционная связь средней силы между «Самочувствием» и ИМТ ($R=0,64$, $p<0,05$), «Активностью» и ИМТ ($R=0,38$, $p<0,05$), «Настроением» и ИМТ ($R=0,63$, $p<0,05$) и САН и ИМТ ($R=0,65$, $p<0,05$) у девушек мезо-эндоморфного соматотипа (EOF).

Установлено, что 74,5% (380/510) обследуемых имели опыт употребления ПАВ (алкоголь и/или табак), из них 73,9% (150/203) лиц мужского пола и 74,9% (230/307) – женского пола и характеризовались полисубстантным типом (совокупность напитков с низким содержанием алкоголя и курение), доминированием относительно безопасного стиля употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов), как донозологического паттерна аддиктивного состояния. Часть обследованных при приеме различных ПАВ находились в зоне «опасного употребления» (8-15 баллов), но еще без

наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной.

Анализ распределения представителей женского пола по степени употребления табака среди групп 1, 2 и 3 выявил тенденцию к увеличению доли лиц, употребляющих табак от практически здоровых (21,0%) студентов к лицам с ОПРА (40,6%). Обращает на себя внимание раннее появление аддикции в лёгких формах у студентов женского пола с ННА, что статистически подтверждалось увеличением удельного веса лиц со степенью «А» и «В» соответственно 15,8 % и 10,5 % по сравнению с практически здоровыми студентами женского пола: «А» – 12,6 % и «В» – 2,8 %. При этом у девушек с ОПРА значительно увеличивалась тяжесть аддикции в сторону степени «С» – 10,1 % и «D» – 14,5 %. Удельный вес девушек с ОПРА, которые имели степень «С» употребления табака был в 3 раза больше, чем в группе с ННА и в 5 раз выше, чем у практически здоровых студентов.

Анализ распределения юношей по степени употребления алкоголя показал, что в группе практически здоровых студентов и группе с ННА подавляющее большинство от 81,7 % (группа 2) до 88,5 % (группа 1) либо не употребляли совсем, либо употребляли небольшое количество алкоголя. Обращает на себя внимание 3-кратное снижение доли лиц, относящихся к степени «В»: от практически здоровых студентов (15,4%) к лицам с ННА (5%). При этом увеличивается доля лиц, имеющих степень «D» употребления алкоголя: 18,3% – студенты мужского пола с ННА, 11,5% – практически здоровые лица мужского пола. При этом число лиц женского пола, которые не употребляют или употребляют малые дозы алкоголя равномерно снижается от группы практически здоровых студентов (90,2%) к лицам с ОПРА (69,5%). Выявлен сдвиг в сторону более сильных форм аддикция у студентов женского пола с ОПРА: степень «В» – 23,2%, степень «С» – 2,9% и степень «D» – 2,5%.

Установлено, что большинство девушек характеризуются безопасной или другими словами «поисковой» формой табакокурения (0 баллов+степень

«А»): экто-мезоморфного соматотипа (AOB) – 80,0 %; эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) – 89,6%; экто-эндоморфного соматотипа (DOE) – 82,9%; мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) – 68,6%; эндо-экторморфного соматотипа (COD) – 90,0% и мезо-экторморфного соматотипа (BOC) – 70,8%.

Выявлено, что большинство девушек употребляли малые дозы алкоголя (безопасная форма употребления алкоголя – 0 баллов+степень «А»): экто-мезоморфного соматотипа (AOB) – 92,5%; эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) – 87,0%; экто-эндоморфного соматотипа (DOE) – 85,7%; мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) – 68,6%; эндо-экторморфного соматотипа (COD) – 90%; мезо-экторморфного соматотипа (BOC) - 83,3%.

Студенческая молодёжь была склонна к постоянному использованию сети Интернет (93,3%), большая увлеченность сетью у лиц женского пола. Доминировал небезопасный стиль использования сети у практически здоровых студентов мужского и женского пола (степень «В», 8-15 баллов). Для лиц с признаками ННА и ОПРА характерны зависимые состояния (преобладание степени «D», 20 и больше баллов). Лица мужского пола характеризовались преобладанием относительно безопасного и небезопасного стиля увлечения играми (степень «А»: 1-7 баллов, безопасное увлечение; степень «В»: 8-15 баллов, небезопасное увлечение). В то же время студенты женского пола практически были не склонны к играм или имели относительно безопасный стиль увлечения. Для лиц мужского и женского пола всех групп характерно отсутствие увлечения азартными играми.

Установлено, что большинство девушек младших курсов университета имели зависимые формы использования сети Интернет (степень «В», «С» и «D»): лица экто-мезоморфного соматотипа (AOB) – 82,5%; эндо-мезоморфного (FOA) – 88,3%; экто-эндоморфного (DOE) – 85,7%; мезо-эндоморфного (EOF) – 85,7%; эндо-экторморфного соматотипа (COD) – 90% и мезо-экторморфного (BOC) – 83,3%.

Среди лиц мужского пола с ННА только 10% студентов являлись обычными пользователями сети Интернет. Большинство лиц в этой группе (61,7 %) имели проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет, также 1/4 часть студентов группы (28,3%) склонны к Интернет-зависимости. Преобладающее большинство девушек (65,3%) имели проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. При этом примерно 30% студентов женского пола с ННА были склонны к Интернет-зависимости. Больше половины лиц женского пола (56,5%) с ОПРА имели проблемы, связанные с чрезмерным увлечением сетью Интернет. Обращает на себя внимание очень большой удельный вес студентов женского пола группы 3 (40,6%), которые были склонны к Интернет-зависимости.

Установлено, что большинство девушек младших курсов чрезмерно увлечены использованием сети Интернет (до 80 баллов по методике Кимберли-Янг): лица экто-мезоморфного соматотипа (АОВ) – 77,5%; эндо-мезоморфного (FOA) – 71,4%; экто-эндоморфного (DOE) – 62,9%; мезо-эндоморфного (EOF) – 71,4%; эндо-экторморфного (COD) – 82,2% и мезо-экторморфного соматотипа (BOC) – 66,7%.

Студенты с ОПРА были склонны к увлечению компьютерами и сетью Интернет: только 1/3 часть лиц (36,6%) проводила за монитором менее 2-х часов в день, а 2/3 исследуемых тратили на сеть Интернет 2 и более часов в сутки в будние дни. Определяется статистически значимое увеличение средних значений SOM от группы практически здоровых студентов к лицам с ОПРА, независимо от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет.

Практически здоровые лица мужского пола, которые проводят в сети более 2-х часов в сутки, были менее подвержены соматическим проявлениям, что подтверждается более низкими значениями SOM ($SOM=0,29\pm0,23$), чем лица женского пола ($SOM=0,55\pm0,35$) ($p<0,05$).

Практически здоровые студенты, которые проводили в сети Интернет более 2-х часов в сутки испытывали большие сложности в коммуникации с другими людьми, чем лица, которые находились в сети Интернет до 2-х часов в день. Практически здоровые лица женского пола испытывали большие сложности в коммуникации с людьми ($INT=0,49\pm0,29$), чем лица мужского пола ($INT=0,40\pm0,33$) ($p<0,05$).

Установлена большая выраженность фобической тревожности у практически здоровых лиц женского пола, чем у студентов мужского пола. Средние значения субшкалы РНОВ статистически значимо увеличивались от группы практически здоровых студентов к лицам с ОПРА у студентов женского пола ($p<0,05$). При этом не отмечалось зависимости степени выраженности фобической тревожности от количества времени, проводимого за компьютером и в сети Интернет.

Показано, что социально-демографическая характеристика определялась преобладанием лиц в возрасте 17-18 лет. В гендерном аспекте распределение по группам 1, 2 и 3 было неравномерное. Среди практически здоровых (группа 1) лиц было 273 (53,5%) студента, из них 130 (47,6%) – мужского пола и 143 (52,4%) – женского пола. Среди 155 (30,4%) лиц с ННА (группа 2) было 60 (38,7%) лиц мужского пола и 95 (61,3%) – женского пола; с ОПРА (группа 3) среди 82 (16,1%) человек 13 (15,9%) были мужского пола и 69 (84,1%) – женского.

Выявлено, что практически 74 % отцов студентов группы 1 были трудоустроены. Удельный вес лиц, у которых нет отца или они не видятся с отцом равномерно возрастал от практически здоровых студентов (16,1%) к группе с ОПРА (21,9%). Наблюдалась тенденция увеличения доли матерей, ухаживающих за членами семьи, от практически здоровых студентов (45%) к группе с ОПРА (72,2%). Удельный вес отцов и матерей с высшим образованием равномерно уменьшался от группы практически здоровых

студентов (51,8% отцов, 58,1% матерей) к группе с ОПРА (47,1% отцов, 46,1% матерей).

У студенческой молодёжи не выявлено гендерных отличий в удовлетворённости своим стилем жизни. Лица мужского и женского пола распределились равномерно в зависимости от выбранного стиля жизни. Среди студентов, оценивающих свой образ жизни как наименее желаемый, преобладали лица с ННА и ОПРА. Наиболее желаемый стиль жизни был присущ практически здоровым студентам. Студенты, которые имели наименее желаемый стиль жизни SOM ($1,22 \pm 0,99$; Me=0,92; 0,42-1,92), INT ($1,44 \pm 0,92$; Me=1,33; 0,67-2,11), РНОВ ($0,81 \pm 0,85$; Me=0,57; 0,00-1,43), статистически значимо отличались по величинам показателей ($p < 0,05$) в сторону превышения средних значений от лиц с наиболее желаемым образом жизни SOM ($0,63 \pm 0,55$; Me=0,50; 0,17-0,92), INT ($0,78 \pm 0,69$; Me=0,56; 0,22-1,11), РНОВ ($0,33 \pm 0,49$; Me=0,14; 0,00-0,43).

Наименее желаемый стиль жизни на эмоциональном уровне характеризовался соматовегетативными проявлениями, которые больше были выражены в группе 3 по сравнению с группой 2 ($p < 0,05$). Нежелательный образ жизни, как социальная характеристика, выступает ранним признаком расстройств адаптации в форме доклинических соматовегетативных проявлений.

Установлено, что у лиц, оценивающих свой стиль жизни как наименее желаемый, присутствовали нарушения межличностных отношений, что подтверждалось повышением средних значений показателя INT от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА ($p < 0,05$), независимо от гендерного аспекта. При этом студенты мужского пола группы 1 с наиболее желаемым стилем жизни испытывали меньше сложностей в коммуникации, чем практически здоровые лица женского пола.

У лиц мужского пола с наименее желаемым стилем жизни были значительно превышены нормальные показатели фобической тревожности,

что проявлялось в виде ощущений страха по отношению к некоторым людям, событиям, и способствовало формированию замкнутости.

При определении соматотипов обследованных респондентов во взаимосвязи с патохарактерологической симптоматикой выявлено, что у 50% лиц экто-мезоморфного соматотипа (АОВ); у 48,1% студентов эндо-мезоморфного соматотипа (FOA); у 40% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF); у 58,9% лиц эндо-экторморфного (COD) женского и мужского пола 2 и 3 группы определялись признаки гипертимического типа акцентуации характера. Они отличались хорошей работоспособностью, высокой активностью и оптимизмом в повседневной жизни.

У 51,4% обследованных экто-эндоморфного соматотипа (DOE); у 29,9% эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) лиц 2 и 3 групп были определены черты дистимического типа акцентуации характера, они имели склонность к пессимизму, фиксации на негативных переживаниях в стрессовых ситуациях.

Черты циклотимического (аффективно-лабильного) типа были выявлены у 60% обследованных студентов 2 и 3 групп: у 60% экто-мезоморфного соматотипа (АОВ); у 50,6% эндо-мезоморфного соматотипа (FOA); у 60% экто-эндоморфного соматотипа (DOE); у 51,4% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF); у 51,4% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF); у 56,7% эндо-экторморфного соматотипа (COD); у 83,3% мезо-экторморфного соматотипа (BOC). Такие лица характеризовались перепадами настроения, сопровождающимися повышением и снижением работоспособности.

У 65% лиц экто-мезоморфного (АОВ); у 68,6% мезо-эндоморфного (EOF); у 62,2% эндо-экторморфного (COD); у 70,8% мезо-экторморфного (BOC) соматотипов студентов 2 и 3 групп были установлены черты застревающего типа акцентуации характера, им была присуща чрезмерная фиксация на происходящих событиях.

У 74,4% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF), у 60% экто-эндоморфного соматотипа (DOE); у 72,7% эндо-мезоморфного соматотипа

(FOA); у 72,2% эндо-экторморфного соматотипа (COD); у 62,5% мезо-экторморфного соматотипа (BOC) обследуемых студентов 2 и 3 групп были установлены черты эмотивного типа, они отличались особой впечатлительностью и чувствительностью.

При изучении копинг-стиля студентов с ННА и ОПРА на аггравирующем фоне Интернет-сети и склонности к употреблению ПАВ во взаимосвязи с соматотипами установлено, что для всех исследуемых преобладали следующие стратегии совладания со стрессом: (1) бегство-избегание (223/43,7%); (2) положительная переоценка (146/28,6%); (3) планирование решения проблемы (123/24,1%).

У студентов женского пола с ННА выявлен средний уровень напряженности всех копинг-стратегий, за исключением механизма принятия ответственности (низкий уровень напряженности копинга). Аналогичные тенденции наблюдались и для лиц мужского пола с ННА, с более низкими значениями показателя принятия ответственности, чем у лиц женского пола.

У лиц женского пола с ННА наблюдались высокие средние значения следующих копинг-стратегии: (1) бегство-избегание; (2) самоконтроля; (3) положительной переоценки. В то же время для лиц мужского пола с ННА было характерно: (1) планирование решения проблемы; (2) самоконтроль и (3) положительная переоценка.

Определено, что девушки с ННА и ОПРА экто-мезоморфного соматотипа (AOB) выбирали следующие стратегии в стрессовых ситуациях: (1) бегство-избегание (16/40,0%); (2) положительную переоценку (13/32,0%); (3) самоконтроль (10/25%).

Студенты с ННА и ОПРА мезо-экторморфного соматотипа (BOC) предпочитали такие копинг-механизмы: (1) бегство-избегание (14/58,0%); (2) положительную переоценку (7/29,0%); (3) планирование решения проблемы (3/12,5%).

Молодёжь с ННА и ОПРА эндо-экторморфного (COD) соматотипа использовали: (1) бегство-избегание (44/48,8%); (2) положительную переоценку (29/32,2%) и (3) планирование решения проблемы (23/25,5%).

Лица с ННА и ОПРА экто-эндоморфного соматотипа (DOE) выбирали: (1) бегство-избегание (15/42,9%); (2) самоконтроль (7/20,0%); (3) дистанцирование (5/14,3%) и положительную переоценку (5/14,3%).

Студенты с ННА и ОПРА мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) предпочитали: (1) бегство-избегание (16/46,8%); (2) положительную переоценку (9/25,7%) и (3) самоконтроль (8/22,8%).

Молодёжь с ННА и ОПРА эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) характеризовалась преобладанием следующих копинг-механизмов: (1) бегством-избеганием (30/38,9%); (2) положительной переоценкой (28/36,3%) и (3) планированием решения проблемы (20/25,9%).

Показано, что перенапряжение компенсаторных процессов из-за влияния хронических стрессовых факторов приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, на основе взаимопотенцирующей декомпенсации сомато-индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют психопатогенетическую цепь: стрессорные влияния с психоэмоциональными перегрузкам → патоперсонологическая декомпенсация → неэффективные или патологические копинг-стратегии → употребления и / или злоупотребление ПАВ и сети Интернет + формирование хронического переутомления → адаптационные нарушения и расстройства с разнообразной психопатологической симптоматикой.

Были построены прогностические модели риска развития адаптационных нарушений и расстройств у молодёжи с анализом и оценкой влияния наиболее значимых факторных признаков, которые являются предикторами формирования указанной патологии. Для построения математических моделей использовали метод многофакторного бинарного логистического регрессионного анализа с пошаговым включением

независимых друг от друга переменных. В качестве показателя-отзыва, который прогнозируется, использован риск развития адаптационных нарушений или расстройств. В качестве независимых факторов риска в модели включена совокупность из 34 значимых признаков, которые достоверно связаны с результатами проведенных социально-демографических, антропометрических, клинико-анамнестических, клинико-психопатологических, психодиагностических исследований. Основные факторы: медико-социальный – выражался в появлении чувства тревожной напряженности в новых условиях, психосоциальный – отражался в оценке стиля жизни и удовлетворённости жизнью, социальный (микросоциальный) – отражал трудности трансперсональных отношений с повышенной бдительностью, снижением адаптационных возможностей, вегетативными нарушениями.

Модель прогнозирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов представлена формулой:

$$Z = 0,79 + (-0,41 \times X_1) + (0,56 \times X_9) + (-0,24 \times X_{10}) + (0,34 \times X_{15}),$$

где X_1 – стиль жизни; X_9 – оценка сложности выполнения домашних заданий; X_{10} – уровень настроения; X_{15} – наличие / отсутствие воспитательной работы.

Диагностическая чувствительность данной модели составила 82,5%; диагностическая специфичность – 72,4%; диагностическая эффективность – 77,4%; прогностическая ценность положительного результата – 88,8%; прогностическая ценность отрицательного результата – 60,9%.

Модель прогнозирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов:

$$Z = -6,12 + (-0,24 \times X_1) + (-0,18 \times X_{27}) + (-0,09 \times X_{29}) + (0,003 \times X_{31}),$$

где X_1 – стиль жизни; X_{27} – уровень настроения; X_{29} – ИМТ; X_{31} – состояние здоровья.

Диагностическая чувствительность данной модели составила 71,2%; диагностическая специфичность – 64,0%; диагностическая эффективность – 67,6%; прогностическая ценность положительного результата – 81,1%; прогностическая ценность отрицательного результата – 50,5%.

Модель прогнозирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации описана формулой:

$$Z = 0,58 + (0,25 \times X_9) + (0,51 \times X_{33}) + (-0,15 \times X_{10}) + (-0,12 \times X_{11}),$$

где X_9 – сложность выполнения домашних заданий; X_{33} – уровень счастья; X_{10} – уровень настроения; X_{11} – состояние здоровья.

Диагностическая чувствительность данной модели составила 69,3%; диагностическая специфичность – 68,0%; диагностическая эффективность – 68,6%; прогностическая ценность положительного результата – 83,2%; прогностическая ценность отрицательного результата – 49,3%.

В результате проведенного исследования была обоснована, разработана и внедрена система психопревенции психообразовательной направленности с элементами кинезиотерапии для студенческой молодёжи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющей опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции, 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 включает следующие составляющие: 1) первичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии; 2) вторичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии; 3) психокоррекция определенных психопатогенетичних «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 трансперсональной коммуникации ($p < 0,05$) и психосоциального функционирования респондентов.

ВЫВОДЫ

В диссертационной работе осуществлено теоретическое обобщение и приведено решение новой научной проблемы как сферы компетенции анатомии человека и медицинской психологии по обоснованию и разработке системы психопревенции расстройств адаптации у студенческой молодёжи. Проблема решена на основе идентификации соматотипологических, антропометрических, клинических проявлений, факторов развития и механизмов формирования расстройств адаптации у студенческой молодёжи с аддиктивным фоном, на основании чего разработана, обоснована и внедрена система их психопревенции, эффективность которой доказана в результате полугодового исследования.

1. Общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодёжи показала, что адаптационные нарушения имеют место у 30,4 % студентов, адаптационные расстройства выявлены у 16,1%. Выраженность психопатологической симптоматики у студентов младших курсов характеризуется достоверным превышением нормативных значений по субшкалам SCL-90-R: соматизации (SOM) – 53,7%; межличностной сензитивности (INT) – 51,2%; фобической тревоги (PHOB) – 49,8%; тревоги (ANX) – 46,1%; депрессии (DEP) – 43,7%. У 53,7 % студентов выявлено превышение по субшкале соматизации.

Выявлено, что у девушек младших курсов преобладали следующие соматотипы: практически здоровые – эндо-экторморфный соматотип (COD) – 41,6% и эндо-мезоморфный соматотип (FOA) – 38,5%; лица с ННА – эндо-экторморфный соматотип (COD) – 30,5 %, экто-эндоморфный (DOE) – 17,9 %; девушки с ОПРА – экто-мезоморфный соматотип (AOB) – 18,8%, мезо-экторморфный соматотип (BOC) – 26,1%, экто-эндоморфный (DOE) – 26,1% и мезо-эндоморфный (EOF) – 24,6%.

Установлено, что у девушек с ННА эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA) достоверно значимо увеличивается среднее значение SOM. При этом у лиц женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов статистически значимо возрастает значение шкалы SOM.

Выявлено статистически значимое повышение средних значений показателя INT у девушек с ННА экто-мезоморфного (AOB), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). При этом наблюдается достоверное увеличение показателя INT у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов.

Определяется, что значение показателя PNOB статистически значимо повышается у девушек с ННА экто-мезоморфного (AOB), эндо-экторморфного (COD) и эндо-мезоморфного (FOA) соматотипов. При этом у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB), экто-эндоморфного (DOE) и мезо-эндоморфного соматотипов (EOF) достоверно значимо увеличивается показатель PNOB.

2. Определены особенности функционального психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста, обучающихся на первых курсах университета во взаимосвязи с соматотипами. Неблагоприятное функциональное психоэмоциональное состояние по шкале «САН» имело место у 22,0 %; по шкале «Самочувствие» – у 26,9 %; по шкале «Активность» – у 39,8 %; по шкале «Настроение» – у 19,4 %.

Установлено, что у девушек с ННА эндо-экторморфного (COD) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов статистически значимо снижается показатель «Самочувствие». При этом у студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (AOB) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов достоверно значимо снижается значение «Самочувствия».

Выявлено, что показатель «Активность» достоверно значимо снижается у девушек с ННА экто-мезоморфного (АОВ) и эндо-мезоморфного соматотипов (FOA). В то же время у студентов с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов наблюдается статистически значимое снижение показателя «Активности».

Доказано, что девушки с ННА эндо-экторморфного (COD) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов характеризуются статистически значимым снижением показателя «Настроение». У студентов женского пола с ОПРА экто-мезоморфного (АОВ) и мезо-эндоморфного (EOF) соматотипов определяется достоверно значимое снижение показателя «Настроение».

3. Установлено, что 74,5 % (380/510) обследуемых имели опыт употребления ПАВ (алкоголь и/или табак), из них 73,9% (150/203) мужского пола и 74,9% (230/307) женского пола характеризуются полисубстантным типом (совокупность напитков с низким содержанием алкоголя и курения), доминированием относительно безопасного стиля употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов), как донозологического паттерна 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. Установлено, что большинство девушек имеют безопасную форму табакокурения и употребления алкоголя (степень «А»).

93,3 % студенческой молодёжи склонны к постоянному использованию сети Интернет. Доминирует небезопасный стиль использования сети у практически здоровых студентов мужского и женского пола (степень «В», 8-15 баллов). Для лиц с признаками ННА и ОПРА характерны зависимые состояния (преобладание степени «D», 20 и больше баллов). Лица мужского пола характеризуются преобладанием относительно безопасного и небезопасного стиля увлечения играми (степень «А»: 1-7 баллов, безопасное увлечение; степень «В»: 8-15 баллов, небезопасное увлечение). Установлено,

что большинство девушек младших курсов университета имеют зависимые формы использования сети Интернет (степень «В», «С» и «D»)

4. Показано, что социально-демографическая характеристика определяется преобладанием лиц в возрасте 17-18 лет. В гендерном аспекте распределение по группам 1, 2 и 3 неравномерное: практически здоровые (группа 1) – 273 (53,5%) студента, среди них 130 (47,6%) человек мужского пола и 143 (52,4%) – женского пола; с ННА (группа 2) – 155 (30,4%) человек, среди них 60 (38,7%) лиц мужского пола и 95 (61,3%) женского пола; с ОПРА (группа 3) – 82 (16,1%) человека, среди них 13 (15,9%) мужского пола и 69 (84,1%) женского пола.

Выявлено, что 74% отцов студентов группы 1 трудоустроены. Удельный вес лиц, у которых нет отца или они не видятся с отцом равномерно возрастает от практически здоровых студентов (16,1%) к группе с ОПРА (21,9%). Наблюдается тенденция увеличения доли матерей, ухаживающих за членами семьи, от практически здоровых студентов (45%) к группе с ОПРА (72,2%). Удельный вес отцов и матерей с высшим образованием равномерно уменьшается от группы практически здоровых студентов (51,8% отцов, 58,1% матерей) к группе с ОПРА (47,1% отцов, 46,1% матерей).

5. У студенческой молодёжи не выявлено гендерных отличий в удовлетворённости своим стилем жизни. Среди студентов, оценивающих свой образ жизни как наименее желаемый, преобладают лица с ННА и ОПРА. Наиболее желаемый стиль жизни присущ практически здоровым студентам. Студенты, которые имеют наименее желаемый стиль жизни SOM ($1,22 \pm 0,99$; Me=0,92; 0,42-1,92), INT ($1,44 \pm 0,92$; Me=1,33; 0,67-2,11), РНОВ ($0,81 \pm 0,85$; Me=0,57; 0,00-1,43), статистически значимо отличаются по величинам показателей ($p < 0,05$) в сторону превышения средних значений от лиц с наиболее желаемым образом жизни SOM ($0,63 \pm 0,55$; Me=0,50; 0,17-0,92), INT ($0,78 \pm 0,69$; Me=0,56; 0,22-1,11), РНОВ ($0,33 \pm 0,49$; Me=0,14; 0,00-0,43).

Наименее желаемый стиль жизни на эмоциональном уровне характеризуется соматовегетативными проявлениями, которые больше выражены в группе 3 по сравнению с группой 2 ($p < 0,05$). Нежелательный образ жизни, как социальная характеристика, выступает ранним признаком расстройств адаптации в форме доклинических соматовегетативных проявлений.

Установлено, что у лиц, оценивающих свой стиль жизни как наименее желаемый, присутствуют нарушения межличностных отношений, что подтверждается повышением средних значений показателя INT от группы практически здоровых студентов к группе с ОПРА ($p < 0,05$), независимо от гендерного аспекта. При этом студенты мужского пола группы 1 с наиболее желаемым стилем жизни испытывают меньше сложностей в коммуникации, чем практически здоровые лица женского пола. У лиц мужского пола с наименее желаемым стилем жизни значительно превышены нормальные показатели фобической тревожности, что проявляется в виде ощущения страха по отношению к некоторым людям, событиям, и способствует формированию замкнутости.

Определены соматотипы обследованных респондентов во взаимосвязи с патохарактерологической симптоматикой. Выявлено, что у 50% лиц экто-мезоморфного соматотипа (AOB); у 48,1% студентов эндо-мезоморфного соматотипа (FOA); у 40% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF); у 58,9% лиц эндо-экторморфного (COD) женского и мужского пола 2 и 3 группы определяются признаки гипертимического типа акцентуации характера.

У 51,4% обследованных экто-эндоморфного соматотипа (DOE); у 29,9% эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) лиц 2 и 3 групп определены черты дистимического типа акцентуации характера.

Черты циклотимического (аффективно-лабильного) типа выявлены у 60% обследованных студентов 2 и 3 групп: у 60% экто-мезоморфного соматотипа (AOB); у 50,6% эндо-мезоморфного соматотипа (FOA); у 60%

экто-эндоморфного соматотипа (DOE); у 51,4% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF); у 51,4% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF); у 56,7% эндо-эктоморфного соматотипа (COD); у 83,3% мезо-эктоморфного соматотипа (BOC).

У 65% лиц экто-мезоморфного (AOB); у 68,6% мезо-эндоморфного (EOF); у 62,2% эндо-эктоморфного (COD); у 70,8% мезо-эктоморфного (BOC) соматотипов студентов 2 и 3 групп установлены черты застревающего типа акцентуации характера.

У 74,4% мезо-эндоморфного соматотипа (EOF), у 60% экто-эндоморфного соматотипа (DOE); у 72,7% эндо-мезоморфного соматотипа (FOA); у 72,2% эндо-эктоморфного соматотипа (COD); у 62,5% мезо-эктоморфного соматотипа (BOC) обследуемых студентов 2 и 3 групп установлены черты эмотивного типа.

6. Установлено, что для всех исследуемых преобладали следующие стратегии совладания со стрессом: (1) бегство-избегание (223/43,7%); (2) положительная переоценка (146/28,6%); (3) планирование решения проблемы (123/24,1%).

Определено, что девушки с ННА и ОПРА экто-мезоморфного соматотипа (AOB) выбирали следующие стратегии в стрессовых ситуациях: (1) бегство-избегание (16/40,0%); (2) положительную переоценку (13/32,0%); (3) самоконтроль (10/25%).

Студенты с ННА и ОПРА мезо-эктоморфного соматотипа (BOC) предпочитали такие копинг-механизмы: (1) бегство-избегание (14/58,0%); (2) положительную переоценку (7/29,0%); (3) планирование решения проблемы (3/12,5%).

Молодёжь с ННА и ОПРА эндо-эктоморфного (COD) соматотипа использовали: (1) бегство-избегание (44/48,8%); (2) положительную переоценку (29/32,2%); (3) планирование решения проблемы (23/25,5%).

Лица с ННА и ОПРА экто-эндоморфного соматотипа (DOE) выбирали: (1) бегство-избегание (15/42,9%); (2) самоконтроль (7/20,0%); (3) дистанцирование (5/14,3%) и положительную переоценку (5/14,3%).

Студенты с ННА и ОПРА мезо-эндоморфного соматотипа (EOF) предпочитали: (1) бегство-избегание (16/46,8%); (2) положительную переоценку (9/25,7%); (3) самоконтроль (8/22,8%).

Молодёжь с ННА и ОПРА эндо-мезоморфного соматотипа (FOA) характеризовались преобладанием следующих копинг-механизмов: (1) бегство-избегание (30/38,9%); (2) положительной переоценки (28/36,3%); (3) планированием решения проблемы (20/25,9%).

Показано, что перенапряжение компенсаторных процессов из-за влияния хронических стрессовых факторов приводит к адаптационным нарушениям и расстройствам, на основе взаимопотенцирующей декомпенсации сомато-индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов формируют психопатогенетическую цепь: стрессорные влияния с психоэмоциональными перегрузкам → патоперсонологическая декомпенсация → неэффективные или патологические копинг-стратегии → употребления и / или злоупотребление ПАВ и сети Интернет + формирование хронического переутомления → адаптационные нарушения и расстройства с разнообразной психопатологической симптоматикой.

7. Построены прогностические модели риска развития адаптационных нарушений и расстройств у молодёжи с анализом и оценкой влияния наиболее значимых факторных признаков, которые являются предикторами формирования указанной патологии.

Модель прогнозирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов. Диагностическая чувствительность данной модели составляет 82,5%; диагностическая специфичность – 72,4%; диагностическая эффективность – 77,4%; прогностическая ценность положительного результата – 88,8%; прогностическая ценность отрицательного результата – 60,9%.

Модель прогнозирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов. Диагностическая чувствительность данной модели составляет 71,2%; диагностическая специфичность – 64,0%; диагностическая эффективность – 67,6%; прогностическая ценность положительного результата – 81,1%; прогностическая ценность отрицательного результата – 50,5%.

Модель прогнозирования расстройств адаптации у студентов с нарушениями адаптации. Диагностическая чувствительность данной модели составляет 69,3%; диагностическая специфичность – 68,0%; диагностическая эффективность – 68,6%; прогностическая ценность положительного результата – 83,2%; прогностическая ценность отрицательного результата – 49,3%.

8. Обоснована, разработана и внедрена система психопревенции психообразовательной направленности с элементами кинезиотерапии для студенческой молодёжи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющей опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции, 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 включает следующие составляющие: 1) первичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии; 2) вторичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии; 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 трансперсональной коммуникации ($p < 0,05$) и психосоциального функционирования респондентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью ранней диагностики адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодёжи рекомендуется использовать оригинальные математические модели простые и удобные в применении:

А) Модель прогнозирования расстройств адаптации у практически здоровых студентов:

$$Z = 0,79 + (-0,41 \times X_1) + (0,56 \times X_9) + (-0,24 \times X_{10}) + (0,34 \times X_{15}),$$

где X_1 – стиль жизни;

X_9 – оценка сложности выполнения домашних заданий;

X_{10} – уровень настроения;

X_{15} – наличие/отсутствие воспитательной работы.

Б) Модель прогнозирования нарушений адаптации у практически здоровых студентов:

$$Z = -6,12 + (-0,24 \times X_1) + (-0,18 \times X_{27}) + (-0,09 \times X_{29}) + (0,003 \times X_{31}),$$

где X_1 – стиль жизни;

X_{27} – уровень настроения;

X_{29} – ИМТ;

X_{31} – состояние здоровья.

2. Всем студентам младших курсов вузов рекомендовано проводить скрининговое психодиагностическое исследование с определением соматотипов. Для оценки психоэмоционального состояния и социальной активности следует использовать методику «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН); для установления и анализа выраженности психопатологической симптоматики – опросник SCL-90-R; для исследования характера употребления ПАВ – протоколы международного исследования «Европейский опрос учащейся молодёжи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ».

3. Комплексную оценку аддиктивного статуса следует проводить с помощью следующих методик:

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);

- TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака.

- INTERNET-UDIT (Internet Use Disorders Identification Test, 1989) — тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью Интернетом (кроме игр).

- COMP-UDIT (Computer Use Disorders Identification Test, 1989) — тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью играми с телеприставками или компьютерными играми (в том числе сетевыми играми в Интернет).

- GAMBLING-UDIT (Gambling's Usage Disorders Identification Test, 1989) — тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью азартными играми (играми на деньги).

4. Самодиагностику патологического пристрастия к сети-Интернет выполнять при помощи тестовой методики «Internet Addiction Test»; индивидуально-личностные характеристики изучать с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека; удовлетворённость жизнью измерять по «Шкале удовлетворённости жизнью». Для изучения копинг-стратегий рекомендовано применять опросник способов совладания (WCQ). Оценка антропометрических параметров студентов с определением соматотипа выполнять по методике Хит-Картера.

5. Выявление у студентов чувства усталости, наличия психоэмоционального возбуждения (шкалы «САН») может свидетельствовать о переутомлении и выступать предиктором формирования дезадаптационных состояний.

6. При наличии признаков адаптационных нарушений с целью прогнозирования расстройств адаптации рекомендовано использовать модель:

$$Z = 0,58 + (0,25 \times X_9) + (0,51 \times X_{33}) + (-0,15 \times X_{10}) + (-0,12 \times X_{11}) \quad ,$$

где X_9 – сложность выполнения домашних заданий;

X_{33} – уровень счастья;

X_{10} – уровень настроения;

X_{11} – состояние здоровья.

7. Для студенческой молодёжи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющими опыт употребления ПАВ и склонность к Интернет-аддикции, применять разработанную систему психопревенции психообразовательной направленности с элементами кинезиотерапии 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.

Данная система включает следующие составляющие: 1) первичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии; 2) вторичная психопревенция и психообразование с элементами кинезиотерапии; 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 трансперсональной коммуникации ($p < 0,05$) и психосоциального функционирования респондентов.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АРА	Ассоциация американских психиатров (American Psychiatric Association)
ВОЗ	Всемирная организация здоровья
ОСР	острое стрессовое расстройство
ЕПА	европейская ассоциация психиатров
УЖ	Тест «Удоволетворенность 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)
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
ННА	непатологические нарушения адаптации
ОПРА	отдельные признаки расстройств адаптации
ПАВ	психоактивные вещества
ПТСР	посттравматическое стрессовое расстройство
ПГ	психогигиена
ПК	психокоррекция
ПП	психопрофилактика
ПТ	психотерапия
РА	расстройства адаптации
ТЗ	табачная зависимость

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test — тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный в 1989 году рабочей группой ВОЗ
TOBACCO- UDIT	Tobacco Use Disorders Identification Test – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака
INTERNET- UDIT	Internet Use Disorders Identification Test — тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью сетью Интернет (за исключением игр)
COMP-UDIT	Computer Use Disorders Identification Test— тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью играми/игровыми приставками или компьютерными играми (в том числе сетевыми играми в сети Интернет)
GAMBLING- UDIT	Gambling's Usage Disorders Identification Test — тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью азартными играми (играми на деньги)
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

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. Аддиктивные расстройства и формирование зависимых состояний от психоактивных веществ у лиц подросткового и молодого возраста [Текст] / С. И. Табачников [и др.] // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2014. – Т. 1, № 1 (1). – С. 48–52.
3. Айвазян, С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов. – Москва : Статистика, 1974. – 200 с.
4. Адам, К. В. Куклотерапия как средство формирования социальной уверенности у детей старшего дошкольного возраста [Текст] / К. В. Адам. – Москва : Приор, 2006. – 413 с.
5. 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.
6. Аймедов, К. В. Перспектива застосування у закладах вищої медичної освіти методів випереджуючого навчання / К. В. Аймедов // Медична освіта. – 2013. – № 1. – С. 83–84.
7. 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.
8. Аймедов, К. В. Синдром емоційного вигорання у студентів-медиків / К. В. Аймедов, Ю. П. Жогно // Медична освіта. – 2013. – № 3. – С. 6–10.

9. 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.

10. Аймедов К. В. Дослідження розповсюдженості нехімічних адикцій в м. Одеса та Одеський області // Науково-практ. конф.: «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми та рішення», 24–25 квітня 2014 р. : матеріали конф. – Харків, 2014. – С. 11.

11. 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.

12. 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.

13. Аймедов К. В. Комп'ютерна залежність : монографія / К. В. Аймедов, В. О. Мельник. – Одеса: Астропринт, 2015. – 180 с.

14. Аймедов К. В. Визначення факторів, які впливають на виникнення алкогольної залежності / К. В. Аймедов // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 158–160.

15. 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.

16. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер ; пер. с англ. С. Могилевского. – М. : ЭКСМОПресс, 2002. – 352 с.
17. 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.
18. Александровский, Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Литтера (Littera), 2010. – 272 с. – (Серия «Практические руководства»).
19. Александровский Ю. А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 4. – С. 116–117.
20. Алиева, М.А. Психология проявления стрессовых ситуаций [Текст] / М. А. Алиева // Мировая наука. – 2019. – № 10 (31). – С. 22–24.
21. Андерсон К. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак / К. Андерсон. – Копенгаген : Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 1998. – 95 с. – (Европейская серия, № 63).
22. Андреева Т. И. Интернет и профилактика наркотических проблем [Текст] / Т. И. Андреева. – Казань, 1999. – 144 с.
23. 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.
24. 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.

25. Анцупов, А. Я. Конфликтология в схемах и комментариях [Текст] / А. Я. Анцупов. – Москва, 2016. – 525 с.

26. Анцыферова, Л. И. Мудрость и ее проявления в разные периоды жизни человека [Текст] / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 3. – С. 17-24.

27. 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.

28. 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.

29. 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.

30. Ахмедов, К. В. Химическая аддикция. отрицание как симптом [Текст] / К. В. Ахмедов // Становление личности в современном обществе : сборник научных трудов Международной научно-практической конференции. – Томск, 2018. – С. 150–152.

31. 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.

32. Батаршев А. В. Типология характера и личности : практическое руководство по психологической диагностике / А. В. Батаршев. – М. : Изд-во института психотерапии, 2002. – 112 с.

33. Белашева, Х. В. Индивидуально-психологические особенности интернет-зависимых подростков, проживающие в условиях мегаполиса и сельской местности [Текст] / Х. В. Белашева // Психология индивидуальности: V Международная конференция, г. Москва, 9-11 декабря 2015. – Москва, 2015.– 270 с.

34. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека [Текст] / Ф. Б. Березин. – Ленинград : Наука, 1988. – 270 с.

35. Белов В. Г. Психология кризисных ситуаций : учебное пособие / В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов. – СПб. : Невский институт управления и дизайна, 2010. – 175 с.

36. Белозорова, Л. А. Арт-терапия как средство психокоррекции нарушений эмоциональных состояний детей-дошкольников [Текст] : 19.00.07 : защищена 17 марта 2011 г. / Белозорова Людмила Александровна ; Курский государственный университет. – Курск, 2011. – 26 с.

37. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.

38. Бірюк, О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки / О. О. Бірюк // 36. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. – 2011. – Т. XIII, Ч. 5. – С. 23–33.

39. 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.

40. Бобров, А. Е. Перспективы и научные парадигмы психиатрии [Текст] / А. Е. Бобров // XIII съезд психиатров России : сборник материалов науч. конф., Москва, 10-13 октября 2000 г. – Москва: Издательский дом "Медпрактика-М", 2000.– С. 47–48.

41. Богомаз С. А. Жизнестойкость как компонент инновационного потенциала человека / С. А. Богомаз, Д. Ю. Баланев // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32. – С. 23–29.
42. 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.
43. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление [Текст] / В. А. Бодров. – Москва : Пер Сэ, 2006. – 528 с.
44. 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.
45. Бредихина, М. В. Педагогическая профилактика игровых зависимостей у подростков в общеобразовательном учреждении [Текст] : автореф. дис. ... канд. пед. наук :13.00.01 / Бредихина Марина Вячеславовна ; Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет. – Нижний Новгород, 2007. – 22 с.
46. Бунак, В. В. Нормальные конституциональные типы в свете данных о корреляции отдельных признаков [Текст] / В. В. Бунак // Учёные записки МГУ. – Москва, 1940. – Вып. 34.
47. Бухтіярова О. Г. Клініко-психологічні аспекти залежності від тютюнопаління / О. Г. Бухтіярова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2011. – № 1 (19). – С. 51–54.
48. 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.

49. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд-во Московского ун-та, 1984. – 200 с.

50. Вассерман, Л. И. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической дезадаптации [Текст] / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М.Бехтерева. – 1997. – №1. – С. 15–21.

51. Верзакова, Ю. А. Изменение иммунного статуса в условиях стресса [Текст] / Ю. А. Верзакова, В. А. Гиршфельд // Международный студенческий научный вестник. – 2019. – № 3. – С. 2.

52. Виевский, А. Н. Принципы и структура комплексной многоуровневой системы медико-социальной профилактики потребления детьми психоактивных веществ [Текст] / А. Н. Виевский // Международный медицинский журнал. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 119–124.

53. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии / Т. Г. Визель. – М. : АСТ, 2006. – 400 с.

54. 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.

55. Войскунский, А. Е. Психология и Интернет [Текст] / А. Е. Войскунский. — Москва : Акрополь, 2010. — 439 с.

56. Войцех В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодёжи / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 17–25.

57. 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.

58. 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.

59. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Изд-во «Смысл»; Изд-во «Эксмо», 2005. – 1136 с. : ил. – (Библиотека всемирной психологии).

60. Гаранян, Н. Г. Перфекционизм и враждебность как факторы эмоциональной дезадаптации студентов [Текст] / Н. Г. Гаранян, М. В. Москова // Психологические проблемы семьи и личности в мегаполисе : материалы 1-й международной научно-практической конференции. – Москва, 2007. – С. 5.

61. 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.

62. Гедулянов, М. Т. Оценка психофизиологических показателей пациента в состоянии острого травматического стресса [Текст] / М. Т. Гедулянов // Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации : материалы III Международной научно-практической конференции / под редакцией А.И. Ахулковой. – Орёл, 2020. – С. 42–44.

63. 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.

64. Горизонтов, П. Д. Значение конституции для развития болезней [Текст] : рук-во по патологической физиологии / П. Д. Горизонтов, М. Я. Майзелис. – Москва, 1966. – 319 с.

65. Горлинский В. В. Культура устойчивого человеческого развития: ее конституирование и аксиологическое содержание / В. В. Горлинский // Философия и культура. – 2015. – № 5. – С. 658–669.

66. Гуревич П. С. Психология чрезвычайных ситуаций / П. С. Гуревич. – М. : Юнити, 2012. – 495 с.

67. Дерябин, В. Е. Морфологическая типология телосложения мужчин и женщин [Текст] : автореф. дис. ... доктора биол. наук : 03.00.14 : защищена 12 марта 1993 г. / Дерябин Василий Евгеньевич ; НИИ и музей антропологии МГУ им. М. В. Ломоносова. – Москва, 1993. – 56 с.

68. 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.

69. Дилтс Р. Коучинг с помощью НЛП / Р. Дилтс. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 256 с.

70. Дрейпер Н. Прикладной регрессионный анализ / Н. Дрейпер, Г. Смит. – М. : Издательский дом «Вильямс», 2007. – 912 с.

71. Дрепа, М. И. Психологическая профилактика Интернет-зависимости у студентов [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 ; защищена 2010 г. / Дрепа Мария Ивановна; Пятигорский государственный лингвистический университет. – Пятигорск, 2010. – 22 с.

72. 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.

73. 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.

74. 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).

75. Ершов, А. Г. Сравнительная оценка уровня депрессии в разных возрастных группах с учетом воздействия стрессового фактора [Текст] / А. Г. Ершов, А. В. Филина // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины : материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. – Волгоград, 2019. – С. 117–118.

76. 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.

77. 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.

78. Женская конституция по И.Б. Галанту [Текст] // Богатенков, Д. В. Антропология. Методические рекомендации "Введение в антропологию / Д.В. Богатенков, С.В. Дробышевский. – Москва, 2004. – 459 с. – Гл. 8.3.7.

79. Жидких, Б. Д. Психосоматические и психосоциальные аспекты возникновения, развития и лечения внутренних болезней [Текст] / Б. Д. Жидких, О. Ю. Ширяев. – Воронеж, 2007. – 270 с.

80. 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.
81. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск, 1988. – 315 с.
82. 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.
83. Загуровский В. М. Роль стрессорной реакции в клинической картине неотложных состояний / В. М. Загуровский // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 2 (49). – С. 62–64.
84. 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.
85. Залевский, Г. В. Психогигиена в контексте психологии здоровья: краткая история, задачи и проблемы [Текст] / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал. – 2010. – Вып. 45. – С. 32–38.
86. Зальмунин, К. Ю. Сравнительный анализ психопатологических и патопсихологических феноменов в структуре различных аддикций [Текст] / К. Ю. Зальмунин // XII Всероссийская школа молодых психиатров : сборник трудов молодых ученых. – Суздаль, 2015. – С. 169–171.
87. Зверьянская, Л. П. Социально-психологические и правовые проблемы интернет-зависимости [Текст] / Л. П. Зверьянская // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 13. – С. 3201–3205.
88. Здоровье школьников и студентов как участников образовательного процесса [Текст] / С. В. Михайлова [и др.] //

Агаджаньяновские чтения : материалы II Всероссийской научно-практической конференции, посвящается 90-летию со дня рождения академика Н. А. Агаджаньяна. – Москва, 2018. – С. 170–173.

89. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

90. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты) [Текст] / Т. Б. Дмитриева [и др.]. – Москва : МНЦ «Инфокоррекция», 2003. – 316 с.

91. Иванова, М. А. Развитие самосознания личности студентов - будущих психологов [Текст] / М. А. Иванова, С. М. Колкова // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании : сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. Сер. "Вузовская педагогика". – Красноярск, 2017. – С. 164–169.

92. Игумнова, Т. Т. Арттерапия и её использование в практике дошкольного учреждения [Электронный ресурс] / Т. Т. Игумнова, Н. А. Осеева // Психология, социология и педагогика. – 2013. – № 3. – URL: <https://psychology.snauka.ru/2013/03/1927> (дата обращения: 09.09.2021).

93. Кайгородова, Н. З. Особенности психоэмоциональной сферы в связи с уровнем социально-психологической адаптации студентов [Текст] / Н. З. Кайгородова, М. В. Яценко // European Social Science Journal. – 2017. – № 4. – С. 487–494.

94. 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.

95. Карачевский А. Б. Когнитивно-поведенческая терапия больных алкоголизмом и наркоманией / А. Б. Карачевский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 84–89.
96. Карвасарский, Б. Д. Медицинская психология [Текст] / Б. Д. Карвасарский. – Ленинград : Медицина, 1982. – 271 с.
97. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] : монография / под ред. Б. Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп., – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
98. Киосева, Е. В. Медико-психологическая характеристика и психопревенция нарушений адаптации у студенческой молодёжи (симптоматология, патоперсонология, аддиктивный фон, копинг-стратегии, гендерные особенности, генодиспозиционная коммуникация) [Текст]: дис. ... доктора мед. наук : 19.00.04 / Киосева Елена Викторовна ; Харьковская медицинская академия последипломного образования. – Харьков, 2017. – 200 с.
99. Киосева, Е. В. Гендерные особенности психоэмоциональной характеристики студентов младших курсов с расстройством адаптации [Текст] / Е. В. Киосева // Знание. – 2016. – № 4-2 (33). – С. 130–134.
100. Киосева, Е. В. Особенности жизнестойкости студентов младших курсов с расстройством адаптации [Текст] / Е. В. Киосева // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 3 (88). – С. 55–61.
101. Киричук, А. А. Активность, дисбаланс и адаптационные реакции функциональных систем организма иностранных студентов РУДН в условиях мегаполиса [Текст] / А. А. Киричук, И. В. Радыш, А. Я. Чижов // Экология человека. – 2019. – № 1. – С. 20–25.
102. Клиническая эффективность нового отечественного ноотропа актопротектора "фенотропил" у пациентов, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС [Текст] / В. В. Крюков [и др.] // XIV

съезд психиатров России : материалы съезда, 15-18 ноября 2005 г. – Москва, 2005. – С. 276.

103. 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.

104. Когнітивно-поведінкова психотерапія адиктивної поведінки у підлітків, які вживають психоактивні речовини / С. І. Табачников, А. Є. Горбань, Є. М. Харченко [та ін.] // Інформаційний лист про нововведення. – Київ, 2015. – № 87.

105. 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.

106. Корень, Е. В. Роль копинг-механизмов в формировании расстройств адаптации у подростков [Текст] / Е. В. Корень // XIV съезд психиатров России : материалы съезда, 15-18 ноября 2005 г. – Москва, 2005. – С. 204.

107. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена [Электронный ресурс]. – Москва, 2006. – URL:<https://math.semestr.ru/corel/spirmen.php>, свободный.

108. Красик Е. Д. Нервно-психические заболевания у студентов / Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков. – Томск, 1982. – С. 7.

109. Краси́ло А. И. Психологическое консультирование посттравматических состояний / А. И. Краси́ло. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2004. – 96 с.

110. Краснова, В. В. Социальная тревожность как фактор нарушений интерперсональных отношений и трудностей в учебной деятельности у студентов [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 : защищена 28.02.2013 / Краснова Виктория Валерьевна ; Московский городской психолого-педагогический институт. – Москва, 2013. – 25 с.

111. 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.

112. 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.

113. Краснянский, А. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане [Текст] / А. Краснянский, П. В. Морозов // Тезисы докладов съезда психиатров. – Москва, 1995. – С. 12–13.

114. Кречмер, Э. Строение тела и характер: Исследования в области проблемы конституции и учения о темпераментах [Текст] / Э. Кречмер ; пер. с 3-го нем. изд. В. М. Слонимской. — Киев: Гос. изд-во Украины, 1924. — 244 с.

115. Критерий Манна-Уитни [Электронный ресурс]. – Москва, 2006. – URL: <https://math.semestr.ru/corel/mann-whitney.php>, свободный.

116. Критерий Шапиро-Уилка [Электронный ресурс]. – Москва, 2006. – URL: <http://www.machinelearning.ru/wiki/index.php?title>, свободный.

117. 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.

118. Крюкова, Т. Л. О методологии исследования и адаптации опросников диагностики совладающего поведения [Текст] / Т. Л. Крюкова // Психология и практика / сост. В.А. Соловьева. Институт педагогики и психологии. — Кострома: Изд-во КГУ им. Некрасова, 2001. — С. 66–72.

119. Кузьмина, Е. Психодиагностика в сфере образования [Текст] : учебное пособие / Е. Кузьмина. — Москва, 2011. — 352 с.

120. Куксо, П. А. Соотношение индивидуально-личностных особенностей и физиологических показателей у студентов с разным уровнем показателей по СМИЛ при экзаменационном стрессе [Текст] / П. А. Куксо, О. Г. Куксо // Психология и психотехника. —2016. — № 8 (95). — С. 691–700.

121. Курмышев, М. В. Динамика восприятия качества жизни у пациентов с когнитивным снижением в период пребывания в комплексной программе нейрокогнитивной реабилитации [Текст] / М. В. Курмышев, В. Б. Савилов, Г. П. Костюк // Обзорение психиатрии и клинической психологии им. В.М. Бехтерева. — 2018. — № 3. — С. 47–52.

122. Кыргыз, Д. Н. Взаимосвязь успеваемости и копинг-стратегий студентов [Текст] / Д. Н. Кыргыз, Л. И. Демидова // Вестник современных исследований. — 2018. — № 12.1 (27). — С. 125–127.

123. 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.

124. Лаптев Л. Г. Общепсихологический практикум : учебник / Л. Г. Лаптев, И. Л. Лаптева, О. Б. Полякова. — М. : Юрайт, 2015. — 478 с.

125. Лапшина А. В. []-реальность в контексте социологического знания (программа спецкурса) [Текст] / А. В. Лапшина // Методологія, теорія та

практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. – Харків, 1999. – С. 388–392.

126. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал: структура и диагностика / Д. А. Леонтьев. – М. : Смысл, 2011. – С. 662–668.

127. Лінський, І. В. Медико-соціальні основи охорони і зміцнення здоров'я підростаючого покоління [Текст] / І. В. Лінський, М. М. Коренєв, Г. М. Даниленко // Якість життя як критерій оцінки здоров'я дітей і підлітків : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Харків, 2011. – С. 64–66.

128. 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.

129. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков / А. Е. Личко. – СПб. : Речь, 2010. – 256 с.

130. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А. Е. Личко. – М. : Апрель пресс, 1999. – 416 с.

131. Логинов И. А. Пространство личностного и профессионального развития студенческой молодёжи / И. А. Логинов, А. Ю. Белогуров, М. А. Кулыгина // Высшее образование в России. – 2016. – № 4. – С. 128–135.

132. Лоскутова (Бурова), В. А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Лоскутова, Виталина Александровна ; Новосиб. гос. мед. акад. - Новосибирск, 2004. - 23 с.

133. Лоскутова, В. А. Тест интернет-зависимости : опросник [Электронный ресурс] / В. А. Лоскутова. – Москва, 2018. – URL: https://cyberpsy.ru/tests/internet_addiction_test_young/, свободный.

134. Луков В. А. Теории молодёжи: апология их неисчерпаемости / В. А. Луков // Знание. Понимание. Умение. – 2009. – № 2. – С. 64.

135. Лукьянцева, И. С. Аддиктивное поведение и коморбидные психические расстройства у студентов медицинских специальностей (клиника, лечение и профилактика) [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 : защищена 25 декабря 2018 г. / Лукьянцева Инна Сергеевна ; Белгородский государственный национальный исследовательский университет. – Белгород, 2018. – 25 с.

136. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания [Текст] / Р. А. Лурия. – 4-е изд. – Москва : Медицина, 1977. – 111 с.

137. Лутовинова, Н. Ю. Методические проблемы изучения подкожного жира [Текст] / Н. Ю. Лутовинова, М. И. Уткина, В. П. Чтецов // Вопросы антропологии. – 1970. – Вып. 36. – С. 32–54.

138. Мадди С. Р. Смыслообразование в процессах принятия решений [Текст] / С. Р. Мадди // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 87–101.

139. Мадди С. Р. Теории личности: сравнительный анализ [Текст] / С. Р. Мадди ; пер. с англ. – СПб. : Речь, 2002. – 539 с.

140. 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.

141. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2006. – 960 с.

142. Маркова, М. В. Основні психологічні стресс-фактори, пов'язані з atopічним дерматитом у підлітків [Текст] / М. В. Маркова, А. М. Кожина, О. В. Усков // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 15-18.

143. Маркова, М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми [Текст] / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. – 2015. – № 1. – С. 8–13.

144. Маркова М. В. Психопрофілактика адиктивної поведінки студентської молоді: обґрунтування та ефективність нових підходів / М. В. Маркова, Г. М. Кожина, Т. В. Синицька // XVI 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.

145. 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.

146. 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.

147. Маркова М. В. Адиктивна поведінка студентської молоді: нові підходи до психопрофілактики в умовах ВНЗ / М. В. Маркова, Т. В. Синицька // Психолого-педагогічні та управлінські концепти розвитку сучасної освіти. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (23.04.2015). – Х. : «Щедра садиба плюс», 2015. – С. 249–259.

148. 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/Uvpr_2015_23_3_82 (дата обращения: 1.08.2019). –
 Назва з екрана.

149. 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.

150. Мельникова, С. А. Взаимосвязь стилей воспитания с копинг-стратегиями студентов [Текст] / С. А. Мельникова // Молодёжь и медицинская наука в XXI веке : сборник материалов XIX Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием / под ред. Л. М. Железнова, М. П. Разина, Е. С. Прокопьева. – Киров, 2018. – С. 308–310.

151. Менделевич, В. Д. Аддиктивное влечение теоретико-феноменологическая оценка / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – № 35. – С. 94–100.

152. Методика: Опросник выраженности психопатологической симптоматики SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R) / адаптация методики : Н. В. Тарабрина [Электронный ресурс]. – Москва, 2001. – URL :<https://www.sites.google.com/site/test300m/scl>

153. Михайлов Б. В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема / Б. В. Михайлов // Доктор. – 2002. – № 6. – С. 9–12.

154. 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.

155. 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.

156. 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.

157. Мокашева, Ев. Н. Оценка воздействия стресса на степень адаптации сердечно-сосудистой системы и формирование невротических расстройств у студентов [Текст] / Ев. Н. Мокашева, Ек. Н. Мокашева, А. В. Макеева // Смоленский медицинский альманах. – 2020. – № 1. – С. 223–225.

158. Морозова, И. С. Взаимосвязь механизмов психологических защит с копинг-стратегиями у студентов-первокурсников [Текст] / И. С. Морозова, Е. А. Панасенко // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 18. – С. 345–349.

159. Москова, М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов [Текст] : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.13 : защищена 24 апреля 2008 г. / Москова Мария Валерьевна; Моск. гос. психол.-пед. ун-т. – Москва, 2008. – 25 с.

160. Москова, М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов [Текст] / М. В. Москова // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 5. – С. 82–91.

161. 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.

162. 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>.

163. Муздыбаев, К. Социальные дилеммы и способы их решения [Текст] / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2007. – Т. 10, № 2. – С. 99–122.

164. Нагаев В. В. Основы клинической психологии / В. В. Нагаев, Л. А. Жолковская. – М. : Юнити-Дана, 2007. – 463 с.

165. Наймушина, А. Г. Морфофункциональные и социальные трекары оценки качества жизни юношества [Текст] / А. Г. Наймушина, Н. Р. Беккер, Н. И. Кошкарлова // Стратегия развития спортивно-массовой работы со студентами : материалы VI Международной научно-практической конференции. – Тюмень, 2020. – С. 96–102.

166. Нартова-Бочавер, С. К. Дифференциальная психология [Текст] : учебное пособие / С. К. Нартова-Бочавер. – 4-е изд., стер. – Москва : Флинта : МПСУ, 2015. – 280 с.

167. Невядовская, Т. С. Изучение гендерных различий напряженности копинг-стратегий в юношеском возрасте [Текст] / Т. С. Невядовская // VII Машеровские чтения : материалы Международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. – Витебск, 2013. – С. 246–247.

168. Нестеркова, Я. И. Интернет-аддикция: ноогенный феномен нехимической зависимости [Текст] / Я. И. Нестеркова // Актуальные проблемы современной науки : сборник статей Международной научно-практической конференции. – Челябинск, 2017. – С. 53–63.

169. Нефедовская, Л. В. Состояние и проблемы здоровья студенческой молодёжи [Текст] / Л. В. Нефедовская. – Москва : Литтерра, 2007. – 188 с.

170. Опыт структурной диагностики личностного потенциала / Д. А. Леонтьев, Е. Ю. Мандрикова, Е. Н. Осин [и др.] // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. – С. 8–31.

171. Никитюк, Б. А. Морфология человека [Текст] / Б. А. Никитюк, В. П. Чтецов. – Москва : Изд-во МГУ, 1983. – 320 с.

172. 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>.

173. 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.

174. Особенности центральной и автономной регуляции ритма сердца студентов в условиях учебы и экзаменационного стресса [Текст] / А. Н. Герасевич [и др.] // Агаджаняновские чтения : материалы II Всероссийской научно-практической конференции, посвящается 90-летию со дня рождения академика Н.А. Агаджаняна. – Москва, 2018. – С. 70–71.

175. Осуховская Е. С. Адаптационные расстройства у лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением и употребляющих спиртные напитки / Е. С. Осуховская // Медична психологія. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 80–84.

176. 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.

177. Осуховская, Е. С. Проявления тревожности в структуре расстройств адаптации у школьников Украины, здоровых и страдающих лудоманией [Текст] / Е. С. Осуховская // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 2 (48). – С. 133–136.

178. 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.

179. Пахальян, В. Э. Практическая психология : введение в профессию [Текст] / В. Э. Пахальян ; Департамент образования г. Москвы, Московский институт открытого образования. Москва, 2010. – 160 с.

180. Перре М. Клиническая психология / под ред. М Перре, У. Бауманна. – 2-е изд., перераб. – СПб. : Питер, 2006. – 1312 с.

181. Петрова, Е. А., Психологическая поддержка обучающихся с различными копинг - стратегиями преодоления трудных жизненных ситуаций [Текст] / Е. А. Петрова, К. С. Терещук, С. Н. Терещук // Проблемы современных интеграционных процессов и пути их решения : сборник статей Международной научно-практической конференции. – Волгоград, 2018. – С. 158–161.

182. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Себин. – М. : ГЕОТАР – МЕД, 2003. – 113 с.

183. 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.

184. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения) [Текст] : методические рекомендации / Б. Д. Цыганков [и др.]. – Москва, 1992. – 16 с.

185. 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.

186. Пономарьова, В. В. Соціальна фобія, обтяжена вживанням психоактивних речовин, у підлітків [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Пономарьова Валерія Валеріївна ; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2013. – 23 с.

187. Похилько, А. Г. Влияние стресса на состояние человека и его деятельность, методы борьбы со стрессом и его контроля [Текст] / А. Г. Похилько, Т. А. Пантелеева // Мировые цивилизации. – 2020. – Т. 5, № 3-4. – С. 91–98.

188. Психические состояния : хрестоматия [Текст] / сост. и общая редакция Л. В. Куликова. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 512 с.

189. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов / Н. Г. Гаранян, та ін. // Вопросы психологии. – 2009. – № 3. – С. 16–26.

190. 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.

191. 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.

192. Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – 2. доп. и перераб. изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 1019 с.

193. Психофизиологическая диагностика и дифференциальная диагностика изменчивости энергоинформационной системы личности в условиях деструктивного воздействия экзогенных факторов [Текст] : пособие для врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, психофизиологов, специалистов МЧС / В. И. Кривоконь [и др.]. – Ставрополь, 2002. – 152 с.

194. 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.

195. Пухно, С. В. Стратегии поведения в конфликте первокурсников высших учебных заведений [Текст] / С. В. Пухно // Психологічний часопис. – 2019. – Т. 5, № 3 (23). – С. 194–209.

196. 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.

197. 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.

198. 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.

199. 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.

200. 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.

201. 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.
202. Разводовский Ю. Е. Алкогольная политика в республике Беларусь на современном этапе / Ю. Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 38–45.
203. Разводовский Ю. Е. Продажа алкоголя и эпидемиология алкоголизма в Беларуси / Ю. Е. Разводовский // Психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 35–43.
204. Результаты применения некоторых медицинских технологий обеспечения безопасности жизнедеятельности [Текст] / А. Г. Гуцин [и др.] // Современные технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности : материалы международной конференции, 31 октября 2019 г., г. Ярославль / науч. ред. А. Г. Гуцин. – Ярославль: Канцлер, 2019. – С. 77–81.
205. Решетовська Н. Є Медико-оціальний прогноз депресії у підлітків / Н. Є. Решетовська // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 79–81.
206. Решетовская, Н. Е. Предикторы формирования депрессивных расстройств у подростков [Текст] / Н. Е. Решетовская // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2015. – № 1. – С. 93–96.
207. Ринчинова, Я. Т. Управление физиологическим состоянием человека на основе биологической обратной связи [Текст] / Я. Т. Ринчинова, А. Э. Перминова // Медицинские технологии и оборудование : материалы всероссийской научно-практической конференции / ответственный редактор В.А. Устюжанин. – Чита, 2019. – С. 26–29.
208. 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.

209. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Н. О. Рингач [та ін.]. – К. : УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.

210. 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.

211. Рогозина, М. А. Моделирование и алгоритмизация ранней диагностики и терапии пограничных психических расстройств у студентов медицинского вуза [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / Рогозина Марина Анатольевна ; Воронежская государственная медицинская академия. – Воронеж, 2009. – 193 с.

212. 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.

213. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Канторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2005. – 256 с.

214. 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).

215. 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.

216. Русалов, В. М. Темперамент в структуре индивидуальности человека [Текст] : дифференциально-психофизиологические и психологические исследования / В. М. Русалов ; Российская акад. наук, Ин-т психологии. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2012. – 528 с.

217. Рыткис, И. С. Клинико-психопатологические особенности привычного табакокурения и инициального этапа формирования табачной зависимости у студенческой молодёжи [Текст] / И. С. Рыткис // Ліки України. – 2013. – № 9-10. – С. 94–97.

218. 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.

219. 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>.

220. 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.

221. Селье Г. Когда стресс не приносит горя / Г. Селье. – М., 1992. – С. 104–109, 116–135.

222. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1982. – 68 с.

223. 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.

224. Семке, А. В. Роль психогенно-травматизирующих факторов в развитии расстройства адаптации у подростков Томской области [Текст] / А.

В. Семке, А. А. Агарков, Е. С. Осина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 30–33.

225. Семке В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 1999. – 403 с.

226. Семке В. Я. Транскультуральная аддиктология / В. Я. Семке, Н. А. Бохан. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 2008. – 588 с.

227. Сидоров, П. И. Клиническая психология [Текст] / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 880 с.

228. Сидоров П. И. Гносеологический аппарат ментальной медицины / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2010. – № 9. – С. 43–52.

229. Сидоров П. И. От нозоцентрической психиатрии – к здравоцентрической ментальной медицине / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2009. – № 2. – С. 22–27.

230. Сидоров П. И. Парадигма ментальной медицины / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2009. – № 3. – С. 13–19.

231. Сизов, С. В. Интернет-аддикция как форма нехимической зависимости и её распространённость в среде студентов СГМУ им. В. И. Разумовского [Текст] / С. В. Сизов, Д. В. Синичкин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 778.

232. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / И. В. Линский [и др.] // Новости украинской психиатрии. — Киев–Харьков, 2009. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.

233. Смирнов, А. В. Отдаленные последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семей погибших [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Смирнов, Алексей Викторович ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. И. П. Павлова. – Санкт-Петербург, 1997. – 19 с.

234. Соматотипы детей и подростков по В. Б. Штефко и А. Д. Островскому [Текст] // Богатенков, Д. В. Антропология. Методические рекомендации "Введение в антропологию / Д.В. Богатенков, С.В. Дробышевский. – Москва, 2004. – 459 с. – Гл. 8.3.8

235. 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.

236. 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.

237. 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.

238. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2011 : статистический сборник. – Минск : Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2011. – 634 с.

239. Судакова, Е.М. Особенности стрессоустойчивости студентов-первокурсников в процессе социально-психологической адаптации [Текст] / Е. М. Судакова, М. О. Царукян // Мир педагогики и психологии. – 2021. – №04 (57). – С. 170-181.

240. Схема телосложения К. Сиго (все определяет среда)[Текст] // Богатенков, Д. В. Антропология. Методические рекомендации "Введение в антропологию / Д.В. Богатенков, С.В. Дробышевский. – Москва, 2004. – 459 с. – Гл. 8.3.4.

241. Схема Э. Кречмера (все определяет наследственность) [Текст] // Богатенков, Д. В. Антропология. Методические рекомендации "Введение в

антропологию / Д.В. Богатенков, С.В. Дробышевский. – Москва, 2004. – 459 с. – Гл. 8.3.5.

242. Схемы Г. Виола и Л. Мануврие (конституции по пропорциям тела) [Текст] // Богатенков, Д. В. Антропология. Методические рекомендации "Введение в антропологию / Д.В. Богатенков, С.В. Дробышевский. – Москва, 2004. – 459 с. – Гл. 8.3.3

243. 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.

244. Табачников С. И. К вопросу о распространенности табакокурения и табачной зависимости среди молодёжи / С. И. Табачников, И. С. Рыткис, А. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 109–112.

245. 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.

246. 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.

247. 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.

248. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

249. Ташкеева Г. К. Интерактивное обучение как средство активации творческой деятельности студентов / Г. К. Ташкеева // Менеджмент в образовании. – 2010. – № 1 (56). – С. 132–134.

250. 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.

251. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния [Текст] / В. А. Доскин [и др.] // Вопросы психологии. – 1973. – Т 19, № 6. – С. 141–145.

252. Тимошенко, Т. В. Психическое здоровье человека как актуальная проблема современности [Текст] / Т. В. Тимошенко // Евразийский союз ученых. – 2014. – № 5-6 (5). – С. 120–122.

253. Типы телосложения по Шелдону [Электронный ресурс]. – URL:<https://allasamsonova.ru/typy-teloslozheniya-po-sheldonu/>, свободный.

254. 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.

255. Титаренко Т. М. Формування в молоді настанов на здоровий спосіб життя : методичні рекомендації / Т. М. Титаренко, Л. А. Лепіхова, О. Я. Кляпець. – К. : Міленіум, 2006. – 124 с.

256. Третьякова Н. В. Управление качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях : монография / Н. В. Третьякова. – Екатеринбург : Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2013. – 128 с.

257. Уровень тревожности в прогнозировании мотивационной деятельности студентов и академических групп [Текст] / Ф. А. Шукуров [и др.] // Биология и интегративная медицина. – 2020. – № 4 (44). – С. 116–130.

258. 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.

259. Федотова, Е. О. Стресс и саморегуляция психического состояния человека [Текст] / Е. О. Федотова // NovaInfo.Ru. – 2016. – Т. 3, № 54. – С. 312–316.

260. Халафян А. А. «Statistica 6». Статистический анализ данных : учебник / А. А. Халафян. – 3-е изд. – М. : ООО «Бином–Пресс», 2008. – С. 220–240.

261. Характерологический опросник Леонгарда : адаптация А. В. Батаршева [Электронный ресурс]. – Москва, 2004. – URL:https://spmi.ru/sites/default/files/imci_images/univer/structura/first%20prorector/pdf%204/%D0%90%D0%BA%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8%20%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0.pdf, свободный.

262. Хит, Б. Х. Современные методы соматотипирования. Ч.1. [Текст] / Б. Х. Хит // Вопросы антропологии. – 1968. – Вып. 29. – С. 20–40.

263. Хит, Б. Х. Современные методы соматотипирования. Ч. 2 . [Текст] / Б. Х. Хит, Д. Л. Картер // Вопросы антропологии. – 1969. – Вып.33. – С. 60–79.

264. 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.

265. Хуторянская, Т. В. Стратегии копинг-поведения в зависимости от особенностей креативности у студентов разных специальностей [Текст] / Т. В. Хуторянская // Сибирский педагогический журнал. – 2021. – № 1. – С. 108–115.

266. 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) .

267. Черемискина, И. И. Совладающее поведение у студентов разных этнических групп [Текст] / И. И. Черемискина // Территория новых возможностей. Вестник Владивостокского государственного университета экономики и сервиса. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 152–162.

268. Черткова Ю. Д. Взаимосвязь удовлетворённости 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>.

269. Чубаровский, В. В. Пограничные психические расстройства и аддиктивные формы поведения у лиц подросткового и юношеского возраста (клинико-эпидемиологический аспект) [Текст] / В. В. Чубаровский, М. А. Некрасов. – Орел : Изд-во ОГУ, 2005. – 128 с.

270. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз / В. В. Чугунов. – Харьков : Наука, 2014; 2015. – 536 с.

271. 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.

272. 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.

273. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани. – Ростов н/Д. : Феникс, 1999. – 544 с.

274. Шибутани Т. Я-концепция как персонификация / Т. Шибутани // Социальная психология ; [пер. с англ. В. Б. Ольшанского]. – Ростов н/Д, 1988. – С. 193–212.

275. Шифнер, Н. А. Расстройства адаптации у студентов : их клиника и динамика [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 : защищена 06 июля 2011 г. / Шифнер Нина Анатольевна ; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2011. – 25 с.

276. 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.

277. Штефко, В. Г. Схемы клинической диагностики конституциональных типов [Текст] / В. Г. Штефко, А. Д. Островский ; Гос. науч. ин-т охраны здоровья детей и подростков им. X-летия Октябрьской революции. – Москва; Ленинград : Гос. мед. изд-во, 1929. – 79 с.

278. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.

279. 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.

280. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризисы / Э. Эриксон. – [2-е изд.]. – М. : Флинта; МПСИ : Прогресс, 2006. – 352 с.

281. Юдина, Н. Л. Динамика синдромальных и субсиндромальных проявлений тревоги и депрессии в семьях алкогользависимых в гендерном аспекте [Текст] / Н. Л. Юдина, А. В. Харитонов, Е. Е. Ясникова // Современные проблемы психиатрии и наркологии : материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск, 21–22 сентября 2017 г. / под ред. д.м.н., проф. В.С. Собенникова, д.м.н., доц. О.П. Ворсиной, к.м.н., доц. О.В. Петрунько. – Иркутск: ИНЦХТ, 2017. – С. 67-72.

282. 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.

283. Юрьева, Л. Н. Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача [Текст] / Л. Н. Юрьева // Семейная медицина. – 2015. – № 5. – С. 69–72.

284. Янущик, Е. А. Интернет-аддикция как форма нехимической зависимости и ее взаимосвязь с уровнем депрессии у студентов медицинского университета [Текст] / Е. А. Янущик // Актуальные проблемы современной медицины и фармации – 2017 : сборник материалов LXXI Международной научно-практической конференции студентов и молодых учёных. Белорусский государственный медицинский университет. – Минск, 2017. – С. 335–340.

285. 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.

286. 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.

287. 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.

288. 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>.

289. 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.

290. 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.

291. 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.

292. 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.

293. Adolescent adjustment disorder : precipitant stressor sand distress symptoms of 89 out patients [Text] / M. Pelkonen [et al.] // *J. Eur. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, N5. – P. 288–295.

294. 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.

295. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy / T. F. Babor [et al.]. – Oxford : Oxford University Press, 2010. – 320 p.

296. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Electronic resource]. – (5th ed.). – Washington, DC, 2013. – DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07.

297. Anderson, R. E. RECASTing racial stress and trauma: Theorizing the healing potential of racial socialization in families [Text] / R. E. Anderson, H. C. Stevenson // *American Psychologist*. – 2019. – Vol. 74, N 1. – P. 63–75.

298. Andreasen, N. C. Brave new brain: Conquering mental illness in the era of the genome [Text] / N. C. Andreasen. – New York : Oxford University Press, 2001. – 368 p.

299. 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.

300. 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.

301. 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.

302. 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.

303. 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.

304. 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.

305. Beck A. T. *Beck Anxiety Inventory* / A. T. Beck, R. A. Steer. – San-Antonio, TX: The Psychological Cooperation, 1993. – 42 p.

306. 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.

307. 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.

308. 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.

309. Bolton D. What is mental disorder? : an essay in philosophy, science, and values / D. Bolton. – Oxford : Oxford University Press, 2008. – 332 p.

310. 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.

311. Bostwick, J. M. Internet sex addiction treated with naltrexon [Text] / J. M. Bostwick, J. A. Bucci // *Mayo Clin Proc*. – 2008. – Vol. 83, N 2. – P. 226–230.

312. 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.

313. 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.

314. 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.

315. Bronisch, T. Depression and suicidal behavior [Text] / T. Bronisch // *Crisis*. – 2003. – Vol. 24, N 4. – P. 179–180.

316. Bruffaerts, R. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients [Text] / R. Bruffaerts, M. Sabbe, K. Demyttenaere // *Psychiatr. Serv*. – 2004. – Vol. 55, N 6. – P. 685–690.

317. 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.

318. 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.
319. Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians [Text] / S. M. Olson [et al.] // J. Grad. Med. Educ. – 2014. – Vol. 6, N 4. – P.669–674.
320. 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.
321. 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.
322. 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>.
323. 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.
324. 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.
325. 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.

326. Champion J. Public mental health: The local tangibles [Electronic resource] / J. Champion // 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>.

327. Champion J. Smoking and mental disorder. NICE guidance on smoking cessation acute, maternity and mental health service [Electronic resource] / J. Champion. – NICE, 2013. – Available at: <http://guidance.nice.org.uk/PHG/51/Consultation/ExpertPapers/pdf/English>.

328. Champion J. Ten questions for your council. The Mental Health Challenge. Local councils championing mental health / J. Champion // 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.

329. Carter, J. L. Somatotyping - development and applications [Text] / J. L. Carter, B.H. Heath. – Cambridge : University Press, 1990. – 504 p.

330. Carter, J. E. The Heath-Carter anthropometric somatotype-instruction manual. Part 1 [Electronic resource] / J. L. Carter. – 2002. – P. 3–4. – URL: <http://cmvwsomatotypeorg/Heath—CarterManual.pdf>

331. 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.

332. Casey, P. Adjustment disorder: new developments[Text] / P. Casey // Curr. Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16, N 6. – P. 451.

333. Casey, P. Adjustment disorders: the state of the art / P. Casey, S. Bailey // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, issue 1. – P. 11–18.

334. 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

335. 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.

336. 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.

337. 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.

338. 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.

339. 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.

340. 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.

341. 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.

342. 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.

343. 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.

344. 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.

345. 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.

346. 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.

347. 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.

348. 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.

349. Depressive and adjustment disorders - some questions about the differential diagnosis: case studies [Text] / A. Presicci [et al.] // *Neuropsychiatr Dis Treat*. – 2010. – Vol. 6. – P. 473–481.

350. 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.

351. 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.

352. Derogatis L. R. The SCL-90-R [Text] / L. R. Derogatis. – Baltimore : Clinical Psychometric Research, 1975. – 134 p.

353. 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.

354. 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.

355. 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.

356. Diener E. Subjective well-being / E. Diener // *Psychological Bulletin*. – 1984. – Vol. 95, No. 3. – P. 542–575.

357. 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.

358. 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.

359. 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.

360. Domhardt, M. Psychotherapy of Adjustment Disorders: Current State and Future Directions [Text] / M. Domhardt, H. Baumeister // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2018. – Vol. 19, N S1. – S21–S35.

361. 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.

362. 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.

363. 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.

364. 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.

365. 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.

366. 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.

367. 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.

368. 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.

369. Eickstedt, E. Anthropologie mit und ohne Anthropos [Text] / E. Eickstedt // Homo. – 1963. – Bd. 14. – S. 1–16.

370. 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.

371. Fogel, J. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up [Text] / J. Fogel, W. W. Eaton, D. E. Ford // Acta Psychiatr. Scand. – 2006. – Vol. 113, N 1. – P. 36–43.

372. Folkman, S. Coping as a mediator of emotion [Text] / S. Folkman, R. S. Lazarus // Journal of Personal and Social Psychology. – 1998. – Vol. 54. – P. 466–475.

373. 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.

374. Frank J. Adjustment disorder [Electronic resource] / J. Frank, D. Bienenfeld // Medscape. – 2016. – Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/2192631-overview>.

375. Frank J. Adjustment disorder Treatment & Management [Electronic resource] / J. Frank, D. Bienenfeld // Medscape. – 2016. – Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/2192631-treatment>.

376. 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.

377. Goldberg I. Internet addiction disorder [Electronic resource] / I. Goldberg // Psychom. net. – 1996. – URL: <http://www.psycom.net>.

378. 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.

379. 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.

380. Group Therapy for Patients with Adjustment Disorder in Primary Care [Text] / José Manuel Sanz Cruces [et al.] // *The Spanish Journal of Psychology*. – 2018. – DOI:10.1017/sjp.2018.51

381. 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.

382. 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.

383. Heath, B. H. A modified somatotype method [Text] / B. H. Heath, J. E. L. Carter, *American Journal of Physical Anthropology*. – 1967. – Vol. 27. – P. 57–74.

384. Hedma 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.

385. High agreement of self-report and physician-diagnosed somatic conditions yields limited bias in examining mental-physical comorbidity [Text] / H. Baumeister [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* – 2010. – Vol. 63, N 5. – P.558–565.

386. 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.

387. 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.
388. Horowitz, M. J. Clarifying values in psychotherapy [Text] / M. J. Horowitz // *Psychodyn Psychiatry*. – 2014. – Vol. 42, N 4. – P. 671–679.
389. 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.
390. 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.
391. 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.
392. Inequality and mental disorder: opportunities for action / J. Campion, D. Bhugra, S. Bailey, M. Marmot // *The Lancet*. – 2013. – Vol. 382, No. 9888. – P. 183–184. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61411-7.
393. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial [Text] / R. Poulsen [et al.] // *Trials*. – 2017. – Vol. 18, N 1. – P. 578.
394. 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.

395. Isserlin L. Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR / L. Isserlin, G. Zerach, Z. Solomon // *Amer. J. Orthopsychiatry*. – 2008. – Vol. 78, issue 4. – P. 423–429. DOI:10.1037/a0014304.
396. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie* / K. Jaspers. – Berlin : Springer, 1913. – 768 p.
397. 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>.
398. Kelly, B. D. Mental health, mental illness, and human rights in India and elsewhere: What are we aiming for? [Text] / B. D. Kelly // *Indian J. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 58, Suppl. 2. – S168–S174.
399. Kissane, D. W. Under-resourced and under-developed family-centred care within palliative medicine [Text] / D. W. Kissane // *Palliat. Med.* – 2017. – Vol. 31, N 3. – P. 195–196.
400. 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.
401. 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.
402. 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.
403. 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.

404. Kuhn T. S. The structure of scientific revolutions / T. S. Kuhn. – Chicago : University of Chicago Press, 1962. – 210 p.

405. 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.

406. 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>.

407. 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 Psychiatrica Scand. – 2011. – Vol. 124, issue 5. – P. 331–348. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01755.x.

408. 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>.

409. 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.

410. 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.

411. 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.

412. 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.

413. 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.

414. 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.

415. Maddi S. R. The hardy executive: Health under stress / S. R. Maddi, S. C. Kobasa. – Homewood, IL: Dow Jones-Irvin, 1984. – 131 p.

416. 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.

417. 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.

418. 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.

419. Maercker, A. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility [Text] / A. Maercker, L. Lorenz // World Journal of Biological Psychiatry. – 2018. – Vol. 19, sup1. – S3-S13.

420. 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.

421. Mann, H. B. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other [Text] / H. B. Mann, D. R. Whitney // Annals of Mathematical Statistics. – 1947. – № 18. – P. 50–60.

422. 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.

423. 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.

424. 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.

425. 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.

426. 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.

427. 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.

428. 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.

429. 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.

430. 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.

431. Ohannessian, C. M. Gender Differences in Anxiety Trajectories from Middle to Late Adolescence [Text] / C. M. Ohannessian, S. Milan, A. Vannucci // J. Youth Adolesc. – 2017. – Vol. 46, N 4. – P. 826–839.

432. Osterberg, E. L. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe [Text] / E. L. Österberg // Drug Alcohol Rev. – 2011. – Vol. 30, N 2. – P. 124–129.

433. 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.

434. 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.

435. 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.

436. Picou, J. Steven. Long-Term Community Impacts of the *Exxon Valdez* Oil Spill: Patterns of Social Disruption and Psychological Stress Seventeen Years after the Disaster [Text] / J. Steven Picou, Cecelia G. Martin. – University of South Alabama, 2007. – 50 p.

437. 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.

438. Portzky, G. Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents [Text] / G. Portzky, K. Audenaert, K. van Heeringen // *J. Affect. Disord.* – 2005. – Vol. 87, N 2-3. – P. 265–270.

439. 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.

440. Predictors of risky alcohol consumption in school-children and their implications for preventions for preventing alcohol-related harm [Electronic resource] / M. A. Bellis, K. Hughesk, 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>.

441. 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>.

442. Primary care guidance on smoking and mental disorders *Mental Health Living well for longer* / J. Champion, D. Shiers, J. Britton [et al.] // Royal College of General Practitioners & Royal College of Psychiatrists, 2014. – 4 p.

443. 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>.

444. 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.

445. 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.

446. 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.

447. 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>.

448. 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>.

449. 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.

450. 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.

451. 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.

452. 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>.

453. 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.

454. 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.

455. 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.

456. Royce J. Theory of personality and individual differences: factors, systems and process / J. Royce, A. Powell. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1983. – 290 p.

457. 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.

458. 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.

459. 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.

460. 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.

461. Schwidetzky, Ilse. Physical Anthropology of European Populations [Text] / Ilse Schwidetzky. – Berlin/Boston : De Gruyter, 1980, Reprint 2011. – 301 p.

462. 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.

463. Shapiro, S. S. An analysis of variance test for normality [Text] / S. S. Shapiro, M. B. Wilk // *Biometrika*. – 1965. – Vol. 52, № 3. – P. 591–611.

464. 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.

465. 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.

466. Skerly, B. Subcutaneous fat and ade changes in body form in women [Text] / B. Skerly, J. Brozek, E. Hunt // *American journal of physical anthropology*. – 1953. – Vol. 11.

467. 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.

468. 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.

469. 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.

470. 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.

471. 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.

472. Strain J. J. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses / J. J. Strain, A. Diefenbacher // Compr Psychiatry. – 2008. – Vol. 49, issue 2. – P 121–130. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.10.002.

473. Strain, J. J. The psychobiology of stress, depression, adjustment disorders and resilience [Text] / J. J. Strain // World J Biol Psychiatry. – 2018. – Vol. 19, sup1. – S14–S20.

474. 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.

475. Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder : Are view of the Literature [Text] / K. L. Jacobsen [et al.] // Amer. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, N 8. – P. 1184–1190.

476. 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.

477. Tandler, Julius. Lehrbuch der systematischen Anatomie [Text] : Textbook of systematic anatomy / Julius Tandler. – Four volumes 1918-24. – Vienna, 1924.

478. The ESPAD Handbook. Overview of the ESPAD Project : Background, Methodology and Organisation. Section 2 [Text]. – Sweden, 2014. – 12 p.

479. 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_rand_en.pdf.

480. 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.

481. 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.

482. 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.

483. 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.

484. 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.

485. 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.

486. The Satisfaction With Life Scale [Text] / E. Diener [et al.] // *J. Pers. Assess.* – 1985. – Vol. 49, N 1. – P. 71–75.

487. 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.

488. 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>.

489. 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.

490. 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.

491. 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.

492. 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.

493. 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.

494. 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.

495. 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.

496. 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>.

497. 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.

498. 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.

499. 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.

500. 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.

501. 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.

502. Young, K. S. The evolution of Internet addiction [Text] / K. S. Young // *Addict Behav*. – 2017. – Vol. 64. – P. 229–230.

503. Zimmerman, M. Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? [Text] / M. Zimmerman, J. I. Mattia // J. Nerv. Ment. Dis. – 1999. – Vol. 187, N 7. – P. 420–428.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Протокол № _____ от _____

Код

Пол _____ возраст (полных лет) _____

Антропометрические измерения

	Параметр	Значение	Ед. измерения
	Масса тела		кг
	Длина тела		см
	Обхват грудной клетки на вдохе		см
	Обхват грудной клетки на выдохе		см
	Обхват плеча в напряженном состоянии		см
	Обхват предплечья		см
	Обхват бедра		см
	Обхват голени		см
	Поперечный диаметр дистального эпифиза плеча (диаметр локтя, ширина локтя)		см
	Поперечный диаметр дистальной части предплечья (диаметр запястья, ширина запястья)		см
	Поперечный диаметр дистального эпифиза бедра (диаметр колена, ширина колена)		см
	Поперечный диаметр дистальной части голени (диаметр лодыжек, ширина лодыжек)		см
	Жировая складка под лопаткой		мм

	Жировая складка на задней поверхности плеча, или на трицепсе		мм
	Жировая складка на передней поверхности плеча, или на бицепсе		мм
	Жировая складка на предплечье		мм
	Жировая складка на груди		мм
	Жировая складка на животе		мм
	Жировая складка на наружной поверхности бедра		мм
	Жировая складка на голени		мм

Соматотип:

Участник _____ (подпись участника)

Исследователь _____ (подпись исследователя)

ПРИЛОЖЕНИЕ Б**ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. 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 участник исследования!

Приоритетным вопросом для нашего университета является комфортная адаптация студентов младших курсов к учебному процессу и общественной жизни вуза. Мы изучаем психосоциальные особенности личности для предупреждения расстройств адаптации у студенческой молодёжи. Данное исследование позволит разработать модель прогнозирования возникновения дезадаптационных состояний, снизить риски развития компьютерной зависимости и употребления психоактивных веществ (ПАВ).

Предлагаем Вам принять участие в научном исследовании!

В ходе исследования будет проведено анкетирование и Ваше участие и мнение очень важны для нас.

Анкета содержит вопросы о социально-демографических данных Вашей жизни, отношению к компьютерам, сети Интернет, онлайн-играм и различным видам ПАВ, которые могут вызвать привыкание, а в последствии и зависимость, а также особенностях Вашего характера и личности.

Опрос проводится конфиденциально и добровольно. Исследование не навредит Вашему здоровью.

Вы можете ознакомиться с результатами анкетирования, лучше узнать себя, выявить имеющиеся проблемы, укрепить свой адаптационный потенциал и получить при желании соответствующую консультацию высококвалифицированных специалистов.

Ответы войдут в единую базу данных и будут анализироваться в обобщенном виде. Это означает, 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: Бешуля Ольга Александровна Телефон: 071 437 36 70

Благодарим за участие в исследовании!

Информированное согласие на участие в научном исследовании

Я, нижеподписавшийся (аяся) согласен (на) принять участие в научном исследовании, целью которого является изучение психосоциальной характеристики и психопревенции расстройств адаптации у студенческой молодёжи. 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 (на) сотрудничать с исследователем. Я информирован (на) о том, что могу прекратить исследование на любом его этапе.

Я знаю, что данные о моем участии в исследовании остаются конфиденциальными, а результаты исследования 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 (на)»

Дата «_____» ____201__ г.

Место проведения _____ Время проведения _____

Участник _____ (подпись участника)

Исследователь _____ (подпись исследователя)

РАЗДЕЛ 1

КОД

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

ФОРМА №1 «СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И РАБОТЕ»				
№1	Ваш пол			
1.	мужской			1
2.	женский			2
№2	Ваш возраст	17-18 лет	19-20 лет	21 и более
		1	2	3
№3	Ваше семейное положение	Женат (замужем)	Холост (не замужем)	Разведен (а)
		1	2	3

О СЕМЬЕ

№4	Насколько легко Вам обсуждать темы, которые Вас по-настоящему волнуют?	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 Вы	1	2	3	4	5
9.	С противоположного пола друзьями	1	2	3	4	5
10.	Анонимно в сети Интернет	1	2	3	4	5

ВАШИ БЛИЗКИЕ

№5	Ваш отец работает?	
1.	Да	1
2.	Нет	2
3.	Я не вижу с отцом или у меня нет отца	3
4.	Если ДА, то укажите, где именно он работает (например: завод, рынок)	4
5.	Укажите, кем именно он там работает (например: шахтер, водитель, менеджер)	5

6.	Если НЕТ, то почему Ваш отец не работает? (укажите один вариант ответа):	
	Он болеет, или на пенсии, или учится	6
	Он ищет работу	7
	Он занят уходом за членами семьи	8
7.	Уровень образования отца:	
	Среднее	9
	Среднее специальное	10
	Высшее	11
№6	Ваша мать работает?	
1.	Да	1
2.	Нет	2
3.	Я не вижу с мамой или у меня нет матери	3
4.	Если ДА, то укажите, где именно она работает (например: больница, рынок)	4
5.	Укажите, кем именно она там работает (например: продавец, врач, учитель)	5
6.	Если НЕТ, то почему Ваша мама не работает? (укажите один вариант ответа):	
	Она болеет, или на пенсии, или учится	6
	Она ищет работу	7
	Она занята уходом за членами семьи	8
7.	Уровень образования матери:	
	Среднее	9
	Среднее специальное	10
	Высшее	11

РОДИТЕЛЬСКИЙ КОНТРОЛЬ

№7	Насколько Ваша мать осведомлена (укажите только один вариант ответа):	Осведомлена точно	Осведомлена недостаточно	Ничего не знает	Нет матери	Не встречаюсь с матерью
1.	Кто Ваши друзья	1	2	3	4	5
2.	Как Вы используете свои деньги	1	2	3		
3.	Где Вы бываете после университета	1	2	3		
4.	Чем Вы заняты в свободное время	1	2	3		
№8	Насколько Ваш отец осведомлен (укажите только один вариант ответа):	Осведомлен точно	Осведомлен недостаточно	Ничего не знает	Нет отца	Не встречаюсь с отцом
1.	Кто Ваши друзья	1	2	3	4	5
2.	Как Вы используете свои деньги	1	2	3		
3.	Где Вы бываете после университета	1	2	3		
4.	Чем Вы заняты в свободное время	1	2	3		

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ

№9	Моя мама (укажите только один вариант ответа):	Почти всегда	Иногда	Никогда
1.	Помогает мне настолько, насколько мне необходимо	1	2	3

2.	Позволяет мне заниматься тем, что мне нравится	1	2	3
3.	Любит меня	1	2	3
4.	Понимает мои проблемы и волнения	1	2	3
5.	Позволяет самостоятельно принимать решения	1	2	3
6.	Старается контролировать меня во всем	1	2	3
7.	Помогает мне почувствовать себе лучше, когда я расстроенный (ая)	1	2	3
8.	Нет мамы	4		
9.	Не встречаюсь с мамой	5		
№1 0	Мой отец (укажите только один вариант ответа):	Почти всегда	Иногда	Никогда
1.	Помогает мне настолько, насколько мне необходимо	1	2	3
2.	Позволяет мне заниматься тем, что мне нравится	1	2	3
3.	Любит меня	1	2	3
4.	Понимает мои проблемы и волнения	1	2	3
5.	Позволяет самостоятельно принимать решения	1	2	3
6.	Старается контролировать меня во всем	1	2	3
7.	Помогает мне почувствовать себе лучше, когда я расстроенный(ая)	1	2	3
8.	Нет отца	4		
9.	Не встречаюсь с отцом	5		

СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ

№1 1	Как реагирует Ваша мама, когда Вы поступаете неправильно, с ее точки зрения? (укажите только один вариант ответа)	Очень часто	Час- то	Иног- да	Ред- ко	Никогд а
1.	Моя мама не замечает этого и не наказывает меня	1	2	3	4	5
2.	Моя мама объясняет мне, что я сделал(а) неправильно и почему я наказан(а)	1	2	3	4	5
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
5.	Нет мамы	6				
6.	Не встречаюсь с мамой	7				
№1 2	Как реагирует Ваш отец, когда Вы поступаете неправильно, с его точки зрения? (укажите только один вариант ответа)	Очень часто	Час- то	Иног- да	Ред- ко	Никогд а
1.	Мой отец не замечает этого и не наказывает меня	1	2	3	4	5
2.	Мой отец объясняет мне, что я сделал (а) неправильно и почему я наказан (а)	1	2	3	4	5
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
5.	Нет отца	6				
6.	Не встречаюсь с отцом	7				

№1	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					1
2.	Мои родители и я решаем вместе, но я обычно могу делать то, что хочу					2
3.	Мои родители и я решаем вместе, но я обычно делаю то, что хотят мои родители					3
4.	Мои родители обычно сами решают, как мне проводить мое свободное время					4
№1	Чем из предложенных ниже видов деятельности Вы можете заниматься совместно с членами семьи?					
4		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.	Посещаем места развлечений	1	2	3	4	5
5.	Посещаем друзей или родственников	1	2	3	4	5
6.	Вместе занимаемся спортом	1	2	3	4	5
7.	Обсуждаем вместе проблемы, новости	1	2	3	4	5

СТИЛЬ ЖИЗНИ

№15 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

Наиболее желаемый стиль жизни											Наименее желаемый стиль жизни
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	

ДОСУГ

№16	Сколько часов в день Вы обычно смотрите телевизор (включая видео и DVD) в свое свободное время	В будние дни	В выходные дни
1.	Нисколько	1	1
2.	Приблизительно 1-2 часа в день	2	2
3.	Больше 2-х часов в день	3	3
№17	Сколько часов в день Вы обычно играете в игры на компьютере или игровой приставке к компьютеру или телевизору в свое свободное время?	В будние дни	В выходные дни
1.	Нисколько	1	1
2.	Приблизительно 1-2 часа в день	2	2
3.	Больше 2-х часов в день	3	3
4.	Примерно 5 часов в день	4	4
№18	Сколько часов в день Вы обычно проводите за компьютером (отправляете сообщение по электронной почте, общаетесь Вконтакте, исследуете сеть и т.д.), не считая времени,	В будние дни	В выходные дни

	<i>которое Вы тратите на компьютерные игры?</i>		
1.	<i>Нисколько</i>	1	1
2.	<i>Приблизительно 1-2 часа в день</i>	2	2
3.	<i>Больше 2-х часов в день</i>	3	3
4.	<i>Примерно 5 часов в день</i>	4	4

О ВАШИХ ДРУЗЬЯХ

№19	<i>Много ли у вас в настоящее время близких друзей и подруг?</i>	<i>Ни одного</i>	<i>Один</i>	<i>Двое (две)</i>	<i>Три (трое) и больше</i>
1.	<i>Друзья</i>	1	2	3	4
2.	<i>Подруги</i>	1	2	3	4
№20	<i>Как часто вы с друзьями занимаетесь ниже перечисленными видами деятельности в свободное время?</i>	<i>1 раз в неделю или больше</i>	<i>2-3 раза в месяц</i>	<i>Редко</i>	<i>Мы не занимаемся этими видами деятельности вместе</i>
1.	<i>Слушаете музыку / танцуете</i>	1	2	3	4
2.	<i>Занимаетесь / выполняете домашние задания</i>	1	2	3	4
3.	<i>Занимаетесь спортом</i>	1	2	3	4
4.	<i>Играете (в настольные, компьютерные игры, игры в галереях игровых автоматов)</i>	1	2	3	4
5.	<i>Общаетесь с друзьями «один на один» (наедине)</i>	1	2	3	4
6.	<i>Общаетесь в сети Интернет</i>	1	2	3	4
7.	<i>Гуляете на улице</i>	1	2	3	4
8.	<i>Едете куда-нибудь повеселиться (в бары, кафе, на дискотеку, в парк)</i>	1	2	3	4
9.	<i>Ходите в кино, театры или на концерты</i>	1	2	3	4
10.	<i>Занимаетесь художественной самодеятельностью (играете на музыкальных инструментах, рисуете и т.д.)</i>	1	2	3	4
11.	<i>Работаете как волонтер (участвуете в общественно-полезной деятельности за которую не платят)</i>	1	2	3	4
12.	<i>Ничего особенного не делаете, «бьете баклуши»</i>	1	2	3	4
13.	<i>Другое (что именно)</i>	1	2	3	4
14.	<i>Проводите свободное время дома или в гостях</i>	1	2	3	4

№21	Вспомните, что Вы думаете о компании своих друзей, с которыми проводите большую часть своего времени. БОЛЬШИНСТВО ДРУЗЕЙ Вредко ВАШЕЙ КОМПАНИИ	Никог-да	Иног-да	Час-то	Не знаю
1.	Хорошо учатся	1	2	3	4
2.	Курыт 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
№22	Сколько дней в неделю Вы обычно встречаетесь с друзьями сразу после окончания занятий в ВУЗе?				
1.	0 дней				1
2.	1 день				2
3.	2 дня				3
4.	3 дня				4
5.	4 дня				5
6.	5 дней				6
№23	Сколько вечеров в неделю Вы обычно проводите со своими друзьями?				
1.	0 вечеров				1
2.	1 вечер				2
3.	2 вечера				3
4.	3 вечера				4
5.	4 вечера				5
6.	5 вечеров				6
7.	6 вечеров				7
8.	7 вечеров				8
№24	Как часто вы разговариваете с друзьями по телефону, отправляете им SMS или связываетесь с ними через Интернет?				
1.	Редко или никогда				1
2.	1 или 2 раза в неделю				2
3.	3 или 4 раза в неделю				3
4.	5 или 6 раза в неделю				4
5.	Ежедневно				5

№25	Скажите, Вы являетесь членом любого кружка / клуба или организации?	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, театральный кружок / клуб и т.д.)	1	2
5.	Религиозной или церковной организации	1	2
6.	Молодёжного клуба	1	2
7.	Я не являюсь членом какого-либо кружка / клуба или организации	1	2

ПРО ВУЗ

№26	Как Вы оцениваете свое отношение к университету в настоящее время?	
1.	Очень нравится	1
2.	Нравится	2
3.	Не очень нравится	3
4.	Очень не нравится	4

№27	Ниже приведены несколько высказываний об одногруппниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них	Полностью согласен (a)	Согласен (a)	Частично согласен (a)	Полностью не согласен (a)
1.	Мои отношения с одногруппниками доброжелательные (благоприятные)	1	2	3	4
2.	Мои отношения с одногруппниками формальные (отстранённые)	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?	Полностью согласен (a)	Согласен (a)	Частично согласен (a)	Полностью не согласен (a)
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, МОИ РОДИТЕЛИ:	Полностью согласен (a)	Согласен (a)	Частично согласен (a)	Полностью не согласен (a)
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	Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома)?				
1.	Нет				1
2.	Незначительное				2
3.	Испытываю определенное напряжение				3
4.	Испытываю значительное напряжение				4

МАТЕРИАЛЬНОЕ БЛАГОУСТРОЙСТВО СЕМЬИ

№31	Есть ли в вашей семье машина, микроавтобус или грузовик?	
1.	Нет	1
2.	Да, одна	2
3.	Да, две или больше	3
№32	Есть ли у Вас собственная комната (в которой кроме Вас, никтоне живет)?	
1.	Да	1
2.	Нет	2
№33	Как часто в течение последних 12 месяцев Вы выезжали из своего населенного пункта вместе с семьей на праздники (каникулы)?	
1.	Не выезжал (a) вообще	1
2.	Один раз	2
3.	Два раза	3
4.	Больше двух раз	4
№34	Сколько компьютеров (в том числе ноутбуков или планшетов) имеет Ваша семья?	
1.	Ни одного	1
2.	Один	2
3.	Два	3
4.	Больше двух	4
№35	Как Вы думаете, какой уровень материального благосостояния Вашей семьи	

1.	<i>Высокий</i>	1
2.	<i>Выше среднего</i>	2
3.	<i>Средний</i>	3
4.	<i>Ниже среднего</i>	4
5.	<i>Низкий</i>	5
№36	<i>В целом, можете сказать, что Вы...</i>	
1.	<i>Очень счастлив (а)</i>	1
2.	<i>Довольно счастлив (а)</i>	2
3.	<i>Не очень счастлив (а)</i>	3
4.	<i>Совсем несчастлив (а)</i>	4
№37	<i>Как Вы считаете, что является предметом уважения или зависти у других среди окружения сверстников? (выберите не более трех вариантов ответа, которые Вам подходят)</i>	
1.	<i>Место жительства (престижный район, квартира в элитном доме, большой дом и др.)</i>	1
2.	<i>Обучение в престижном ВУЗе</i>	2
3.	<i>Высокая успеваемость в обучении</i>	3
4.	<i>Положение родителей в обществе</i>	4
5.	<i>Поездки за границу</i>	5
6.	<i>Модная одежда</i>	6
7.	<i>Возможность «красиво» отдыхать, проводить свободное время</i>	7
8.	<i>Физическое развитие (красивое тело, накаченная фигура)</i>	8
9.	<i>Высокий уровень материальной обеспеченности семьи</i>	9
10.	<i>Наличие свободных карманных денег в достаточном количестве</i>	10
11.	<i>Интересные увлечения, хобби</i>	11
12.	<i>Эрудированность, начитанность, большой багаж знаний по широкому кругу вопросов</i>	12
13.	<i>Личные достижения в спорте, музыке, танцах, олимпиадах</i>	13
14.	<i>Наличие личного заработка (постоянный или во время каникул оплачиваемая работа)</i>	14

РАЗДЕЛ 2

КОД

АЛКОГОЛЬ И ДРУГИЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА

№38	Пробовали ли Вы когда-нибудь курить? <u>(хотя бы одну сигарету, сигару или трубку)</u>							
1.	Да							
2.	Нет							
№39	Как часто Вы курите в настоящее время?							
1.	Ежедневно							
2.	Хотя бы раз в неделю, но не каждый день							
3.	Менее одного раза в неделю							
4.	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)	Ежедневно	1 раз в неделю	1 раз в месяц	Реже чем 1 раз в месяц	Никогда		
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		
№41	Выпивали ли Вы когда-нибудь так много алкоголя, чтобы быть по-настоящему пьяным (ной)?							
1.	Нет, никогда							
2.	Да, 1 раз							
3.	Да, 2-3 раза							
4.	Да, 4-10 раз							
5.	Да, больше 10 раз							
№42	Сколько Вам было лет, когда Вы впервые сделали следующее?	Никогда	11 лет или меньше	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет или 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/сделали (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?	На печень	На внешний вид
1.	Влияет	1	2
2.	Не влияет	1	2
3.	Затрудняюсь ответить	1	2
№44	Какое поведение человека по отношению к алкоголю Вы считаете нормальным?		
1.	Употреблять всегда и любые спиртные напитки, если есть деньги и подходящая обстановка		1
2.	Иногда можно «крепко» напиться		2
3.	Пить можно и часто, но слабые напитки (пиво, сухое вино, шампанское)		3
4.	Употреблять редко (по праздникам, «за столом») и в ограниченном количестве		4
5.	Никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять		5
№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		1
2.	Под влиянием средств массовой информации, рекламы ПАВ		2
3.	От безделья, отсутствия занятий		3
4.	От незнания всех последствий употребления наркотиков		4
5.	Из-за стремления к удовлетворению		5
6.	Желание выглядеть взрослым		6
7.	Чтобы забыть плохое		7
8.	Отсутствует контроль взрослых		8
9.	Ради интереса к «запретному плоду»		9
10.	От неумения контролировать себя		10
11.	По принуждению		11
12.	Чтобы стать «своим»		12
13.	Затрудняюсь ответить		13

№46	Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде употребления психоактивных веществ?				
1.	Да				1
2.	Скорее да, чем нет				2
3.	Затрудняюсь ответить				3
4.	Скорее нет, чем да				4
5.	Нет				5
№47	Проводят ли с Вами подобные беседы?	Никогда	1 раз	Несколько раз	Регулярно
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
№48	Если Вы употребляете психоактивные вещества, то, что Вас побуждает к этому? Если Вы не употребляете ПАВ, то что, на Ваш взгляд, побуждает молодых людей это делать? (сделайте не более 5 отметок)				
1.	Влияние друзей, компании				1
2.	Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их				2
3.	Чтобы нормально себя чувствовать, чтобы не было «ломки»				3
4.	Стремление к удовольствию, желание испытывать необычные ощущения				4
5.	Желание улучшить свое состояние, повысить активность и настроение				5
6.	Стремление стать «своим» в компании				6
7.	Отсутствие внешнего контроля взрослых				7
8.	Это модно, престижно в молодёжной среде				8
9.	Неумение контролировать себя				9
10.	В жизни надо все попробовать, а остановиться можно в любой момент				10
11.	Не могу пересилить тяги к употреблению наркотиков, употребляю всегда, когда они у меня есть или, когда мне представляется такая возможность				11
12.	Легкие наркотики не могут серьезно навредить, их употребление имеет даже положительные стороны				12
13.	Употребляю назло всем, из духа противоречия				13

№49	Какие мероприятия по профилактике употребления психоактивных веществ проводились в Вашем университете?	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

№		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
50	Считаете ли вы возможным отстаивать свои интересы с применением физической силы?	1	2	3	4
51	Согласны ли вы с утверждением, что цель оправдывает средства?	1	2	3	4
52	Я часто делаю противоположное тому, что говорят мне родители, для того, чтобы разозлить их	1	2	3	4
53	В моем ВУЗе студентам предоставлена возможность самоуправления	1	2	3	4
54	Преподаватели привлекают меня к общественной работе	1	2	3	4
55	Мой декан отмечает мою хорошую учебу и дает мне это понять	1	2	3	4
56	В моем ВУЗе открыты широкие возможности для участия в спортивной, клубной и др. общественной жизни	1	2	3	4
57	В моем ВУЗе студенты могут свободно разговаривать один на один с преподавателем	1	2	3	4
58	В моем ВУЗе я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
59	Ректорат информирует моих родителей о моих успехах	1	2	3	4
60	Деканат поощряет мои старания	1	2	3	4
61	Ваши оценки лучше, чем у большинства	1	2	3	4

	<i>ваших одноклассников?</i>				
62	<i>Мне представляются возможности участвовать в деятельности ВУЗа</i>	1	2	3	4
№63	<i>Как часто ваши родители говорят, что гордятся вашими поступками?</i>				
1.	<i>Никогда или почти никогда</i>				1
2.	<i>Иногда</i>				2
3.	<i>Часто</i>				3
		<i>Нет</i>	<i>Скорее нет</i>	<i>Скорее да</i>	<i>Да</i>
64	<i>Члены моей семьи часто обижаются и кричат друг на друга</i>	1	2	3	4
65	<i>Один из моих родителей всегда знает, где и с кем я провожу время</i>	1	2	3	4
66	<i>Мои родители хотят, чтобы я звонил, когда собираюсь прийти поздно домой</i>	1	2	3	4
67	<i>Замечают ли ваши родители, если вы выпьете пива, вина или крепких алкогольных напитков без их разрешения?</i>	1	2	3	4
68	<i>В моей семье существуют правила в отношении употребления алкоголя и наркотиков</i>	1	2	3	4

РАЗДЕЛ 3

КОД

ПРО ЗДОРОВЬЕ

№69	Как часто в течение последних 6 месяцев у Вас ?	Почти ежедневно	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Один раз в месяц	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
№70	Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?					
1.	Замечательное					1
2.	Хорошее					2
3.	Посредственное					3
4.	Плохое					4
№71	Скажите, как часто вы обращались по своей инициативе к психологу?					
1.	1 раз в неделю (ежедневно)					1
2.	2-3 раза в месяц					2
3.	1 раз в месяц					3
4.	1 раз в три месяца					4
5.	1 раз в полгода					5
6.	1 раз в год					6
7.	Реже, чем 1 раз в год					7
8.	Затрудняюсь ответить, не помню					8

РАЗДЕЛ 4

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. <i>Самочувствие хорошее</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Самочувствие плохое</i>
2. <i>Чувствую себя сильным</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Чувствую себя слабым</i>
3. <i>Пассивный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Активный</i>
4. <i>Малоподвижный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Подвижный</i>
5. <i>Веселый</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Грустный</i>
6. <i>Хорошее настроение</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Плохое настроение</i>
7. <i>Работоспособный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Разбитый</i>
8. <i>Полон сил</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Обессиленный</i>
9. <i>Медлительный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Быстрый</i>
10. <i>Бездеятельный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Деятельный</i>
11. <i>Счастливый</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Несчастный</i>
12. <i>Жизнерадостный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Мрачный</i>
13. <i>Напряженный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Расслабленный</i>
14. <i>Здоровый</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Больной</i>
15. <i>Безучастный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Увлеченный</i>
16. <i>Равнодушный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Взволнованный</i>
17. <i>Восторженный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Унылый</i>
18. <i>Радостный</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Печальный</i>
19. <i>Отдохнувший</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Усталый</i>
20. <i>Свежий</i>	3	2	1	0	1	2	3	<i>Изнуренный</i>

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 5

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 (**ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ**)

№	НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:	0 - Совсем нет	1 - Нем- ного	2 Умерен- но	3 - Сильно	4 - Очень сильно
1	Головные боли	0	1	2	3	4
2	Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3	Повторяющиеся неотвязные неприятные мысли	0	1	2	3	4
4	Слабость или головокружение.	0	1	2	3	4
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6	Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями	0	1	2	3	4
8	Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9	Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10	Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11	Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12	Боли в сердце или в грудной клетке	0	1	2	3	4
13	Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14	Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16	То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие	0	1	2	3	4
17	Дрожь	0	1	2	3	4
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19	Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20	Слезливость	0	1	2	3	4
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола	0	1	2	3	4
22	Ощущение, что Вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23	Неожиданный или беспричинный страх	0	1	2	3	4
24	Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать	0	1	2	3	4
25	Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26	Чувство, что Вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4

27	Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28	Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29	Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30	Подавленное настроение, хандра	0	1	2	3	4
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32	Отсутствие интереса к чему-либо	0	1	2	3	4
33	Чувство страха	0	1	2	3	4
34	То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35	Ощущение, что другие не понимают Ваши мысли	0	1	2	3	4
36	Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам	0	1	2	3	4
37	Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39	Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40	Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41	Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42	Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43	Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44	То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45	Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46	Трудности в принятии решений	0	1	2	3	4
47	Боязнь езды в автобусах	0	1	2	3	4
48	Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49	Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50	Необходимость избегать некоторых мест или	0	1	2	3	4
51	То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52	Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53	Комок в горле	0	1	2	3	4
54	Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55	То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56	Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57	Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58	Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59	Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60	Переедание	0	1	2	3	4
61	Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами	0	1	2	3	4
62	То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4

63	<i>Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо</i>	0	1	2	3	4
64	<i>Бессонница по утрам</i>	0	1	2	3	4
65	<i>Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать</i>	0	1	2	3	4
66	<i>Беспокойный и тревожный сон</i>	0	1	2	3	4
67	<i>Импульсы ломать или крушить что-либо</i>	0	1	2	3	4
68	<i>Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие</i>	0	1	2	3	4
69	<i>Чрезмерная застенчивость</i>	0	1	2	3	4
70	<i>Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)</i>	0	1	2	3	4
71	<i>Чувство, что все, чтобы Вы не делали, требует больших усилий</i>	0	1	2	3	4
72	<i>Приступы ужаса и паники</i>	0	1	2	3	4
73	<i>Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях</i>	0	1	2	3	4
74	<i>То, что Вы часто вступаете в спор</i>	0	1	2	3	4
75	<i>Нервозность, когда Вы оставались одни</i>	0	1	2	3	4
76	<i>То, что другие недооценивают Ваши достижения</i>	0	1	2	3	4
77	<i>Чувство одиночества, даже когда Вы с другими</i>	0	1	2	3	4
78	<i>Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте</i>	0	1	2	3	4
79	<i>Ощущение собственной никчемности</i>	0	1	2	3	4
80	<i>Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое</i>	0	1	2	3	4
81	<i>То, что Вы кричите или швыряетесь вещами</i>	0	1	2	3	4
82	<i>Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях</i>	0	1	2	3	4
83	<i>Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите</i>	0	1	2	3	4
84	<i>Нервировавшие Вас сексуальные мысли</i>	0	1	2	3	4
85	<i>Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи</i>	0	1	2	3	4
86	<i>Кошмарные мысли или видения</i>	0	1	2	3	4
87	<i>Мысли, о том, что с Вашим телом что-то не в порядке</i>	0	1	2	3	4
88	<i>То, что Вы не чувствуете близости ни к кому</i>	0	1	2	3	4
89	<i>Чувство вины</i>	0	1	2	3	4
90	<i>Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное</i>	0	1	2	3	4

РАЗДЕЛ 6

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
	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 табака) 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 табака (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 ранее	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, выбранный вариант
		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 в количестве 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, выбранного варианта ответа
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы проводите время в сети Интернет ☐	Никогда	1 раз в месяц и ранее	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
2. Сколько часов Вы проводите в сети Интернет (за одни сутки) ☐	До 1	1-2	3-4	5-6	7 и более	
3. Как часто Вы проводите в сети Интернет 5 и более часов (за одни сутки) ☐	Никогда	1 раз в месяц и ранее	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, войдя в сеть Интернет провели в ней времени больше, чем планировали (не могли остановиться, потеряли счет времени) ☐	Никогда	1 раз в месяц и ранее	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 увлечения сетью Интернет Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями) ☐	Никогда	1 раз в месяц и ранее	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 сети Интернет и/или Вы начинали свой день с подключения к ней ☐	Никогда	1 раз в месяц и ранее	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) времени, проводимого в сети Интернет, или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это?	Никогда	1 раз в месяц и ранее	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 провели в сети Интернет слишком много времени ☐	Никогда	1 раз в месяц и ранее	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли Ваше увлечение сетью Интернет причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов (головные боли, тревожность, нарушения сна 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 увлечения сетью Интернет или предлагал Вам сократить время, проводимое в ней ☐	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 проводите время за игровой приставкой или за компьютерной игрой ☐	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 часов Вы проводите за игрой (за одни сутки) ☐	До 1	1-2	3-4	5-6	7 и более	
3. Как часто Вы проводите за игрой 5 и более часов (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 провели за игрой времени больше, чем планировали (не могли остановиться, потеряли счет времени) ☐	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 увлечения играми 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 игре и/или Вы начинали свой день с игры ☐	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 времени, проводимого за играми 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 провели за игрой слишком много времени ("переиграли") ☐	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 увлечение играми причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов (головные боли, нарушения сна, снижение внимания, расстройства памяти 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 увлечения теле (компьютерными) играми или предлагал Вам сократить время, приводимое за игрой ☐	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**.

<i>Вопросы</i>	<i>Варианты ответов и соответствующие им баллы</i>					<i>Балл, выбранного варианта ответа</i>
	<i>0 баллов</i>	<i>1 балл</i>	<i>2 балла</i>	<i>3 балла</i>	<i>4 балла</i>	
<i>1. Как часто Вы проводите время за азартными играми (играми на деньги) □</i>	<i>Никогда</i>	<i>1 раз в месяц и реже</i>	<i>2-4 раза в месяц</i>	<i>2-3 раза в неделю</i>	<i>4 и более раз в нед.</i>	
<i>2.1. Сколько часов Вы проводите за азартными играми (за одни сутки) □</i>	<i>До 1</i>	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>	<i>5-6</i>	<i>7 и более</i>	
<i>2.2. Какую часть своего месячного дохода Вы обычно проигрываете, когда садитесь играть (за одни сутки) в % □</i>	<i>До 5</i>	<i>5-10</i>	<i>11-25</i>	<i>26-50</i>	<i>51 и более</i>	
<i>Наибольший из баллов в ответах на вопросы 2.1-2.2</i>						
<i>3.1. Как часто Вы проводите за игрой 5 и более часов (за одни сутки) □</i>	<i>Никогда</i>	<i>1 раз в месяц и реже</i>	<i>2-4 раза в месяц</i>	<i>2-3 раза в неделю</i>	<i>4 и более раз в нед.</i>	
<i>3.2. Как часто Вы теряете за игрой четверть и более своего месячного дохода (за одни сутки) □</i>	<i>Никогда</i>	<i>1 раз в месяц и реже</i>	<i>2-4 раза в месяц</i>	<i>2-3 раза в неделю</i>	<i>4 и более раз в нед.</i>	
<i>Наибольший из баллов в ответах на вопросы 3.1-3.2</i>						
<i>4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что провели за игрой времени (или проиграли денег) больше, чем планировали (не могли остановиться, потеряли счет времени) □</i>	<i>Никогда</i>	<i>1 раз в месяц и реже</i>	<i>2-4 раза в месяц</i>	<i>2-3 раза в неделю</i>	<i>4 и более раз в нед.</i>	
<i>5. Как часто за последний год из-за чрезмерного увлечения азартными играми Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями) □</i>	<i>Никогда</i>	<i>1 раз в месяц и реже</i>	<i>2-4 раза в месяц</i>	<i>2-3 раза в неделю</i>	<i>4 и более раз в нед.</i>	
<i>6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью об игре</i>	<i>Никогда</i>	<i>1 раз в месяц</i>	<i>2-4 раза в</i>	<i>2-3 раза в</i>	<i>4 и более раз в</i>	

<i>и/или Вы начинали свой день с игры</i> ☐		<i>иреже</i>	<i>месяц</i>	<i>недел ю</i>	<i>нед.</i>	
<i>7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после игры (или проигрыша)</i> ☐	<i>Никог да</i>	<i>1 раз в месяц иреже</i>	<i>2-4 раза в месяц</i>	<i>2-3 раза в недел ю</i>	<i>4 и более раз в нед.</i>	
<i>8. Как часто за последний год Вам доводилось ощущать "разбитость", или иной дискомфорт, из-за того, что накануне Вы провели за игрой слишком много времени или потратили на игру слишком много денег ("переиграли")</i> ☐	<i>Никог да</i>	<i>1 раз в месяц иреже</i>	<i>2-4 раза в месяц</i>	<i>2-3 раза в недел ю</i>	<i>4 и более раз в нед.</i>	
<i>9. Не стало ли Ваше увлечение азартными играми (играми на деньги) причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов (головные боли, тревожность, нарушения сна и т.п.)?</i>	<i>Нет</i>	<i>-</i>	<i>Да, но не в прошл ом году</i>	<i>-</i>	<i>Да, в прошло м году</i>	
<i>10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего увлечения азартными играми (играми на деньги) или предлагал Вам прекратить игру или сократить время, приводимое за игрой</i> ☐	<i>Нет</i>	<i>-</i>	<i>Да, но не в прошл ом году</i>	<i>-</i>	<i>Да, в прошло м году</i>	

РАЗДЕЛ 7

КОД

Ниже приведен перечень утверждений касемо использования сети Интернет. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Против каждого утверждения поставьте один из следующих ответов: 1 – Никогда; 2 – Редко; 3 – Регулярно; 4 – Часто; 5 – Постоянно (**ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ**)

№	Утверждение:	1 – Нико гда	2 – Редко	3 – Регуля рно	4 – Часто	5 – Постоя нно
1	Замечаете, что проводите в онлайн больше времени, чем намеревались?	1	2	3	4	5
2	Пренебрегаете домашними делами, чтобы подольше побродить в сети?	1	2	3	4	5
3	Предпочитаете пребывание в сети интимному общению с партнером?	1	2	3	4	5
4	Заводите знакомства с пользователями сети Интернет, находясь в онлайн?	1	2	3	4	5
5	Раздражаетесь из-за того, что окружающие интересуются количеством времени, проводимым Вами в сети?	1	2	3	4	5
6	Отмечаете, что перестали делать успехи в учебе или работе, так как слишком много времени проводите в сети?	1	2	3	4	5
7	Проверяете электронную почту раньше, чем сделаете что-то другое, более необходимое?	1	2	3	4	5
8	Отмечаете, что снижается производительность труда из-за увлечения сетью Интернет?	1	2	3	4	5
9	Занимаете оборонительную позицию и скрываете, когда Вас спрашивают, чем Вы занимаетесь в сети?	1	2	3	4	5
10	Блокируете беспокоящие мысли о Вашей реальной жизни мыслями о сети Интернет?	1	2	3	4	5
11	Обнаруживаете себя предвкушающим очередной выход в сеть?	1	2	3	4	5
12	Ощущаете, что жизнь без сети Интернет скучна, пуста и безрадостна?	1	2	3	4	5

13	<i>Ругаетесь, кричите или иным образом выражаете свою досаду, когда кто-то пытается отвлечь Вас от пребывания в сети?</i>	1	2	3	4	5
14	<i>Пренебрегаете сном, засиживаясь в сети до поздней ночи?</i>	1	2	3	4	5
15	<i>Предвкушаете, чем займетесь в сети Интернет, находясь в офлайне?</i>	1	2	3	4	5
16	<i>Говорите себе: "Еще минутку", сидя в сети?</i>	1	2	3	4	5
17	<i>Терпите поражение в попытках сократить время, проводимое в онлайне?</i>	1	2	3	4	5
18	<i>Пытаетесь скрыть количество времени, проводимое вами в сети?</i>	1	2	3	4	5
19	<i>Вместо того, чтобы выбраться куда-либо с друзьями, выбираете Интернет?</i>	1	2	3	4	5
20	<i>Испытываете депрессию, подавленность или нервозность, будучи вне сети и отмечаете, что это состояние проходит, как только вы оказываетесь в онлайне?</i>	1	2	3	4	5
21	<i>Чувствуете ли Вы эйфорию, оживление, возбуждение, находясь за компьютером?</i>	1	2	3	4	5
22	<i>Требуется ли Вам проводить всё больше времени за компьютером, чтобы получить те же ощущения?</i>	1	2	3	4	5
23	<i>Чувствуете ли Вы пустоту, депрессию, раздражение, находясь не за компьютером?</i>	1	2	3	4	5
24	<i>Случалось ли Вам пренебрегать важными делами, в то время как Вы были заняты за компьютером, но не работой?</i>	1	2	3	4	5
25	<i>Проводите ли Вы в сети больше 3-х часов в день?</i>	1	2	3	4	5
26	<i>Если Вы в основном используете компьютер для работы, общаетесь ли в рабочее время в чатах или заходите на сайты, не связанные с работой, более 2-х раз в день?</i>	1	2	3	4	5
27	<i>Качаете ли Вы файлы с сайтов с порнографическим содержанием?</i>	1	2	3	4	5
28	<i>Считаете ли Вы, что с человеком легче общаться «онлайн», нежели лично?</i>	1	2	3	4	5
29	<i>Говорили ли Вам друзья или члены семьи, что Вы слишком много времени проводите «онлайн»?</i>	1	2	3	4	5

30	Мешает ли Вашей деловой активности количество времени, проводимое в сети?	1	2	3	4	5
31	Бывало ли такое, что Ваши попытки ограничить время, проводимое в сети, оказывались безуспешными?	1	2	3	4	5
32	Бывает ли так, что Ваши пальцы устают от работы на клавиатуре или от щёлканья кнопкой мыши?	1	2	3	4	5
33	Случалось ли Вам лгать на вопрос о количестве времени, проводимом в сети?	1	2	3	4	5
34	Был ли у Вас хоть раз «синдром карпального канала» (онемение и боли в кисти руки)?	1	2	3	4	5
35	Бывают ли у Вас боли в спине чаще 1-го раза в неделю?	1	2	3	4	5
36	Бывает ли у Вас ощущение сухости в глазах?	1	2	3	4	5
37	Увеличивается ли время, проводимое Вами в сети?	1	2	3	4	5
38	Случалось ли Вам пренебречь приёмом пищи или есть прямо за компьютером, чтобы остаться в сети?	1	2	3	4	5
39	Случалось ли Вам пренебречь личной гигиеной, например, бритьём, причёсыванием и т.п., чтобы провести это время за компьютером?	1	2	3	4	5
40	Появились ли у Вас нарушения сна и/или изменился ли режим сна с тех пор, как Вы стали использовать компьютер ежедневно?	1	2	3	4	5

РАЗДЕЛ 8

КОД

Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте цифру 1, если нет – 2. 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.	<i>У вас часто беззаботное, безоблачное настроение?</i>	1	2
2.	<i>Вы чувствительны к оскорблениям?</i>	1	2
3.	<i>Бывает ли так, что во время тяжелого разговора вам трудно сдержать слезы?</i>	1	2
4.	<i>Возникает ли у вас после окончания какой-либо работы сомнения в качестве ее исполнения так, что вы прибегаете к проверке — все ли было сделано точно?</i>	1	2
5.	<i>Были ли вы в детстве таким же смелым и отчаянным, как и ваши сверстники?</i>	1	2
6.	<i>Часто ли у вас бывают резкие смены настроения?</i>	1	2
7.	<i>Являетесь ли вы во время веселья центром внимания?</i>	1	2
8.	<i>Бывает ли так, что вы без особых причин ворчливы и раздражительны так, что вас лучше не трогать?</i>	1	2
9.	<i>Вы серьезный человек?</i>	1	2
10.	<i>Способны ли вы восторгаться чем-либо, не замечая "темных пятен"?</i>	1	2
11.	<i>Предприимчивы ли вы?</i>	1	2
12.	<i>Быстро ли вы забываете обиды и оскорбления?</i>	1	2
13.	<i>Вы снисходительный и мягкий человек?</i>	1	2
14.	<i>Бросая письмо в почтовый ящик, вы проверяете, упало ли оно туда полностью?</i>	1	2
15.	<i>Стремитесь ли вы всегда считаться среди лучших сотрудников?</i>	1	2
16.	<i>Боялись ли вы в детские годы грозы или собак?</i>	1	2
17.	<i>Беспокоит ли вас мысль о том, что вы можете не прийти на встречу вовремя?</i>	1	2
18.	<i>Ваше настроение сильно зависит от случайных встреч и событий?</i>	1	2
19.	<i>Любят ли вас ваши знакомые?</i>	1	2
20.	<i>Часто ли бывает, что вы не можете или не хотите сопротивляться сильным порывам?</i>	1	2
21.	<i>У вас часто бывает подавленное настроение?</i>	1	2
22.	<i>Бывало ли так, чтобы вы разрыдались на людях?</i>	1	2
23.	<i>Трудно ли вам усидеть на одном месте?</i>	1	2
24.	<i>Если по отношению к вам несправедливо поступили, станете ли вы отстаивать свои интересы?</i>	1	2
25.	<i>Можете ли вы зарезать курицу или овцу?</i>	1	2
26.	<i>Раздражает ли вас, если скатерть или занавеска висят неровно, стараетесь ли вы ее расправить?</i>	1	2

27.	<i>В детстве вы боялись оставаться в одиночестве дома?</i>	1	2
28.	<i>Часто ли ваше настроение портится без видимых причин?</i>	1	2
29.	<i>Вы хотели бы, чтобы все признали вас, как одного из лучших специалистов в своей области?</i>	1	2
30.	<i>Вы быстро впадаете в гнев?</i>	1	2
31.	<i>Способны ли вы быть шаловливо-веселым?</i>	1	2
32.	<i>Бывает ли так, что ощущение счастья буквально пронизывает вас?</i>	1	2
33.	<i>Из вас получился бы хороший ведущий в юмористической передаче?</i>	1	2
34.	<i>Вы обычно высказываете свое мнение прямо и недвусмысленно?</i>	1	2
35.	<i>Вам трудно переносить вид крови?</i>	1	2
36.	<i>Нравится ли вам работа с высокой личной ответственностью?</i>	1	2
37.	<i>Заступаетесь ли вы за людей, если видите, что по отношению к ним поступили несправедливо?</i>	1	2
38.	<i>Вам было бы страшно спуститься в темный подвал?</i>	1	2
39.	<i>Вам нравится работа, которая потребует от вас быстрых, хотя и не обязательно точных действий?</i>	1	2
40.	<i>У вас широкий круг общения?</i>	1	2
41.	<i>В школе вы охотно декламировали стихи?</i>	1	2
42.	<i>Убегали ли вы в детстве из дома?</i>	1	2
43.	<i>Кажется ли вам жизнь трудной?</i>	1	2
44.	<i>Случалось ли вам так расстроиться из-за какого-то конфликта, что пойти на работу казалось невыносимым?</i>	1	2
45.	<i>Можно ли сказать, что при неудаче вы сохраняете чувство юмора?</i>	1	2
46.	<i>Предпринимаете ли вы первым шаги к примирению, если вас обидел кто-то?</i>	1	2
47.	<i>Вы очень любите животных?</i>	1	2
48.	<i>Случалось ли вам настолько беспокоиться из-за того, плотно ли вы прикрыли дверь, выключили ли электричество, что вы возвращались домой с полдороги?</i>	1	2
49.	<i>Преследуют ли вас мысли о том, что с вами или с вашими близкими может случиться что-то страшное?</i>	1	2
50.	<i>Зависит ли ваше настроение от погоды?</i>	1	2
51.	<i>Трудно ли вам выступать перед большой аудиторией?</i>	1	2
52.	<i>Можете ли вы ударить обидчика, если он оскорбит вас?</i>	1	2
53.	<i>Вы скучаете без шумной компании?</i>	1	2
54.	<i>Вы относитесь к тем, кто из-за разочарования впадает в полное отчаяние?</i>	1	2
55.	<i>Вы сумеете организовать свое дело?</i>	1	2
56.	<i>Если на вашем пути встречаются препятствия, вы становитесь еще упорнее в достижении своей цели?</i>	1	2
57.	<i>Может ли трагический фильм взволновать вас до слез?</i>	1	2
58.	<i>Часто ли бывает, что мысли о том, что случилось в прошедший день, или о том, что вас ожидает завтра, мешают вам уснуть?</i>	1	2
59.	<i>Вы часто подсказывали товарищам в классе или давали им списывать?</i>	1	2
60.	<i>Вам было бы очень страшно пройти ночью по темной улице?</i>	1	2
61.	<i>Вы тщательно следите за тем, чтобы каждая вещь в доме лежала на своем месте?</i>	1	2
62.	<i>Случалось ли так, что, ложась спать в отличном настроении, вы</i>	1	2

	<i>просыпались разбитым и мрачным?</i>		
63.	<i>Вы легко знакомитесь с людьми?</i>	1	2
64.	<i>Бывают ли у вас такие головные боли, что голова просто раскалывается?</i>	1	2
65.	<i>Часто ли вы смеетесь?</i>	1	2
66.	<i>Можете ли вы быть приветливым с неприятным для вас человеком настолько, что никто не догадается о вашем истинном к нему отношении?</i>	1	2
67.	<i>Вы деятельный человек?</i>	1	2
68.	<i>Вы сильно страдаете, когда совершается несправедливость?</i>	1	2
69.	<i>Вы страстный любитель природы?</i>	1	2
70.	<i>Перед тем, как лечь спать, вы тщательно проверяете, закрыты ли все окна и двери, выключен ли повсюду свет?</i>	1	2
71.	<i>Вы пугливый человек?</i>	1	2
72.	<i>Если вы примете алкоголь, ваше настроение может резко измениться?</i>	1	2
73.	<i>Вам нравится принимать участие в художественной самодеятельности?</i>	1	2
74.	<i>Вы не ждете от будущего чудес?</i>	1	2
75.	<i>Часто ли вам хочется бросить все дела и уехать далеко от дома?</i>	1	2
76.	<i>Вы смеетесь так, словно в рот попала смешинка?</i>	1	2
77.	<i>Легко ли вы можете поднять настроение коллегам по работе?</i>	1	2
78.	<i>Долго ли вы переживаете обиду?</i>	1	2
79.	<i>Переживаете ли вы долго горести других людей?</i>	1	2
80.	<i>В школьные годы вы часто переписывали страницу из-за помарок в тетради?</i>	1	2
81.	<i>По отношению к большинству людей вы скорее осторожны, чем доверчивы?</i>	1	2
82.	<i>Часто ли вы видите страшные сны?</i>	1	2
83.	<i>Бывает ли так, что вы настолько беспокоитесь, стоя у края перрона или у окна высотного дома, что вам приходится закрыть глаза или немедленно отойти?</i>	1	2
84.	<i>В веселой компании вы обычно веселы?</i>	1	2
85.	<i>Вы склонны махнуть рукой на проблему, если никак не можете найти ее решение?</i>	1	2
86.	<i>Совершаете ли вы под влиянием алкоголя импульсивные поступки?</i>	1	2
87.	<i>В беседах вы больше слушаете, чем говорите?</i>	1	2
88.	<i>Могли бы вы так войти в роль, что забыть о том, что все это – только игра?</i>	1	2

РАЗДЕЛ 9

КОД

Перед вами опросник, содержащий различные характеристики. Следует внимательно прочесть каждую и подумать, соответствует ли она Вашему представлению о себе. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте цифру 1, если нет – 2. 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.	Умеет нравиться	1	2
2.	Производит впечатление на окружающих	1	2
3.	Умеет распоряжаться, приказывать	1	2
4.	Умеет настоять на своем	1	2
5.	Обладает чувством достоинства	1	2
6.	Независимый	1	2
7.	Способен сам позаботиться о себе	1	2
8.	Может проявить безразличие	1	2
9.	Способен быть суровым	1	2
10.	Строгий, но справедливый	1	2
11.	Может быть искренним	1	2
12.	Критичен к другим	1	2
13.	Любит поплакаться	1	2
14.	Часто печален	1	2
15.	Способен проявлять недоверие	1	2
16.	Часто разочаровывается	1	2
17.	Способен быть критичным к себе	1	2
18.	Способен признать свою неправоту	1	2
19.	Охотно подчиняется	1	2
20.	Покладистый	1	2
21.	Благодарный	1	2
22.	Восхищающийся и склонный к подражанию	1	2
23.	Уважительный	1	2
24.	Ищущий одобрения	1	2
25.	Способный к сотрудничеству, взаимопомощи	1	2
26.	Стремится ужиться с другими	1	2
27.	Доброжелательный	1	2
28.	Внимательный и ласковый, отзывчивый к призывам о помощи	1	2
29.	Деликатный	1	2
30.	Ободряющий	1	2
31.	Отзывчивый к призывам о помощи	1	2
32.	Бескорыстный	1	2
33.	Способен вызывать восхищение	1	2

34.	<i>Пользуется у других уважением</i>	1	2
35.	<i>Обладает талантом руководителя</i>	1	2
36.	<i>Любит ответственность</i>	1	2
37.	<i>Уверен в себе</i>	1	2
38.	<i>Самоуверен и напорист</i>	1	2
39.	<i>Деловитый, практичный</i>	1	2
40.	<i>Соперничающий</i>	1	2
41.	<i>Стойкий и крутой, где надо</i>	1	2
42.	<i>Неумолимый, но беспристрастный</i>	1	2
43.	<i>Раздражительный</i>	1	2
44.	<i>Открытый и прямолинейный</i>	1	2
45.	<i>Не терпит, чтобы им командовали</i>	1	2
46.	<i>Скептичен</i>	1	2
47.	<i>На него трудно произвести впечатление</i>	1	2
48.	<i>Обидчивый, щепетильный</i>	1	2
49.	<i>Легко смущается</i>	1	2
50.	<i>Неуверенный в себе</i>	1	2
51.	<i>Уступчивый</i>	1	2
52.	<i>Скромный</i>	1	2
53.	<i>Часто прибегает к помощи других</i>	1	2
54.	<i>Очень почитает авторитеты</i>	1	2
55.	<i>Охотно принимает советы</i>	1	2
56.	<i>Доверчив и стремится радовать других</i>	1	2
57.	<i>Всегда любезен в общении</i>	1	2
58.	<i>Дорожит мнением окружающих</i>	1	2
59.	<i>Общительный и уживчивый</i>	1	2
60.	<i>Добросердечный</i>	1	2
61.	<i>Добрый, вселяющий уверенность</i>	1	2
62.	<i>Нежный и мягкосердечный</i>	1	2
63.	<i>Любит заботиться о других</i>	1	2
64.	<i>Щедрый</i>	1	2
65.	<i>Любит давать советы</i>	1	2
66.	<i>Производит впечатление значительности</i>	1	2
67.	<i>Начальственно-повелительный</i>	1	2
68.	<i>Властный</i>	1	2
69.	<i>Хвастливый</i>	1	2
70.	<i>Надменный и самодовольный</i>	1	2
71.	<i>Думает только о себе</i>	1	2
72.	<i>Хитрый</i>	1	2
73.	<i>Нетерпим к ошибкам других</i>	1	2
74.	<i>Расчетливый</i>	1	2
75.	<i>Откровенный</i>	1	2
76.	<i>Часто недружелюбен</i>	1	2
77.	<i>Озлоблен</i>	1	2
78.	<i>Жалобщик</i>	1	2
79.	<i>Ревнивый</i>	1	2
80.	<i>Долго помнит обиды</i>	1	2
81.	<i>Склонен к самообвинению</i>	1	2
82.	<i>Застенчивый</i>	1	2

83.	<i>Безынициативный</i>	1	2
84.	<i>Кроткий</i>	1	2
85.	<i>Зависимый, несамостоятельный</i>	1	2
86.	<i>Любит подчиняться</i>	1	2
87.	<i>Предоставляет другим принимать решения</i>	1	2
88.	<i>Легко попадает впросак</i>	1	2
89.	<i>Легко поддается влиянию друзей</i>	1	2
90.	<i>Готов довериться любому</i>	1	2
91.	<i>Благорасположен ко всем без разбора</i>	1	2
92.	<i>Всем симпатизирует</i>	1	2
93.	<i>Прощает все</i>	1	2
94.	<i>Переполнен чрезмерным сочувствием</i>	1	2
95.	<i>Великодушен и терпим к недостаткам</i>	1	2
96.	<i>Стремиться помочь каждому</i>	1	2
97.	<i>Стремящийся к успеху</i>	1	2
98.	<i>Ожидает восхищения от каждого</i>	1	2
99.	<i>Распоряжается другими</i>	1	2
100.	<i>Деспотичен</i>	1	2
101.	<i>Относится к окружающим с чувством превосходства</i>	1	2
102.	<i>Тщеславный</i>	1	2
103.	<i>Эгоистичный</i>	1	2
104.	<i>Холодный, черствый</i>	1	2
105.	<i>Язвительный, насмешливый</i>	1	2
106.	<i>Злой, жестокий</i>	1	2
107.	<i>Часто гневлив</i>	1	2
108.	<i>Бесчувственный, равнодушный</i>	1	2
109.	<i>Злопамятный</i>	1	2
110.	<i>Проникнут духом противоречия</i>	1	2
111.	<i>Упрямый</i>	1	2
112.	<i>Недоверчивый и подозрительный</i>	1	2
113.	<i>Робкий</i>	1	2
114.	<i>Соглашатель</i>	1	2
115.	<i>Услужливый</i>	1	2
116.	<i>Мякотелый</i>	1	2
117.	<i>Почти никому не возражает</i>	1	2
118.	<i>Навязчивый</i>	1	2
119.	<i>Любит, чтобы его опекали</i>	1	2
120.	<i>Чрезмерно доверчив</i>	1	2
121.	<i>Стремиться снискать расположение каждого</i>	1	2
122.	<i>Со всеми соглашается</i>	1	2
123.	<i>Всегда со всеми дружелюбен</i>	1	2
124.	<i>Всех любит</i>	1	2
125.	<i>Слишком снисходителен к окружающим</i>	1	2
126.	<i>Старается утешить каждого</i>	1	2
127.	<i>Заботится о других в ущерб себе</i>	1	2
128.	<i>Портит людей чрезмерной добротой</i>	1	2

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.	<i>Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу</i>
1 ☐	<i>Совершенно не согласен</i>
2 ☐	<i>Не согласен</i>
3 ☐	<i>Немного не согласен</i>
4 ☐	<i>Неопределенно (и согласен, и не согласен)</i>
5 ☐	<i>Немного согласен</i>
6 ☐	<i>Согласен</i>
7 ☐	<i>Совершенно согласен</i>
2.	<i>Условия моей жизни превосходные</i>
1 ☐	<i>Совершенно не согласен</i>
2 ☐	<i>Не согласен</i>
3 ☐	<i>Немного не согласен</i>
4 ☐	<i>Неопределенно (и согласен, и не согласен)</i>
5 ☐	<i>Немного согласен</i>
6 ☐	<i>Согласен</i>
7 ☐	<i>Совершенно согласен</i>
3.	<i>Я удовлетворён своей жизнью</i>
1 ☐	<i>Совершенно не согласен</i>
2 ☐	<i>Не согласен</i>
3 ☐	<i>Немного не согласен</i>
4 ☐	<i>Неопределенно (и согласен, и не согласен)</i>
5 ☐	<i>Немного согласен</i>
6 ☐	<i>Согласен</i>
7 ☐	<i>Совершенно согласен</i>
4.	<i>Пока я достигал в главном всего, чего хотел в жизни</i>
1 ☐	<i>Совершенно не согласен</i>
2 ☐	<i>Не согласен</i>
3 ☐	<i>Немного не согласен</i>
4 ☐	<i>Неопределенно (и согласен, и не согласен)</i>
5 ☐	<i>Немного согласен</i>
6 ☐	<i>Согласен</i>
7 ☐	<i>Совершенно согласен</i>

5.	<i>Если бы я мог прожить свою жизнь еще раз, я бы почти ничего в ней не изменил</i>
1 ☐	<i>Совершенно не согласен</i>
2 ☐	<i>Не согласен</i>
3 ☐	<i>Немного не согласен</i>
4 ☐	<i>Неопределенно (и согласен, и не согласен)</i>
5 ☐	<i>Немного согласен</i>
6 ☐	<i>Согласен</i>
7 ☐	<i>Совершенно согласен</i>

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! (ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ)

ОКАЗАВШИЕСЯ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я ...		Никог да	Ред ко	Иног да	Час то
1	... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге	0	1	2	3
2	... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное - делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3	... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4	... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5	... критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6	... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7	... надеялся на чудо	0	1	2	3
8	... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
9	... вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10	... старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11	... пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12	... спал больше обычного	0	1	2	3
13	... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
14	... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15	... во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16	... пытался забыть все это	0	1	2	3
17	... обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18	... менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19	... извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
20	... составлял план действий	0	1	2	3
21	... старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
22	... понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
23	... набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24	... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3

25	... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
26	... рисковал напропалую	0	1	2	3
27	... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28	... находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29	... вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30	... что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31	... в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32	... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
33	... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34	... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
35	... отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36	... говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37	... стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38	... вымещал это на других людях	0	1	2	3
39	... пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40	... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41	... отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42	... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43	... находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
44	... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45	... что-то менял в себе	0	1	2	3
46	... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось	0	1	2	3
47	... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48	... молился	0	1	2	3
49	... прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50	... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Тренировка Бикрам-йога

Бикрам-йога включает в себя 26 асан (упражнения, направленные на изменение и удержание положения тела в пространстве), выполняемых в быстром темпе и в определенной последовательности.

1. Пранаяма, или дыхательная практика, направлена на снятие усталости, расслабление и одновременно концентрацию на предстоящем занятии. Для ее выполнения необходимо смкнуть руки в замок, поднести их к подородку и максимально запрокинуть голову назад.



2. Асана месяца – Ардха Чандрасана. Руки сводят ладонными поверхностями над головой, а корпус при этом максимально наклоняется в сторону. При этом расслабляет и постепенно растягивает мышцы всего тела, в результате чего практикующий бикрам йогу теперь полностью готов к выполнению основных упражнений.



3. Асана стула – Уткатасана – повышает напряжение мышц в ногах и диафрагме. Направлена эта асана на приведение в тонус органов брюшной полости, на массаж сердца и расширение легких. Для ее выполнения нужно встать на носочки, руки вытянуть перед собой и «присесть» на воображаемый стул.



4. Асана орла – Гарурасана. Необходимо встать в полуприсяде с опорой на одну ногу, другая нога при этом обхватывает первую, а руки сомкнуты в замок на уровне груди. Это упражнение направлено на развитие координации. Происходит это за счет того, что одни мышцы тела напрягаются, тогда как другие расслабляются. В результате выполнения этой асаны уходит боль в спине и суставах, приходят в тонус мышцы ног, улучшается кровоток, стабилизируется фон настроения.



5. Упражнение Дандаямана Джануширасана. Выполняется на прямых ногах. Одна нога обхватывается руками вокруг стопы и поднимается максимально вверх, корпус при этом наклоняется вперед. Эта асана направлена на развитие чувства устойчивости, дисциплины и обретения эмоциональной внутренней гармонии и баланса. В физическом плане происходит расслабление спины и укрепление мышц ног.



6. Асана лука — Дандаямана Дханурасана. Выполняется с упором на прямую ногу, вторая нога поднимается вверх и назад, обхватывается одной рукой, а другая рука прямая, направлена вперед. Это упражнение направлено на стимуляцию циркуляции крови в области грудной клетки, таким образом происходит насыщение сердца кислородом. Пресс и мышцы ягодиц становятся подтянутыми.



6/ Dandayamana-
Dhanurasana

7. Асана ласточки — Туладандасана. Для ее выполнения необходимо наклониться вперед, отводя одну ногу назад, а руки вперед, сомкнув в замок. Оказывает умеренную нагрузку на сердце, стимулирует его интенсивную работу и выброс крови, повышает кровоток головного мозга. Асана ласточки — это прекрасная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и способствует приобретению поведенческих навыков.



7/ Tuladandasana

8. Упражнение Дандаямана Бибхактапада Пашчмтттанасана. Для выполнения этой асаны необходимо широко расставить ноги, наклониться вперед, обхватывая ноги руками и пытаясь достать до пола головой. Эта асана направлена на растяжение мышц спины и усиление кровяного притока к суставам и головному мозгу.



8/ Dandayamana-
Bibhaktapada-
Paschimotthanasana

9. Асана треугольника — Триканасана. Это упражнение направлено на одновременную проработку всех мышц тела и усиление обмена веществ. Опорную ногу нужно согнуть в коленном суставе под углом 90 градусов, а противоположную вытянуть носком кзади. Одну руку направить к опорной ноге, а другую — вверх.



9/ Trikanasana

10. Асана сжатия тела — Дандаямана Бибхактапада Джануширасана — стимулирует работу всех желез нашего организма, особенно щитовидной, нивелируя соматовегетативные и эмоционально-лабильные проявления расстройств адаптации. Одной ногой нужно сделать шаг вперед и наклониться к ней всем корпусом, пытаясь дотянуться руками до пола.



10/ Dandayamana-
Bibhaktapada-
Janushirasana

11. Асана дерева — Тадасана — направлена на растяжение позвоночника и укрепление мышц спины, становится лучше осанка, тонизируется пресс, снижается напряжение в области живота. Для выполнения

необходимо встать на одну ногу, вторую запрокинуть вверх стопой упираясь в другую ногу, руки при этом сомкнуть в замок на уровне груди.



11/ Tadasana

12. Упражнение Падангуштасана направлено на развитие баланса и укрепление силы воли, а также растяжение мышц ног. Сидя на одной ноге, вторую нужно закинуть на бедро первой, а руки сомкнуть в замке на уровне груди.



12/ Padangustasana

13. Асана расслабления — Шавасана. Такое упражнение расслабляет каждую отдельно взятую мышцу нашего тела, в результате чего движение и крови, и лимфы приходит в норму, и обогащаются все органы. Необходимо лечь на спину и максимально выпрямить конечности. Руки располагаются по швам.



13/ Savasana

14. Упражнение Паванамуктасана, результатом выполнения которого является массаж органов внутри тела естественным путем; особенно это

благоприятно для системы пищеварения. Лежа на спине поочередно руками нужно подтягивать ноги к груди, обхватив их за голень.



15. Асана Сит-ап очищает лёгкие от воздуха, который в них застоялся. Из положения лежа на спине с прямыми ногами нужно поднять корпус, пытаясь дотянуться руками до кончиков пальцев на ногах.



16. Асана кобры, Бхуджангасана. Во время выполнения этого упражнения укрепляются руки, мышцы спины становятся гибкими. Таким образом происходит снижение выраженности соматовегетативных проявлений. Лежа на животе с прямыми ногами, упершись руками в пол, нужно максимально поднимать корпус вверх, выгибаясь кзади.



17. Асана саранчи, Шалабхасана. Лежа на животе с прямыми ногами и руками по швам, упершись подбородком в пол, нужно поочередно поднимать ноги вверх. Такое упражнение хорошо подтягивает ягодичные мышцы и способствует тому, что уходит все «лишнее» с боков.



18. Асана Пурна Шалабхасана отлично разрабатывает и подтягивает пресс. Из положения лежа на животе с прямыми ногами и руками по швам, нужно одновременно поднять корпус и ноги вверх.



19. Асана лодочки, Дханурасана. Такое упражнение способствует тому, что позвоночник и мышцы около него становятся более гибкими. Все внутренние органы приходят в тонус; если были какие-либо нарушения в их работе, упражнение способствует ее нормализации. Из положения лежа на животе с прямыми ногами и руками по швам, нужно одновременно поднять корпус и ноги вверх, обхватывая руками голени.



20. Асана героя, Супта Ваджрасана. Из положения сидя на коленях нужно положить корпус на спину, руки при этом держа сомкнутыми в замок над головой. Во время выполнения этого упражнения происходит растяжение спинных мышц и мышц щиколоток, в результате чего заметно подтягиваются бедра и живот.



21. Асана черепахи — Ардха Курмасана — улучшает сон, способствует избавлению от частых мигреней, улучшению памяти и нормализации кровообращения головного мозга. Для выполнения необходимо

сесть на колени, вытянуть руки вперед и максимально наклониться вперед, пытаясь достать до пола головой.



21/ Ardha-Kurmasana

22. Асана верблюда — Уштрасана — способствует растяжению мышц спины, а также избавляет от внутренних переживаний, тревоги, напряжения, страхов. Из положения сидя на коленях нужно выгнуть корпус кзади, запрокинуть голову назад и руками обхватить ноги.



22/ Ustrasana

23. Асана кролика — Сасангасана — способствует снижению напряжения в плечах и шее. Для выполнения нужно из положения сидя на коленях максимально нагнуться вперед, пытаться достать головой к бедрам, а руками обхватить стопы.



23/ Sasangasana

24. Упражнения Джануширасана и Пашчимоттанасана восстанавливают обмен веществ и аппетит. Для выполнения нужно сесть на пол, одну ногу максимально привести к телу, а другую выпрямить в сторону и произвести к ней наклон корпуса.



24/ Janushirasana avec
Paschimotthanasana

25. Асана, во время которой скручивается позвоночник, — Ардха Матсиендрасана — это упражнение, способствующее оздоровлению всех систем нашего организма, нормализующее фон настроения и эмоциональный окрас. В положении сидя нужно одну ногу завести за другую, а корпус повернуть в противоположную сторону.



25/ Ardha-Matsyendrasana

26. Асана Капалабхати – дыхательная техника, направленная на очищение дыхательных путей и тонизирование организма. В положении «лотоса» нужно прижать язык в небо и выполнить глубокий вдох через нос, после чего – активные выдохи тоже через нос, совершая работу брюшным прессом. Количество повторений для начинающих – 30-50, для более опытных людей – 108.



26/ Kapalbhati

Данная когнитивно-поведенческая психотерапевтическая коррекция способствует снижению ощущения напряжения, тревоги, беспокойства, страхов. Повышает уверенность в себе и своих действиях. Формирует навыки жизни в свободном от ПАВ пространстве, сокращает время пребывания в сети Интернет у молодых лиц с расстройствами адаптации. Расширяет репертуар копинг-стратегий в преодолении стрессовых ситуаций студенческой молодёжью.

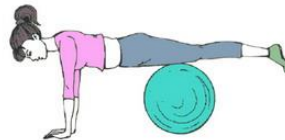
Источник изображений: <https://miryogi.com>

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Комплекс упражнений пилатес

1. Комплекс упражнений на мышцы груди и верхних конечностей:

- 1) Отжимания от фитбола. Для начала нужно поставить мяч к стене или другой опоре. Затем сместить упор на руки и одну за другой положить ноги на фитбол. Руки устанавливаются средним хватом, локти немного развернуты в стороны. На вдохе нужно опустить корпус, слегка разводя локти, на выдохе вернуть его в исходное положение. Количество повторений зависит от физических возможностей человека.



- 2) Разведение рук на фитболе. Нужно взять гантели в руки, лопатками лечь на фитбол, поясницу и ноги расположить за пределами опоры. Ноги согнуты в коленных суставах. Фиксированы к полу. Руки с гантелями подняты вверх, ладони обращены друг к другу. На вдохе нужно развести руки с гантелями в стороны, на выдохе сведите их вместе. Количество повторений зависит от физических возможностей человека.



Источник изображений: <http://sportsmenka.info/fitness/78-kompleks-uprazhnenij-s-fitbolom.html>

- 3) Разгибание рук стоя. Для выполнения необходимо взять гантели в руки, встать прямо, ноги расположить примерно на ширине плеч. Корпус наклонить с прямой спиной под углом примерно в 45 градусов. Далее руки подтягиваются к талии и на выдохе выпрямляются, чтобы они оказалась выше линии спины. Плечо не должно двигаться, работает только предплечье. Вес гантели и количество повторений зависит от физического состояния человека.



Источник изображений: <https://fb.ru/article/168346/razvedenie-ganteley-stoya-vliyanie-na-deltyi-sovetyi-i-rekomendatsii>

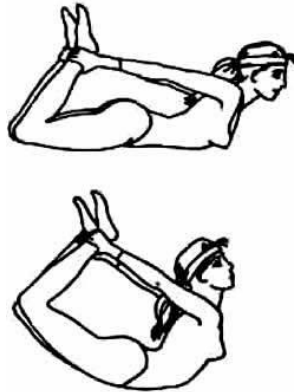
2 Комплекс упражнений на мышцы спины:

- 1) Подъем рук и ног лежа на полу. Исходное положение — лежа на животе. Ноги нужно выпрямить, руки вытянуть вперед. На выдохе поднимаются одновременно руки, верхняя часть туловища и ноги. В таком положении необходимо задержаться на несколько секунд, а затем на вдохе опуститься и расслабиться.



Источник изображений: <https://tanita-shop.ru/fitbol-ili-gimnasticheskiy-myach/fitbol/>

2) Упражнение «Лук». Исходное положение – лежа на животе. Ноги нужно согнуть в коленях и подтянуть стопы к ягодицам, обхватив руками лодыжки. На вдохе руки и ноги нужно потянуть вверх, стараясь прогнуться как можно сильнее. В таком положении необходимо задержаться на несколько секунд, а затем на вдохе опуститься и расслабиться.



Источник изображений: <https://econet.ru/articles/161711-poza-luka-i-esche-5-uprazhneniy-kotorye-bystro-privedut-vas-v-formu>

3) Скручивание. Необходимо лечь на спину, вытянуть правую ногу, а левую стопу поставить на правое колено. На выдохе опустить левое колено вправо. Руки свободно раскинуть в стороны или опустить правую ладонь на левое колено. Нужно задержаться в позе на 30 секунд, а затем на вдохе вернуться в исходное положение. Повторить в другую сторону.



Источник изображений:

https://www.google.com/search?q=упражнение+скручивания+на+спине+&tbm=isch&ved=2ahUKEwjX9Pjq-d3xAhWHpYsKNX_ZCoEQ2-

cCegQIABAA&oq=упражнение+скручивания+на+спине+&gs_lcp=CgNpbWcQAzoECAAQHjoGCAAQCBAeOgQIABAYUIqTBVi6qQVg8qwFaABwAHgAgAFciAG1BZIBAjEwmAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWfAAQE&sclient=img&ei=u23sYJerDofLrgT_squICA&bih=658&biw=1326&client=opera&hs=R0M#imgsrc=Th6M0CtjtIpcJM

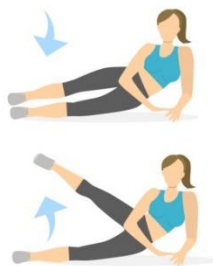
3 Комплекс упражнений на ноги и ягодицы:

- 1) Ягодичный мостик. Необходимо лечь на спину, согнув при этом ноги. Ступни нужно поставить на расстоянии 15–20 см от ягодиц. На выдохе нужно поднять таз вверх так, чтобы бедра и пресс образовали прямую линию, затем задержаться в верхней точке на несколько секунд и опуститься вниз.



Источник изображений: <https://strongshop.com.ua/bodibilding/uprazhneniya-bodibilding-a-i-fitnesa/trenirovka-nog/115-yagodichnyj-mostik>

- 2) Подъем ноги лежа на боку. Исходное положение – лежа на боку. Нижнюю руку можно согнуть в локте и подпереть ладонью голову. Можно просто вытянуть руку и полностью лечь. Ноги лежат друг на друге, нижняя чуть согнута для баланса. Верхнюю ногу нужно поднять вверх, насколько позволяет растяжка и вернуть обратно.



Источник изображений: <https://blog.pokupon.ua/ru/hochu-popu-kak-u-kim-prokachka-pjatoj-tochki-svoimi-silami/>

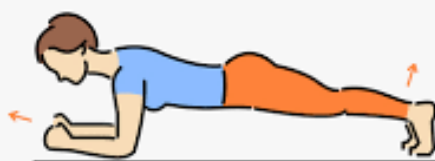
3) Упражнение «Кик». Необходимо встать на четвереньки, поднять согнутую ногу параллельно полу. Затем нужно опустить ногу вниз. Повторять упражнения поочередно на обе ноги.



Источник изображений: <https://goodlooker.ru/uprazhnenia-dlya-strojnyh-nog.html>

4 Комплекс упражнений на пресс

1) Планка. Необходимо встать на колени, затем упереться ладонями в пол, ноги вытянуть и поставить на носочки. Можно выполнять планку на выпрямленных руках или на локтях, но в любом случае, ладонь или локоть должны располагаться под плечом. Корпус нужно держать ровно, параллельно полу. В таком положении нужно стоять максимально возможное количество времени.



Источник изображений: <https://fitnessclubs.ru/uprazhnenie-planka.html>

2) Подъем ног со скручиванием. Исходное положение - лежа на спине, прижав поясницу к полу. Руки вытянуты вдоль корпуса, ладони можно для удобства убрать под ягодицы. На выдохе ноги нужно поднимать вверх перпендикулярно полу, затем оторвать таз и докрутить нижнюю часть тела на себя. После этого плавно опустить ноги вниз, не опуская до конца на пол.

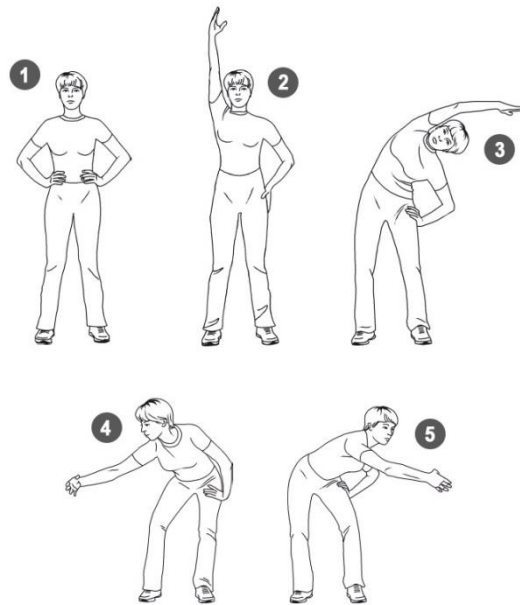


Источник изображений: <https://tony.ru/402177a-podyem-nog-sidya-skladka-tehnika-vyipolneniya-uprajnenie-dlya-pressa>

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

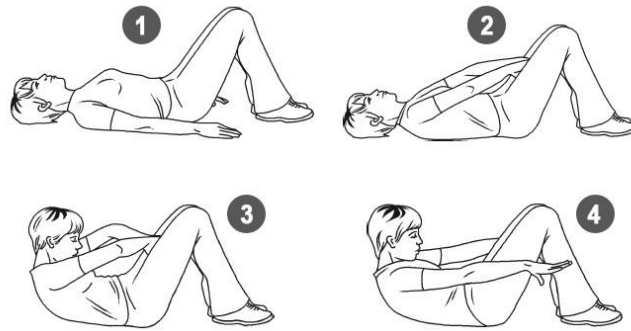
1. Упражнение на проработку косых мышц живота, мышц спины и плечевого пояса.

Исходное положение: стоя прямо, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Одну руку нужно поднять ровно над головой и выполнить наклон в противоположную сторону. После согнуть ноги в коленных суставах, напрягая при этом ягодичные мышцы, опустить руку перед собой и повернуться в противоположную сторону и вернуться в исходное положение. Повторить упражнение в другую сторону. Темп выполнения медленный, плавный. Количество повторений 25 счетов, с постепенным увеличением до 100 счетов в каждую сторону.



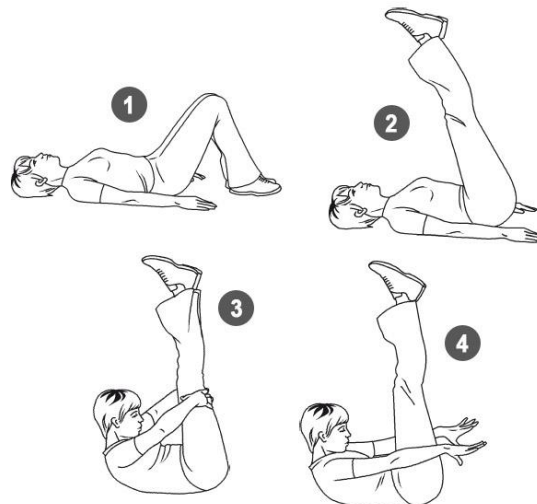
2. Упражнение для укрепления мышц живота, груди, шеи

Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях и сведены вместе, стопы прижаты к поверхности, руки расположены вдоль туловища. Необходимо взяться руками за внутреннюю поверхность бедер и максимально наклониться вперед, округляя шею и вытягивая голову. Затем руки перевести на наружную поверхность бедер параллельно полу и выполнять медленные движения вперед-назад с амплитудой не больше 1 см. Количество таких движений – 25-75 раз, после чего нужно вернуться в исходное положение.



3. Упражнение на мышцы пресса

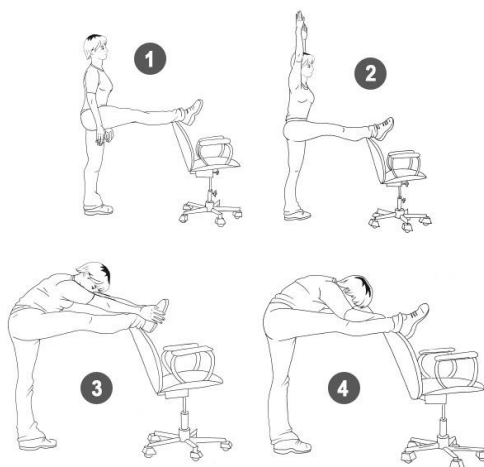
Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, стопы прижаты к поверхности, руки свободно расположены вдоль туловища. Для выполнения упражнения нужно ноги согнуть в коленных суставах и подтянуть к животу, после чего выпрямить их перпендикулярно поверхности. Руки расположить параллельно полу, корпус и плечевой пояс подтянуть навстречу нижним конечностям. Выполнять движения вперед-назад с амплитудой несколько сантиметров. Количество повторений – 25-50 раз.



4. Упражнение на растягивание мышц шеи, спины, нижних конечностей

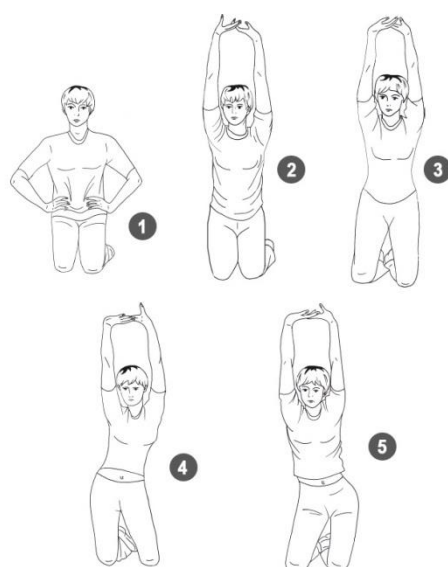
Исходное положение: лицом к опоре, положив на нее прямую правую ногу (примерно на уровне пояса), опорная нога также прямая, стопа слегка развернута наружу. Необходимо выпрямить руки параллельно поверхности пола и наклонить корпус максимально вперед, после чего выполнить плавные движения к вытянутой ноге с амплитудой несколько сантиметров.

Количество повторений - 10-50 раз. После нужно вернуться в исходное положение и повторить упражнение ко второй ноге.



5. Упражнение для укрепления мышц живота, ягодичной области и ног

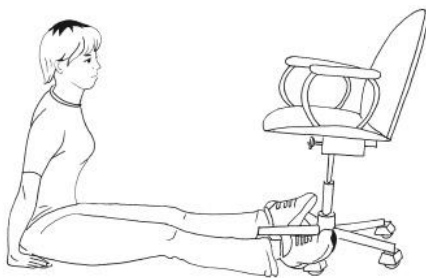
Исходное положение: стоя на коленях, подогнув ноги под себя, опустив ягодицы на пятки. Спина прямая. Руки расположены на поясе. Нужно руки поднять над головой и сомкнуть в замок ладонными поверхностями вверх. Таз поднять и слегка завести вперед. Выполнять плавные вращательные движения бедрами вправо и влево. Количество повторений - 5-10 раз.



6. Упражнение для укрепления мышц нижних конечностей

Исходное положение: сидя напротив стула или стола, прижав стопы вытянутых ног к ножкам опоры, выпрямив спину, округлив плечи.

Необходимо напрягать мышцы ног, максимально сжимая опору, после чего расслабить мышцы и повторить упражнение 25-50 раз.



Источник изображений: justsport.info

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Комплекс упражнений пауэр-йога:

1. Асана сумоиста (рудрасана).

Ноги нужно установить широко, пятками вовнутрь, а ладони на уровне груди сомкнуть в виде восточного приветствия. Медленно сгибая ноги, опустить тело, развернув бедра наружу. Данная техника позволяет укрепить мышцы бедер и икр.



Источник изображений: <https://goodlooker.ru/stili-yogi.html>

2. Асана воина (вирабхадрасана).

Необходимо одну ногу согнуть под прямым углом и сделать выпад вперед, а вторую выпрямить и плотно прижать к полу пяткой. Руки развести в стороны, локти направить назад. Затем резко сменить положение ног. В результате этого упражнения тренируются мышцы спины, бедер и икр.



Источник изображений: <http://www.fizkultura-vsem.ru/поза-«воина»-вирабхадрасана/>

3. Асана «шести точек», планка (кумбхакасана).

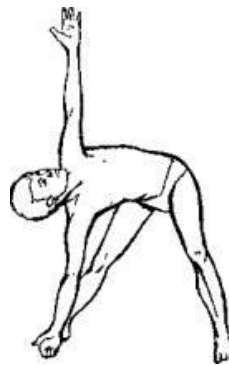
Нужно принять упор лежа, опираясь на локти и пальцы ног, напрячь мышцы пресса и ягодицы. В таком положении необходимо выстоять как можно дольше, после чего плавно опуститься на пол.



Источник изображений: <https://beauty-and-sport.ru/poza-planki-ili-kumbhakasana>

4. Асана «Треугольник» (триконасана)

Необходимо расставить ноги шире плеч (примерно метр). Левую стопу развернуть полностью в левую сторону, нагнуться корпусом влево и поднять правую руку вертикально вверх.левой рукой опереться на свод стопы или пол около нее. В этой позе нужно сделать 5-8 глубоких вдохов, а потом повторить все в другую сторону.



Источник изображений: <http://all-yoga.ru/page/trikonasana>

5. Асана «Дерево» (врикшасана)

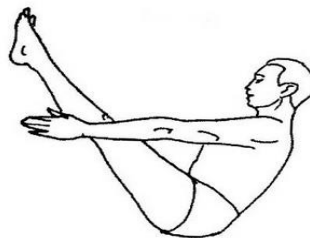
Упражнение выполняется в положении стоя, при котором ладони на уровне груди упираются одна в другую в восточном приветствии, а одна нога приподнимается и упирается стопой в бедро второй ноги. В подобной позе необходимо продержаться максимально долго.



Источник изображений: <https://yogatools.com.ua/article/padakhasana-vrikshasana-poza-dereva-pashchimatonasana/>

6. Асана «Лодка» (наवासана)

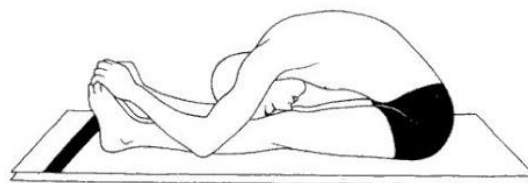
Для выполнения нужно лечь на спину и вытянуть руки вдоль тела. На выдохе плавно поднять голову, плечи, прямые ноги и руки вверх, оторвав их от пола. Носками ног и кончиками пальцев надо тянуться вперед и вверх, напрягая мышцы корпуса.



Источник изображений: <http://allavoronkova.com/paripurna-navasana/>

7. Асана младенца (пашчимотанасана)

Упражнение выполняется в положении сидя на коленях, опустившись ягодицами на пятки и протянув руки вперед. Лбом нужно коснуться пола, руки вытянуть максимально вперед. Данная асана позволяет расслабить организм и преодолеть психологический дистресс.



Источник изображений:

<http://vohuman.ru/yogaasany/paschimottanasana.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Танцевальная терапия в технике джайв.

Начинающим танцорам необходимо освоить 4 базовых элемента джайва:

1. Основное движение на месте;
2. Основное фоллавей движение;
3. Звено;
4. Смена мест.

Основное движение на месте

Партнер:

1. Шагаем левой ногой на месте
2. Шагаем правой ногой на месте
3. Шагаем левой ногой в сторону на носок
4. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
5. Шагаем левой ногой в сторону на носок
6. Шагаем правой ногой в сторону
7. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
8. Шагаем правой ногой в сторону

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой на месте
2. Шагаем левой ногой на месте
3. Шагаем правой ногой в сторону на носок
4. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
5. Шагаем правой ногой в сторону на носок
6. Шагаем левой ногой в сторону
7. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
8. Шагаем левой ногой в сторону

Основное фоллавей движение

Партнер:

1. Шагаем левой ногой назад в фоллавей позицию с носка

2. Шагаем правой ногой на месте
3. Шагаем левой ногой в сторону на носок
4. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
5. Шагаем левой ногой в сторону
6. Шагаем правой ногой в сторону на носок
7. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
8. Шагаем правой ногой в сторону

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад в фоллавей позицию с носка
2. Шагаем левой ногой на месте
3. Шагаем правой ногой в сторону на носок
4. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
5. Шагаем правой ногой в сторону
6. Шагаем левой ногой в сторону на носок
7. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
8. Шагаем левой ногой в сторону

Звено

Партнер:

1. Шагаем левой ногой назад
2. Шагаем правой ногой на месте
3. Шагаем левой ногой вперед на носок
4. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
5. Шагаем левой ногой вперед
6. Шагаем правой ногой в сторону на носок
7. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
8. Шагаем правой ногой в сторону

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад
2. Шагаем левой ногой на месте

3. Шагаем правой ногой вперед на носок
4. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
5. Шагаем правой ногой вперед
6. Шагаем левой ногой в сторону на носок
7. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
8. Шагаем левой ногой в сторону

Смена мест справа налево

Партнер:

1. Шагаем левой ногой назад в фоллавей позицию
2. Шагаем правой ногой на месте
3. Шагаем левой ногой в сторону в променадную позицию на носок
4. Приставляем правую ногу в променадную позицию на носок
5. Шагаем левой ногой в сторону в променадной позиции
6. Шагаем правой ногой вперед на носок
7. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
8. Шагаем правой ногой вперед

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад в фоллавей позицию
2. Шагаем левой ногой на месте
3. Шагаем правой ногой в сторону на носок
4. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
5. Шагаем правой ногой в сторону
6. Шагаем левой ногой в сторону на носок
7. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
8. Шагаем левой ногой в сторону

Смена мест слева направо

Партнер:

1. Шагаем левой ногой назад
2. Шагаем правой ногой на месте

3. Шагаем левой ногой вперед на носок, начинаем поворот вправо
4. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
5. Шагаем левой ногой назад и немного в сторону, заканчиваем поворот вправо
6. Шагаем правой ногой вперед на носок
7. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
8. Шагаем правой ногой вперед

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад
2. Шагаем левой ногой на месте
3. Шагаем правой ногой вперед на носок, начинаем поворот влево
4. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок
5. Шагаем правой ногой назад и немного в сторону, заканчиваем поворот влево
6. Шагаем левой ногой вперед на носок
7. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок
8. Шагаем левой ногой вперед

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Комплекс движений ча-ча-ча:

1. Спот поворот вправо;
2. Ча-ча-ча шассе;
3. Ча-ча-ча лок;
4. Спот поворот влево;
5. Закрытое основное движение;
6. Открытое основное движение.

Спот поворот вправо.

Партнер:

1. Шагаем левой ногой вперед накрест, поворачиваемся и заканчиваем левой ногой назад и немного в сторону (счет два)
2. Шагаем правой ногой на месте, переносим вес (счет три)
3. Шагаем левой ногой в сторону (счет четыре)
4. Приставляем правую ногу к левой ноге (счет и)
5. Шагаем левой ногой в сторону (счет раз)

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой вперед накрест, поворачиваемся и заканчиваем правой ногой назад и немного в сторону (счет два)
2. Шагаем левой ногой на месте, переносим вес (счет три)
3. Шагаем правой ногой в сторону (счет четыре)
4. Приставляем левую ногу к правой ноге (счет и)
5. Шагаем правой ногой в сторону (счет раз)

Ча-ча-ча шассе вправо

Партнер и партнерша:

1. Шагаем правой ногой в сторону, правое колено согнуто, бедра начинают двигаться вправо (счет четыре)
2. Левая нога приставляется к правой ноге, оба колена согнуты, бедра посередине (счет и)

3. Шагаем правой ногой в сторону, оба колена выпрямлены, бедра влево (счет раз)

Ча-ча-ча шассе влево

Партнер и партнерша:

1. Шагаем левой ногой в сторону, левое колено согнуто, бедра начинают двигаться влево (счет четыре)

2. Правая нога приставляется к левой ноге, оба колена согнуты, бедра посередине (счет и)

3. Шагаем левой ногой в сторону, оба колена выпрямлены, бедра вправо (счет раз)

Ча-ча-ча Лок вперед с правой ноги

Партнер и партнерша:

1. Шагаем правой ногой вперед, правое плечо ведущее, правое колено прямое, бедра начинают двигаться вправо (счет четыре)

2. Левую ногу закрепляем сзади правой ноги на носок, оба колена согнуты, бедра посередине (счет и)

3. Шагаем правой ногой вперед, правое плечо ведущее, оба колена выпрямлены, бедра вправо (счет раз)

Ча-ча-ча Лок вперед с левой ноги

Партнер и партнерша:

1. Шагаем левой ногой вперед, левое плечо ведущее, левое колено прямое, бедра начинают двигаться влево (счет четыре)

2. Правую ногу закрепляем сзади левой ноги на носок, оба колена согнуты, бедра посередине (счет и)

3. Шагаем левой ногой вперед, левое плечо ведущее, оба колена выпрямлены, бедра влево (счет раз).

Ча-ча-ча Лок назад с левой ноги

Партнер и партнерша:

1. Шагаем левой ногой назад, левое плечо ведущее, левое колено прямое, бедра начинают двигаться влево (счет четыре)
2. Правую ногу закрепчиваем впереди левой ноги, оба колена согнуты, бедра посередине (счет и)
3. Шагаем левой ногой назад, левое плечо ведущее, оба колена выпрямлены, бедра влево (счет раз)

Ча-ча-ча Лок назад с правой ноги

Партнер и партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад, правое плечо ведущее, правое колено прямое, бедра начинают двигаться вправо (счет четыре)
2. Левую ногу закрепчиваем впереди правой ноги, оба колена согнуты, бедра посередине (счет и)
3. Шагаем правой ногой назад, правое плечо ведущее, оба колена выпрямлены, бедра вправо (счет раз)

Спот поворот влево.

Партнер:

1. Шагаем правой ногой вперед накрест,поворачиваемся и заканчиваем правой ногой назад и немного в сторону (счет два)
2. Шагаем левой ногой на месте, перенос веса на месте (счет три)
3. Шагаем правой ногой в сторону (счет четыре)
4. Приставляем левую ногу к правой ноге (счет и)
5. Шагаем правой ногой в сторону (счет раз)

Партнерша:

1. Шагаем левой ногой вперед накрест,поворачиваемся и заканчиваем левой ногой назад и немного в сторону (счет два)
2. Шагаем правой ногой на месте, перенос веса на месте (счет три)
3. Шагаем левой ногой в сторону (счет четыре)

4. Приставляем правую ногу к левой ноге (счет и)
5. Шагаем левой ногой в сторону (счет раз)

Закрытое основное движение.

Партнер:

1. Шагаем левой ногой вперед, носок развернут (счет два)
2. Шагаем правой ногой на месте, переносим вес (счет три)
3. Шагаем левой ногой в сторону (счет четыре)
4. Правая нога приставляется к левой ноге (счет и)
5. Шагаем левой ногой в сторону (счет раз)
6. Шагаем правой ногой назад (счет два)
7. Шагаем левой ногой на месте, переносим вес (счет три)
8. Шагаем правой ногой в сторону (счет четыре)
9. Левую ногу приставляем к правой ноге (счет и)
10. Шагаем правой ногой в сторону (счет раз)

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад (счет два)
2. Шагаем левой ногой на месте, переносим вес (счет три)
3. Шагаем правой ногой в сторону (счет четыре)
4. Левую ногу приставляем к правой ноге (счет и)
5. Шагаем правой ногой в сторону (счет раз)
6. Шагаем левой ногой вперед, носок развернут (счет два)
7. Шагаем правой ногой на месте, переносим вес (счет три)
8. Шагаем левой ногой в сторону (счет четыре)
9. Правая нога приставляется к левой ноге (счет и)
10. Шагаем левой ногой в сторону (счет раз)

Открытое основное движение

Партнер:

1. Шагаем левой ногой вперед, носок развернут (счет два)
2. Шагаем правой ногой на месте, перенос веса (счет три)

3. Шагаем левой ногой назад (счет четыре)
4. Правую ногу закрепчиваем перед левой ногой (счет и)
5. Шагаем левой ногой в сторону (счет раз)
6. Шагаем правой ногой назад (счет два)
7. Шагаем левой ногой на месте, перенос веса (счет три)
8. Шагаем правой ногой в сторону (счет четыре)
9. Закречиваем левую ногу сзади правой ноги (счет и)
10. Шагаем правой ногой в сторону (счет раз)

Партнера:

1. Шагаем правой ногой назад (счет два)
2. Шагаем левой ногой на месте, перенос веса (счет три)
3. Шагаем правой ногой в сторону (счет четыре)
4. Закречиваем левую ногу сзади правой ноги (счет и)
5. Шагаем правой ногой в сторону (счет раз)
6. Шагаем левой ногой вперед, носок развернут (счет два)
7. Шагаем правой ногой на месте, перенос веса (счет три)
8. Шагаем левой ногой назад (счет четыре)
9. Правую ногу закрепчиваем перед левой ногой (счет и)
10. Шагаем левой ногой в сторону (счет раз)

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Комплекс движений в стиле венского вальса

Основные движения:

1. Правый поворот
2. Левый поворот
3. Перемена вперед
4. Перемена назад

Правый поворот (натуральный)

Исходное положение – закрытая позиция в паре. Партнер начинает и заканчивает танец, находясь лицом по диагонали от центра. Ноги – в 6-й позиции.

Партнер:

1 такт.

1. Шагаем правой ногой с каблука по линии танца; в конце первого шага корпус из позиции диагональ к центру разворачивается по линии танца (счет раз)
2. Шагаем левой ногой в сторону по линии танца. Стопа ставится на носок; корпус из позиции линии танца разворачивается спиной к центру (счет два)
3. Подтягиваем правую ногу к левой ноге в 6-ю позицию. В конце третьего шага корпус поворачивается диагональ от центра (счет три)

2 такт.

1. Шагаем левой ногой назад и немного в сторону; в этот момент пересекаем линию танца; отталкиваемся каблуком правой ноги (счет раз)
2. Боковой шаг правой ногой по линии танца; стопа ставится на носок; корпус разворачивается лицом к центру (счет два)
3. Подтягиваем левую ногу к правой в 6-ю позицию, остаемся лицом по диагонали к центру (счет три)

Партнерша:

1 такт.

1. Шагаем левой ногой назад и немного в сторону; в этот момент пересекаем линию танца; отталкиваемся каблуком правой ноги (счет раз)

2. Боковой шаг правой ногой по линии танца; стопа ставится на носок; корпус разворачивается лицом к центру (счет два)

3. Подтягиваем левую ногу к правой ноге в 6-ю позицию, остаемся лицом по диагонали к центру (счет три)

2 такт.

1. Шагаем правой ногой с каблука по линии танца; в конце первого шага корпус из позиции по диагонали к центру разворачивается по линии танца (счет раз)

2. Шагаем левой ногой в сторону по линии танца; стопа ставится на носок; корпус из позиции линии танца разворачивается спиной к центру (счет два)

3. Подтягиваем правую ногу к левой ноге в 6-ю позицию; в конце третьего шага корпус поворачивается до позиции по диагонали от центра (счет три)

Левый поворот (обратный)

Левый поворот рекомендуется танцевать либо по длинной стороне зала, либо по диагонали.

Исходное положение — пара стоит в закрытой позиции лицом по линии танца. Ноги в 6-й позиции.

Партнер:

1 такт.

1. Шагаем левой ногой с каблука вперед по линии танца с небольшим поворотом корпуса влево (счет раз)

2. Боковой шаг правой ногой по линии танца; нога ставится на носок (счет два)

3. Продолжаем поворачивать корпус влево, подтягиваем левую ногу накрест впереди правой (счет три)

2 такт.

1. Правой ногой делаем шаг назад по диагонали к центру с поворотом корпуса влево (счет раз)

2. Левую ногу подводим к правой ноге и делаем боковой шаг по линии танца (счет два)

3. Подтягиваем правую ногу к левой ноге в 6-ю позицию; корпус поворачиваем лицом по линии танца (счет три)

Партнерша:

1 такт.

1. Правой ногой делаем шаг назад по диагонали к центру с поворотом корпуса влево (счет раз)

2. Левую ногу подводим к правой ноге и делаем боковой шаг по линии танца (счет два)

3. Подтягиваем правую ногу к левой ноге в 6-ю позицию; корпус поворачиваем лицом по линии танца (счет три)

2 такт.

1. Шагаем левой ногой с каблука вперед по линии танца с небольшим поворотом корпуса влево (счет раз)

2. Боковой шаг правой ногой по линии танца; нога ставится на носок) (счет два)

3. Продолжаем поворачивать корпус влево, подтягиваем левую ногу накрест впереди правой (счет три)

Перемена вперед из правого (натурального) поворота в левый (обратный) поворот

Партнер:

1. Шагаем правой ногой с каблука вперед по линии танца в противодвижение корпуса (счет раз)

2. Проходящий шаг левой ноги на носок вперед и немного влево (счет два)
3. Правую ногу приставляем на носок к левой ноге и в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой с каблука вперед по линии танца в противодвижение корпуса (счет раз)
2. Проходящий шаг левой ноги на носок вперед и немного влево (счет два)
3. Правую ногу приставляем на носок к левой ноге и в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

Перемена вперед из левого (реверсивного) поворота в правый (натуральный) поворот

Партнер:

1. Шагаем правой ногой с каблука вперед по линии танца в противодвижение корпуса (счет раз)
2. Проходящий шаг левой ноги на носок вперед и немного влево (счет два)
3. Правую ногу приставляем на носок к левой ноге и в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад по линии танца; вес полностью переносим на правую ногу в противодвижение корпуса (счет раз)
2. Проходящий шаг левой ногой назад и немного влево; ноги ставим на носок (счет два)
3. Приставляем правую ногой к левой на носок; в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

Перемена назад из правого поворота (натурального) в левый (обратный) поворот

Партнер:

1. Шагаем левой ногой назад по линии танца в противодвижение корпуса (счет раз)
2. Проходящий шаг правой ногой на носок назад и немного вправо (счет два)
3. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок; в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

Партнерша:

1. Шагаем левой ногой с каблука вперед по линии танца приставной шаг левой ногой к правой на полупалец, и в конце счета опуститься на всю стопу (счет раз)
2. Проходящий шаг правой ногой на носок вперед и немного вправо (счет два)
3. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок, и в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

Перемена назад из левого (обратного) поворота в правый (натуральный) поворот

Партнер:

1. Шагаем левой ногой с каблука вперед по линии танца в противодвижение корпуса (счет раз)
2. Проходящий шаг правой ногой на носок вперед и немного вправо (счет два)
3. Приставляем левую ногу к правой ноге на носок, и в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

Партнерша:

1. Шагаем правой ногой назад по линии танца; вес полностью переносим на правую ногу в противодвижение корпуса (счет раз)

2. Проходящий шаг левой ногой назад и немного влево; ноги ставим на носок (счет два)
3. Приставляем правую ногу к левой ноге на носок; в конце счета опускаемся на всю стопу (счет три)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОНЕЦКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М.ГОРЬКОГО

Кафедра анатомии человека

Информированное добровольное согласие на использование
персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) согласен (на) принять участие в научном исследовании. Я полностью проинформирован (а) исследователем о целях, содержании и методах исследования. Я подробно ознакомился (ась) с содержанием Информированного согласия на исследование. Я даю согласие на проведение научного исследования, использование и обработку моих персональных данных, хранение их на бумажных и электронных носителях.

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 «___» _____ 201__ г.

Участник _____ (подпись участника)

Исследователь _____ (подпись исследователя)