

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

На правах рукописи

ПАЦКАНЬ ИГОРЬ ИВАНОВИЧ

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

**МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ
(патогенез, диагностика, симптоматология, профилактика, психокоррекция)**

14.03.03 – патологическая физиология

19.00.04 – медицинская психология

Диссертация

на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:

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

Киосева Елена Викторовна,
доктор медицинских наук, доцент

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

Донецк — 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВСТУПЛЕНИЕ.....	6
РАЗДЕЛ 1. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ..	20
1.1. Современные представления о проблеме расстройств адаптации у студенческой молодежи.....	20
1.2. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика проблемы расстройств адаптации у лиц молодого возраста.....	30
1.3. Особенности кризисных состояний у студенческой молодежи начальных курсов.....	39
1.4. Патогенетические механизмы развития расстройств адаптации у студентов первого года обучения.....	46
1.5. Состояние проблемы употребления психоактивных веществ лицами молодого возраста в мире.....	52
1.6. Наставничество, как фактор медико-социальной помощи студенческой молодежи.....	59
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	78
2.1. Дизайн исследования и общая характеристика обследованного контингента.....	78
2.2. Характеристика методов исследования.....	94
РАЗДЕЛ 3. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	103
3.1 Социально-демографические и клинико-анамнестические особенности студенческой молодежи.....	103
3.2. Патофизиологические аспекты особенностей психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста.....	108
3.3. Особенности патофизиологического аспекта психопатологической симптоматики у студентов первого года обучения в университете при расстройствах адаптации.....	113
3.4 Патоперсонологическая характеристика студенческой молодежи с расстройствами адаптации.....	123

РАЗДЕЛ 4. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	137
4.1. Копинг-стратегии у лиц молодого возраста с расстройствами адаптации имеющих опыт табакокурения	137
4.2. Аддиктивный статус студентов университета первого года обучения	141
4.3 Гендерные особенности соматизации и тревожности у лиц молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления психоактивных веществ.....	145
4.4.Патофизиологические особенности жизнестойкости студентов младших курсов.....	152
РАЗДЕЛ 5. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ С НАРУШЕНИЯМИ И РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ.....	167
5.1. Патогенетические механизмы формирования табачной зависимости у студенческой молодёжи с нарушениями и расстройствами адаптации.....	168
5.2. Патогенетические механизмы анорексигенного эффекта табакокурения у студенческой молодёжи с нарушениями и расстройствами адаптации.....	195
5.3 Патогенетические механизмы влияния табакокурения на процессы обучения и формирование памяти у студенческой молодёжи с нарушениями и расстройствами адаптации.....	204
РАЗДЕЛ 6. ПРОГНАЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ. ПРОГНАЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ. ПРОГНАЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ.	219
6.1 Математическая модель прогнозирования риска развития адаптационных нарушений у лиц молодого возраста.	219
6.2 Математическая модель прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста.	230
6.3Математическая модель прогнозирования возникновения табакокурения у лиц молодого возраста.	236
РАЗДЕЛ 7. МОДЕЛЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО–СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (ПСИХОГИГИЕНА, ПРИХОПРОФИЛАКТИКА, ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ) РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ, ИМЕЮЩЕЙ ОПЫТ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ...	246

7.1. Принципы системы модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста при расстройствах адаптации, имеющих опыт табакокурения.....	246
7.2. Психопревенция нарушений и расстройств адаптации у лиц первого года обучения, имеющих опыт табакокурения.....	261
7.3. Психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) в университете, как управление траекторией развития студенческой молодежи и формирования здорового образа жизни у лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения...	266
7.4. Психопреентивные, психолого-педагогические (наставничество) мероприятия модели системы медико-социальной помощи студенческой молодежи.....	272
7.5 Алгоритм системы медико-социальной помощи. Эффективность психотерапии и психокоррекции нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих опыт табакокурения.....	285
АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	306
ВЫВОДЫ.....	323
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	330
ПРИЛОЖЕНИЯ. ПРИЛОЖЕНИЕ А (КОС)	402
ПРИЛОЖЕНИЯ. ПРИЛОЖЕНИЕ В («Гид первокурсника»)	443

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ПАВ	психоактивные вещества
ВОЗ	Всемирная организация здоровья
ТСО	технические средства обучения
ESPAD	Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ
МВА	мотивационная модель употребления алкоголя
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
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
СПИД	синдром приобретенного иммунного дефицита
МКБ-11	Международная статистическая классификация болезней и связанных нарушений состояния здоровья (11-е издание) (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)
МЗ ДНР	Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
DVD	оптический носитель информации
SMS	служба коротких сообщений
ВУЗ	Высшее учебное заведение
МВД	Министерство внутренних дел
МАН	Малая академия наук
РА	расстройства адаптации
ГЭБ	гематоэнцефалический барьер
ЦНС	центральная нервная система
АКТГ	адренокортикотропный гормон
ВОП	вентральная область покрышки
РНК	рибонуклеиновая кислота
АД	артериальное давление
ЧСС	частота сердечных сокращений
DSM-3	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 3-го издания
DSM-4	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 4-го издания
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test — тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный в 1989 году рабочей группой ВОЗ
DSM-5	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-го издания
SCL-90-R	Шкала Symptom Check List-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001

ВСТУПЛЕНИЕ

Актуальность темы. Расстройство адаптации – это связанное со стрессом состояние, симптомы которого обычно развиваются в ответ на конкретное событие или ситуацию и представлены разнообразным спектром проявлений: от донозологических нарушений (ощущения субъективного дистресса, изменение настроения без видимых причин, необоснованное чувство вины, которые нарушают ежедневную деятельность и эффективность работы) до клинически очерченных нарушений с различными психопатологическими проявлениями, мотивационными и коммуникативными нарушениями, аффективными расстройствами тревожно-депрессивного характера, выраженными нарушениями поведения.

По данным ряда авторов отечественных и зарубежных исследователей частота встречаемости расстройств адаптации в различных возрастных группах варьирует от 11-18% до 10-35% (R. Mazurkiewicz, 2012; P. M. Mommersteeg, 2012; L. de Azevedo Guido et al., 2012; G. S. de Oliveira et al., 2013; P. Casey, 2014; S. M. Olson, 2014; B. D. Kelly, 2016). У студенческой молодежи, по научным данным, расстройства адаптации выявляются в 14-21% случаев (Н. А. Шифнер, 2011; Н. Г. Пшук, 2015; Г. А. Мысина, 2016; Е. В. Киосева, 2017), которые связаны тем, что период обучения сопряжен с одним из самых кризисных периодов в жизни человека, во время которого происходит процесс завершения становления личности, а также с высокими требованиями образовательного учреждения к механизмам психической адаптации в университете.

В свою очередь, нарушения и расстройства адаптации оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни лиц молодого возраста, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, проявляющихся в психологических затруднениях и социальных конфликтах, сопровождающихся развитием различных форм зависимостей, возникновением отклоняющегося и суицидального поведения (Л. В. Жукова, 2016).

Степень разработанности темы. Общеизвестно, что студенческий период у лиц молодого возраста характеризуется манифестацией и развитием

психических заболеваний, различных состояний психологической декомпенсации (М. В. Москова, 2008; В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова, 2011, 2013; В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев, 2009; И. В. Лещина, 2015; Т. П. Мозговая, 2016; Г. А. Игнатенко, 2021), что вызывает активный поиск средств для снятия психоэмоционального напряжения и приводит к формированию разнообразных стратегий преодоления стрессовых ситуаций, чаще с применением ПАВ. Увеличение распространения употребления студенческой молодежью ПАВ, неблагоприятным образом влияя на здоровье молодого поколения, является острой и актуальной медико-социальной проблемой современного общества (К. В. Аймедов, 2014; Е. В. Кришталь 2015; Н. О. Марута, 2015).

В Донецкой Народной Республике использование молодежью ПАВ имеет схожие основания среди стран ближнего и дальнего зарубежья (И. В. Линский, 2009; L. Rabinovich, 2009; С. И. Табачников, 2009, 2011 – 2015; Е. Н. Харченко, 2011 – 2015; Е. L. Osterberg, 2011; А. М. Виевский, 2012; Е. С. Осуховская, 2012; И. С. Рыткис, 2013; Т. П. Тананакина, 2017, Е. В. Киосева, 2017). По данным ВОЗ, алкоголь – самое распространенное ПАВ среди лиц молодого возраста. Причиной смертности и инвалидизации двух третей юношей и девушек служит отравление алкоголем или несчастные случаи вследствие опьянения (L. Rabinovich, 2009; В. Д. Строков, 2011, 2013; Ю. Е. Разводовский, 2011). Одним из самых распространенных видов ПАВ также является и табак: 51,5% молодых людей в возрасте 15-17 лет курит постоянно, и более 500 тысяч ежегодно присоединяются к табакокурению. Ситуация ухудшается тем, что они почти одновременно принимают алкоголь и табак. В то же время, прием ПАВ является коморбидной составляющей нарушений и расстройств адаптации, особенно у лиц молодого возраста, имеет тенденцию к росту частоты во всем мире (Т. Н. Каневская, 2011; И. В. Аксючиц, 2011; В. В. Аршинова, 2012; Е. С. Осуховская, 2012; И. С. Рыткис, 2013; Е. В. Воронина, 2015).

Решающую роль в коррекции нарушений и расстройств адаптации играет психотерапия и психопревенция, а в их предупреждении – психолого-педагогическое сопровождение (П. Г. Андрух, В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов,

2010; П. И. Сидоров, 2010; Н. А. Бохан 2010, 2015; А. М. Кожина, 2012, 2015; М. В. Маркова, 2015; В. В. Чугунов, 2015; Е. В. Киосева, 2017; Г. А. Игнатенко, 2021).

Исходя из вышеизложенного, разработка новых форм стратегий развития своевременной диагностики, психотерапии и психопревенции нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста с учетом аддиктивного фона и гендерных особенностей, является актуальной, своевременной и относится к ведущим задачам государства в области охраны здоровья населения.

Цель исследования – с позиций биопсихосоциального подхода к изучению причин, механизмов и принципов формирования расстройств адаптации у молодежи научно обосновать и разработать модель системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста.

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

1. Исследовать социально-демографические особенности, осуществить общую скрининговую оценку психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у лиц молодого возраста.

2. Определить особенности функциональной психоэмоциональной сферы у респондентов.

3. Оценить аддиктивный статус студентов в гендерном аспекте и его взаимосвязь с нарушениями и расстройствами адаптации в качестве аггравирующего фона.

4. Выявить патофизиологические, клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности проявлений расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих опыт употребления ПАВ.

5. Исследовать взаимосвязь между степенью проявлений адаптационных нарушений, выраженностью сопутствующих психопатологических радикалов, копинг-стратегиями, гендерных различий респондентов и определить патогенетические звенья расстройств адаптации у лиц, имеющих опыт употребления ПАВ.

6. Разработать математические модели прогнозирования риска развития адаптационных нарушений, риска развития расстройств адаптации, риска возникновения табакокурения у лиц молодого возраста.

7. Научно обосновать, разработать и внедрить модель системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющими опыт табакокурения.

Объект исследования– адаптационные нарушения и расстройства у студентов младших курсов, склонных к аддиктивному поведению.

Предмет исследования – причины, механизмы, принципы формирования и психопатологические особенности адаптационных нарушений и расстройств у студентов младших курсов, склонных к употреблению ПАВ.

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

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

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

Для оценки психоэмоционального состояния и социальной активности - методику «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН) (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния (В. О. Доскин и соавт. 1973).

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

Исследование характера употребления ПАВ было построено на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2019, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МБА) В. Ю. Завьялова (1988). Комплексная оценка аддиктивного статуса изучена с помощью следующих методик:

1. AUDIT (AlcoholUseDisordersIdentificationTest, 1989)– тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);
2. STIMULANTS-UDIT (StimulantsUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина, в т. ч. из официальных препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и др.);
3. TOBACCO-UDIT (TobaccoUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака;
4. OPIATES-UDIT (OpiatesUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением опиоидов (вытяжка из мака, героин, трамадол и др.);
5. SOLVENTS-UDIT (SolventsUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением летучих органических растворителей (эфира, бензина, ацетона, клея «Момент» и др.).

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

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

Удовлетворенность жизнью изучалась по «Шкале удовлетворенности жизнью» («SatisfactionwithLifeScale», SWLSE. Dieneretal., 1985, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008).

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

Статистическую обработку полученных результатов проводилась при помощи пакета программ «Statistica for Windows 12.0». Проверка нормальности распределения осуществлялась методом Шапиро-Уилки (2006). Групповые показатели рассчитывались описательной статистикой: для нормального распределения – средняя арифметическая величина (M), стандартное отклонение (SD), минимум (min) и максимум (max) значений в выборке. Для ненормального распределения определялась медиана (Me), нижний (q25) и верхний квартили (q75); коэффициент вариации. Для оценки различий между средними величинами в группах сравнения применялся непараметрический тест Манна-Уитни (2006); для определения взаимосвязи между значениями использовался коэффициент корреляции ранга Спирмена (2006); рассчитывалось абсолютное значение, % доли (P%), критерий Крускала – Уоллиса. Формат предоставленных данных в тексте и таблицах следующий: $M \pm SD$; (min-max); Me =; (q25 – q75); K-W: H; p-level.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

- впервые обобщено и расширено теоретическое и эмпирическое исследование проблемы нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста с опытом употребления ПАВ, как сферы компетенции патофизиологии и медицинской психологии;
- впервые обобщены ведущие патопсихологические проявления нарушений и расстройств адаптации у студенческой молодежи с помощью унифицированного диагностического инструмента, что позволило выявить весь спектр разнообразной психозадаптационной симптоматики и особенности фоновой аддикции;
- впервые уточнены и расширены особенности функционального психоэмоционального состояния лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, представлена общая скрининговая оценка

психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики в гендерном аспекте, что позволило выделить доминирующие факторы риска и механизмы формирования психодезадаптационных состояний для их дальнейшей психогигиены, психопрофилактики и психокоррекции;

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

- впервые разработаны и математические модели прогнозирования: риска развития адаптационных нарушений у лиц молодого возраста, риска развития адаптационных расстройств у лиц молодого возраста, возникновения табакокурения у лиц молодого возраста

- впервые обоснована целесообразность и доказана эффективность модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста с элементами психолого-педагогического сопровождения (наставничества).

Зарегистрированы рационализаторские предложения: №4 «Использование рисуночных техник в психологической диагностике», №5 «Метод индивидуализированной психоэмоциональной коррекции постстрессовых расстройств: рационализаторское предложение» и №6 «Шкала локус-контроля в области межличностных отношений».

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов заключается в обосновании, разработке и внедрении модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста с элементами психолого-педагогического сопровождения (наставничества) при нарушениях и расстройствах адаптации, 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, обобщенная и расширенная концепция патогенеза и саногенеза нарушений и расстройств адаптации с учетом аддиктивного фона легла в основу разработки и внедрения в практику индивидуального психолого-педагогического сопровождения (наставничества), которое способствует оптимизации учебно-воспитательного процесса в образовательных организациях высшего профессионального образования, улучшению психосоциальной адаптации лиц молодого возраста первого года обучения в студенческой среде и образовательном пространстве вуза. Используется в педагогическом процессе деканатов (лечебного факультета №1, медико-фармацевтического факультета), кафедрах анатомии человека им. проф. Довгялло Н.Д., фармацевтической и медицинской химии.

Основные результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность учреждений здравоохранения: «Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики» (акт внедрения от 10.01.2020); «Городской психоневрологический диспансер г. Донецка Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики» (акт внедрения от 12.02.2020); в педагогический процесс кафедр: анатомии человека им. проф. Довгялло Н.Д. ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (акт внедрения от 14.01.2020); кафедра фармацевтической и медицинской химии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (акт внедрения от 09.01.2020).

Положения, выносимые на защиту:

1. Лица молодого возраста, обучающиеся на первом курсе университета, характеризуются склонностью к проявлениям донозологических форм нарушений и расстройств адаптации. Ведущее место в генезисе дезадаптационных состояний у студенческой молодежи занимают субклинические формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально лабильного, соматовегетативного спектра, являясь

предикторами формирования клинической симптоматики расстройств адаптации.

2. Студентам первого курса университета присущи аддиктивные формы поведения, в большей степени употребление слабоалкогольных напитков и табакокурение.
3. Для лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ, характерна взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, выраженностью сопутствующих психопатологических радикалов, копинг-стратегиями и гендерными особенностями соматизации и тревожности.
4. Причиной нарушения процессов саморегуляции и успешной адаптации в ситуациях фрустрации у первокурсников выступают ограничения в стратегиях когнитивной и поведенческой адаптации, преодоление негативных переживаний за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной погруженности в нее. Копинг-стиль практически здоровых студентов определяется позитивным переформулированием и личностным ростом, планированием и активным совладанием.
5. Используя принципы доказательной медицины можно прогнозировать риск развития адаптационных нарушений и расстройств адаптации, риск возникновения табакокурения у лиц молодого возраста.
6. Актуально применение модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста путем комбинированного сочетания психотерапевтических технологий и психолого-педагогического сопровождения (наставничества) для студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющей опыт употребления ПАВ, в частности табакокурение.

Личный вклад соискателя. Диссертация является самостоятельной научной работой. Автором осуществлены все представленные в работе исследования, обоснованно направление, основные теоретические положения, цели и задачи работы, проведен аналитический обзор отечественных и

зарубежных источников по теме диссертационного исследования. Лично автором осуществлен отбор лиц для исследования. После получения информированного согласия на их участие в исследовании в течение 2019 года, проведено комплексное обследование 515 студентов. Автором самостоятельно сформирована база данных полученных результатов, их анализ и научная интерпретация, а также предложена, научно обоснована модель системы медико-социальной помощи студенческой молодежи при расстройствах адаптации, отягощенных аддиктивным фоном. Докторантом также лично разработаны основные практические и теоретические положения работы, сформулированы выводы и практические рекомендации. Полученные результаты представлены в виде научных публикаций в профессиональных журналах и самостоятельно изложены докторантом в диссертационном исследовании. В работах, выполненных в соавторстве, реализованы идеи соискателя. Вклад автора в статьи, написанные в соавторстве приведены в списке работ в конце автореферата. В процессе выполнения работы не использованы идеи и разработки соавторов.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечена четкой постановкой цели и задач исследования, репрезентативностью и большим объемом выборки, использованием апробированных психодиагностических методик, а также применением адекватных исследованию математико-статистических методов анализа данных: параметрических (критерий Стюдента), непараметрических (критерий Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса), кластерный анализ методом «k-срединных», корреляционного анализа по Спирмену, факторного анализа (анализ главных компонент), регрессионного анализа.

Тема диссертации и научные консультанты утверждены на заседании Учёного совета Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (протокол № 6 от 09.12.20 г., протокол № 5 от 04.06.21 г.).

Материалы диссертации заслушаны, обговорены и рекомендованы к представлению в Диссертационный совет Д 01.022.05 на апробационном

семинаре по патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол № 3 от 10 сентября 2021 г.

Основные теоретико-методологические положения, практические результаты и выводы исследования докладывались и обсуждались на заседаниях кафедры патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО, а также на следующих республиканских и международных конференциях, форумах и симпозиумах:

1. Пацкань, И. И. Особенности адаптации студентов первого курса к учебному процессу, с учетом нахождения их в зоне военного конфликта в период заключительного года обучения в средней школе [Текст] / И. И. Пацкань, В. Н. Прокофьева, Н. В. Киосев // Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015 –29-30 октября 2015 г. – Донецк, 2015. – С. 220–221.
2. Пацкань, И. И. Организация полноценного обучения и жизнеобеспечения студентов в военное время как результат эффективной деятельности научно-педагогического коллектива вуза / И. И. Пацкань // Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015 –29-30 октября 2015 г. – Донецк, 2015.
3. Пацкань, И. И. Особенности организации быта и студенческого самоуправления в общежитиях ДОННМУ в условиях военного времени / И. И. Пацкань, М. А. Карпенко, Р. В. Скоробогатый // Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015 –29-30 октября 2015 г. – Донецк, 2015.
4. Пацкань, И. И. Влияние вегетативной нервной системы на адаптационные возможности студентов медицинского вуза первого года обучения в условиях военного конфликта [Текст] / И. И. Пацкань, В. Н. Прокофьева // Система медицинского обеспечения в локальных войнах : материалы всероссийской научно-практической конференции ; 14-16 апреля 2016г. – Ростов-на-Дону, 2016. – Т. 2. – С. 232–233.
5. Шакович, Ю. В. Особенности подготовки фельдшеров в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО [Текст] / Ю. В. Шакович, И. И. Пацкань, Т. Э. Выставкина // Материалы II Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь» ; 14-15 ноября 2018 г. – Донецк, 2018. – С. 222.

6. Поведенческие реакции как фактор риска инфицирования социально опасными инфекциями / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, Н. В. Киосев, О. А. Бешуля // Междисциплинарная научно-практическая конференция в рамках постоянного профессионального прерывистого обучения ; 16 января 2019 г. – Донецк, 2019.
7. Превентивные психотерапевтические стратегии при хронических дерматозах / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля, Н. В. Киосев // Междисциплинарная научно-практическая конференция в рамках постоянного профессионального прерывистого обучения ; 13 марта 2019 г. – Донецк, 2019.
8. Особенности копинг-поведения студентов при расстройствах адаптации / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля, Н. В. Киосев // Психолого-педагогические аспекты адаптации студентов с ограниченными возможностями: III Международный on-line круглый стол; 6 марта 2019 г. – Россия-Беларусь-ДНР, 2019.
9. Современные психотехнологии как составляющая социальной и медицинской реабилитации молодых лиц с дезадаптационными состояниями / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля, Н. В. Киосев // Технологии социальной и медицинской реабилитации лиц с инвалидностью в современных условиях: V Международная междисциплинарная научная on-line конференция ; 9 апреля 2019 г. – Чита–Быдгощ–Улан-Батор–Донецк–Актобе, 2019.
10. Копинг-стратегии как составляющая модели системы преодоления стресс-индуцированных состояний в стоматологии / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля, Н. В. Киосев // Стоматология: проблемы, поиски, решения: 5-я Республиканская междисциплинарная научно-образовательная сессия им. профессора Г. И. Донского ; 12 апреля 2019 г. – Донецк, 2019.
11. Киосева, Е.В. Suigeneris врача как фактор комплаенса в практике эстетической медицины / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, Н. В. Киосев // III международный

- междисциплинарный симпозиум по дерматокосметологии и эстетической медицине ; 31 мая 2019 г. – Донецк, 2019.
12. Копинг стиль молодого населения с дезадаптационными состояниями и пути их коррекции / Е. В. Киосева, Н. В. Киосев, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля // Пути повышения эффективности управленческой деятельности органов государственной власти в контексте социально-экономического развития территорий : III международная научно-практическая конференция; 6 июня 2019г. – Донецк, 2019.
 13. Технологии нейро-лингвистического программирования в формировании терапевтической мотивации у больных с хроническими заболеваниями / Е. В. Киосева, Н. В. Киосев, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля // Наука побеждать...болезнь: III Международный медицинский форум Донбасса ;14-15 ноября 2019 г. – Донецк, 2019.
 14. Технология нейро-логических уровней в работе с пациентами / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля, Н. В. Киосев // Актуальные проблемы комплексного подхода и пути их решения в стоматологической практике : Межвузовская online-конференция; 19.06.2020 г.– Донецк, 2020.
 15. Пацкань, И. И. Роль интерактивных технологий в процессе обучения на медико-фармацевтическом факультете [Текст] / И. И. Пацкань, Ю. Е. Новицкая, С. В. Тюрина // Наука побеждать... болезнь : материалы III Международного медицинского форума Донбасса; 14-15 ноября 2019 г. – Донецк, 2019. – С. 321–322.
 16. Игнатьева, В. В. Роль кураторства в культурно-нравственном воспитании студентов-первокурсников медико-фармацевтического факультета ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет» [Текст] / В. В. Игнатьева, И. И. Пацкань, В. Е. Бойцова // Материалы I международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в великой Отечественной войне; 20-24 апреля 2020 г. – Кемерово, 2020. – С. 119–124.
 17. Киосева, Е. В. Современные технологии в профилактике и коррекции дезадаптационных технологий у студентов [Текст] / Е. В. Киосева, И. И.

Пацкань, О. А. Бешуля // Университетская клиника. – 2020. – Приложение (Наука побеждать...болезнь : IV Международный медицинский форум Донбасса;г. Донецк, 12-13 ноября 2020 г.). – С. 228–229.

18. Синдром Сирано де Бенжерака: конфликт обманутых надежд или конфликт недопонимания/ Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля, Н. В. Киосев // Секреты мастерства в эстетической медицине: Vмеждисциплинарный Anti-агесимпозиум с международным участием; 30 апреля 2021г.– Донецк, 2021.

Публикация результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 24 научные работы, в том числе глава в монографии, 13 статей в научных изданиях, рекомендованных ВАК Донецкой Народной Республики (из них десять – без соавторов), семь тезисов в материалах научно-практических конференций, три рационализаторских предложения.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из содержания, вступления, семи разделов, анализа и обобщение результатов исследования, выводов, списка использованной литературы и приложений. Текст изложен на 455 страницах компьютерного текста (основной текст – 355 страниц), иллюстрирована 58 таблицами и 51 рисунком, список использованной литературы включает 606 источников (из них 310 – латиницей).

РАЗДЕЛ 1

СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (обзор литературы)

1.1. Современные представления о проблеме расстройств адаптации у студенческой молодежи

Расстройства адаптации являются одной из самых актуальных проблем отечественной и зарубежной психиатрии. Это обусловлено, как высокой распространенностью, так и значительными трудностями в диагностике данной группы заболеваний.

По данным ряда авторов, частота выявления расстройств адаптации в различных возрастных группах встречается от 1% до 24%. Необходимо выделить, что распространенность расстройств адаптации очень высока среди пациентов имеющих медицинское образование [5, 55, 141, 142, 302, 303].

У студенческой молодежи расстройства адаптации выявляются в 14-21% случаев [3, 304, 305]. Проблемы адаптации и расстройств адаптации у студентов младших курсов, традиционно вызывают интерес психиатров. С одной стороны это связано с тем, что данный период обучения сопряжен с одним из самых кризисных периодов в жизни человека, во время которого происходит процесс завершения становления личности. С другой стороны, образовательное учреждение предъявляет высокие требования к механизмам психической адаптации студентов первого курса [21, 53, 314, 323]. Их повышенная уязвимость приводит к дезадаптации, что может проявиться в психологических затруднениях и социальных конфликтах, сопровождающихся развитием различных форм зависимостей, возникновением отклоняющегося и суицидального поведения.

Задачей каждого вуза, в этот безусловно сложный для молодого человека период, помочь ему как можно раньше и успешнее адаптироваться к новым условиям обучения, влиться в ряды студенческой молодежи, вектор которых направлен на более быструю и успешную их адаптацию к совершенно новой системе обучения, к другой системе социальных отношений, на овладение ими совершенно новой роли студентов [15, 20, 54, 56, 266, 334].

Проблема адаптации студентов первого курса актуальна на всех уровнях образования. Необходимость в адаптации у студенческой молодежи возникает тогда, когда они начинают контактировать с какой-либо системой в условиях определенного разногласия с ней, что диктует необходимость перемен. Эти изменения могут быть связаны, как с самим человеком или системой, с которой он взаимодействует, так и с характером взаимоотношений между ними. То есть, пусковым механизмом процесса адаптации студентов является изменение окружающей его среды, при которой обычное для него поведение оказывается неэффективным или малоэффективным, что вызывает необходимость в преодолении сложностей, именно связанных с совершенно новыми, непривычными условиями. Категория адаптации относится к числу наиболее общих понятий, которые определяют связь живого организма со средой. Введенное в 1865 году Аубертом понятие, для обозначения изменения чувствительности при длительном воздействии адекватного раздражителя, оно стало одним из центральных понятий в науках о жизни: философии, физиологии, медицине и психологии [17, 31, 57, 269, 270, 388].

В процессе адаптации личность студента-первокурсника приспособляется к переменам в социальной среде путем подбора или изменения стратегий поведения. Так, например, критерий оптимального соответствия личности студента-первокурсника изменяющимся параметрам социума был использован Д. В. Колесовым [114] для построения модели стадийности процесса адаптации, который содержит следующие стадии:

–уравновешивание – установление равновесия между средой и индивидом с проявлением взаимной терпимости к системе ценностей и стереотипам поведения;

– псевдоадаптация – сочетание внешней приспособленности к обстановке с отрицательным отношением к ее нормам и требованиям;

–приноравливание – признание и принятие основных ценностей новой среды;

– уподобление – психическая переориентация индивида, трансформация прежних взглядов, ориентации, установок.

Данная модель, предложенная Д. В. Колесовым, представляется достаточно условной, так как вышеописанные стадии могут идти параллельно, накладываться одна на другую или взаимозаменяться.

А. В. Никулина [172] считает, что в адаптации личности студентов младших курсов, соответственно учебной группы, курса, в которую он входит, к новой для него социокультурной среде вуза имеются следующие стадии:

–начальная стадия, когда индивид или группа осознают, как они должны вести себя в новой для них социальной среде, но еще не готовы признать и принять систему ценностей новой среды вуза и стремятся придерживаться прежней системы ценностей;

– стадия терпимости, когда индивид, группа и новая среда проявляют взаимную терпимость к системам ценностей и образцам поведения друг друга;

–аккомодация, т.е. признание и принятие индивидом основных элементов системы ценностей новой среды при одновременном признании некоторых ценностей индивида, группы новой социокультурной средой;

–ассимиляция, т.е. полное совпадение систем ценностей индивида, группы и среды.

Как результат полной реализации личностного адаптационного потенциала в процессе адаптации достигается необходимое состояние личности – адаптированность, то есть итог процесса адаптации [397, 404, 415, 439, 478].

Следует выделить, что достижение значимого уровня адаптированности зависит от того, какие именно адаптивные поведенческие стратегии выбирает человек в ситуациях взаимоотношения с окружающей средой и как эти стратегии гармонируют между собой [499, 509, 524, 527, 537].

По данным Н. Н. Мельниковой [152], существуют следующие стратегии адаптивного поведения:

- активное изменение среды;
- активное изменение себя;
- уход из среды и поиск новой;
- уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир;
- пассивная репрезентация себя;
- пассивное подчинение условиям среды;
- пассивное выжидание внешних изменений;
- пассивное ожидание внутренних изменений.

Существуют ряд исследований, которые показывают, что самый большой адаптивный эффект, отражающий высокую степень адаптированности, дает сочетание тактик и стратегий, направляющих на самое активное и одномоментное изменение как себя, так и окружающей среды. Умеренные результаты адаптации, это когда внешнее приспособление субъекта обучения к образовательной среде, не вызывает внутриличностных перемен, а также наличие двух альтернативных моделей поведения: уход из среды или же ожидание внешних и внутриличностных изменений. Низкие уровни адаптированности, характеризующиеся выраженным отрицательным эффектом адаптации, проявляется в полном отказе индивида от взаимоотношений с внешним окружением и погружением в свой внутренний, иногда виртуальный мир [6, 18, 86, 144, 541, 542, 569].

Каждому преподавателю высшего учебного заведения известно из собственного опыта, что работа со студенческой молодежью начальных курсов, особенно психолого-педагогическое общение с первокурсниками имеет свои отличительные особенности. Этот факт обусловлен, как психофизиологическими

особенностями возраста студенческой молодежи, так и современными социальными факторами [4, 579, 580, 593].

Ряд ученых определили три блока факторов, которые оказывают существенное влияние на процесс адаптации студенческой молодежи к обучению в вузе, а именно: психологический, социологический, и педагогический [47, 130, 298, 299, 473].

К психологическому блоку относятся индивидуально-психологические и социально-психологические факторы такие, как: интеллект, направленность, личностный адаптационный потенциал, положение в группе [245, 247, 301, 344].

Социологический блок содержит следующие факторы: возраст студента, его социальное положение и тип образовательного учреждения, которое он окончил [351, 368, 374, 392].

Педагогический блок факторов влияющих на процесс адаптации включает в себя уровень профессионального педагогического мастерства преподавателей вуза, организацию культурно - массовой работы, материально-техническую базу, ТСО и др.[400, 416, 431, 434]

Любое обучение, особенно в стенах высшего учебного заведения, является не простой задачей. Это связано с большим рядом причин психологического, организационного и методического характера. Имеют место быть как общие сложности, характерные для большинства студентов, так и единичные, присущие только студентам первого курса такие, как: стрессовые состояния, появляющиеся у выпускников школ в связи с переходом к совершенно иной форме деятельности [10, 455, 457].

Вчерашние абитуриенты с первых шагов в высших учебных заведениях попадают в совсем другую, не знакомую для них жизнь. Следовательно, для решения вопроса об успешной эффективной адаптации бывших выпускников школ в совершенно новых условиях жизненно необходимо изучить наиболее распространенные проблемы, с которыми сталкивается большинство студентов первого года обучения [9, 461, 479, 503].

По данным результатов исследования Б. П. Алмазова [16], направленного на выявление главных сложностей, с которыми сталкиваются студенты первых курсов можно выделить следующие, самые важные проблемы первых месяцев обучения:

- заметно возросший объем учебной нагрузки;
- сложность усвоения новых учебных дисциплин;
- сложности в отношениях с товарищами по учебе;
- выстраивание новой системы отношений с преподавателями.

Одним из самых главных социальных факторов, оказывающим влияние на поведение студента начального курса, его взаимоотношения в группе (академической группе, потоке, курсе, факультете) и преподавателями вуза есть произошедшая смена социальной ситуации, необходимость привыкания к новым условиям обучения, освоения новой социальной роли – студента высшего учебного заведения.

Проблема адаптации, нарушений и расстройств адаптации студентов первого года обучения в вузе определяется еще и тем, что в настоящее время существует значительный разрыв в формах, методах и средствах стимулирования между школой и высшим учебным заведением, в степени самостоятельности учащихся и студентов в решении образовательно-воспитательных задач [13, 115, 161, 162, 210, 521].

Природа человека, его физиологические свойства, которые формировались на протяжении тысячелетий, не могут изменяться с такой же скоростью, как социальные и технологические условия современного сообщества. Данное несоответствие приводит к появлению явных противоречий между биологическими возможностями человека и окружающей средой.

По мнению П. Г. Щедровицкого [286] содержание образования - это проблема не диалектики, а системы управления. Игнорирование проблемы адаптации студенческой молодежи зачастую приводит к нарушениям адаптации, а в некоторых случаях и более грозным последствиям – расстройствам адаптации.

Отдельный взятый человек и человеческое общество в целом являются одной из основных форм материи, и безусловно обладают качествами, которые присущи живой материи. Как утверждал Г. Селье, это качество присуще всем известным формам жизни и настолько всеобъемлюще, что нередко отождествляется с самим понятием жизни [556, 578]. Это мнение подтверждается и различными определениями адаптации. "Адаптация (от лат. *adaptatio* - приспособление) социальная, вид взаимодействия личности или социальной группы с социальной средой, в ходе которого согласовываются требования и ожидания его участников [580, 592]. Важнейший компонент адаптации – согласование самооценок, притязание и ожидание субъекта с его возможностями и реальностью социальной среды".

В настоящее время существует большое количество определений феномена адаптации. В самом обобщенном виде феномен адаптации раскрывается как «приспособление, необходимое для адекватного существования в изменяющихся условиях, а также, как процесс включения индивида в новую социальную среду, освоение им специфики новых условий».

Большая часть отечественных и зарубежных исследователей специфику адаптации человека видят в его способности активного сознательного воздействия на окружающую среду. В сравнении с различными видами животных адаптационные возможности человека, имеющего не только биологическую, но и хорошо развитую социальную базу, определяются наиболее широким спектром «гибких звеньев». Социальная адаптация представляет собой ни что иное, как процесс интегрирования индивида в социальную группу, который предполагает принятие им групповых ценностей, норм, стандартов, стереотипов и требований [211, 300, 321].

На современном этапе, психологи и социологи, под понятием адаптации понимают процесс и результат установления гармоничных взаимоотношений между личностью и социальной средой. Как считает, Ж. Г. Сенокосов [226], сущность адаптации - приведение субъекта адаптации в оптимальное соответствие с требованиями среды (объекта адаптации). При изменении

стабильности (погружении субъекта в другую среду, иные условия или при нарушении самой среды) происходит разногласие во взаимодействии субъекта и объекта в системе, приводящее к функциональному расстройству, утрате целостности. В конечном итоге появляется адаптивная ситуация, когда система (или ее составляющие) стремятся к восстановлению нарушенного равновесия. Данная ситуация характерна для всех существующих ныне видов адаптации человека, понимаемой как активный, целенаправленный процесс разрешения противоречий, возникающих при взаимодействии его с новой социальной и природной средой [339, 340, 597, 599].

А. С. Соловьев в своих работах выделяет три этапа позитивной динамики адаптации студенческой молодежи первого года обучения :

- этап ориентировки – осознание требований, выработка линии поведения, формирование и осознание нового статуса, преодоление противоречий между реальным положением дел и идеальными представлениями;

- этап «истинной» адаптации – активное принятие и усвоение норм требований к учебному процессу; формирование новых отношений личности, связанных с учебной деятельностью;

- «нормативный» этап – относительно устойчивые жизненные планы и личностные отношения.

По мнению В. А. Якунина [290], под феноменом адаптации, следует понимать процесс взаимодействия человека и окружающей среды, в конечном итоге которого у него возникают модели и стратегии поведения, полностью адекватные меняющимся условиям данной среды. Автор считает, что данное общее определение применимо к условиям воспитательно-образовательной среды высших учебных заведений.

В работах Л.В. Зелееной определена одна из важнейших задач вузовского образования – формирование у студентов начальных курсов, как субъектов будущей профессиональной деятельности, способности и готовности к саморазвитию на протяжении всего жизненного пути. Эффективность адаптации студентов первого года обучения к образовательному процессу – важнейшая

предпосылка успешной профессиональной подготовки. Основным требованием к психической организации студенческой молодежи первого курса в период его адаптации к требованиям вузовских реалий является необходимость обладать способностью существовать в изменившейся среде, способность к самосовершенствованию и саморазвитию, готовность не столько формально подстраиваться под изменившиеся условия обучения, сколько выступать субъектом этих изменений. В качестве их базисного механизма выступает флексибильность как системное, интегральное качество личности, которое обеспечивает ей необходимую базу для оценивания себя и ситуации и полноценной переработки системы отношений на основе вновь образовавшейся реальности [84].

Признавая многофакторную детерминированность адаптации студентов младших курсов к воспитательно-образовательной среде вуза, необходимо выделить роль психолого-педагогического управления данным процессом. Одной из самых эффективных форм такого управления выступает деятельность института наставников студенческих групп [112, 138, 215].

Требования к наставникам с каждым годом растут как со стороны студентов, так и со стороны администрации вузов. Они должны активизировать мышление первокурсников, способствовать проявлению их творческих способностей, нравственному развитию личности. Задача кураторов учебных групп – разъяснить и показать на собственном примере, как высокий уровень культуры в сочетании с интеллектом, развиваемым в процессе получения высшего образования, позволяет человеку занять по-настоящему достойное место в обществе. Как правило, студенты видят в наставнике информатора, организатора и контролера, т.е. нет достаточно тесной эмпатийной связи, основанной на доверии и сопереживании. Основные трудности адаптации в первые месяцы обучения заключаются для первокурсников в привыкании к новой незнакомой системе обучения, часто сопровождаются чувством страха перед первой сессией и дискомфорта от смены круга общения и распорядка дня. И здесь именно куратор должен привить первокурсникам навыки

самостоятельной работы, способствовать скорейшему сплочению коллектива и, как следствие, быстрой адаптации группы к учебной и общественной жизни вуза. Коммуникабельный, образованный, интеллигентный куратор может стать для вчерашних школьников старшим товарищем и помощником в преодолении всех трудностей адаптации.

Таким образом, кураторская работа направлена, прежде всего, на адаптацию и профилактику расстройств адаптации студентов к условиям вуза, создание поддерживающих, доверительных отношений в группе, на формирование социально одобряемого поведения студента, на профессиональное самосовершенствование через взаимодействие с академической группой.

В эффективной адаптации к вузу заинтересованы все участники воспитательно-образовательного процесса: не только сами студенты первого курса, но и работающие с ними преподаватели и сотрудники, руководство факультетов и вуза [307, 308, 322].

Не секрет, что успешное начало обучения может помочь студенту-первокурснику в его дальнейшей учебе, положительно повлиять на процесс выстраивания отношений с преподавателями и товарищами по группе, привлечь к нему внимание руководителей студенческих научных обществ и организаторов различных творческих коллективов, лидеров факультетской и вузовской общественной жизни [150, 315, 333].

От успешности адаптации студента к образовательной среде вуза во многом зависят дальнейшая профессиональная карьера и личностное развитие будущего специалиста [335, 338, 357, 358].

Несмотря на достаточно полное выделение трудностей первого года обучения в условиях высшего звена и факторов успешной адаптированности существует проблема выделения надежного критерия адаптации студентов к условиям обучения в конкретном учебном заведении [22, 87, 88, 116, 359, 376].

1.2 Современная клинико-эпидемиологическая характеристика проблемы расстройств адаптации у лиц молодого возраста.

В системе предоставления медико-психологической помощи во всем мире расстройства адаптации (РА) являются наиболее распространенными. РА за последние десятилетия получили большое распространение в психиатрической практике [38, 602]. Этот диагностический критерий был впервые использован в DSM - III и именно он разрабатывался в следующих классификациях болезней. В МКБ- 10 РА были отнесены к рубрике расстройств, связанных со стрессом [14, 277], в DSM-IV, а в последствии и в DSM – V они были более четко и основательно выделены в отдельную группу, ключевым патогенетическим агентом которых являлся эмоциональный стресс [19, 21, 58, 117, 603].

По определению ведущих ученых, для возникновения и развития РА необходимо наличие действия эмоционально-стрессового влияния. Отдельные авторы считают, что серьезные предпосылки для формирования РА возникают также и в период пребывания лиц молодого возраста в зонах проведения локальных боевых действий [89, 258, 259, 459, 579, 604].

Развитие РА в значительной степени зависит от количественных и качественных характеристик стрессовых влияний на организм человека, в частности сила и интенсивность действия стрессогенных факторов и их индивидуальной значимости для каждого конкретного человека [507, 515, 345, 346, 349]. Свою роль играет и соматический статус организма и уровень психических защитных барьеров личности [461, 549, 550, 554, 555]. Так, при стрессовом влиянии одинаковой интенсивности, силы и частоты у одних лиц происходит развитие различных психических сдвигов, а у других – нет [9, 67, 68, 119, 131, 264, 326, 569, 570].

В настоящее время многие исследователи отмечают целую группу факторов, наличие которых способствует развитию большого количества психических расстройств в ответ на стресс [350, 351]. Это личностные характеристики: низкая стрессостойкость, нигилизм, тревожность, социальная

отчужденность; уровень сформированности защитных психологических механизмов, а также наличие стратегий противостояния стрессу; и наличие или отсутствие социальной поддержки; оценка личностью стрессового события: негативная оценка и преувеличение опасности от событий вызывающих более существенное влияние на организм [4, 70, 78, 90, 121, 149, 498].

По мнению ведущих ученых, РА развиваются из-за низкой стрессостойкости в ответ на действие стрессовой ситуации, особенно у лиц молодого возраста. РА – болезненное состояние, которое нарушает привычное нормальное функционирование личности, а именно: профессиональную и учебную деятельность, социальное функционирование [155, 156, 157, 278, 279].

Согласно определению DSM - III, РА – дезадаптивная реакция на действие психосоциального стресса, которое проявляется через 3 месяца после него. Расстройство, обычно, заканчивается вскоре после прекращения стрессогенного влияния или после достижения нового, более высокого уровня адаптации [158, 281, 355, 357, 358, 359].

Понятие "РА" стало широко использоваться в психиатрии последние десятилетия. В современном понимании РА является психологическим ответом на определенный стрессовый реагент или стрессор, который приводит к возникновению клинически значимых эмоциональных или поведенческих проявлений [363]. С патогенетической точки зрения, стрессовое влияние вызывает в организме лица физиологический процесс в виде выделения из гипоталамуса кортикотропин-рилизинг фактора, который стимулирует переднюю часть гипофиза к активному синтезированию адренокортикотропного гормона (АКТГ), который, в свою очередь, стимулирует высвобождение глюкокортикоидов из коры надпочечников. При этом, за счет активирования симпатической нервной системы, из мозгового вещества надпочечников в кровь выделяется адреналин. Это является активным стимулятором секреции АКТГ гипофиза, который усиливает действие других механизмов, за счет чего происходит активация функции гипофиза во время стрессового влияния. В норме вышеуказанные процессы вскоре прекращаются через механизмы обратной

связи; но стрессовые влияния хронического характера (даже самые незначительные) на фоне имеющихся у пациента личностных особенностей, хронического переутомления, предыдущей психосоциальной травматизации и других причин, вызывают длительную АКТГ-стимуляцию и "излом" обратного механизма торможения секреции глюкокортикоидов. Из-за этого происходит развитие выраженной картины вегетативной дисфункции и психических нарушений с истощением коры надпочечников [181, 285, 286, 365, 575, 576].

Многими исследователями были установлены основные этиологические моменты развития РА. Доказано, что проявления РА значительно усиливаются одновременным комплексным действием нескольких стрессов. При этом констатировано, что тяжесть действующих стрессовых агентов не всегда коррелирует с тяжестью РА – из-за того, что личностные особенности, культурные или общественные общеприемлемые нормы и ценности всегда делают свой взнос в ход реакции на стресс [45, 367, 368, 379].

Таким образом, тяжесть РА всегда зависит от комплексного взаимодействия степени, количества, длительности стрессовых факторов, личностных особенностей и состояния системы психической защиты [369, 371, 372, 373, 381, 382, 581].

Ученые отмечают, что действие стрессового агента может быть, как однократным, так и многократным; непродолжительным или непрерывным. Стрессовые факторы могут влиять лишь на одну отдельную личность или микросоциальную группу или даже на целые содружества или общины. Некоторые стрессовые реагенты сопровождают события, которые связаны с обычным развитием человека (учеба в университете, работа, бракосочетание), а другие - выходят за их пределы (стихийные бедствия, военные действия, катастрофы) [574, 577]. Все эти факторы также значительно влияют на возможность развития РА и на степень их проявления [72, 73, 101, 106, 374, 383, 585].

Эпидемиологические проявления РА среди населения, согласно утверждениям DSM – IV, встречаются у 5-20% пациентов, которые получают

амбулаторное психиатрическое лечение. Наибольшая распространенность РА регистрируется в системе первичной медицинской помощи: около 12%; причем в 4,2% – в сочетании с расстройствами личности или органическими психическими расстройствами, а у 7,8% случаев – как единственное расстройство. Установлено, что соотношение женщин и мужчин имеет приблизительную пропорцию 2: 1; среди больных преобладают одинокие, разведенные лица с невысоким социальным и экономическим уровнем [109].

Согласно выявленным факторам риска, на развитие РА существенно влияют генетические факторы; приспособленность личности к окружающей среде; социальные навыки человека; возможности решения проблемы и виденье путей преодоления кризисной ситуации. Среди студенческой молодежи также зафиксированы факторы, которые способны привести к развитию РА: частые переезды в детстве; социальное происхождение, на которое влияют крайние варианты – высокий уровень бедности или, наоборот, обеспеченность; экстремальные ситуации, такие как, катастрофы, военные действия или траматические события [12, 183, 386, 387, 584].

В соответствии с диагностическими критериями DSM - III расстройства адаптации возникают как реакция на психосоциальный стресс в течение трех месяцев после начала действия стрессового фактора;

– имеют определенные характерологические проявления:

а) существующие симптомы выходят за пределы нормы и возможных ожидаемых реакций на стресс;

б) возникают расстройства профессиональной деятельности, нарушения обычного социального уклада жизни или взаимоотношений с другими лицами;

– не является реакцией на чрезвычайный стресс или обострением ранее существующего психического заболевания;

– дезадаптационные проявления длятся не больше 6 месяцев после прекращения влияния стрессового реагента.

Также было установлено, что личности, которые имеют высокий риск возможного развития РА, достаточно часто склонны к другим расстройствам такие как: тревожность, депрессивность, биполярные расстройства.

Согласно диагностическим критериям МКБ-10, расстройства адаптации (F43.2) включают:

- кратковременную депрессивную реакцию (сниженное настроение, чувство бессилия, снижение самооценки и самоуверенности, медленность мышления и другая "легкая" депрессивная симптоматика);

- продолжительную депрессивную реакцию (подобные кратковременной реакции проявления протяженностью до 2 лет, чаще связаны с действием длительной стрессовой ситуации);

- смешанную тревожную и депрессивную реакцию (депрессивные и тревожные симптоматически проявления в виде двигательного беспокойства, мышечной скованности, вегетативной гиперактивности);

- адаптационное расстройство с преобладанием нарушения эмоционального спектра (рядом с тревожной и депрессивной симптоматикой отмечаются раздражительность и агрессивность);

- адаптационное расстройство с преобладающими нарушениями поведения, что характерно для лиц молодого возраста и проявляется поступками, нарушающими общепринятые нормы и правила, а именно: злоупотребление алкоголем, прогулы в учебных заведениях, бессмысленный вандализм, немотивированная агрессия, негативизм;

- адаптационное расстройство в сочетании с нарушениями эмоций и поведения: проявляется одновременно вышеуказанными расстройствами поведения и эмоциональными нарушениями.

Диагностические критерии РА по МКБ- 10.

1. Развитие расстройства в период адаптации к значительному изменению социального статуса, а именно: потеря близких или длительная разлука с ними, вынужденный переезд, смерть близких, тяжелая болезнь, значительные физические недостатки.

2. Наличие определенного симптомокомплекса, сочетания депрессивного настроения и неспособности справиться с ситуацией или приспособиться к ней, а также снижение социальной активности в повседневных делах, склонность к драматическому поведению, наличие вспышек агрессии и негативизма.

3. Связь между стрессовым влиянием и развитием расстройства: симптомокомплекс РА формируется и проявляется в течение трех месяцев после действия стрессового агента, он также не может длиться больше шести месяцев после прекращения стрессорного влияния.

Особенности развития РА:

- если стрессовый агент является острым, неожиданное негативное событие, начало РА, как правило, немедленное или в течение нескольких дней, а его длительность достаточно коротка, не больше нескольких месяцев;

- если же стрессовое влияние длительное, развитие РА может иметь затяжной характер;

- персистирование РА к более серьезному расстройству – депрессивного эпизода, что характерно для детей и лиц молодого возраста.

Общепринятым считается утверждение, что РА должны разрешиться в течение 6 месяцев после окончания действия стрессовой ситуации; при этом симптоматические проявления могут сохраняться значительный промежуток времени (больше 6 месяцев), если они развиваются в ответ на хроническое стрессовое воздействие со стойкими и пролонгированными последствиями.

В работах Н. А. Шифнер и соавт. [282, 283] описаны клинические формы и несколько типов развития РА:

- благоприятный – характеризуется спонтанным или терапевтическим регрессом психопатологической симптоматики и полным выздоровлением;

- затяжной (пролонгированный) – выделяют два варианта: по типу затяжных дезадаптационных реакций (6 месяцев - 2 года) и по типу повторных реакций, которые возникают после периода относительной нормализации состояния;

–неблагоприятный – характеризуется ухудшением психопатологической симптоматики с развитием других психических расстройств, таких как: дистимии, депрессивных эпизодов эндогенной или эндореактивной структуры, нозофобических сдвигов с формированием ипохондрической личности.

При этом, большое количество ученых в мире отмечают значительное многообразие клинической картины у различных пациентов, что обуславливает огромные трудности в диагностике РА [185, 213, 214, 215, 390, 382, 587].

В отечественной и зарубежной литературе описаны клинические формы с преобладанием психовегетативных и астенических расстройств [186, 396, 397]; РА, в клинической картине которых могут доминировать гневные, агрессивные реакции, проявления негативизма, поведенческие нарушения [187, 218, 401, 403, 588].

Кроме того, обычно исследователи выделяют наличие психопатологических симптоматических проявлений и, связанных с ними, проявлений синдрома вегетативной дисфункции [164, 406, 571, 586, 589].

Психопатологические симптомы. Выявлено, что у разных больных проявления психического расстройства и его выраженность существенно варьируют. Обычно, определяют тревожный или депрессивный синдромы с мотивационными расстройствами [165, 189, 404, 405].

Тревожный синдром проявляется тревожным настроением, ощущением неспособности справиться с любой сложной ситуацией, сопровождается снижением функциональности в повседневной жизни. Больные отмечают неопределенное ощущение страха, угрозы, повышенного напряжения и раздраженности, плаксивости. Они указывают на "тревожные предчувствия", опасения относительно реальных или предсказуемых неприятных событий. Психопатологическая симптоматика часто маскируется за проявлениями массивной вегетативной дисфункции, игнорируется больными и окружающими [408].

Депрессивный синдром [123] характеризуется сниженным настроением, ограничением привычных интересов и желаний. Больные подчеркивают пессимистические и негативные мысли относительно текущих событий, негативно интерпретируют события, которые происходят, обвиняя при этом себя или окружающих в невозможности влиять на обстоятельства [411, 412]. Будущее они представляют исключительно негативным. Характерно глубокое умственное и физическое истощение, снижение концентрации внимания, ухудшения памяти, потеря интереса к событиям. Больные показывают, что им тяжело "собраться с мыслями"; любые начинания кажутся неосуществимыми, нужны постоянные, значительно большие волевые усилия, чтобы поддерживать ежедневную активность [413]. Констатируется сложность концентрации внимания на одном вопросе, трудности в принятии решений, а в дальнейшем - и в воплощении их в реальность. Больные полностью осознают свою неспособность, однако любым образом пытаются ее скрыть, ища различные причины ради оправдания своей бездеятельности. Основное проявление депрессии - сниженное настроение, тоска, которые часто отрицается самим пациентом или трактуется им как малозначимый вторичный симптом, связанный с какой-то соматической патологией или переутомлением. В ряде случаев к депрессивному аффекту присоединяются и другие психопатологические проявления: раздражительность, ипохондрия, тревога, фобические проявления [234, 237, 414, 415, 500].

Мотивационные расстройства наблюдаются у больных РА с тревожным либо депрессивным проявлением [416, 417]. К тревожным или депрессивным сим-птоматическим признакам добавляются чувства значительной усталости, слабости, нарушения пищевого поведения: отсутствие аппетита или наоборот – непреодолимая тяга к употреблению еды, нарушения сна: трудности засыпания, поверхностный сон, частые пробуждения, ужасающие сновидения, ранние пробуждения с ощущением непонятной тревоги, отсутствие ощущения отдыха после сна. При этом пациенты начинают плохо справляться со своей привычной профессиональной деятельностью, их преследуют профессиональные неудачи, они стремятся любым образом избегать профессиональной ответственности,

отказываются от возможностей карьерного роста. Отмечаются нарушения в сексуальном поведении (снижение либидо, снижения частоты и степени выраженности оргазма, интереса к половой жизни) [420, 421].

Синдром вегетативной дисфункции [230, 235, 424, 425]. К вышеупомянутым психопатологическим проявлениям РА присоединяется симптомокомплекс вегетативного ответа на стресс: ощущение жара или холода, дрожания, тахикардия, тошнота, абдоминальная боль, неопределенные внутренние боли, диарея или запор. Поскольку подавляющее большинство пациентов имеют исключительно вегетативные жалобы, то они могут служить триггером соматического заболевания. Большинство больных предъявляют исключительно соматические жалобы, игнорируя психопатологические проявления и исходя из собственных представлений о значимости того или иного органа в организме. Вегетативные нарушения у больных могут проявляться преимущественно в одной системе (чаще - в кардиоваскулярной) [557], при этом симптомы со стороны других систем организма менее выражены. С развитием РА вегетативные жалобы приобретают полисистемный характер. Кроме вегетативных проявлений, пациенты часто жалуются на нарушение сна (трудности засыпания, чувствительный поверхностный сон, ночные пробуждения), астеничный симптомокомплекс, раздражительность, нейроэндокринные нарушения [507, 510, 558].

Различными авторами отмечается возможность развития РА с некоторыми типами реакций дезадаптации [508, 509]:

- РА с депрессивным настроением: основные проявления – депрессивное настроение, страх и безнадежность;

- РА с тревожным настроением: такими симптомами, как сердцебиение, дрожание, перестраховка, ожидания беды;

- РА со смешанными эмоциональными чертами: основные проявления – комбинация тревоги и депрессии;

– РА с нарушением поведения: характеризуется посягательством на права других или нарушением приемлемых норм и правил. Отмечаются прогулы, вандализм, безрассудные гонки на авто, борьба, экстремизм [174];

–РА с нарушением работы или обучения: характеризуется поведением, препятствующим выполнению профессиональных обязанностей на работе или в учебе. Часто сопровождается тревожностью и депрессией;

–РА с аутизмом: отмечаются проявления имеющегося социального аутизма без депрессивных и тревожных признаков;

–РА с физическими жалобами: имеет признаки вегетативной дисфункции: жалобы на головную боль, значительное переутомление или другие соматические проявления;

–РА, что более нигде не классифицируется: отмечаются жалобы, которые не совпадают с ни одним из перечисленных типов течения.

С прогностической точки зрения исход РА полностью благоприятный при соответствующем медицинском и психотерапевтическом сопровождении и отсутствии действия стрессогенных факторов [231, 239, 240, 511]. Большая часть больных возвращаются к нормальному образу жизни в течение трех месяцев. При этом отмечается, что лицам молодого возраста для выздоровления нужно немного больше времени, чем взрослым, что связано с особенностями их несформированной психической сферы. В некоторых случаях, при продолжении симптоматических проявлений адаптационных расстройств, могут трансформироваться в «Расстройства настроения» или «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ» [242, 243, 503].

1.3. Характеристика кризисных состояний у студенческой молодежи начальных курсов.

Переходной период общественного развития стал базовой основой жизненного кризиса большинства ее граждан. И студенческая молодежь, как социальный класс – не исключение. Старое социальное устройство сначала

понемногу, а потом все осязаемое разрушается. Оказавшись в кризисном состоянии, наше общество должно в корне модернизироваться, поэтому и нужны соответствующие изменения для каждого, отдельно взятого человека. Особое внимание становлению молодежи уделяют в учебных заведениях. Важное значение приобретает изучение кризисных состояний, которые переживают студенты первого года обучения, поступив в высшее учебное заведение [69, 83, 124, 125, 126, 209, 250, 378].

Понятие "кризис" возникло еще во времена древней Греции и означало решение, поворотный пункт, исход. В китайском языке кризис определяется как "полный опасности шанс", как возможность развития человека. Современное понимание кризиса почти не отличается от этого. Понятию "кризис", "кризисное состояние" и их видам уделяли внимание большое количество ученых. В частности, писали об этом Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин, З. Фрейд, Э. Эриксон, С. Грофф, Б. Ливехуд, Б. Г. Ананьев, Б. В. Зейгарник, Э. Т. Соколова, Д. Левинсон, Р. Асаджиоли, А. Маслоу, К. Г. Юнг, Д. Марсиа и др. [288, 342, 505].

По мнению американских исследователей (М. Сигера, Т. Селлноу, Р. Алмера, С. Винетта), кризис означает "время испытаний" или "чрезвычайное происшествие" и имеет свои определяющие признаки. М. Сигера, Т. Селлноу и Р. Алмера, считают, что характеристики кризиса – это неожиданность, создание неопределенности и угроза важным целям [590].

С. Винетта делает вывод, что кризис – это процесс трансформации старой системы, которая уже не может самоорганизовываться и управляться [591]. Таким образом, первым, а зачастую и основным признаком кризиса является необходимость изменений.

В психологии существуют два основных значения понятия "кризис":

1) кризис, как этап жизни – любое поворотное событие в жизни, что делает невозможным спокойное, привычное функционирование и требует перестройки многих поведенческих стереотипов;

2) кризис, как этап развития – это особое, относительно непродолжительные по времени периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями.

Подавляющее большинство исследователей (Э. Эриксон, А. Н. Леонтьев, Л. С. Выготский и др.), считают, что кризис – это не катастрофа, а переломный и переходный момент, критическая точка развития, период, в котором обостряется чувствительность человека к миру, к системе ее взаимоотношений, сложившихся к себе и другим. В результате прохождения этой критической точки человек меняется. Данное состояние развития предоставляет возможность перехода личности к совершенно новому опыту, реализации сформированных способностей и потребностей, т.е. кризисное состояние человека можно считать переходным явлением, дающим импульс к дальнейшему саморазвитию личности [342, 343, 505, 559, 590].

Кризис – это важное изменение, во время которого человек берет контроль над собственной жизнью, узнает, что она есть на самом деле [199, 516, 560]. Кризис не обязательно имеет негативные последствия. Иногда, его можно рассматривать как нечто, биологически обусловленное, что заставляет человека расти и совершенствоваться. Если, на данном этапе, человек достигает апогея, тогда кризис – это еще одна дорога, шанс пересмотреть жизнь и отправиться к новым целям.

Психологами выделяются три типа кризисных состояний – невротические, травматические и возрастные (кризисы развития личности).

Кризисы развития – это периоды психологического стресса и трудностей, которыми сопровождаются жизненные трансформации и переломные моменты в жизни человека. Такие переходы могут быть и спонтанно, как в случае юношеского кризиса, в котором оказывается студенческая молодежь первого года обучения [172, 202, 203, 204, 514].

Возрастной кризис или кризис развития связаны с переходом человека от одной возрастной ступени к другой, во время которого происходят системные перевоплощения в сфере социальных отношений, деятельности и сознания.

Некоторые исследователи (З. Фрейд, Э. Эриксон, Л. Выготский, Л. Божович) [3] по праву считают возрастные кризисы нормативным процессом, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью решения возрастного противоречия, другие же видят в кризисе различные девиации (С. Рубинштейн, А. Запорожец) [58].

По мнению Т. М. Титаренко, "возрастные этапы разграничиваются между собой качественно, когда имеют характеристики, возникающие, лишь при скачкообразном переходе с этапа на этап, во время жизненного кризиса" [49].

Л. Выготский считает, что возрастные кризисы обусловлены разрушением привычной социальной ситуации развития и возникновением другой, которая более соответствует новому уровню психологического развития человека. В общем, кризисы развития личности в среднем возникают каждые 7 ± 2 года. Они обуславливают часто не только изменения в поведении (непослушание, упрямство, негативизм), но и переоценку внутренних ценностей, формирование совершенно нового мировоззрения [288, 289, 290, 517].

По критерию длительности жизненные кризисы делятся на кратковременные и долговременные, а по критериям результативности – на конструктивные и деструктивные [90, 92, 518].

Студенческий период жизни человека характеризуется совокупностью многих кризисов. Он приходится преимущественно на период поздней юности или ранней взрослости, во время которого происходит овладение всего многообразия социальных ролей взрослого человека, получение права выбора, приобретения определенной юридической и экономической ответственности, возможности включения во все виды социальной активности, получение высшего профессионального образования и освоения профессии [94, 133, 390, 395].

Именно в юношеском возрасте происходит первичная социализация личности. Когда социализация завершается, появляется устойчивое и прочное Эго, связанное с окончанием школы, поступлением в высшее учебное заведение, первым рабочим местом, созданием собственной семьи, переездом от родителей.

Это – период формирования мировоззрения системы знаний, убеждений и ценностей, когда личность ставит перед собой вопрос "Для чего я живу?", "В чем смысл жизни?", "Кем и каким я хочу быть?" и т.д. [134].

В это время бывший выпускник школы выбирает свой жизненный путь – поступает в учебное заведение, находит работу и т.д. Данному возрасту присуща рефлексия и самоанализ, становится актуальным поиск единомышленников, верных друзей и спутника жизни, усиливаются сексуальные переживания. В этот период параллельно происходит усвоение профессиональных, семейных, культурных ценностей. Появляется стремление быть «автором» собственной жизни, самостоятельно принимать решения, нести за них ответственность. Окончание школы является важным событием, для многих юношей и девушек, становится стартовой площадкой для переживания очередного возрастного кризиса – кризиса начала, когда происходит "пересадка корней в самостоятельную почву" [79].

Поступив в высшее учебное заведение и постепенно отходя от семьи, студент первого курса начинает поиск «себя», переживает кризис юности. Юнг называет это индивидуализацией, Маслоу – самоактуализацией, другие – интеграцией или автономией. Обычно на этом этапе развития студенты первого курса претендуют на самостоятельность. У них появляется ощущение, что реальная жизнь находится вне семьи и школы. Человек оказывается на пороге новой, самостоятельной жизни, чувствует необычный груз ответственности за каждый свой шаг, хочет понять свое предназначение, почувствовать, куда именно следует двигаться, что делать. Причиной этого возрастного кризиса, по убеждению Э. Эриксона, является несовпадение идеального и реального представления о взрослой жизни и того, каким оно есть на самом деле. Вместе с новыми желаниями и стремлениями у студентов появляются новые обязанности, которые часто противоречащие друг другу. Однако есть в кризисе, который рассматривается нами, и положительный момент – мобилизация внутренних резервов личности, открытие новых возможностей, становление личности, сознательное и целенаправленное самообразование [84, 96, 135, 194, 195, 233].

Результаты прохождения кризиса обогащают человека, его развитие принимает новый толчок, соответственно, в том числе выполняют и социальную задачу этого этапа развития. В данный период происходит принятие своей индивидуальности и неповторимости, осознание своего собственного пути: личностного, профессионального, социального, а так же своих стремлений и надежд.

Появляется сознание, состоящее из собственных экопсихологической фасилитации являющееся продолжением представлений К. Роджерса о том, что фасилитация - это создание среды для абсолютного и положительного принятия другого. Это особый процесс взаимодействия психолога и пациента, преподавателя и студента-первокурсника, суть которого заключается в экологическом принятии друг друга [192]. Индивидуальность личности является аксиомой. Сам процесс экофасилитации является содействием любой деятельности человека, а не просто ее сопровождением. В логике экпсихологических представлений нет смысла восстанавливать прежний уровень психического развития человека, помогая преодолеть нарушения адаптации (дезадаптацию) или кризис вообще, но смысл интегрировать полученный опыт экстремального реагирования в новые психологические конструкты, новые ценности и способы действия. Понятие "дезадаптация" К. Роджерс толкует как конструктивное поведение человека в условиях неопределенности, переходного периода и, соответственно, считает ее положительным явлением. Делает вывод, что, постоянно навязывая студенту те или иные пути, методы, средства, преподаватель, психолог или социальный работник на самом деле "привязывает" его к своей помощи, делает зависимым и несамостоятельным. В дальнейшем студент вынужден будет по привычке, или из боязни неудачи, или из стремления получить одобрение обращаться за помощью при преодолении других кризисных состояний вместо того, чтобы самостоятельно пережить переходный период и выйти на новую ступень развития собственной личности [10, 85].

Изменение условий среды с дезадаптирующими на те, что способствуют адаптации, также не всегда является эффективным методом подготовки студента к учебной деятельности. Ведь, преодолевая кризис адаптации, исследователи исходят из того, что сам ход явления дезадаптации является отрицательным, и следовательно кризис вообще может привести к депрессии и суицидальным настроениям [81, 97, 254, 255, 564].

Такая постановка вопроса отражает директивный, а не личностный взгляд на вещи. Гуманистические же взгляды, которым является и экопсихологическая фасилитация, наоборот предусматривают принятие личности в целом в совокупности всех ее проявлений, в том числе и во время переходного периода [532, 536].

По мнению некоторых авторов, дезадаптивного поведения или дезадаптационных факторов не нужно избавляться, надо только создать условия для естественного самоуничтожения негативных явлений в этой системе. Именно для этого и существует экофасилитации, целью которой является невмешательство в развитие и жизнь личности, а максимальное содействие его естественному течению. Необходимым условием для этого является желание студента привлечь при преодолении адаптационного кризиса психолога-экофасилитатора, не навязывать ему стандартные модели поведения, а поддерживать его как успехи, так и неудачи. Ведь процесс развития – это сочетание положительных и отрицательных событий, а не избегание последних [533, 537].

Кризис – это обострение противоречий, а именно противоречия – движущая сила развития [10, 525, 526, 535] и избегать их или исправлять не стоит. Потому результатом в таком случае может стать не получение новообразований личности, а "застревание" в настоящем без движения в будущее.

Проведенный анализ научных работ как отечественных, так и зарубежных авторов, позволяет сделать вывод, что проблемам кризиса и кризисных состояний уделялось достаточно внимания [528, 529, 531, 534].

Подавляющее большинство исследователей соглашается, что без кризисов жизни человека невозможно, ведь они являются переходными моментами, критическими точками развития, которые побуждают личность к пересмотру собственной жизни, целей, деятельности [538, 552].

Таким образом, кризис – это переломный, переходный момент, критическая точка развития, период, в котором обостряется чувствительность человека к миру, системы отношений к себе и другим. В результате прохождения этой критической точки человек меняется, достигает нового качества развития.

К основным видам кризисов относятся: невротические, травматические и возрастные, краткосрочные и долгосрочные, конструктивные и деструктивные. Любой кризис является переходным периодом и даже хаотические действия личности, во время ее прохождения, имеют смысл для ее развития [551].

Студенческий возраст насыщенный кризисами. В это время у студенческой молодежи первого года обучения происходит формирование "Я-концепции", идет поиск своего места в жизни, меняется отношение к родителям, друзьям, преподавателям, образуется собственное мировоззрение. В этот сложный, для студента первого года обучения период, требуется медико-социальная помощь лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации особенно, если на нее есть спрос у самого студента [220, 221, 539].

1.4. Патогенетические механизмы развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста

Наряду с общеизвестной теорией общего адаптационного синдрома в настоящее время складываются предпосылки для создания общей теории расстройств адаптации. Изучаются расстройства адаптации, протекающие на границе нормы и патологии, т. е. исследуются преимущественно реакции перенапряжения адаптационных механизмов и их проявление. Кроме того, изучаются этиологические факторы, приводящие в действие процессы расстройств адаптации. Все это позволяет понять общебиологическую природу

человека и специфику переходных процессов в системе «адаптация → расстройства адаптации → патология».

Несмотря на большое количество исследований по проблеме расстройств адаптации остаются недостаточно понятными патогенетические механизмы формирования и развития процессов и расстройств адаптации у человека [301, 328]. Теория переходного состояния между нормой и патологией рассмотрена М. М. Хананашвили [266], показана бифункциональная природа переходного состояния – биологически положительная, защитная и биологически негативная. Обнаружено «бессимптомное» течение переходного состояния и показана его роль в развитии патологических процессов.

Ю. А. Александровский [12] указывает на основную роль социогенных факторов в формировании пограничных психических расстройств. Автором показано, что важнейшим критерием психических расстройств адаптации является нехватка «степеней свободы» адекватного и целенаправленного реагирования человека в психотравмирующей ситуации.

В последнее время появилось много работ, связанных с изучением процессов и расстройств адаптации в период обучения у старшеклассников и студентов младших курсов. Действительно, студенты первых курсов представляют особую социальную группу общества, объединенную специфическими условиями обучения и образом жизни. В современных образовательных учреждениях адаптация обучающихся к учебному процессу осуществляется в непростых социально-экономических условиях, при информационных перегрузках и гиподинамии, что приводит к расстройствам адаптации, результатом которых является ухудшение психосоматического здоровья [3, 51, 99, 99, 193, 222, 253, 428, 565].

В настоящее время начинает доминировать мнение о том, что формирование расстройств адаптации у студентов младших курсов происходит в определенных условиях обучения и под воздействием комплекса этиологических факторов, нарушающих оптимальную адаптацию человека [329]. В частности, А. К. Рубченко [218] проанализированы причины расстройств адаптации

старшеклассников и студентов младших курсов. Были выделены наиболее общие социально-психологические факторы дезадаптации обучающихся: 1) экзогенные или социальные факторы (семья, образовательное учреждение, референтная группа, субкультура и др.); 2) эндогенные или психологические факторы: 2.1) индивидуальные (пол, возраст, особенности нервной системы, конституция тела, проблемы со здоровьем, генетическая предрасположенность); 2.2) личностные (мотивация, ценности, жизнестойкость, рефлексия и саморегуляция и др).

В то же время выяснено, что у студентов первого курса, имеющих низкий уровень нервно-психической адаптации, отмечается преобладание в общей структуре шкалы адаптации следующих категорий: а) патологическая психическая адаптация, б) вероятное болезненное состояние. Следовательно, данная группа лиц имеет повышенный риск развития соматических и психических расстройств [102, 103, 105, 225, 310, 423, 566 598]. По мнению И. А. Погонышевой [201], факторами риска, усугубляющими расстройства адаптации студентов младших курсов, являются проживание в общежитии, работа в вечернее время, обострение хронических заболеваний, неблагоприятная обстановка в семье, стрессы. Тем не менее показано, что около 30 % обследуемых студентов первого курса и только 2 % четверокурсников входят в группу риска по развитию дезадаптационных реакций.

В настоящее время достаточно подробно изучены особенности психофизиологического статуса студентов младших курсов, имеющих риск расстройства адаптации в университетской среде. Выявлены группы лиц с неполной адаптацией и срывом адаптации, студенты, которые характеризовались относительно большими величинами силы возбуждения и подвижности нервных процессов, а также высоким показателем нейротизма. Данное обстоятельство позволяет проводить целенаправленную работу по профилактике расстройств адаптации с учетом типологий и функционального состояния обучающихся [171, 226, 228, 483, 543, 567]. Некоторые авторы считают, что тревожность, агрессивность, фрустрации, ригидность свидетельствует о наличии проявлений расстройства адаптации у студентов младших курсов [8, 169]. Примечательно,

что R. Mazurkiewicz соавт. [570] выявили эмоциональное выгорание у 71 % студентов-медиков после первых трех лет обучения, которое привело к ухудшению самочувствия, нарушению сна и потере здоровья [218, 467, 468, 469].

Тот факт, что процессы адаптации и дезадаптации выступают как взаимодополняющие друг друга явления, свидетельствует об их обусловленности комплексом природных и социальных факторов [168, 170, 430, 463, 474, 480], 601. В связи с этим следует полагать, что адаптация студентов младших курсов к условиям обучения — многоаспектный процесс, в котором организация учебно-познавательной деятельности должна способствовать наиболее полной реализации личностного потенциала. Некоторые авторы [173, 433, 600, 609] рассматривают успешную адаптацию как включенность в новую социальную среду, в учебно-воспитательный процесс, в новую систему отношений.

Однако существует и другое мнение. В частности, приводятся результаты исследования расстройства адаптации у студентов младших курсов и проявления эмоционально-волевых, мотивационных, социально-психологических реакций [435, 436]. Дезадаптивные состояния у студентов младших курсов довольно часто сопровождаются вегетативными дисфункциями, астенией, нарушением сна, головными болями и функциональными нарушениями [12, 176, 439, 440, 477]. Сведения о том, что психологическая дезадаптация ярко выражена как у студентов младших курсов вуза, так и у студентов колледжей, могут свидетельствовать об однотипности этиологических факторов риска. Однако у студентов младших курсов высших учебных заведений по сравнению с учащимися средних специальных учреждений выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации значительно выше. Между тем, выяснено, что уровень психологической дезадаптации студентов колледжей напрямую зависит от интенсивности социального статуса. Социальная тревожность у студентов колледжей выше, чем у студентов младших курсов вузов [175, 178, 179, 331, 478].

В дальнейшем было установлено, что низкий уровень субъективности самосознания, общения и деятельности определяет объективную позицию студента, характеризующуюся личностной незрелостью и способствующую дезадаптации [443, 444]. Студент как субъект учебной деятельности должен быть ее инициатором и организатором. Успешность в учебной деятельности также определяет высокий уровень социально-психологической адаптации [24, 332, 333].

Предложена типология студентов-первокурсников, основанная на результатах кластерного анализа, важнейшими переменными которой является уровень адаптации / дезадаптации, экстраверсии / интроверсии, уровень развития самосознания, общения и деятельности [336, 445, 475]. Среди студентов младших курсов выделено пять типов социально-психологической адаптации: 1) высокоадаптированные экстраверты, 2) адаптированные тревожные экстраверты, 3) беззаботные тревожные экстраверты, 4) дезадаптированные тревожные экстраверты и 5) адаптированные доминантные экстраверты [33]. Вместе с тем, существуют личные типы межличностных отношений, отражающие их мотивированность и адекватность деятельности, а также стабильность нервных процессов [446, 447, 476]. При сравнительном анализе этих типов с корреляционными ритмограммами были выделены три типа адаптации к действию эмоционального стресса: 1) полностью завершенная адаптация; 2) адаптация не завершена, но протекает адекватно; 3) дезадаптация – нарушение адаптационных возможностей организма [16, 180, 449, 470, 485].

Из рассмотренных результатов исследования становится очевидным, что расстройства адаптации и их патогенетические механизмы имеют сложную организацию и затрагивают поведенческие процессы. Перспективным направлением изучения психической деятельности и дезадаптивных процессов является теория функциональных систем [26, 471, 472, 606]. На основе разработанного понятия «системоквант психической деятельности» показана динамика построения информационного системокванта акцептора результатов действия [26]. С системных позиций патогенез психосоматических заболеваний,

вызванных стрессом, в упрощенном виде заключается в следующем. В конфликтных ситуациях происходит активация лимбико-ретикулярных структур мозга, что приводит к дезинтеграции и напряжению функциональных систем организма и развитию дисфункции [344, 366, 394, 450]. Нарушение деятельности одной ослабленной функциональной системы и расстройство регуляторной деятельности приводит к патологии [26, 422, 429].

А. Б. Холмогоровой и И. Д. Климовой было показано, что у лиц с выраженными чертами пограничных расстройств личности значительно чаще встречаются дезадаптивные копинг-стратегии (психическое избегание, отрицание, употребление психоактивных веществ) по сравнению с группой без выраженных черт пограничных расстройств личности [270]. Основываясь на психопатологических проявлениях и факторной модели были определены главные синдромы расстройств адаптации: 1) депрессивный (60 %), 2) тревожный (45 %), 3) психовегетативный (35 %) и 4) поведенческий (14 %). Полученные данные свидетельствуют о том, что расстройства адаптации у студентов младших курсов имеют сложную психопатологическую структуру [264, 295, 296, 431, 451, 548, 605].

В настоящее время продолжает увеличиваться объем данных по своеобразным индикаторам развившейся дезадаптации. Как выяснено, таковыми могут быть параметры variability сердечного ритма, концентрация кортизола в пробах слюны, тонус симпатoadреналовой системы и дефицит магния [452, 453]. При осложненных формах расстройств адаптации рекомендуется определять в сыворотке крови концентрацию аутоантител, чувствительных к белкам S-100, уровень которых меняется при развитии патологических процессов любого генеза, негативно влияющих на функции нейронов и /или глиальных клеток и сопровождающихся эмоциональными нарушениями [20, 21].

Вместе с тем, по данным электроэнцефалографии выяснено, что у студентов младших курсов с нейросоматическими расстройствами отмечается дисфункция срединно-стволовых структур мозга, нарушение корково-

подкорковых взаимоотношений, усиление активизирующих десинхронизирующих влияний ретикулярной формации ствола мозга [22, 427, 547].

Некоторые зарубежные авторы, основываясь на теории общего адаптационного синдрома Г. Селье, предписывают важную роль стероидным гормонам в биологических реакциях эмоционального напряжения. В связи с этим осуществлено клонирование кортикотропина и его рецепторов, что позволяет проводить экспериментальные исследования в этом направлении. Активная выработка кортикотропина и изучение его сигнальных путей в мозге, по-видимому, играют ключевую роль в расшифровке обусловленных стрессом эндокринных, автономных и поведенческих ответов [28, 29, 37, 432, 441, 499, 546].

1.5. Состояние проблемы употребления ПАВ лицами молодого возраста в мире.

В настоящее время употребление психоактивных веществ (ПАВ) лицами молодого возраста представляет серьезную проблему современной медицины в большинстве стран мира [5, 272, 273].

Стремительное увеличение урбанизации и социальной напряженности, интенсификации труда и проблемы, связанные с занятостью, представляют собой важнейшие этиологические факторы, которые побуждают к снятию психоэмоционального перенапряжения путем употребления ПАВ молодыми людьми [30, 34, 426, 455, 456, 457].

Наиболее часто употребление химических веществ, снимающих стрессовое состояние, присуще лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации [43, 47, 166, 501].

Психоактивные вещества условно можно подразделить на 3 группы: алкоголь, наркотические и токсикоманические соединения. Каждое из них имеет индивидуальный механизм воздействия, который вызывает общий эйфорический

эффект и наркотическое опьянение, обладает различным по длительности периодом привыкания и зависимости [66, 466].

Одним из самых распространенных ПАВ является алкоголь. Алкоголизм представляет серьезную медико-социальную проблему современности [7]. Его последствия приносят колоссальный ущерб здоровью молодого населения и тяжелым бременем ложатся на общество в целом. В течении последних десятилетий наблюдается выраженный рост потребления алкоголя на душу населения и, соответственно, повышение уровня связанных с ним проблем [40].

В настоящее время эта неблагоприятная тенденция коснулась лиц молодого возраста [46, 293, 294]. В последние пять лет уровень заболеваемости алкогольной зависимостью среди студенческой молодежи увеличился в 3,5 раза. Общепринятым является факт: отношение молодежи к алкоголю в значительной степени отображает состояние морального облика общества. Масштабы употребления пива среди студентов младших курсов в последние годы приняли катастрофический характер, что формирует почву для дальнейшей алкоголизации молодежи. Данному факту в существенной мере способствует низкая цена на этот «слабоалкогольный» напиток, а также его повсеместная реклама. Значительный рост уровня потребления алкоголя среди студенческой молодежи является предметом серьезного беспокойства ученых и специалистов в области здравоохранения во всем мире [62].

В большинстве случаев алкогольное опьянение у лиц молодого возраста характеризуется кратковременным возбуждением, сменяющимся общим угнетением, оглушенностью, нарастающей сонливостью, вялостью, замедленной бессвязной речью, потерей ориентации. Молодой организм примерно в 10 раз чувствительнее к алкоголю, чем взрослый [93, 262]:

- алкогольная зависимость у взрослого человека формируется в течение 3-5 лет, у лиц молодого возраста – 1,5-2 года;

- алкоголизм быстрее проходит все стадии формирования – у взрослого человека период внешнего благополучия продолжается несколько лет, у лиц молодого возраста – несколько месяцев;

- разрушение личности у взрослого, злоупотребляющего алкоголем, происходит в среднем через 10 лет, у лиц молодого возраста – через 3-4 года;
- первые опьянения у лиц молодого возраста нередко сопровождаются алкогольным отравлением (тошнота, рвота, головная боль, слабость);
- у лиц молодого возраста чаще, чем у взрослых встречаются атипичные формы опьянения (вместо эйфории – злоба, тоска, депрессия, агрессия, истерические реакции) [276, 593, 595].

В связи с постоянным увеличением злоупотребления алкоголя возрастает вероятность приобщения студенческой молодежи к наркотическим веществам, а последствия употребления наркотиков в молодом возрасте оказываются крайне серьезными. При раннем столкновении лиц молодого возраста с ПАВ у них очень быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и параллельно блокируется личностный рост, деформируются личностные ценности, ухудшаются семейные отношения, портятся связи с окружающим позитивным социумом и возникает реальная угроза оказаться в полной изоляции или быть втянутыми в криминальные группировки [36, 60, 327, 356, 377].

Очень часто у данного контингента затруднено нормальное гендерное взаимодействие, связанное с последующим образованием собственной семьи и продолжением рода и, как следствие, формируются стабильные отношения с аддиктивным окружением. В общем, такая жизненная ситуация, становится полностью безысходной, поскольку возрастающая зависимость от ПАВ практически прекращает социальный прогресс личности, уровень образования остаётся самым минимальным, резко снижается профессиональная ориентация и овладение специальностью, появляются эпизоды девиантного поведения [104, 200, 591, 553].

По данным отечественной и зарубежной литературы наиболее приемлемой представлена точка зрения, соответственно которой употребление ПАВ является одновременно биологической, психологической и социальной проблемой, поскольку в процессе возникновения и формирования зависимости от ПАВ главную роль играют значение генетическая и психосоматическая

предрасположенности, индивидуальные психологические особенности личности и её социальная диспозиция [111,118, 197, 229, 504, 558, 559].

Приобщению лиц молодого возраста к употреблению ПАВ способствуют целый ряд как объективных, так и субъективных факторов риска: неблагополучие преморбидного фона, наличие психологических девиаций, активно выраженные явления микросоциальной дезадаптации в семье и (или) в учебном заведении [110, 462, 476, 494, 522, 538, 563.].

Особую роль в приобщении к употреблению ПАВ у студентов начальных курсов часто играют реакции подражания, которые приводят к формированию у учащейся молодежи имитационных моделей поведения. Именно в этот период, а точнее его особенности в определенной степени таят в себе опасность формирования зависимости от ПАВ [120, 238, 396, 406, 445, 459].

Ряд ученых выделяет особые группы факторов риска приобщения лиц молодого возраста к употреблению ПАВ, таких как: биологические, психологические, макросоциальные, микросоциальные семейные и микросоциальные в образовательном учреждении [122, 381, 382, 385, 386 521, 523].

Биологические факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- наследственная отягощенность;
- перинатальные и ранние постнатальные вредности;
- патохарактерологические стигмы у родителей;
- степень изначальной толерантности;
- органические поражения головного мозга;
- хронические соматические заболевания.

Психологические факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- отсутствие нормативного мировоззрения (убеждения, ценности, установки, взгляды);
- несформированность нормативных личностных статусов;
- психический инфантилизм;
- имитационное поведение;

- ограниченность интересов;
- эмоционально-волевой дефицит;
- гедонизм;
- низкий самоконтроль;
- недостаточность саморегуляции;
- неадекватная самооценка;
- склонность к риску;
- тип акцентуации характера;
- эгоцентризм;
- трансформация механизмов психологической защиты;
- позитивность возникающих эффектов при употреблении ПАВ;
- безопасность в ближайшей перспективе использования ПАВ.

Макросоциальные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- отсутствие нормативного окружения и значимых лиц;
- наличие лиц с аддиктивным поведением в ближайшем окружении;
- «мода» на ПАВ;
- доступность ПАВ;
- терпимость социума;
- аддиктивные традиции и обычаи;
- конфликтные взаимоотношения;
- ухудшение социально-экономической ситуации;
- степень ответственности за употребление ПАВ.

Микросоциальные семейные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- отсутствие нормативных форм совместной деятельности;
- злоупотребление ПАВ в семье;
- противоречия между социальными нормами и поведением членов семьи;
- дисфункциональный стиль воспитания;
- неполная семья;
- наличие семейных конфликтов;

- постоянная занятость родителей.

Микросоциальные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ в условиях образовательного учреждения:

- отсутствие полноценных условий для гармоничного психического и физического развития несовершеннолетних;
- учебная перегрузка и академическая неуспеваемость;
- стрессовая тактика педагогических воздействий;
- недостаточная грамотность педагога в вопросах возрастной физиологии, психофизиологии и охраны психического здоровья обучающегося;
- конфликтные отношения со сверстниками и преподавателями;
- наличие ровесников с девиантным поведением;
- одобрение употребления ПАВ в ближайшем окружении.

Вероятность развития зависимости от ПАВ гораздо больше у тех лиц молодого возраста, которые подвержены одномоментному воздействию сразу нескольких факторов риска. Факторы риска приобщения к употреблению ПАВ полностью дезорганизуют становление личности в её нормативных притязаниях, и соответственно препятствуют развитию так называемых нормативных личностных статусов, которые являются основными в формировании устойчивого функционирования личности в стиле здорового образа жизни [243, 345, 361, 373, 484].

По мнению ряда авторов, у лиц молодого возраста существует определенная иерархия потребностей. Первоначально должны быть удовлетворены биологические потребности такие как: голод, жажда, двигательная активность, половое влечение, безопасность, физический комфорт [486, 487]. И лишь потом возможно удовлетворение психосоциальных потребностей: знания, самореализация, самоутверждение, семья, общество, коммуникабельность, профессиональная деятельность [488]. Более того, выраженное неудовлетворение биологических потребностей организма воспринимается как вызов (угроза, стресс), результатом которого является

истощение его адаптационных резервов и разрушение самой системы организми-личность [25, 27, 328, 331, 332, 345, 489].

Таким образом, каждая существующая потребность диктует удовлетворения или, если удовлетворение невозможно, разрядки. Энергия различных неудовлетворенных потребностей вырабатывает «потребностное» психологическое и физическое напряжение, которое обладает сокрушительной разрушающей силой [490, 496, 520, 542]. Разрядкой могут быть: активное занятие спортом, интенсивная трудовая деятельность, смех, плач, исповедь, аутотренинг. Если же в условиях семьи и социума не научить студенческую молодежь распознавать и удовлетворять свои потребности самыми активными здоровыми способами, то, как правило, формируются различные патологические способы разрядки энергии неудовлетворенных потребностей такие как: употребление ПАВ или другие виды аддиктивного и девиантного поведения (агрессивное поведение, аутоагрессия, промискуитетное поведение, связанное с неоправданным риском) [39,77, 107, 108, 310, 311, 320, 491].

Основной механизм развития зависимости от психоактивных веществ: получение чувства комфорта, удовольствия без совершения реальной деятельности по удовлетворению конкретной потребности с помощью использования аддиктивных агентов [492, 495, 519]. В психологическом плане аддикция начинается там, где возникает виртуальное (при помощи психоактивных веществ) замещение удовлетворения реальной потребности. По мере развития зависимости от ПАВ, выработанные патологические способы поведения подкрепляются практическим опытом, становятся стереотипными. Этому способствует длительное пребывание в ненормативной среде – в дисфункциональной семье или субкультурной компании, где принято злоупотребление ПАВ или использование иных аддиктивных агентов [41, 42, 230, 297, 306, 493, 494, 513, 568].

1.6. Наставничество, как фактор медико-социальной помощи студенческой молодежи

В системе модернизации непрерывного образования существует ряд вопросов, относящихся к качеству нынешнего образования в условиях современного, поликультурного общества. Процесс вступления в мировое образовательное пространство диктует необходимость приведения образовательной системы в соответствие с общепринятыми мировыми стандартами: увеличение возможности получения высшего образования, последующее улучшение качества и привлекательности высшего учебного заведения, развитие маневренности студентов и преподавателей вузов, гарантирование трудоустройства конкурентоспособных выпускников высших учебных заведений за счёт их востребованности на рынок труда. Присоединение к Болонским соглашениям, новейшие образовательные модели, концепция непрерывного образования настаивают на необходимости усовершенствования принципов и подходов к многим моментам работы в вузе, в том числе и к взаимоотношениям между преподавателем и студентом [1, 2].

Получение университетского образования это уникальный процесс который дает шанс сделать знание индивидуальным, эффективным, и тем самым в нем появляется место для деятельности наставника.

Первые упоминания о наставнике (от лат. *tutorem* – наставник, опекун) в смысле «старший, назначенный опекать младшего студента в занятиях» имеют место в источниках с 1580 года. Феномен тьюторства имеет свое начало в Великобритании и вплотную связан с историей самых старейших университетов Европы, который закончил свое формирование в конце XIV века в классических английских университетах Оксфорда и чуть позже в Кембридже. С этого периода наставничество рассматривают, как сложившуюся систему университетского сопровождения (наставничества). Тьютор исполнял функцию посредничества между свободным профессором и свободным студентом. Основная задача данной формы общения состояла в том, чтобы совместить на практике содержание жизни студента с идеалами университета в котором они обучаются.

С XVII века масштаб деятельности наставника стал заметно возрастать. С этого периода огромное значение в нем начинают завоевывать образовательные функции: тьютор назначает и рекомендует, какие практические занятия и лекции необходимо посещать, как правильно составить учебный план, осуществляет контроль за академической успеваемостью студентов, подготовкой их к экзаменационной сессии. В XVII веке система наставничества имеет официальное признание в большей части английской системы образования в университетах. На протяжении XVIII–XX веков в старейших университетах Англии она занимает главенствующее место в образовательном процессе, а дополнением к ней является лекционная [11].

Тьюторство в России, как самостоятельное движение берет свое официальное начало в конце 1980-х годов когда произошло реформирование всей системы образования, однако следует заметить, что идея наставничества, помощи, взаимопомощи в воспитании и обучении молодежи развивалась и имела свои исторические корни с XIX века в трудах духовного наставничества христианской культуры П. Д. Юркевича, в XX веке в педагогической системе А. С. Макаренко.

Анализируя данные методологических основ феномена наставничества в Российской Федерации, необходимо выделить, что истоки его зарождения возникли на основании динамичного использования концепции К. Роджерса о «самостоятельности», культурно-исторической теории Л.С. Выготского, в объеме усиления тенденции к пониманию работы с молодежью как управленческой деятельности, направления связанного с индивидуализацией образования, Е. А. Александрова[11], Т. М. Ковалева[112], Н. В. Рыбалкина[223]. Ряд других ученых также стояли у истоков развития тьюторства в России, однако данное направление в научной и практической деятельности нельзя представить без таких авторских школ как: А. И. Адамского (сетевая инноватика), Ш. А. Амонашвили (гуманное направление), О. С. Газмана (педагогика поддержки), С. Л. Соловейчика (творческое воспитание), А. Н. Тубельского (школа самоопределения), Е. Б. Штейнберга (социализация в разновозрастных

детских коллективах) и других ярких представителей советской и постсоветской науки прошлого столетия (1980-2000 гг.) [61].

Впервые опыт наставничества был детально изучен и проанализирован в 1989 году в рамках Школы культурной политики, когда в Москве был проведен первый конкурс тьюторов под руководством П. Г. Щедровицкого [286]. Определив самые значимые направления в тьюторском сопровождении: психолого-педагогической работе по индивидуализации обучения, направленной на обнаружение и развитие мотивации к обучению, изучение образовательных ресурсов для построения индивидуальной образовательной программы, на работу с образовательным заказом семьи, составление учебной и образовательной рефлексии обучающегося, в разных регионах России в течение дальнейших 15 лет стали поэтапно складываться в разные тьюторские практики, следствиями которой стала тьюторская площадка в системе российского образования - школа «Эврика-развитие» г. Томска, в которой стали проходить всероссийские тьюторские конференции, под эгидой Московского педагогического государственного университета.

С 2007 года в Российской Федерации активно начала свою работу Межрегиональная общественная организация «Межрегиональная тьюторская ассоциация», которая в настоящее время насчитывает больше 20 отделений по стране. Члены данной общественной организации инициировали и масштабно обсуждали профессиональный стандарт «Тьютор» [65], который был создан и прошел процедуру общественного обсуждения в 2009 году, а в 2011 году был направлен Министерством образования и науки Российской Федерации в региональные органы власти.

С 2012 года в России начал существование и получил активное развитие образовательный проект «Международная школа практической педагогики», который позволил одновременно представлять собой и виртуальную базу данных наставнических практик и быть площадкой для формального, неформального и информального профессионального образования преподавателей, каталогом рекомендаций по предоставляемым услугам в

области тьюторства, а также сообществом клубов по интересам (как для преподавателей в различных сферах образования, так для родителей обучающихся) [71, 143, 216, 217, 251, 252].

Таким образом, наставническое сопровождение в работе со студенческой молодежью первого года обучения, в том числе и со студентами с дезадаптационными состояниями в системе непрерывного образования может быть реализовано в нескольких направлениях:

- тьютор – посредник, между тем, кто обучается, и тем, кто обучает;
- тьютор – ассистент, помощник тому, кто обучает группу, в создании особых условий для отдельных обучающихся;
- тьютор – консультант, индивидуальный преподаватель или куратор, который подбирает и помогает реализовать индивидуальную образовательную программу;
- тьютор как любой участник системы образования, реализующий социальный механизм помощи и взаимопомощи в воспитании, обучении и развитии.

В настоящее время одним из насущных вопросов в Российской Федерации представляет собой нормативное закрепление тьюторства. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29 декабря 2012 года ввел этот вид деятельности как «услуги ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь» - имеются в виду помощь обучающимся с ограниченными возможностями здоровья [260].

В контексте глобализации и выхода страны на уровень соответствия международным стандартам образования в современном информационном обществе и развитием системы профессиональных стандартов в России, Национальное агентство развития квалификаций, контролирующее данный процесс, имея уже готовый профессиональный стандарт «Тьютор», сочло необходимым вновь инициализировать разработку этого профессионального стандарта с участием различных специалистов, ориентируясь на обновление нормативно-правовой базы в области образования. Согласно Постановлению

Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 года № 23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов», право на разработку профессиональных стандартов перешло к Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, а полномочия по экспертизе профессиональных стандартов и создание практических рекомендаций по их улучшению были адресованы Национальному совету при Президенте Российской Федерации по профессиональным квалификациям (согласно Указу Президента Российской Федерации № 249 от 16 апреля 2014 года). С 2013 года началась разработка Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации семейства профессиональных стандартов в области образования, среди которых обозначена профессия «Специалист в области воспитания (деятельность по социально-педагогическому сопровождению обучающихся)» – именно в этом профессиональном стандарте имеет место блок тьюторских трудовых действий, которые объединены в обобщенную трудовую функцию, именуемую «Тьюторское сопровождение обучающихся» [75, 76].

В настоящее время в Российской Федерации на должность наставника (тьютора) ведется прием в соответствии с Номенклатурой должностей сотрудников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, должностей руководителей образовательных организаций [205].

В научно-педагогических исследованиях Российской Федерации существует ряд направлений на понимание сущности тьюторского сопровождения, основанного на различных точках зрения в стилях воспитания, обучения и развития студенческой молодежи: знаниево-ориентированных, практико-ориентированных и творчески-ориентированных; индивидуально-ориентированных и личностно-ориентированных.

Исследования Т. Н. Ле-ван [136, 137], показывают, что тьюторство часто воспринимают, как социально-педагогическую или социально-психологическую методику сопровождения студенческой молодежи с нарушениями расстройствами адаптации и с ограниченными возможностями здоровья. Данный вид работы, как правило, характерен для особого специалисту в штате

образовательной организации или добровольному помощнику (волонтеру) [145, 147, 263, 292]. Цель такой образовательной программы, по утверждению Т. М. Ковалевой с соавт. [206], имеется в том, чтобы помочь студенту научиться строить собственную индивидуальную образовательную программу, развить интерес тьюторанта (сопровождаемого) по трём самым основным позициям: социальному, культурно-предметному и антропологическому, которые открывают дополнительные возможности для реализации основной образовательной программы каждого обучающегося. Необходимо выделить, что при отсутствии достаточного финансирования эта группа исследователей учитывает особые обстоятельства – развитие на добровольной основе тьюторского сопровождения иными сотрудниками образовательных учреждений – студентами старших курсов. Осуществление любым преподавателем тьюторских функций реализуется следующим образом: с одной стороны, он предоставляет студенческой молодежи информацию о различных образовательных стандартах, цель которой заключается в помощи осознанного выбора, а с другой стороны, обсуждает с данным контингентом возникшие в процессе самообразования проблемы и трудности, в том числе и у лиц с дезадаптационными нарушениями [146].

В своих работах В. П. Сергеева [255] отмечает, что инструментом реализации должностных обязанностей наставника в сопровождении студенческой молодежи должны быть технологии портфолио, проектного, группового, индивидуального консультирования, тренинговая и коучинговая технологии, социальные и профессиональные пробы, а также информационные технологии.

Однако, следует выделить, обращая особое внимание на таких характеристиках современного образовательного пространства, как открытость, свобода выбора обучающимся образовательного маршрута, нацеленность на развитие личности и значимых для успешной самореализации качеств студента, Е. А. Александрова и Е. А. Андреева [11], Е. С. Гладкая и З. И. Тюмсева [61] и другие исследователи несколько по-иному трактуют феномен тьюторства. Она

определяется существованием у каждого сотрудника образовательной организации особой позиции (компонента профессионального сознания и деятельности), которая направлена на разностороннее развитие личности обучающегося во взаимодействии с ним. Е. А. Александрова и Е. А. Андреева под тьюторским сопровождением студенческой молодежи понимают индивидуальное консультирование, в процессе которого тьютор поддерживает обучающегося в процессе разработки индивидуальной образовательной траектории как программы собственной деятельности и сопровождает процесс ее реализации. Таким образом, основная цель данной деятельности показана как поддерживающая и личностно-развивающая.

Важное место в научных трудах занимает взгляд, характеризующий тьюторское сопровождение как технологию управления профессиональным образованием (либо дополнительным профессиональным образованием), которое осуществляется дистанционными образовательными программами. В этом особый интерес представляет концепция Н. И. Городецкой и Г. А. Игнатьевой [65], которыми активно разрабатываются вопросы наставничества в системе дистанционного повышения квалификации преподавателей. По их данным, «в системе повышения квалификации работников образования инновационным механизмом реализации вариативного и индивидуализированного обучения является разработка модульных образовательных программ, позволяющих преподавателям выстраивать индивидуальный учебный план, адекватный их запросу на профессиональное развитие».

Особый интерес представляет мнение И. И. Фаляхова [259], который касается важного аспекта тьюторского сопровождения в профессиональном образовании, связанного с формированием готовности студентов (будущих преподавателей) к организации деятельности по охране здоровья студенческой молодежи. Данные исследователи обосновывают необходимость наставнического сопровождения профессионального развития будущих преподавателей – их непрерывного приобщение к ценностям здоровья как профессиональной ценности при взаимодействии с преподавателем, который

является индивидуальным консультантом в выборе траектории освоения студенческой молодежью здорового образа жизни и, вместе с тем, фасилитатором (модератором, управляющим) в процессе осознания будущим преподавателем здоровье созидающей сущности преподавательского труда. Ученые использующие психолого-педагогические условия развития психологической готовности студенческой молодежи к такому виду деятельности: созданию «ситуации доверия» между субъектами образования и благоприятного психологического климата; рефлексии психофизического и психоэмоционального состояния, потребностей и представлений об оздоровительной деятельности, ценностей студенческой молодежи; прогнозированию и моделированию студентами личной оздоровительной деятельности [153].

Большое количество представленных в научных трудах точек зрения основываются в целом на принципах наставничества, которые отображены в работах Т. Н. Ле-ван [136, 137]:

- открытость (расширение контекста формального образования до его неформальных и информальных вариантов);
- вариативность (создание разнообразной «избыточной» среды для осуществления реального выбора);
- непрерывность (последовательное и цикличное сопровождение воспитанника дошкольной организации, ученика, а затем студента на каждой возрастной ступени);
- гибкость (поддержка любой инициативы ребенка или взрослого в выборе способов, темпов и форм получения им собственного образования);
- индивидуальный подход (адекватность подбора для каждого студента форм, методов и средств обучения с учетом его особенностей восприятия информации, темпа учебной деятельности и т.п. – то есть психофизиологических характеристик);

– индивидуализация (ориентация на индивидуальные образовательные приоритеты каждого ученика, его интересы, индивидуальную картину мира и т.п. – то есть личностных характеристик).

Д. О. Карибаев с соавт. [256], не оспаривая вышеперечисленных принципов и подходов, принимая их во внимание, развивает совершенно другой вектор понимания и применения тьюторского сопровождения студенческой молодежи в российской практике. Сущность данного феномена «тьюторства» заключается в помощи, сопровождении и взаимопомощи всех участников системы образования (администрации, преподавателей, студентов) для улучшения качества образования. Развивая идеи одного из самых основных российских специалистов в области образования В. И. Загвязинского [82] о социально-личностной ориентированности образования и взаимосвязанной с этим сущностью преподавательской работы (преподаватель как «партнер по диалогу, куратор, тьютор, консультант», как «активатор внутреннего потенциала», «эталон нравственности и трудолюбия», приводит студенческую молодежь, а в некоторых случаях и своего коллегу к осознанию своего места в этой жизни и обществе, к глубокому пониманию значимости «социального служения»), можно сделать вывод, что тьюторское сопровождение студенческой молодежи, в том числе с нарушениями и расстройствами адаптации не отдельная образовательная услуга, а социальный механизм [151].

В ряде исследований показано, что тьюторское сопровождение может осуществлять сотрудник организации и службы отдела кадров – преподавателям, преподаватели – своим коллегам, в том числе с малым опытом работы и естественно преподаватели осуществляющие тьюторское сопровождение студенческой молодежи в выборе и реализации ими индивидуальной образовательной траектории. Особое место тьюторской деятельности следует рассматривать в формате охраны здоровья студенческой молодежи и формирования у них навыков здорового образа жизни [138].

Из этого следует, что на первый план в понимании тьюторского сопровождения студенческой молодежи, в том числе и с нарушениями расстройствами адаптации выходят принципы:

- поддерживающего взаимодействия, суть которого в том, что тьютор ставит в приоритет инициативы тьюторанта по взаимодействию и последовательно помогает им реализоваться, направляя в заданном самим тьюторантом русле, но не решая задачу за него;

- ресурсности, т.е. тьютор заинтересован в том, чтобы тьюторант увидел свои внешние и внутренние ресурсы и использовал их для продвижения в желаемом направлении;

- коллективного решения поставленных задач (соборности), что означает совместное принятие решений, обсуждение индивидуальной траектории развития тьюторанта;

- синергичности – особого, «продвинутого» эффекта в обеспечении качества образования в целом от совместных усилий тьютора и тьюторанта, действующих для решения конкретной образовательной задачи;

- добровольности, т.е. свободного от принуждения взаимодействия исходя из личных стремлений и потребностей [154].

Решение вопросов, связанных с реализацией социального механизма тьюторского сопровождения студенческой молодежи обеспечивает саморазвитие системы образования. Данное понимание наставничества полностью совпадает с созидательной сущностью преподавательской работы, которая основывается на антропологическом подходе Е. И. Загвязинского [82]. Соответственно этому пониманию наставничества существует разработанная система многоуровневого тьюторского сопровождения профессионального развития преподавателей в области реализации ими функций по охране здоровья обучающихся. Данная область преподавательской работы выбрана была не случайно, ибо образование является одним из самых главных социальных агентов по активному продвижению стандартов здорового образа жизни среди населения, особенно студенческой молодежи в том числе с нарушениями и расстройствами

адаптации. Это направление является одним из приоритетных государственной политики Российской Федерации в области развития человеческого капитала. В образовательной организации высшего профессионального образования основной «исполнитель» связанных с данной задачей функций – это преподаватель университета, а главным видом деятельности которого по охране здоровья обучающихся является развитие их личных и социальных компетенций в области здорового образа жизни. В связи с этим очень важно, чтобы каждый преподаватель обладал профессиональными компетенциями, позволяющими выполнять эти функции. Однако, следует заметить, как показывают исследования Н. Н. Малярчук, В. М. Чимаров [148], преподаватели образовательных учреждений оказываются в основной своей массе не готовы к такому виду деятельности, к содействию «осознанному и самостоятельному смыслообразованию, проживанию и обретению ценностей индивидуального здоровья» обучающихся.

По мнению группы исследователей Челноковой Е. А., Набиева Р. Б. [274] которые видят в качестве одной из основных задач наставника адаптацию студенческой молодежи к обучению в высших учебных заведениях: «Деятельность тьюторов в университете должна быть направлена на решение приоритетной задачи: создание оптимальных условий для адаптации и саморазвития личности студента». По их мнению одним из самых главных направлений являются задачи, связанные с психологической, а не организационной поддержкой обучающихся. Тьютор должен уметь осуществлять психологическое консультирование студентов, оказывать помощь в затруднительных ситуациях, осуществлять раскрытие потенциала студенческой молодежи [48, 196].

Модель многоуровневого тьюторского сопровождения профессионального развития преподавателей образовательных учреждений в области охраны здоровья обучающихся была апробирована в 2014-2015 году при ведущем участии автора в рамках проекта Министерства образования и науки Российской Федерации «Внедрение практикоориентированной модели повышения

квалификации тьюторов – представителей региональных институтов повышения квалификации и руководящих и педагогических работников в сфере дополнительного образования детей в области сохранения, укрепления и обеспечения безопасности здоровья обучающихся, формирования у них культуры здорового образа жизни». В данном широкомасштабном проекте приняли участие 53 региона Российской Федерации, который позволил на основе практического применения социального механизма тьюторского сопровождения сформировать и продвинуть общие для всего образовательного пространства Российской Федерации представления о деятельности преподавателя в области охраны здоровья студенческой молодежи, в том числе и с нарушениями и расстройствами адаптации. Именно это решение проблемы профессиональной подготовки преподавателей образовательных учреждений к реализации функций в области охраны здоровья студенческой молодежи, цитируя слова В. И. Загвязинского [82], основано на «интеграции практикоориентированной направленности, научной фундаментальности и творческой сущности практического, преобразовательного действия в процессе проектирования и в ситуациях реализации педагогического процесса».

Резюме к разделу 1:

Расстройства адаптации являются одной из самых актуальных проблем отечественной и зарубежной психиатрии. Это обусловлено, как высокой распространенностью, так и значительными трудностями в диагностике данной группы заболеваний.

Проблемы адаптации и расстройств адаптации у студентов первого года обучения в университете, традиционно вызывают интерес психиатров. С одной стороны это связано тем, что данный период обучения сопряжен с одним из самых кризисных периодов в жизни человека, во время которого происходит процесс завершения становления личности. С другой стороны, образовательное учреждение предъявляет высокие требования к механизмам психической адаптации студентов первого курса. Их повышенная уязвимость приводит к

дезадаптации, что может проявиться в психологических затруднениях и социальных конфликтах, сопровождающихся развитием различных форм зависимостей, возникновением отклоняющегося и суицидального поведения.

Задачей каждого высшего учебного заведения в этот сложный для молодого человека период помочь ему как можно раньше и успешнее адаптироваться к новым условиям обучения, влиться в ряды студенческой молодежи, вектор которых направлен на более быструю и успешную их адаптацию к совершенно новой системе обучения, к другой системе социальных отношений, на овладение ими новой роли студентов.

Для возникновения и развития расстройств адаптации необходимо наличие действия эмоционально-стрессового влияния. Серьезные предпосылки для формирования РА возникают также и в период пребывания лиц молодого возраста в зонах проведения локальных боевых действий.

Развитие РА в значительной степени зависит от количественных и качественных характеристик стрессовых влияний на организм человека, в частности сила и интенсивность действия стрессогенных факторов и их индивидуальной значимости для каждого конкретного человека. Свою роль играет и соматический статус организма, и уровень психических защитных барьеров личности: при стрессовом влиянии одинаковой интенсивности, силы и частоты у одних лиц происходит развитие различных психических нарушений, а у других – нет.

В настоящее время существует целая группа факторов, наличие которых способствует развитию большого количества психических расстройств в ответ на стресс. Это личностные характеристики: низкая стрессостойкость, нигилизм, тревожность, социальная отчужденность; уровень сформированности защитных психологических механизмов, а также наличие адаптивных стратегий противостояния стрессу; и присутствие социальной поддержки; оценка личностью стрессового события: негативная оценка и преувеличение опасности от событий вызывающих более существенное влияние на организм.

Расстройства адаптации развиваются из-за низкой стрессостойкости в ответ на действие стрессовой ситуации, особенно у лиц молодого возраста. РА – болезненное состояние, которое нарушает привычное нормальное функционирование личности, а именно: профессиональную и учебную деятельность, социальное функционирование.

Кризис – это важное изменение, во время которого человек берет контроль над собственной жизнью, узнает, что она есть на самом деле. Кризис не обязательно имеет негативные последствия. Иногда, его можно рассматривать как нечто, биологически обусловленное, что заставляет человека расти и совершенствоваться. Если, на данном этапе, человек достигает апогея, тогда кризис – это еще одна дорога, шанс пересмотреть жизнь и отправиться к новым целям.

Студенческий период жизни человека характеризуется совокупностью многих кризисов. Он приходится преимущественно на период поздней юности во время которого происходит овладение всего многообразия социальных ролей взрослого человека, получение права выбора, приобретения определенной юридической и экономической ответственности, возможности включения во все виды социальной активности, получение высшего профессионального образования и освоения профессии.

Результаты прохождения кризиса обогащают человека, его развитие принимает новый толчок, соответственно, в том числе выполняют и социальную задачу этого этапа развития. В данный период происходит принятие своей индивидуальности и неповторимости, осознание своего собственного пути: личностного, профессионального, социального, а так же своих стремлений и надежд.

Рассмотренные выше данные свидетельствуют о том, что расстройства адаптации относятся к переходным состояниям, протекающим между нормой и патологией. Показано, что пограничные расстройства имеют бифункциональную природу. С этой точки зрения рассматривается биологически положительный и биологически негативных исход предпатологических нарушений, которые носят

бессимптомный характер. Четко установлена роль социогенных факторов в развитии расстройств адаптации. Тем не менее, о значительных успехах в этом направлении говорить пока рано, так как для этого необходимо решение некоторых непростых задач. Пока нет полной ясности в вопросе о том, на каких уровнях организации живой материи и непосредственно как протекают переходные дезадаптивные процессы. На настоящий момент можно выделить и хорошо исследовать крайние состояния организма (адаптацию, дезадаптацию или патологию). Также нет четкого понимания того, как происходит незаметный, порой бессимптомный переход к патологии? Какие процессы и эндокринные механизмы в этой биологической трансформации задействованы? И, наконец, как блокировать, или, по меньшей мере, затормозить необратимый переход в системе «адаптация→ расстройства адаптации →патология».

Рассматривая причины и условия возникновения расстройств адаптации у студенческой молодёжи в определенной учебной социальной среде можно как минимум выделить и изучить этиологические факторы риска развития расстройств адаптации. Исследователям удалось определить основную роль социально-психологических факторов в развитии расстройств адаптации у студенческой молодёжи, определить группы лиц, имеющих повышенный риск развития психосоматических расстройств. Изучить психофизиологический статус и типологию студенческой молодёжи, находящейся в состоянии дезадаптации. Есть понимание того, что эмоциональное напряжение, тревожность, депрессия, астения, агрессивность и другие состояния являются проявлениями дезадаптации. Однако остается непонятным то, какие непосредственно экзогенные и эндогенные факторы и в каких условиях запускают в действие дезадаптивные процессы. Эту задачу еще предстоит решить в ближайшее время для установления причин развития дезадаптивных расстройств.

Понимание мозговой организации расстройств адаптации наводит на мысль о том, что адаптация и дезадаптация – это взаимодополняющие процессы, имеющие определенный морфологический субстрат и единство механизмов

регуляции функции. На их основе формируются те или иные проявления дезадаптации, возникающие у студенческой молодёжи в определенных условиях жизнедеятельности. По величине адаптационных сдвигов в организме можно выделить типы адаптации: 1) полностью завершённая адаптация, 2) незавершённая адаптация и 3) дезадаптация. Большая надежда возлагается на теорию функциональных систем, рассматривающую организацию психической деятельности с позиции системогенеза. Удалось установить роль активизации лимбико-ретикулярных структур мозга в процессах дезинтеграции функциональных систем. Существует мнение, что у студентов младших курсов с пограничными психическими расстройствами личности чаще встречаются дезадаптивные копинг-стратегии поведения, а применение факторной модели позволило определить главные синдромы расстройств адаптации: 1) депрессивный, 2) тревожный, 3) психовегетативный и 4) поведенческий.

Выяснено, что индикаторами расстройств адаптации могут быть параметры сердечного ритма, вегетативный тонус организма, концентрация кортизола в слюне, антитела к белкам S-100. Продолжается поиск нервно-эндокринных изменений при расстройствах адаптации. При выраженной дезадаптации выявляется дисфункция мезоэнцефальных и диэнцефальных структур ствола мозга, возникают корково-подкорковые нарушения, вегетативные расстройства, изменение деятельности системы «гипоталамус-гипофизарно-надпочечниковой» оси. Между тем в этом направлении еще немало нерешенных вопросов. Пока непонятно, за счет преобладания каких процессов (возбуждения или торможения) в структурах коры, больших ганглиях, лимбической системы, таламуса эти процессы формируются? Каковы функциональные связи между анатомо-физиологическими образованиями мозга, ответственными за генерацию дезадаптивных реакций? И, наконец, не в полном мире известно, какие нейрохимические связи в этих процессах участвуют? Исследования переходных дезадаптивных процессов позволят понять скрытые биологические механизмы перехода от нормы к патологии.

В настоящее время употребление психоактивных веществ лицами молодого возраста представляет серьезную проблему современной медицины в большинстве стран мира. Стремительное увеличение урбанизации и социальной напряженности, интенсификации труда и проблемы, связанные с занятостью, представляют собой важнейшие этиологические факторы, которые побуждают к снятию психоэмоционального перенапряжения путем употребления ПАВ молодыми людьми.

Наиболее часто употребление химических веществ, снимающих стрессовое состояние, присуще лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, выступая коморбидной составляющей расстройств адаптации.

В связи с постоянным увеличением злоупотребления алкоголем возрастает вероятность приобщения студенческой молодежи к наркотическим веществам, а последствия употребления наркотиков в молодом возрасте оказываются крайне серьезными. При раннем столкновении лиц молодого возраста с ПАВ у них быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и параллельно блокируется личностный рост, деформируются личностные ценности, ухудшаются семейные отношения, портятся связи с окружающим позитивным социумом и возникает реальная угроза оказаться в полной изоляции или быть втянутыми в криминальные группировки.

Часто у данного контингента затруднено нормальное гендерное взаимодействие, связанное с последующим образованием собственной семьи и продолжением рода и, как следствие, формируются стабильные отношения с аддиктивным окружением. Такая жизненная ситуация, становится полностью безысходной, поскольку возрастающая зависимость от ПАВ практически прекращает социальный прогресс личности, уровень образования остается самым минимальным, резко снижается профессиональная ориентация и овладение специальностью, появляются эпизоды девиантного поведения.

В системе модернизации непрерывного образования существует ряд вопросов, относящихся к качеству нынешнего образования в условиях современного, поликультурного общества. Процесс вступления в мировое

образовательное пространство диктует необходимость приведения образовательной системы в соответствие с общепринятыми мировыми стандартами: увеличение возможности получения высшего образования, последующее улучшение качества и привлекательности высшего учебного заведения, развитие маневрированности студентов и преподавателей вузов, гарантирование трудоустройства конкурентоспособных выпускников высших учебных заведений за счет их востребованности на рынок труда. Получение университетского образования это уникальный процесс который дает шанс сделать знание индивидуальным, эффективным, и тем самым в нем появляется место для деятельности наставника.

Особое место наставничества следует рассматривать в формате охраны здоровья студенческой молодежи и формирования у них навыков здорового образа жизни, поэтому на первый план в понимании тьюторского сопровождения студенческой молодежи, в том числе и с нарушениями расстройствами адаптации выходят принципы:

- поддерживающего взаимодействия, суть которого в том, что тьютор ставит в приоритет инициативы тьюторанта по взаимодействию и последовательно помогает им реализоваться, направляя в заданном самим тьюторантом русле, но не решая задачу за него;

- ресурсности, т.е. тьютор заинтересован в том, чтобы тьюторант увидел свои внешние и внутренние ресурсы и использовал их для продвижения в желаемом направлении;

- коллективного решения поставленных задач (соборности), что означает совместное принятие решений, обсуждение индивидуальной траектории развития тьюторанта;

- синергичности – особого, «продвинутого» эффекта в обеспечении качества образования в целом от совместных усилий тьютора и тьюторанта, действующих для решения конкретной образовательной задачи;

- добровольности, т.е. свободного от принуждения взаимодействия исходя из личных стремлений и потребностей.

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

1. Пацкань, И. И. Современные научные взгляды на проблему адаптации у студенческой молодежи [Текст] / И. И. Пацкань // Университетская клиника. – 2019. – № 2 (31). – С. 112–117.
2. Пацкань, И. И. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика медико-социальной проблемы расстройств адаптации [Текст] / И. И. Пацкань // Университетская клиника. – 2019. – № 3 (32). – С. 87–92.
3. Пацкань, И. И. Особенности кризисных состояний у студенческой молодежи первого года обучения в университете [Текст] / И. И. Пацкань // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2021. – № 1(53). – С. 88–93.
4. Пацкань, И. И. Патогенетические механизмы развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста [Текст] / И. И. Пацкань // Научно-практический журнал по дерматовенерологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2021. – № 3 (33) – С. 52–58.
5. Пацкань, И. И. Состояние проблемы употребления психоактивных веществ лицами молодого возраста [Текст] / И. И. Пацкань // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2020. – Том 29(3) – С. 296–299.
6. Пацкань, И. И. Современные взгляды на принципы тьюторства в образовательном пространстве [Текст] / И. И. Пацкань // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 2(46). – С. 102–107.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования и общая характеристика обследованного контингента

Достижение цели диссертационной работы предполагало разработку модели системы медико-социальной помощи студенческой молодежи при расстройствах адаптации. На основе позиций биопсихосоциального подхода предусматривало проведение нескольких этапов, каждый из которых гарантировался адекватными методами исследования, достаточным объемом фактического материала, что обеспечило получение полной достоверной информации для оценки объекта исследования.

На протяжении 2019 года с соблюдением норм биоэтики и деонтологии, при наличии информированного согласия было обследовано 515 студентов первого курса ГОО ВПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. В проспективное, сплошное, контролируемое, когортное, исследование вошли 365 девушек (70,9%) (365/515) и 150 юношей (29,1%) (150/515) медицинских факультетов, возраст варьировал от 17 до 21 года.

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

1. Скринингово-диагностический этап включал изучение психического и аддиктивного статуса студенческой молодежи и формирование групп с наличием непатологических нарушений адаптации и с отдельными признаками расстройств адаптации.

На этом этапе производили скрининговую оценку психического и аддиктивного статусов студентов первого курса университета, определение особенностей их психоэмоциональных характеристик, выявление и анализ

опыта употребления психоактивных веществ с соответствующими поведенческими паттернами.

Критериями включения в исследование выступали (табл. 2.1.1):

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

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

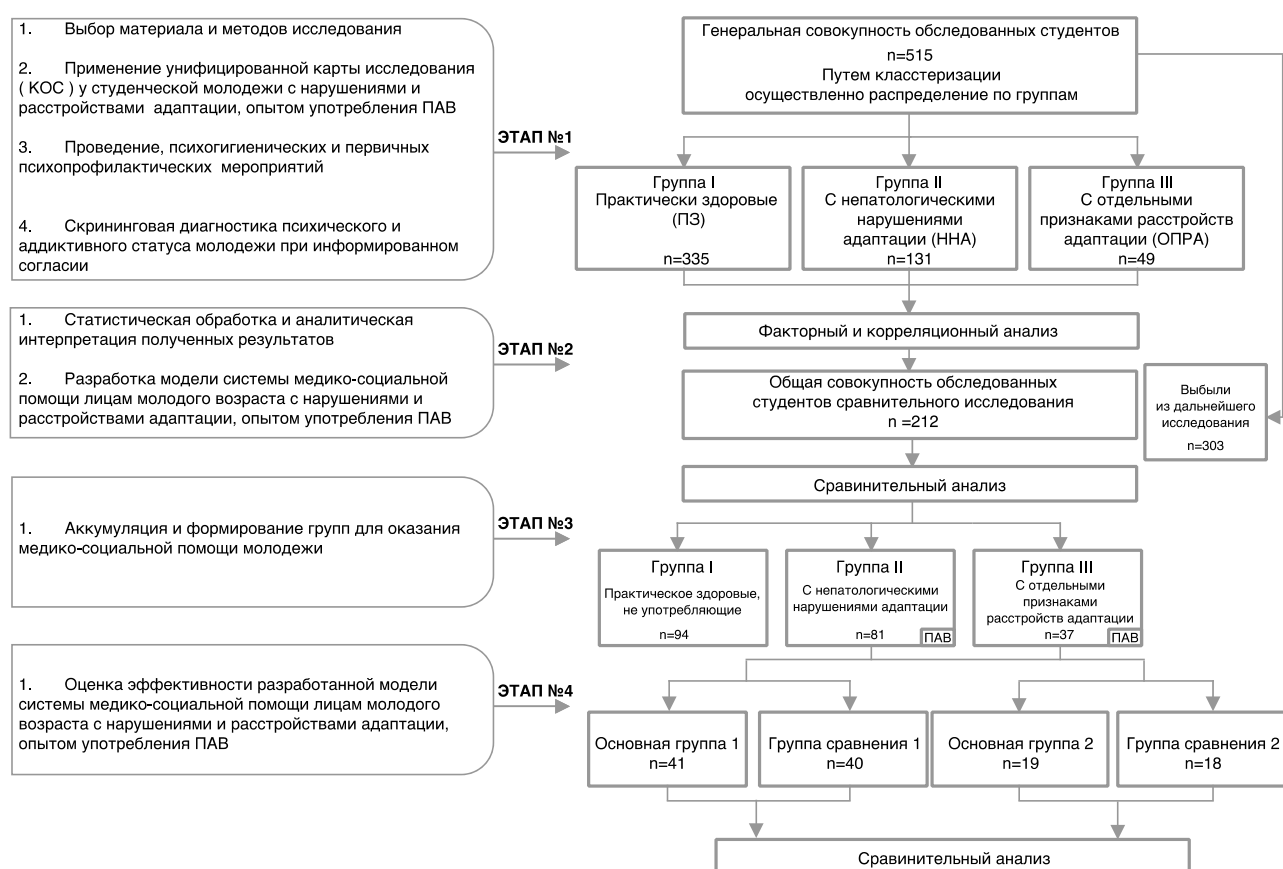


Рис.2.1.1 Основные этапы исследования

Таблица 2.1.1

Критерии включения в исследование при наличии признаков нарушения и расстройств адаптации с учетом аддиктивного фона

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

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	Индивидуум может демонстрировать склонность к драматизированному поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или дисоциальное поведение)	

На данном этапе осуществляли скрининговую оценку психического и аддиктивного состояния студентов ($n = 515$) первых курсов высшего учебного заведения с выявлением особенностей психоэмоциональных характеристик и наличия у анкетированных признаков употребления ПАВ и соответствующих поведенческих паттернов у студенческой молодежи. Основной гипотезой для проведения скринингового исследования стало предположение о том, что лица молодого возраста, в том числе студенты младших курсов университета, могут столкнуться с риском манифестации психической патологии в связи с повышенным уровнем нагрузки и сложностями психосоциальной адаптации в студенческой среде и высокими требованиями воспитательно-образовательного пространства высшего учебного заведения, и не имеют возможности, при определенных обстоятельствах, получить адекватную медико-психологическую помощь.

В свою очередь, нарушения и расстройства адаптации оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни студенческой молодежи, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности вуза, повышают риск употребления психоактивных веществ, сопровождаются развитием различных форм зависимостей, возникновением отклоняющегося и суицидального поведения.

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

Методом агломеративного минимальной дисперсии (кластеризация методом «k-срединных») осуществлено распределение на три группы в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Группу 1 (практически здоровых) составили 335 (65,1%) человека (335/515), из которых 236(70,4%) девушки (236/335) и 99 (29,6%) юноши (99/335).

Лица с признаками непатологических нарушений адаптации (ННА) вошли в группу 2, выявлены у 131(25,4%) человека (131/515): 93 (70,9%) девушки (93/131) и 38 (29,1%) юноши(38/131), среди них 81(61,8%) студент с опытом употребления ПАВ, а именно 61 (75,3%) девушка и 20 (24,7%) юношей.

Из студентов с отдельными признаками расстройств адаптации (ОПРА) была сформирована группа 3 и наблюдались у 49 (9,5%) (49/515) исследуемых: 36 (73,4%) девушек (36/49) и 13 (26,6%) юношей (13/49) из них 37(75,5%) лиц с опытом употребления ПАВ, а именно: 29 (78,4%) девушек и 8 (21,6%) юношей.

Распределение контингента на группы детально представлено на рис.2.1.2.

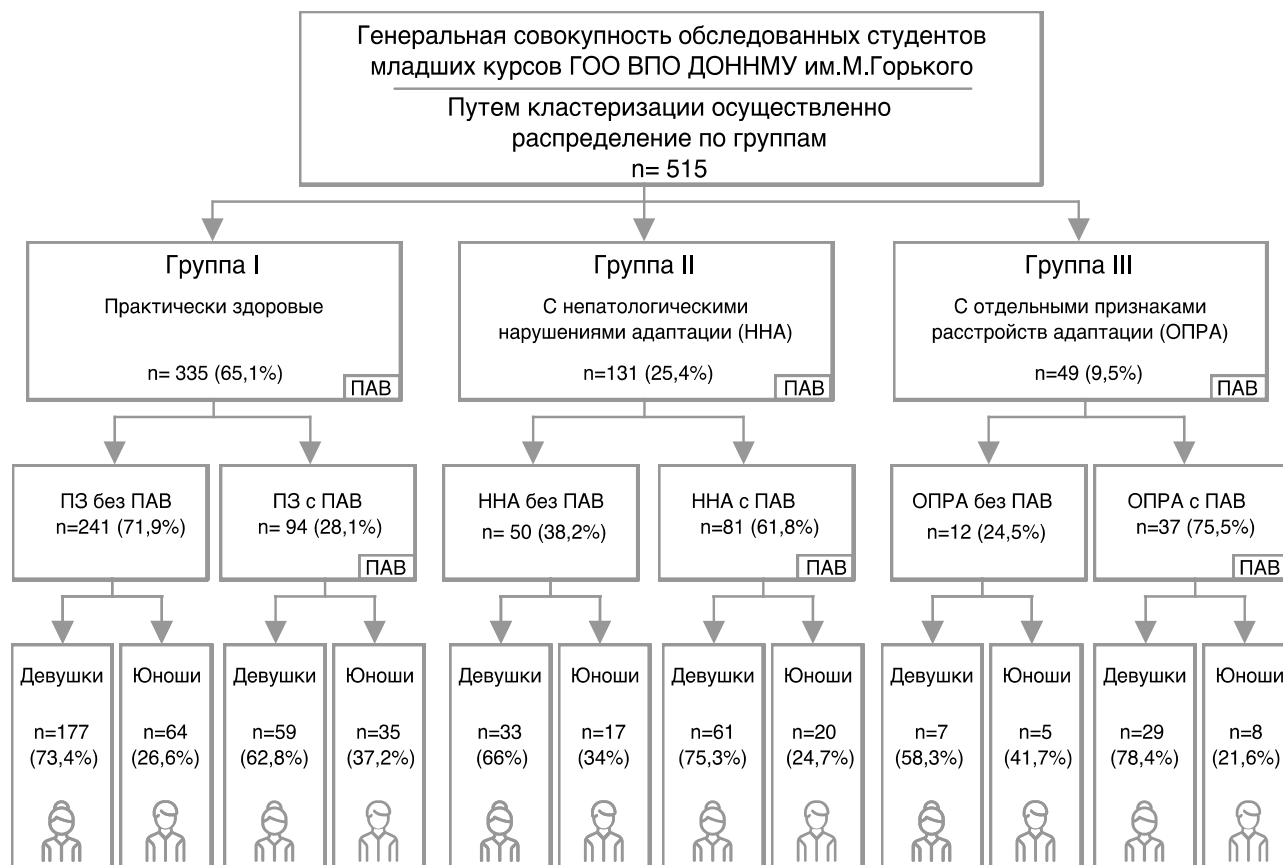


Рис.2.1.2 Алгоритм кластеризации контингента (скринингово-диагностический этап)

II. На этапе сравнительного анализа для дальнейшей работы из студентов групп 2 (81/61,8%) и 3 (37/75,5%), было сформировано когорту риска возникновения нарушений и расстройств адаптации, с опытом табакокурения, всего 118/180 (65,5%) лиц, которые были сопоставлены со студентами 1 группы 241/335 (71,9%), состоящей из практически здоровой студенческой молодежи без опыта употребления ПАВ (рис.2.1.3).



Рис. 2.1.3 Алгоритм исследования студентов
(этап сравнительного анализа)

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

В соответствии с приведенным распределением контингента исследования на основе углубленного изучения и анализа установленных психопатологических, патопсихологических, индивидуально-личностных особенностей, выявленных психосоциальных характеристик и аддиктивных паттернов для лиц молодого возраста первого года обучения с нарушениями и расстройствами адаптации, определяли мишени психопреентивных, психоокоррекционных, психотерапевтических мероприятий (рис. 2.1.4).



Рис. 2.1.4 Алгоритм системы психопреventивных мероприятий у лиц молодого возраста (этап психопреventивных и психокоррекционных воздействий)

IV. Этап оценки эффективности включал проведение катамнестического исследования со всесторонним анализом полученных результатов.

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

В проведенном исследовании имел место этап предварительного анкетирования, который бы направлен на установление статуса исследуемой проблемы и определение локусов дальнейшего анализа. Этап предварительного скрининга был осуществлен по материалам опроса, проведенного в течении 2019 года (анкетный опрос) с целью изучения восприятия, осознания и отношения студентов первого курса ГОО ВПО

ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО к проблеме употребления различных видов психоактивных веществ студенческой молодежью. В исследовании приняли участие 515 студентов первого курса высшего учебного заведения. В проспективное, сплошное, контролируемое, когортное, исследование вошли 365 девушек (70,9%) (365/515) и 150 юношей (29,1%) (150/515) медицинских факультетов, в возрасте от 17 до 21 года. Главным его методом был выбран опрос, в формате многофакторного анонимного анкетирования, которое содержало 118 вопросов с большим количеством ответов о социально-демографических показателях жизни студентов-первокурсников, их отношении к различным видам психоактивных веществ, которые могут вызвать зависимость, а также множество особенностей их характера и личности. Опрос осуществлялся добровольно и конфиденциально.

Общеизвестно, что большая часть студентов младших курсов, приезжает получать образование в университет из других городов нашего региона и проживает в общежитии.

Сбор и системная обработка данных проводилась при помощи «Карты обследования студента» («КОС», Е. В. Киосева, 2017).

Анализ характера употребления ПАВ студенческой молодежью был построен на основании протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2019, методология международного проекта ESPAD) с применением мотивационной модели употребления алкоголя (МБА) В. Ю. Завьялова (1988).

На каждого студента первого курса, включенного в исследование, была заполнена «Карта обследования студента», где были собраны самые значимые и существенные факторы, влияющие на формирование у исследуемой студенческой молодежи состояния дезадаптации и аддиктивного поведения. В ней нашли отражение различные социально-демографические признаки, такие как: пол, возраст, семейное положение, предыдущее место учебы, место работы

каждого из родителей, близость общения в семье, материально-бытовые условия жизни. Унифицированная карта четко структурирована, состоит из 10 разделов, каждый из которых посвящен актуальности темы исследования и анализу состояния проблемы (содержит 12 методик) [Приложение А].

В первом разделе «КОС» определяли особенности коммуникации студентов первого курса с близким окружением. В первую очередь респондентам предлагали ответить на целый ряд демографических вопросов, касавшихся пола и возраста. Во время следующего этапа студенты- первокурсники отвечали на самые общие вопросы, которые связаны с составом семьи, образованием, трудоустройством и профессией матери и отца отдельно, уровнем эмоциональной близости между членами их семей. Далее, отвечали на вопрос об осведомленности родителей о близком окружении анкетированных студентов, основных сферах их материальных расходов и способах проведения свободного от учебы времени, определяли степень родительского контроля для каждого из родителей отдельно. Ряд следующих вопросов посвящен выявлению нарушений во взаимоотношениях с родителями: выявляли уровень поддержки со стороны матери и отца, существование возможности респондента принимать самостоятельные решения, отношение обоих родителей к избранному решению.

Следующий этап включал в себя анализ стиля родительского воспитания. Респондент отвечал на вопросы о характере реагирования отца и матери, когда по их мнению он ведет себя совсем неправильно, определял значение личностной мысли опрашиваемого для родителей и уровень межличностного общения между всеми членами семьи.

Далее респондент отвечал на вопросы о стиле и образе жизни, характере досуга. Определяли сколько часов в день анкетированный смотрит телевизор (включая видео и DVD), играет в игры на компьютере или игровой приставке к компьютеру, смотрит телевизор, а также сколько часов в день тратит на работу за компьютером (отправляет сообщения по электронной почте, общается в социальных сетях и т.д.), не считая времени, которое он проводил на компьютерные игры.

Следующий блок вопросов посвящен изучению возможностей респондента заводить и поддерживать социальные контакты за пределами своей семьи. В частности, определяли количество близких друзей опрашиваемого в настоящее время вид их совместной деятельности (коллективное прослушивание музыки, танцы, выполнение домашнего задания, разнообразные игры, общение в социальных сетях, художественная деятельность, походы в кино, театры, на концерты, занятие художественной самодеятельностью, волонтерской работой и др.) [198]. Также респонденту предлагали выбор ряда утверждений, которые возможно могут дать характеристику компании его друзей: хорошо учатся, занимаются организованным спортом (члены спортивных команд, клубов и т. д.) или другими культурными мероприятиями не связанными со спортом (участвовали в поэтических вечерах, музыкальных группах т.д.), помогали нуждающимся, принимали участие в мероприятиях охраны окружающей среды, имели сексуальные связи с лицами одноименного пола, употребляли ПАВ, носят холодное оружие.

Отношения с друзьями анализировали при ответах опрашиваемого на ряд вопросов, таких как: «Сколько дней в неделю Вы обычно встречаетесь с друзьями сразу после окончания занятий в ВУЗе?», «Сколько вечеров в неделю Вы обычно проводите со своими друзьями?», «Как часто Вы разговариваете с друзьями по телефону, отправляете им SMS или связываетесь с ними через сеть Интернет?».

На последующем этапе выявляли отношение студента к его пребыванию в условиях высшего учебного заведения. Респондент отвечал на вопросы об уровне собственной успешности по сравнению с одноклассниками, однокурсниками, отношении преподавательского состава и однокурсников к нему и наоборот. Следующие вопросы детально посвящены анализу уровня поддержки студента в учебном процессе высшего учебного заведения со стороны преподавателей и родителей.

Блок вопросов, завершающий первый раздел был посвящен определению уровня материального благоустройства в семье. Опрашиваемый отвечал на

вопрос о наличии собственного автотранспорта в семье, периодичность выезда из своего населенного пункта с семьей на праздники или каникулы, количество компьютеров, ноутбуков, или планшетов, наличие собственной комнаты и тому подобное. Также студенту-первокурснику давали возможность субъективно оценить уровень материального благосостояния собственной семьи и выбрать из предложенных признаков те, которые, по мнению респондента, могли стать предметом особой зависти окружающих его людей: элитное место жительства; учеба в престижном высшем учебном заведении, высокая успеваемость в учебе, статус родителей в обществе, туристические поездки за границу, современная модная одежда, уровень физического развития, личные спортивные достижения, высокий уровень материальной обеспеченности семьи, наличие свободных карманных денег в достаточном количестве, наличие интересных увлечений, эрудированность, начитанность, личные достижения в музыке, танцах, олимпиадах, наличие личного заработка и тому подобное.

Второй раздел унифицированной карты был посвящен определению опыта и отношения к употреблению различных ПАВ студенческой молодежью первого года обучения.

На этом этапе определяли опыт респондента в табакокурении и как часто он курит в настоящее время. Далее анализировали кратность употребления различных алкогольных напитков в зависимости от их группы (пиво, алкогольные энергетические напитки, вино, крепкие алкогольные напитки, самогон и т.д.). Кроме этого выявляли продолжительность и частоту употребления различных каннабиноидов исследуемым. Затем приводился целый ряд утверждений, среди которых респондент выбрал те, которые по его мнению в большей степени мотивируют его сверстников к употреблению ПАВ: под воздействием компании друзей; под воздействием средств массовой информации; из-за отсутствия занятий; от незнания всех последствий употребления наркотических средств; стремление получить удовольствие; желание выглядеть более взрослым; чтобы отойти от проблем; из-за отсутствия контроля родителей, интерес к «запретному плоду», невозможность

самоконтроля, через принуждение или привлечь к себе внимание членов микросоциальной среды.

Следующие вопросы посвящались определению наличия в близком окружении респондента лиц (друзей, членов семьи, родственников), которые регулярно употребляли наркотические средства, делали это в его присутствии или предлагали приобщиться. Также выявляли реальную доступность для опрашиваемого информации о наркотических средствах, и были ли разъяснительные беседы о вредных последствиях употребления наркотиков родителями, педагогами, врачами, психологами, сотрудниками полиции в школе и университете.

Следующий блок вопросов второго раздела направлен на анализ отношения опрашиваемого к ПАВ и лиц, их употребляющих. Так, определялся характер эмоционального и поведенческого реагирования студента-первокурсника во время общения с потребителями наркотиков, а также главные мотивационные факторы, которые привели (или могут привести) к употреблению наркотических средств респондентом. Далее приводился ряд мероприятий по профилактике употребления ПАВ студенческой молодежью, среди которых анкетированный выбрал именно те, которые по его мнению, являлись наиболее эффективными: индивидуальные или групповые занятия, наглядная агитация (плакаты, фильмы и т.д.), распространение брошюр и листовок, встречи, с врачами, наркологами, сотрудниками МВД, бывшими наркоманами или психологические тренинги.

На следующем этапе определяли особенности студенческого микросоциального окружения респондента. Сначала приводился ряд маргинальных поступков, среди которых обследуемый выбрал те, которые, по его мнению, являлись наиболее ошибочными. Далее, соглашаясь или не соглашаясь с приведенными утверждениями, студент давал характеристику студенческому самоуправлению высшего учебного заведения, сообщал информацию о своей вовлеченности в различные социальные работы и общественную жизнь университета, а также об отношении ректората и

деканатского корпуса и преподавателей к студенческой образовательной деятельности.

Далее респонденту предлагали оценить уровень психоэмоциональной поддержки студента со стороны его микросоциального окружения (родители, педагоги и друзья). Также предлагали кратко описать свой жизненный девиз, увлечения и привести примеры собственного идеала.

На последнем этапе второго раздела обследуемому предлагали дать подробную информацию о себе и своих личных достижениях, предшествующих поступлению в университет: участие в олимпиадах, МАНах, спорте, культурно-массовой или общественно-организаторской работе учебного заведения, волонтерском движении, владением иностранными языками. Также давали возможность оценить свои коммуникативные навыки в общении со сверстниками и ответить на вопрос о решении выбора ВУЗа для поступления.

Третий раздел унифицированной карты посвящен субъективному определению состояния психического здоровья студенческой молодежи первых курсов и частоту посещений психолога (либо психотерапевта) по собственной инициативе.

Вопросы четвертого раздела КОС позволяли детально проанализировать опыт и характер употребления ПАВ по группам (табак, различные алкогольные напитки, психостимуляторы, опиоиды и летучие органические соединения). Также, при сложившейся зависимости, определяли степень критического отношения к своему состоянию, беспокойство и озабоченность близкого окружения (друг, врач и т.д.) актуальным состоянием опрашиваемого.

В пятом разделе унифицированной карты респонденту представлен ряд утверждений и вопросов, соглашаясь с которыми или нет, опрашиваемый предоставлял материал, позволявший определить его характерологические особенности. Среди таких утверждений были следующие: «У Вас чаще – веселое и беззаботное настроение.», «Вы чувствительны к оскорблениям», «В детстве Вы были так же смелы, как и Ваши сверстники?», «Способны ли Вы

восторгаться, восхищаться чем-то?», «Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидел?», «Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших сотрудников?», «Зависит ли Ваше настроение от внешних факторов?», «Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерика или нервный срыв?», «Бывает ли так, что ощущение безграничного счастья буквально пронизывает Вас?», «Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и не двусмысленно?», «Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступили несправедливо?», «В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться?», «Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?», «Можете ли Вы быть приветливыми, даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете?», «Если бы Вам необходимо играть на сцене. Вы могли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра?» *и др.*

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

Седьмой раздел КОС позволял определить клинико-психопатологические характеристики студентов младших курсов. Анкетированному был предложен ряд утверждений, с которыми он соглашался или нет, в частности: «Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями», «Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие», «Чувство страха в открытых местах или на улице», «Чувство, что большинству людей нельзя доверять», «Застенчивость

или скованность в общении с лицами противоположного пола», «Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки», «Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите», «Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное»и др.

Восьмой раздел унифицированной карты посвящался диагностике тревожно-депрессивной симптоматики среди студентов младших курсов. Вниманию опрашиваемого приводился целый ряд утверждений, с которыми он соглашался или нет, в частности: «Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела», «Мои мечты редко сбываются», «Иногда мне кажется, что все мои усилия тщетны», «Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей», «Я часто жалею о том, что уже сделано», «Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми», «Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль», «Иногда меня пугают мысли о будущем», «Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются», «Мне кажется, жизнь проходит мимо меня», «Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете», «Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал».

Девятый раздел КОС был посвящен определению общего уровня удовлетворенности жизнью студенческой молодежи первых курсов. Вниманию исследуемого приводился ряд утверждений, с которыми он в разной степени соглашался или нет, в частности: «Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу», «Условия моей жизни превосходные», «Я удовлетворен 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».

Десятый раздел разработанной КОС посвящен исследованию особенностей преодоления стрессовых ситуаций студентами первого курса

университета. Респонденту приводился ряд утверждений, с которыми он соглашался либо нет, а именно: «Я стараюсь найти плюсы в произошедшем», «Я признаюсь себе, что ничего не могу поделать с проблемой, и перестану пытаться», «Я стараюсь решать проблему не отвлекаясь на другие дела и мысли», «Я говорю с кем-нибудь, кто мог бы конкретно помочь решить мою проблему», «Я ищу сочувствия и понимания у других людей», «Я пытаюсь найти утешение в религии (вере)», «Я тщательно обдумываю шаги, которые буду предпринимать для решения проблемы», «Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему».

2.2. Характеристика методов исследования

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

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

Психоэмоциональное состояние и социальную активность оценивали по методике: «Самочувствие, Активность и Настроение» («САН») (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния В. О. Доскин и соавт., 1973), которая отображает разновидность опросников состояний и настроений. Тест позволяет оценить самочувствие, активность, настроение исследуемых. О благоприятном функциональном психоэмоциональном состоянии респондентов показывают оценки, которые превышают 4 балла; об оптимальном фоне обследованных оценки, лежащие в диапазоне 5,0-5,5 балла; о неблагоприятном состоянии - ниже 4 баллов.

Самочувствие представляется как комплекс субъективных ощущений, которые отражают степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление его мыслей и чувств.

Активность выступает как общая характеристика, включающая физическую и нервно-психическую активность, выражается интенсивностью и объемом взаимодействия личности с социальной средой.

Настроение определяется как эмоциональный фон, либо как четко определяемое состояние и проявляется в особенностях эмоционального ответа на внешние воздействия.

Для объективной оценки психофункционального статуса респондентов важны значения не только отдельных его показателей, но и их соотношение. Благоприятное состояние характеризуется сопоставимыми оптимальными значениями активности, настроения и самочувствия. Превышение показателей настроения над значениями самочувствия и активности может свидетельствовать об усталости респондента.

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

Для оценки психопатологической симптоматики использовался опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, L. R. Derogatis, в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001), позволяющий оценивать паттерны психологических признаков, как у здоровых, так и больных юношей и девушек. Составляет опросник 90 утверждений, которые отображают присутствие соматических и психологических проблем. Анализ и интерпретацию полученных данных осуществляли по 9 основным субшкалам, соединяющим определенные группы симптомов: соматизации – Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности – Obsessive-Compulsive (O-C), межличностной сензитивности – Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревожности – Anxiety (ANX), враждебности – Hostility (HOS), фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма –

Psychoticism (PSY). Дополнительные вопросы – Additional Items (ADD) – это семь вопросов, которые не были объединены между собой в виде шкалы для определенного расстройства, а анализируются при общей обработке теста.

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

При анализе полученных результатов исследования использовали три обобщенных шкалы второго порядка, которые дают возможность более детально и гибко оценивать психопатологический статус девушек и юношей. К интегральным показателям относятся индекс общей тяжести состояния (General Symptomatic Index – GSI); общее число утвердительных ответов (Positive Symptomatic Index – PSI); индекс наличного симптоматического дистресса (Positive Distress Symptomatic Index – PDSI).

Исследование характера употребления ПАВ было построено на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2019, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели потребления алкоголя (МПА) В. Ю. Завьялова (1988).

Комплексную оценку аддиктивного статуса проводили при помощи методики AUDIT – (Alcohol Use Disorders Identification Test) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный в 1989 году рабочей группой ВОЗ и системы AUDIT-подобных тестов (И.В. Линский и соавт., 2012) [6]:

6. AUDIT (AlcoholUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);

7. STIMULANTS-UDIT (StimulantsUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина, в том числе из официальных препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и др.);
8. TOBACCO-UDIT (TobaccoUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака;
9. OPIATES-UDIT (OpiatesUseDisordersIdentificationTest, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением опиоидов (вытяжка из мака, героин, трамадол и др.);
10. SOLVENTS-UDIT (Solvents Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением летучих органических растворителей (эфира, бензина, ацетона, клея «Момент» и др.).

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

Комплекс психоадаптационных параметров исследовали по ряду методик.

Определение жизнестойкости проводили по тесту «Жизнестойкость» – адаптированному опроснику «Hardiness Survey» (S. R. Maddi et al., 1984), русскоязычного «Теста жизнестойкости» (Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой, 2006, скрининговой версии Е. Н. Осина, 2013).

Методика субъективного самоотчета представляет собой тест-опросник, состоящий из 12 пунктов, объединенных общим показателем и тремя субшкалами: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Жизнестойкость («hardiness») – это система убеждений личности по отношению к самым сложным жизненным ситуациям и миру в целом,

образует особый профиль устойчивой личности и включает в себя три компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска. Другими словами, возможность стрессоустойчивости представляет собой лишь возможность, но еще не действительность, то есть появляется в виде предпосылок, а затем переходит в действительность в зависимости от уровня развитости.

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

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

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

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

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

Для определения нормы опросника «Тест жизнестойкости» применяли нормативные данные выборки сотрудников, полученные в ходе работы в рамках Программы фундаментальных изысканий Российского научно-исследовательского университета «Высшей школы экономики» в 2013 году. Диагностически значимыми, как величину необходимости, считали баллы,

отличающиеся от среднего более чем на одно стандартное отклонение (по автору скрининговой методики Е. Н. Осина, 2013 г.).

Удовлетворенность жизнью оценивали по «Шкале удовлетворенности жизнью» («SatisfactionwithLifeScale», SWLSE. Dieneretal., 1985, в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008), которая является коротким скрининговым самоотчетом, предназначенным для изучения когнитивной оценки соответствия жизненных обстоятельств ожиданиям индивида.

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли «Опросник совладания со стрессом» «COPE» (С. S. Carver et al., 1989, в адаптации Т. А. Гордеевой, Е. Р. Осина, 2010), который предназначен для измерения ситуационных копинг-стратегий и диспозиционных стилей, лежащих в их основе. Авторы методики К. Карвер, М. Шейер и Дж. Вентрауб при его разработке основывались на двух теоретических подходах – подходе Лазаруса и на их собственной модели саморегуляции поведения (Scheier, Carver, 1988).

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

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программного обеспечения «Statistica 10.0forWindows». Проверка нормальности распределения осуществлялась методом Шапиро-Уилки (2006). Групповые показатели описательной статистики рассчитывали следующим образом: 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. Различия между средними величинами в группах сравнения определялись с помощью критерия Манна- Уитни (2006); для выявления 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[.]

Резюме к разделу 2

В сплошном, проспективном, контролируемом, когортном, исследовании, при наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии на протяжении 2019 года на базе ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО проведено комплексное обследование 515 студентов младших курсов: 365 девушек (70,9%) (365/515) и 150 юношей (29,1%) (150/515) медицинских факультетов, возраст варьировал от 17 до 21 года.

Диссертационное исследование было выполнено в четыре этапа: скринингово-диагностический этап (скрининговая оценка психического и аддиктивного состояния студентов первых курсов университета с определением особенностей психоэмоциональных характеристик и наличия у

респондентов признаков употребления ПАВ и соответствующих поведенческих паттернов у студенческой молодежи); этап сравнительного анализа (из контингента исследования сформировано когорту риска возникновения адаптационных нарушений и расстройств и формирования зависимости от табакокурения, была сопоставлена с практически здоровыми студентами без опыта употребления ПАВ); этап психопреентивно-психообразовательных воздействий (предусматривал на основе углубленного анализа установленных патогенетических, психопатологических, патопсихологических, индивидуально-личностных особенностей, выявленных психосоциальных характеристик и аддиктивных паттернов студентов первых лет обучения с адаптационными нарушениями и расстройствами, определение мишеней психопреентивных, психокоррекционных, психотерапевтических и психообразовательных мероприятий); этап оценки эффективности (включал проведение катamnестического исследования с всесторонним анализом достигнутых результатов).

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

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

аддиктивного статуса проводили при помощи разработанных рабочей группой ВОЗ AUDIT–подобных тестов.

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

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

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

Математико-статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ «StatisticaforWindows 10.0».

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

1. Пацкань И.И. Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий: монография /Авторский коллектив / под общ. ред. Е.Г. Максименко, В.В. Седнева, А.В. Гордеевой, Е. В. Новиковой. – Донецк: Изд-во ГОУ ВПО «ДонНУ», 2019. – 379 с., Гл.1. – С.52 – 73.
2. Киосева, Е. В. Современные технологии в профилактике и коррекции дезадаптационных технологий у студентов [Текст] / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля // «Наука побеждать... болезнь» : материалы IV Международного медицинского форума Донбасса ; 12-13 ноября 2020 г. – Донецк : МЗ ДНР, ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, 2020. – С. 228–229
3. Шкала локус-контроля в области межличностных отношений / И. А. Бабюк, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля : рационализаторское предложение № 6. – Донецк : ИНВХ им. В. К. Гусака, 2019 г.

РАЗДЕЛ 3

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

3.1. Социально-демографические и клинико-анамнестические особенности студенческой молодежи

На основании анализа и обобщения полученных данных выделены следующие социально-демографические и клинико-анамнестические показатели по всей выборке ($n = 515$). Результаты исследования детально представлены в табл. 3.1.1

Таблица 3.1.1

Социально-демографическая характеристика обследованного контингента ($n=515$)

Показатель		Студенты, $n = 515$, абс. (%)
Пол	Девушки	365 (70,9%)
	Юноши	150 (29,1%)
Распределение по возрастным группами, годы	17-18	308 (59,8%)
	19-20	168 (32,6%)
	21 и больше	39 (7,6%)
Семейное положение	Не находится в браке	487 (94,6%)
	Находится в браке	28 (5,4%)

Установлено, что по гендерному признаку группы распределились неравномерно. В первой и второй группах распределение между девушками и юношами составило 65% и 35%, а в третьей группе - 55% и 45% соответственно.

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

Таблица 3.1.2

**Характеристика групп обследованных
по параметрам возраста и семейного положения (n=515)**

Распределение по возрастным группам, годы	Группа 1 n=335 абс. (%)	Группа 2 n=131 абс. (%)	Группа 3 n=49 абс. (%)
17 - 18	204(69,8)	73(55,7)* *	31(63,3)
19 -20	105(31,4)	50(38,2)* *	13(26,5)
21 и >	26(7,8)	8(6,1)**	5(10,2)
Не находится в браке	322(96,1)	119(90,8)	46(93,8)**
Находится в браке	13(3,9)	12(9,2)	3(6,2)**

Примечание: группа 1 – практически здоровые (ПЗ),
группа 2 – с непатологическими нарушениями адаптации (ННА),
группа 3 – определенными признаками расстройств адаптации (ОПРА);
** – высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 1 на уровне $p < 0,00$

Анализ данных, представленных в табл. 3.1.2 позволил отметить, что в группах студентов с непатологическими нарушениями адаптации и определенными признаками расстройств адаптации количество лиц в возрасте 21 и более – ниже, чем в 1 и 3 соответственно. Установлено, что среди лиц молодого возраста с адаптационными нарушениями удельный вес лиц в браке ниже, чем в 1 и 2 группах.

По анамнестическим данным членов семей респондентов выявлено, что отец не работает у 6,3% студенческой молодежи первой группы, 12% и 17% – 2 и 3 группах студентов соответственно.

Определено, что в группе практически здоровых мать не работает у 10% обследованных, 18% – 2 группы. Есть матери у 35% студентов 1 группы, 37% – 2 группы. У всех студентов группы с определенными признаками расстройств адаптации есть матери, 33,8% из них не работают.

Установлено, что в образовании отца у обследованных статистически значимых различий не было. По образовательному уровню матерей различия по группам распределения: в 1 группе – 70% матерей имеют высшее образование, в 2 – 60% и в 3 – 34% ($p < 0,05$).

Далее анализировали уровень родительской поддержки студентов первого курса в обучении в университете, табл. 3.1.3 – 3.1.6

Таблица 3.1.3

Распределение частоты ответов студентов первого курса университета на утверждение: «Мои родители всегда готовы помочь», n=515 (%)

Вариант ответа	Группа 1 n=335	Группа 2 n=131	Группа 3 n=49
Полностью согласен(а)	91%	69%	76%

Примечание: Здесь и далее в табл. 3.1.3- 3.1.8
группа 1 – практически здоровые (ПЗ),
группа 2 – с непатологическими нарушениями адаптации (ННА),
группа 3 – определенными признаками расстройств адаптации (ОПРА);

Таблица 3.1.4

Распределение частоты ответов студентов первого курса университета на утверждение: «Мои родители готовы прийти в университет и поговорить с преподавателями», n=515 (%)

Вариант ответа	Группа 1 n=335	Группа 2 n=131	Группа 3 n=49
Полностью согласен(а)	24,6%	15,7%	25,2%
Полностью не согласен(а)	22,5%	35,4%	32,6%

Таблица 3.1.5

Распределение частоты ответов студентов первого курса университета на утверждение: «Мои родители поощряют меня хорошо учиться», n=515 (%)

Вариант ответа	Группа 1 n=335	Группа 2 n=131	Группа 3 n=49
Полностью согласен(а)	48,9%	45,6%	50,7%
Полностью не согласен(а)	4%	0,9%	7,6%

Таблица 3.1.6

Распределение частоты ответов студентов первого курса университета на утверждение: «Мои родители интересуются, как обстоят мои дела в университете», n=515 (%)

Вариант ответа	Группа 1 n=335	Группа 2 n=131	Группа 3 n=49
Полностью согласен(а)	99,4%	95,2%	91,5%
Полностью не согласен(а)	—	—	4%

На следующем этапе анализа полученных данных были рассчитаны частота (определение доли в %) ответов студентов на вопрос относительно ощущения напряженности во время выполнения домашних заданий (табл. 3.1.7) и приведен уровень потребности исследуемых студентов первого курса университета в медико-социальной помощи (табл. 3.1.8).

Таблица 3.1.7

Распределение частоты ответов студентов первого курса университета на утверждение: «Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома)?», n=515 (%)

Вариант ответа	Группа 1 n=335	Группа 2 n=131	Группа 3 n=49
Нет	35,5%	19,2%	5,2%
Незначительное	---	---	---
Испытываю определенное напряжение	24,1%	26,3%	45,1%
Испытываю значительное напряжение	1,1%	4,9%	3,2%

Таблица 3.1.8

Распределение частоты ответов студентов первого курса университета на утверждение: «Скажите, как часто Вы обращались по своей инициативе к психологу?», n=515 (%)

Вариант ответа	Группа 1 n=335	Группа 2 n=131	Группа 3 n=49
Затрудняюсь ответить, не помню	80,3%	73,6%	78,5%

В целом наличие потребности в помощи (консультации специалиста в области психического здоровья – психолога, психотерапевта, психиатра, нарколога) признали 21,9% обследованных, при этом 19,7% практически здоровых студентов первой группы, 26,4% – второй группы с непатологическими нарушениями расстройств адаптации и 21,5 % – третьей группы с определенными признаками расстройств адаптации. Полученные данные говорят о том, что лица молодого возраста первого года обучения в университете, столкнувшись со сложностями, не знают или не понимают необходимости обращения к профессионалам за помощью, что может приводить к психологическому дистрессу.

3.2. Патофизиологические аспекты особенностей психоэмоционального состояния у студенческой молодежи

По результатам исследования для всех изучаемых показателей САН обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min - max от 1,00 до 7,00. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков психофункциональных характеристик у лиц молодого возраста первого года обучения в университете.

Установлены (табл. 3.2.1) статистически значимые различия ($p < 0,001$) по всем шкалам теста «САН» с четкой тенденцией к снижению от группы 1-ой ко 2-

ой и от 1-ой к 3-ей, с небольшим, но статистически значимым увеличением показателей всех шкал.

Таблица 3.2.1

Психозэмоциональная характеристика студентов первого курса университета по методике «САН: самочувствие, активность и настроение», баллы, (n = 515)

Шкала	Группа 1 n=335	Группа 2 n=131	Группа 3 n=49
САН	5,06±0,79 (3,10 - 6,83) Me=5,0 (3,10-6,83)	4,44± 0,87* (2,80 - 6,83) Me=4,23 (2,80-6,83)	3,82± 0,89*# (1,20 - 5,56) Me=4,0 (1,20-5,57)
Самочувствие	5,09±0,93 (2,20 - 6,90) Me=5,10 (4,40-5,80)	4,46±1,11* (2,10 - 7,0) Me=4,30 (3,80-5,20)	3,94±1,19*# (1,0 - 7,0) Me=3,90 (3,3-4,5)
Активность	4,64± 0,96 (2,40 - 7,0) Me=4,60 (4,0-5,20)	4,11± 1,10* (1,0 - 7,0) Me=4,0 (3,50-4,70)	3,71± 0,96* (1,0 - 5,30) Me=4,0 (3,40-4,40)
Настроение	5,44± 1,0 (2,0 - 7,0) Me=5,60 (4,70-6,20)	4,76± 1,17* (2,0 - 7,0) Me=4,50 (4,0-5,50)	3,83± 1,26*# (1,0 - 7,0) Me=3,80 (3,40-4,10)

Примечания: 1. Здесь и далее в табл. 3.2.2 и 3.3.3 – * – уровень статистической значимости различий значений с группой 1 на уровне $p < 0,001$;

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

Выявлено, что показатели самочувствия в группах студентов-первокурсников с непатологическими нарушениями расстройств адаптации и определенными признаками расстройств адаптации находятся существенно ниже оптимального диапазона, на что указывают значения минимумов (1,0 – в группе 3 и 2,1 – во 2-ой). Величины медиан (Me=3,90 и Me=4,3) в этих группах

показывают, что 50% обследуемого контингента находятся в психофункциональном состоянии ниже оптимального диапазона.

Проведенное исследование позволило установить, что на эмоциональном уровне непатологические нарушения расстройств адаптации (группа 2) выражались в появлении незначительного чувства тревожной напряженности и скованности, «небольшого волнения», некоторого внутреннего беспокойства на занятиях в университете с элементами заторможенности или суетливости в поведении, повышенной чувствительности к обычным межличностным взаимодействиям в студенческой группе, утомляемости, трудностей при выполнении привычных университетских задач и недостаточного сна. Также исследуемые отмечали, что иногда у них возникало учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, дрожь во всем теле, потливость ладоней, тошнота. Студенческая молодежь оценивала свое состояние как «субъективно неприятное», что отразилось в пониженных значениях показателей самочувствия ($4,46 \pm 1,11$ баллов),

По определению студентов 3-й группы с определенными признаками расстройств адаптации эмоционально это состояние выражалось в ощущении беспокойства, тревоги, которая была чаще всего направлена в будущее. Иногда лица молодого возраста испытывали чувство внутренней дрожи, пониженное настроение, грусть, напряжение относительно взаимоотношений с близким окружением, раздражительность, не присущую им ранее, трудности концентрации внимания при выполнении привычной работы, раздражительность, усталость, забывчивость, растерянность, потерю интереса к сексуальным отношениям, отсутствие потребности общения с близкими людьми, одноклассниками. Им свойственно нарушение сна, изменения аппетита, неспецифические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, повышение артериального давления, учащение сердцебиения, расширение зрачков, бледность кожных покровов, потливость, сухость во рту. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно

дискомфортное», что отразилось в снижении показателя самочувствия и значении его минимума (1,0 баллов), по методике «САН».

Таблица 3.2.2.

**Психозмоциональная характеристика девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп
первого курса университета (методика «САН»), баллы, (n =365)**

Шкала	Группа 1 n=236	Группа 2 n=93	Группа 3 n=36
САН	4,97± 0,77 (3,1 - 6,8) Me=4,93 (4,38-5,5)	4,36± 0,80 (2,8 - 6,8) Me=4,26 (3,93-4,7)	3,90± 0,83 (1,96 - 5,57) Me=4,0 (3,45-4,2)
Самочувствие	5,01± 0,94 (2,2 - 6,9) Me=5,0 (4,30-5,80)	4,30± 1,05 (2,1 - 6,5) Me=4,20 (3,80-4,90)	4,04± 1,21 (1,6 - 7,0) Me=3,95 (3,45-4,70)
Активность	4,52± 0,89 (2,4 - 6,9) Me=4,40 (3,90-5,10)	4,12± 0,99 (1,6 - 7,0) Me=4,10 (3,60-4,70)	3,64± 0,91 (1,0 - 5,1) Me=3,75 (3,30-4,30)
Настроение	5,40± 1,0 (2,0 - 7,0) Me=5,50 (4,70-6,15)	4,68± 1,11 (2,0 - 7,0) Me=4,60 (3,90-5,40)	4,04± 1,18 (1,5 - 7,0) Me=3,95 (3,60-4,20)

Выявлено (табл. 3.2.2), статистически значимое снижение значений теста «САН» по всем шкалам от 1-ой к 3-ей группе девушек первых курсов университета ($p < 0,001$). Доказано, что исследуемые показатели во 2-ой и 3-ей группах имеют статистически значимые различия ($p < 0,001$) между собой. Исключение составляют показатели активности обследуемого контингента ($p = 0,09$). Установленные величины медиан шкалы активности расположены в значениях, ниже благоприятных ($Me=3,8$; $Me=3,95$).

Анализируя результаты исследования показателей методики «САН» у юношей первого года обучения установлено, что статистически значимо различаются значения всех шкал, снижаясь от 1-ой группы к 3-ей ($p < 0,001$). Доказано отсутствие различий между показателями опросника 2-ой и 3-ей исследуемых групп (табл. 3.2.3).

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

Таблица 3.2.3.

**Психоэмоциональная характеристика юношей 1-ой, 2-ой и 3-ей групп
первого курса университета (методика «САН»), баллы, (n =150)**

Шкала	Группа 1 n=99	Группа 2 n=38	Группа 3 n=13
САН	5,27± 0,82 (3,83 - 6,83) Me=5,26 (4,46-5,93)	4,65± 0,99 (2,9 - 6,83) Me=4,2 (4,0-5,36)	3,61± 1,04 (2,1 - 4,73) Me=4,0 (4,0-4,26)
Самочувствие	5,32± 0,87 (3,5 – 6,9) Me=5,30 (4,7-6,1)	4,87± 1,12 (2,3 - 7,0) Me=4,80 (4,0-5,9)	3,67±1,15 (1,0 - 5,2) Me=3,80 (3,0-4,30)
Активность	4,93± 1,0 (2,4 - 7,0) Me=4,80 (4,20-5,60)	4,11± 1,35 (1,0 - 7,0) Me=4,0 (3,50-4,90)	3,9± 1,1 (1,6 - 5,3) Me=4,20 (3,50-4,80)
Настроение	5,57± 0,99 (2,5 - 7,0) Me=5,70 (4,80-6,30)	4,98± 1,31 (2,6 - 7,0) Me=4,35 (4,0-6,40)	3,25± 1,35 (1,0 - 5,2) Me=3,60 (1,9-4,0)

Расстройства адаптации на эмоциональном уровне отражают континуум индивидуальных вариаций сочетания состояния психологической дезадаптации, степени адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники», а также когнитивных и поведенческих нарушений.

Результаты исследования позволяют констатировать, что психоэмоциональные нарушения в рамках дезадаптационных расстройств у лиц молодого возраста первого года обучения в университете имеют субклинический уровень проявления.

Ведущее место при этом занимают донозологические формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально-лабильного характера, соматовегетативного регистров, выступая предикторами формирования клинической симптоматики нарушений и расстройств адаптации.

3.3 Особенности патофизиологического аспекта психопатологической симптоматики у студенческой молодежи при расстройствах адаптации

Данные, представленные в табл. 3.3.1 наглядно демонстрируют психическое состояние лиц молодого возраста, которое характеризуется повышенными показателями по всем субшкалам, ведущие позиции занимают: соматизация, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность и фобическая тревожность (графическое отображение детально представлено на рис.3.3.1)

Таблица 3.3.1

**Показатели выраженности психопатологической симптоматики
у студенческой молодежи по методике SCL-90-R, (n = 515)**

Шкала*	Все обследованные, n=515	Норма
SOM (баллы)	0,88±0,78; (0,00-3,67); Me=0,67; (0,25-1,33)	0,44±0,03
O-C (баллы)	0,95±0,75; (0,00-3,50); Me=0,80; (0,30-1,50)	0,75±0,04
INT (баллы)	0,90±0,73; (0,00-3,66); Me=0,78; (0,33-1,22)	0,66±0,03
DEP (баллы)	0,90±0,79; (0,00-3,61); Me=0,69; (0,23-1,38)	0,62±0,04
ANX (баллы)	0,83±0,85; (0,00-3,70); Me=0,50; (0,20-1,20)	0,47±0,03
HOS (баллы)	0,72±0,71; (0,00-4,00); Me=0,5; (0,17-1,00)	0,60±0,04
PHOB (баллы)	0,57±0,65; (0,00-3,43); Me=0,29; (0,00-4,00)	0,18±0,02
PAR (баллы)	0,74±0,69; (0,00-4,00); Me=0,67; (0,17-1,17)	0,54±0,04
PSY (баллы)	0,66±0,68; (0,00-3,50); Me=0,50; (0,10-0,90)	0,30±0,03
ADD (баллы)	0,77±0,70; (0,00-4,00); Me=0,57; (0,14-1,29)	0,49±0,03
GSI	0,81±0,66 (0,01 – 3,29); Me=0,60; (0,27-1,27)	0,51±0,02
PDSI	1,59±0,53 (1,00 – 4,00); Me=1,47; (1,17-1,95)	1,17±0,05
PSI	41,68±26,35 (1,00 – 90,00); Me=38,00; (19,00-67,00)	21,39±2,02

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

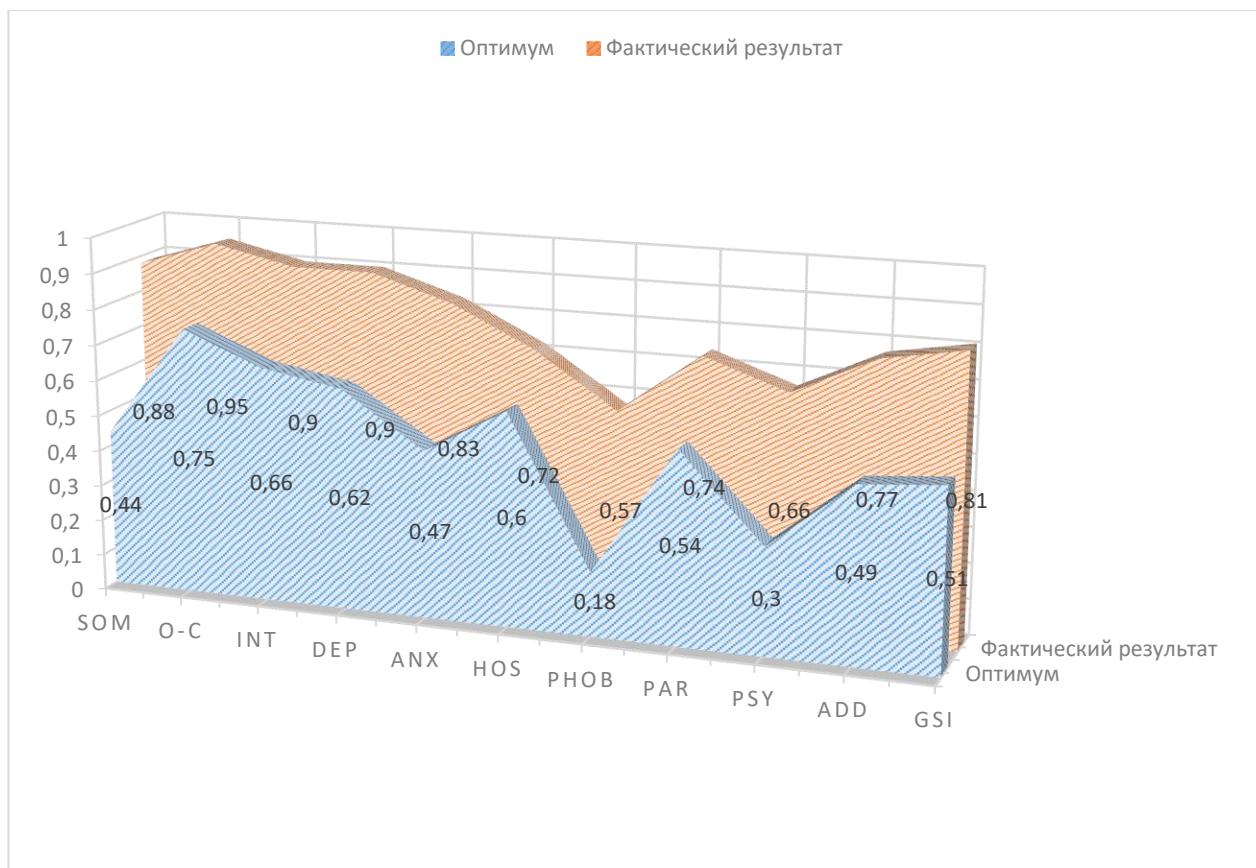


Рис. 3.3.1 Выраженность психопатологических проявлений у студенческой молодежи по методике SCL-90-R, (n = 515)

Анализ данных, приведенных в табл. 3.3.1 позволил, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 и сопутствующими психопатологическими симптомами, разделить студентов начальных курсов на три группы. При распределении студенческой молодежи на группы был использован кластерный анализ методом «к-средних». Метод кластеризации проводился с использованием субшкал SCL-90-R: соматизации, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности и фобической тревожности.

По результатам кластерного анализа были получены следующие группы (табл. 3.3.2): группу практически здоровых (ПЗ) составили 335 (65,1%) человека (335/515), из которых 236 (70,4%) девушки (236/335) и 99 (29,6%) юноши (99/335); признаки непатологических нарушений адаптации (ННА) были выявлены у 131 (25,4%) человека (131/515), из них 93 (70,9%) девушки (93/131) и 38 (29,1%) юноши (38/131); отдельные признаки расстройства адаптации (ОПРА)

наблюдались у 49 (9,5%) (49/515) исследуемых: 36 (73,4%) девушек (36/49) и 13 (26,6%) юношей (13/49).

Данные о признаках психологического дистресса у студенческой молодежи начальных курсов университета, характеризующиеся наиболее повышенными показателями по методике SCL-90-R: соматизации, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности и фобической тревожности детально представлены в табл. 3.3.3

Таблица 3.3.2

Выраженность психопатологической симптоматики у студенческой молодежи первого курса университета по методике SCL-90-R, (n = 515)

Шкала (баллы)	Группа 1 n=365		Группа 2 n=131		Группа 3 n=49	
	девушки n=236	юноши n=99	девушки n=93	юноши n=38	девушки n=36	юноши n=13
SOM	0,5±0,36 (0,0-1,75) Me=0,42 (0,25-0,67)	0,3±0,27 (0,0-1,16) Me=0,25 (0,08-0,5)	1,64±0,67 (0,5-3,08) Me=1,58 (1,17-2,17)	1,65±0,8 (0,33-2,67) Me=1,5 (1,0-2,7)	1,9±0,66* (0,58-3,67) Me=1,96 (1,54-2,3)	1,8±0,43 (0,58-2,29) Me=1,92 (1,75-2,08)
INT	0,59±0,45 (0,0-2,1) Me=0,55 (0,22-0,89)	0,45±0,45 (0,0-1,67) Me=0,33 (0,11-0,67)	1,3±0,46 (0,44-2,78) Me=1,22 (0,89-1,55)	1,14±0,37 (0,67-2,0) Me=1,0 (0,89-1,44)	2,45±0,5* (1,78-3,67) Me=2,28 (2,05-2,78)	2,26±0,34* (1,67-2,89) Me=2,22 (2,0-2,44)
DEP	0,47±0,38 (0,0-1,92) Me=0,38 (0,15-0,7)	0,34±0,35 (0,0-1,38) Me=0,23 (0,77-0,54)	1,52±0,47 (0,06-3,3) Me=1,46 (1,15-1,85)	1,67±0,54 (0,61-2,23) Me=1,88 (1,1-2,23)	2,37±0,48* (1,46-3,6) Me=2,38 (2,0-2,65)	2,18±0,52* (1,54-3,08) Me=2,0 (1,77-2,54)
ANX	0,35±0,29 (0,0-1,7) Me=0,3 (0,1-0,5)	0,26±0,28 (0,0-1,0) Me=0,2 (0,0-0,4)	1,57±0,71 (0,4-2,90) Me=1,3 (1,1-1,8)	1,78±0,86 (0,4-2,9) Me=1,45 (1,0-2,9)	2,17±0,62* (0,5-3,7) Me=2,1 (1,8-2,6)	2,01±0,2 (1,8-2,4) Me=2,0 (1,8-2,2)
PHOB	0,21±0,24 (0,0-1,0) Me=0,14 (0,0-0,3)	0,13±0,19 (0,0-0,71) Me=0,0 (0,0-0,14)	1,06±0,4 (0,0-2,1) Me=1,14 (0,7-1,43)	1,1±0,34 (0,0-1,86) Me=1,14 (1,0-1,3)	1,9±0,64* (0,57-3,42) Me=1,86 (1,5-2,3)	1,66±0,6* (0,71-2,43) Me=2,0 (1,3-2,0)

Примечание. * – статистическое значимое различие (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$) девушек и юношей группы 3 от группы 2.

Выявлены статистически значимые различия между группой 2 и 3 ($p < 0,05$) у лиц женского пола по показателям следующих субшкал: SOM, INT, DEP, ANX, PHOV. Статистически значимые различия между группой 2 и 3 ($p < 0,05$) у лиц мужского пола выявлены по субшкалам INT, DEP, PHOV.

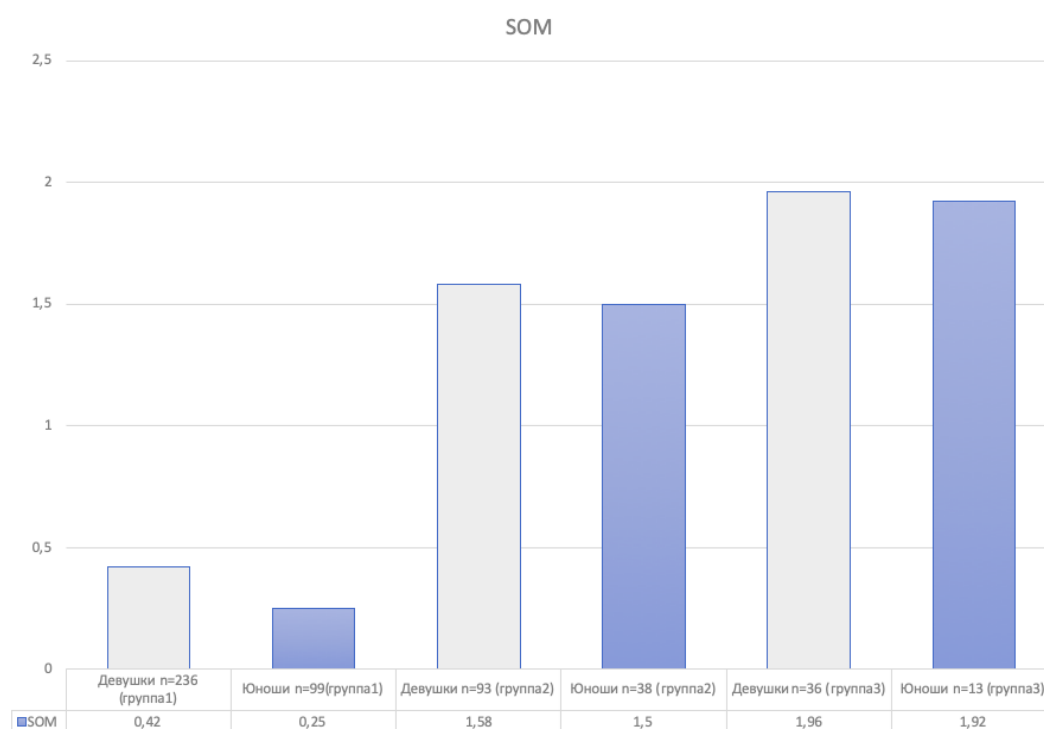


Рис. 3.3.2 Выраженность по субшкале соматизации у студенческой молодежи по методике SCL-90-R, (n = 515)

Как видно из рис. 3.3.2, в группе 1 значение показателя соматизации находится в пределах нормы. В группе 2 определяется трехкратное превышение субшкалы соматизации относительно нормальных значений, как для юношей, так и для девушек. В группе 3 выражено 4-х кратное превышение субшкалы SOM, при чем у 50% девушек группы 3 значение соматизации имеет более, чем 4-х кратное превышение, о чем свидетельствует значение $Me = 1,96$. Данное превышение значения SOM свидетельствует о наличии соматовегетативной симптоматики у девушек и юношей в группах с непатологическим нарушением адаптации и с отдельными признаками расстройств адаптации, при этом у

молодежи в группе 3 соматовегетативные проявления выражены интенсивней, чем у студентов в группе 2.

Особенностью проявлений у обследованных в группе с отдельными признаками расстройств адаптации являлось доминирование вегетативных нарушений, а также астенических симптомов в виде периодически возникающей быстрой утомляемости, вялости и сонливости. Среди предъявляемых жалоб чаще других отмечались головные боли, головокружение, нарушения сна и аппетита, сердцебиение и чувство "нехватки" воздуха, алгический синдром различной локализации. Предъявляемые соматические жалобы в большинстве случаев отличались малой степенью выраженности и ограниченной локализацией и не соответствовали результатам объективного медицинского обследования. Аффективные нарушения не были выраженными и проявлялись в виде тревожных опасений, лабильности настроения и кратковременных периодов внутреннего беспокойства, что существенно не сказывалось на процессе обучения.

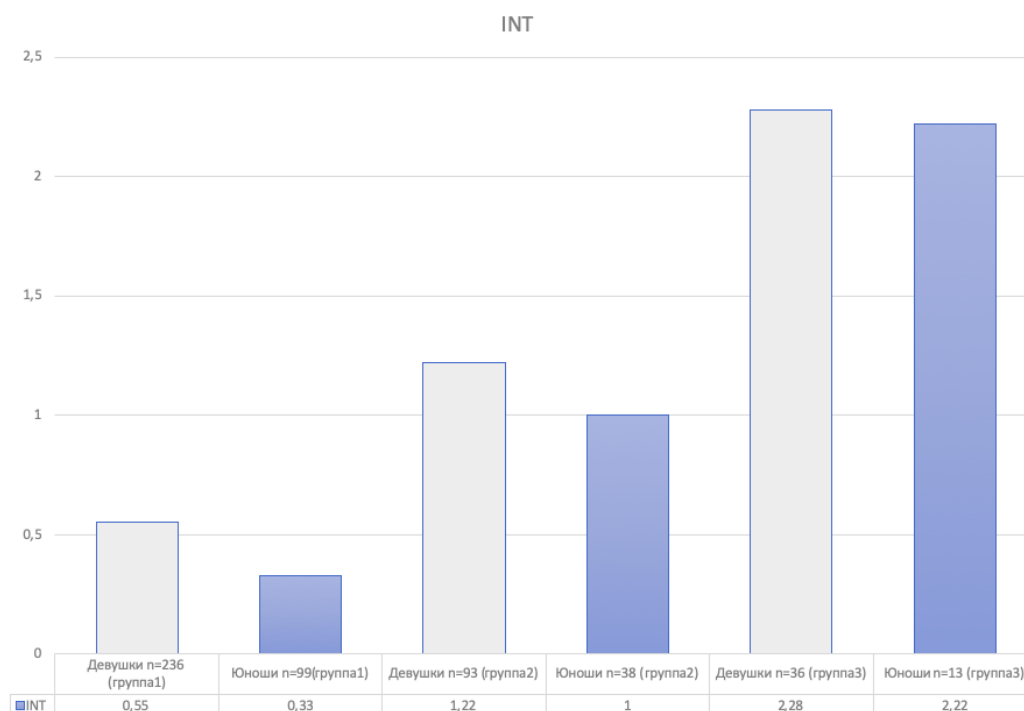


Рис. 3.3.3 Выраженность по субшкале межличностной сензитивности у студенческой молодежи по методике SCL-90-R, (n = 515)

Рис. 3.3.3 наглядно демонстрирует значение субшкалы межличностной сензитивности у студенческой молодежи и соответствует показателям нормы у практически здоровых студентов начальных курсов обоего пола. При этом в группе с непатологическим нарушением адаптации определяется 2-х кратное превышение показателя у девушек и юношей, а в группе с отдельными признаками расстройств адаптации значение INT в 3,5 раза превышает значение нормы.

Клиническая картина в группе ННА чаще определялась раздражительностью, несдержанностью, импульсивностью, повышенной возбудимостью, кратковременными реакциями обиды или гнева. У обследованного контингента данной группы выявлялись ранее не характерные для них формы поведения, раздражительность, обостренная чувствительность к критике, что приводило к появлению конфликтов, и нарушению взаимоотношений с окружающими. На эмоциональном уровне проявлялось в чувстве внутреннего беспокойства.

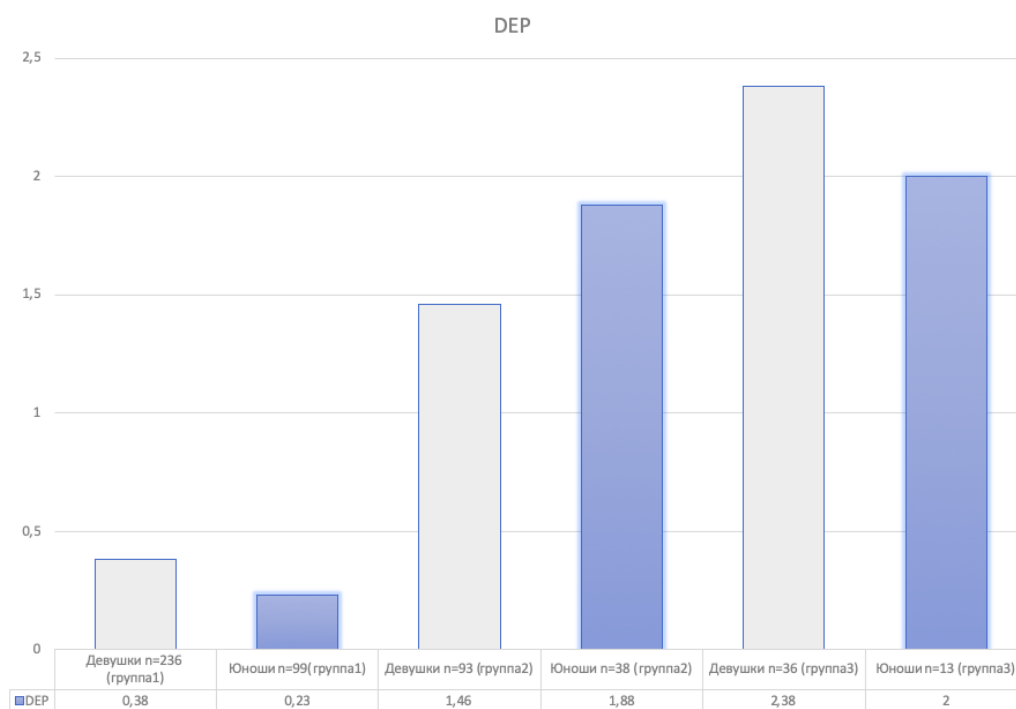


Рис. 3.3.4 Выраженность по субшкале депрессии у студенческой молодежи по методике SCL-90-R, (n = 515)

По данным, графически предоставленным на рис. 4 уровень депрессии у практически здоровых студентов младших курсов находится в пределах нормальных значений. При этом DEP превышает норму в 2,5 раза у юношей и девушек группы 2. Обращает на себя внимание выраженное превышение значения субшкалы депрессии у девушек (3,82 раза) и юношей (3,52 раза) в группе с отдельными признаками расстройств адаптации. При этом в структуре групп 2 и 3 более 75% студентов имеют значения нижнего квартиля от 1,1 до 2,0.

Психопатологические особенности признаков депрессии выражались в наличии когнитивных изменений: нарушений концентрации внимания, пессимистической интерпретации событий, в снижении продуктивной деятельности, пассивности; а также в виде физиологических нарушений: снижение аппетита, трудности засыпания и ранние пробуждения.

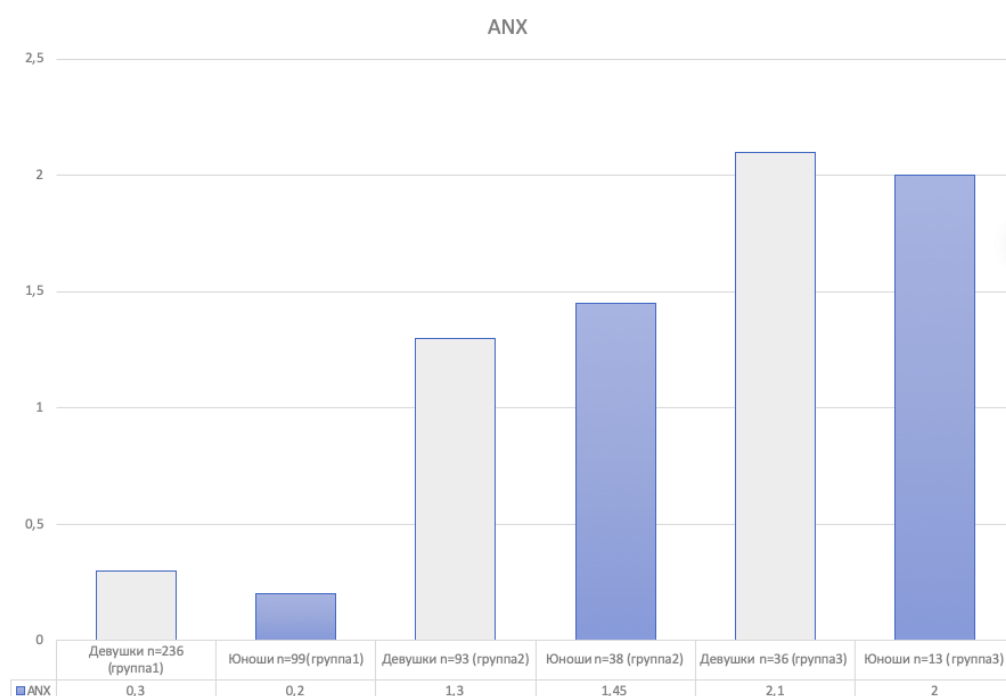


Рис. 3.3.5 Выраженность по субшкале тревожности у студенческой молодежи по методике SCL-90-R, (n = 515)

Анализ данных, детально представленных на рис. 3.3.5 показывает, что тревожность у студенческой молодежи находится в пределах нормальных значений как у девушек, так и юношей 1 группы младших курсов обучения. У лиц молодого возраста с непатологическим нарушением адаптации тревожность превышает норму в 2 раза, а у студентов-первокурсников с отдельными признаками расстройств адаптации – в 4 раза.

Наиболее частыми проявлениями тревожности в клинической картине молодых людей 3 группы являлись переживание внутреннего напряжения, безотчетного немотивированного беспокойства и неспособности расслабиться. Тревогу усиливали мысли о будущем, состояние неопределенности и ожидание перемен. У студентов 2 группы интенсивность отрицательных эмоций несколько ниже. Чрезмерная тревога у лиц с отдельными признаками расстройств адаптации, нарушала учебную адаптацию и вызывала трудности при подготовке к занятиям, что было связано с неустойчивостью внимания, ухудшением запоминания. Поведение студентов младших курсов 2 группы, несмотря на чувство неуверенности, характеризовалось стремлением к общению с окружающими, поиском социальной поддержки и внимания, что и позволило справиться со сложностями первого года обучения.

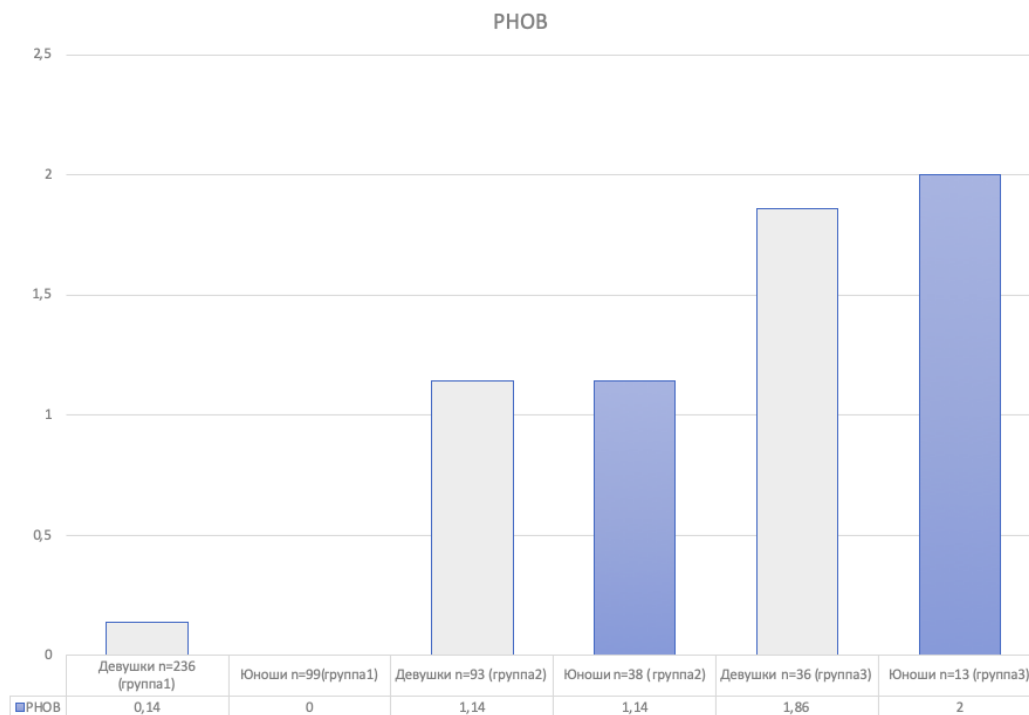


Рис. 3.3.6 Выраженность по субшкале фобической тревожности у студенческой молодежи по методике SCL-90-R, (n = 515)

Значение по субшкале фобической тревожности у студенческой молодежи начальных курсов, которую графически демонстрирует рис. 3.3.6, находится в пределах нормы для девушек и юношей группы 1. Обращает на себя внимание 6-ти кратное превышение нормы для девушек и юношей с непатологическим нарушением адаптации, а также 10-ти кратное (девушки) и 9-ти кратное (юноши) превышение нормы в группе с отдельными признаками расстройств адаптации.

Проявлениями фобической тревожности у студентов начальных курсов в группах с ОПРА были: периодически возникающие головные боли, напряжение, мышечные боли в спине и конечностях, неприятные ощущения в области сердца. Кроме того, на фоне эмоционального напряжения, беспокоила усталость, раздражительность, иногда появлялись ощущение собственной несостоятельности и неспособности справиться с ситуацией.

Установлено, что психоэмоциональные нарушения в рамках расстройств адаптации у студентов младших курсов имеют субклинический уровень проявления. При этом лидерами выступают донологические формы

дисфункции соматовегетативного спектра, тревожно-депрессивного, фобического и эмоционально-лабильного характера как предикторы формирования клинически очерченных расстройств адаптации.

Полученные данные легли в основу научно обоснованной модели системы медико-социальной помощи указанному контингенту.

3.4 Патоперсонологическая характеристика студенческой молодежи с расстройствами адаптации

Индивидуально-личностные характеристики изучены с помощью диагностической методики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека (по А. В. Батаршеву, 2002).

По данным результатов исследования патоперсонологических особенностей студенческой молодежи были выявлены следующие показатели (табл. 3.4.1). Определение ощущения счастья проведено по КОС (частотный анализ и удельный вес ответов на вопрос 37).

Для изучения психосоциального фактора социокультурного феномена счастья студентам первого года обучения в университете было предложено в порядке возрастания субъективной значимости определить свое ощущение счастья, ответив на вопрос: «В целом, можно сказать, что Вы ... очень счастлив(а), довольно счастлив(а), не очень счастлив(а)?». Результаты опроса исследовались с позиций частотного анализа содержательного контекста высказываний и последующим определением роли полученных факторов.

На основании сравнительного анализа результатов исследования особенностей психофункционального состояния студентов младших курсов высшего учебного заведения, а именно: группа 1, (n = 335) – практически здоровых студентов, группа 2, (n = 131) – лица с непатологическими нарушениями адаптации и группа 3, (n = 49) – молодежь с определенными признаками расстройств адаптации, с учетом гендерного аспекта установлено статистически значимое снижение значений теста «САН» по всем шкалам от 1-й

к 3-й группе девушек младших курсов ($p < 0,001$). Доказано, что исследуемые показатели у девушек 2-й и 3-й групп имеют статистически значимые различия ($p < 0,001$) между собой.

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

Исследование психопатологической симптоматики у студентов первого года обучения показало, что существует значимая разница проявлений симптомов по методике SCL-90-R. Определено, что у обоих полов молодежи 2-й и 3-й группы доминирует превышение показателей по шкалам соматизации (SOM), фобической тревоги (PHOB), межличностной сенситивности (INT), депрессии (DEP), и общего уровня психопатологических нарушений: у 25,4% (131/515) молодежи является выше нормы, а у 9,5% (49/515) – значительно выше нормы, что отображает континуум индивидуальных вариаций состояния психологической дезадаптации, степени проявлений адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники». Относительно гендерных различий: юноши значимое преобладали девушек по степени и выраженности всех выделенных признаков (исключение – субшкалы SOM и DEP).

Таблица 3.4.1

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

Тип акцентуации личности	Практически здоровые n=335		Адаптационные нарушения n=131		Адаптационные расстройства n=49	
	без ПАВ n=241	с ПАВ n=94	без ПАВ n=50	с ПАВ n=81	без ПАВ n=12	с ПАВ n=37
Демонстративный	13,12 $\pm$ 3,15 (4,00-22,00)	13,59 $\pm$ 4,73 (2,00-22,00)	14,05 $\pm$ 2,13 (6,00-20,00)	14,82 $\pm$ 4,74 (4,00-24,00)	14,26 $\pm$ 5,90 (12,00-24,00)	13,94 $\pm$ 4,63 (6,00-24,00)
Педантичный	12,01 $\pm$ 5,91 (4,00-22,00)	12,59 $\pm$ 5,72 (2,00-24,00)	15,75 $\pm$ 6,37 (4,00-22,00)	13,97 $\pm$ 4,69 (0,00-22,00)	17,30 $\pm$ 6,12 (12,00-24,00)	14,32 $\pm$ 5,30 (4,00-22,00)
Застревающий	12,77 $\pm$ 5,22 (8,00-22,00)	13,29 $\pm$ 4,07 (6,00-22,00)	14,29 $\pm$ 5,40 (10,00-18,00)	13,29 $\pm$ 3,89 (6,00-22,00)	15,34 $\pm$ 4,27 (12,00-20,00)	13,35 $\pm$ 3,46 (6,00-22,00)
Возбудимый	8,73 $\pm$ 4,62 (3,00-21,00)	9,67 $\pm$ 5,20 (0,00-21,00)	10,63 $\pm$ 3,69 (0,00-12,00)	14,63 $\pm$ 4,72 (3,00-24,00)	11,71 $\pm$ 7,20 (3,00-24,00)	14,59 $\pm$ 5,05 (3,00-24,00)
Гипертимический	13,02 $\pm$ 5,05 (3,00-24,00)	14,61 $\pm$ 5,84 (0,00-24,00)	13,76 $\pm$ 4,00 (6,00-21,00)	13,82 $\pm$ 5,56 (3,00-24,00)	15,10 $\pm$ 7,20 (9,00-24,00)	13,13 $\pm$ 6,33 (3,00-24,00)
Дистимический	8,41 $\pm$ 2,28 (6,00-12,00)	10,37 $\pm$ 4,12 (3,00-21,00)	10,01 $\pm$ 4,27 (3,00-21,00)	11,41 $\pm$ 3,98 (3,00-24,00)	13,70 $\pm$ 5,20 (0,00-21,00)	13,90 $\pm$ 4,13 (3,00-21,00)
Тревожный	7,41 $\pm$ 6,22 (0,00-18,00)	8,23 $\pm$ 5,51 (0,00-21,00)	8,24 $\pm$ 6,72 (0,00-24,00)	11,56 $\pm$ 5,61 (0,00-24,00)	14,60 $\pm$ 5,66 (6,00-24,00)	13,94 $\pm$ 5,44 (3,00-24,00)
Циклотимический	6,90 $\pm$ 4,63 (3,00-18,00)	12,47 $\pm$ 5,57 (0,00-24,00)	15,24 $\pm$ 3,61 (3,00-18,00)	16,20 $\pm$ 5,49 (3,00-24,00)	14,35 $\pm$ 6,01 (6,00-24,00)	17,43 $\pm$ 5,69 (6,00-24,00)
Аффективно-экзальтированный	12,24 $\pm$ 5,12 (0,00-24,00)	12,76 $\pm$ 6,17 (0,00-24,00)	14,31 $\pm$ 6,28 (6,00-18,00)	16,60 $\pm$ 6,48 (0,00-24,00)	13,40 $\pm$ 5,62 (6,00-24,00)	17,35 $\pm$ 4,85 (6,00-24,00)
Эмотивный	12,21 $\pm$ 3,15 (9,00-18,00)	13,44 $\pm$ 5,22 (3,00-24,00)	17,60 $\pm$ 3,53 (9,00-21,00)	14,41 $\pm$ 4,77 (3,00-24,00)	15,41 $\pm$ 4,92 (12,00-24,00)	14,75 $\pm$ 5,67 (3,00-24,00)

В то же время, установлена распространенность употребления ПАВ среди студентов младших курсов: всего употребляют ПАВ 41,1% (212/515), доля от девушек 28,9% (149/515), доля от юношей 12,2% (63/515).

Учитывая вышеизложенное, для дальнейшей работы по согласованию были отобраны только девушки с признаками непатологических нарушений адаптации, у которых есть опыт употребления ПАВ, то есть сформирована целевая учебная группа исследования, которая составила 75,3% (61/131) человек.

Для определения направленности полученных взаимосвязей был применен многофакторный дисперсный анализ и было выявлено наличие детерминационных различий между средними величинами исследуемых показателей. Полученные результаты тщательно проанализированы, обобщены и экстраполированы на генеральную совокупность исследуемого контингента.

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

Далее выясняли удовлетворенность жизнью по «Satisfaction with Life Scale».

Результаты исследования приведены в табл. 3.4.2.

Таблица 3.4.2

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

Шкала	Группа 1, n=59	Группа 2, n=61	Группа 3, n=29
УЖ	26,23±4,28; (15,00-35,00); Me=24,57; (24,00-26,00)	20,76±6,19; (10,00-33,00); Me=21,00; (11,00-32,00)	22,35±5,65; (8,00-32,00); Me=19,00; (19,00-31,00)

Следующим этапом исследования стало выявление взаимосвязи между психопатологической симптоматикой по шкале SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, LR Derogatis, в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001), уровнем развития жизнестойкости молодежи по методике «Тест жизнестойкости» («Hardiness Survey»), удовлетворенностью жизнью по «Satisfaction with Life Scale» у девушек с непатологическими нарушениями и определенными признаками расстройств адаптации, имеющими опыт употребления ПАВ. (табл. 3.4.3).

Таблица 3.4.3

Взаимосвязь выраженности психопатологических расстройств, патоперсонологических особенностей, уровня жизнестойкости, удовлетворенности жизнью и ощущением счастья у девушек первых лет обучения с адаптационными нарушениями и расстройствами (n=90)

Шкалы	Довольно счастлива, n=69	Не очень счастлива, n=15	Очень счастлива, n=6	H; p-level
SOM (баллы)	0,35±0,30; 0,0-1,58	0,55±0,30; 0,17-1,08	0,23±0,03; 0,17-0,25	H=9,0; p<0,01
O-C (баллы)	0,53±0,33; 0,0-1,50	0,65±0,19; 0,40-1,0	0,28±0,04; 0,20-0,30	H=14,6; p<0,001
INT (баллы)	0,55±0,41; 0,0-1,56	0,40±0,20; 0,22-1,11	0,13±0,08; 0,11-0,33	H=9,3; p<0,01
DEP (баллы)	0,46±0,30; 0,08-1,62	0,55±0,13; 0,23-0,77	0,01±0,03; 0,0-0,08	H=23,3; p<0,001
ANX (баллы)	0,24±0,23; 0,0-1,0	0,55±0,28; 0,2-0,9	0,12±0,08; 0,1-0,3	H=22,8; p<0,001
HOS (баллы)	0,34±0,33; 0,0-1,5	0,48±0,35; 0,17-1,33	0,00±0,00; 0,0-0,0	H=20,7; p<0,001
GSI	0,36±0,22; 0,08-0,99	0,47±0,11; 0,31-0,7	0,11±0,03; 0,1-0,17	H=20,2; p<0,001
PDSI	1,20±0,26; 1,0-2,56	1,20±0,13; 1,0-4,0	1,00±0,0; 1,0-1,0	H=20,3; p<0,001
PSI	27,07±14,62; 7,0-70,0	35,60±5,77; 28,0-45,0	9,85±2,27; 9,0-15,0	H=22,0; p<0,001
Демонстративный	14,60±3,34; 13,0-35,0	15,94±5,13; 12,0-24,0	21,70±0,76; 22,0-29,0	H=19,9; p<0,001
Педантичный	11,64±,33 4,0-22,0	11,88±4,33 8,0-20,0	16,56±1,51 16,0-20,0	H=10,7; p<0,005
Дистимический	8,58±3,77 0,0-15,0	12,66±4,43 9,0-21,0	8,56±1,13 9,0-9,0	H=11,1; p<0,004
Тревожный	10,17±4,40 0,0-18,0	9,1±4,88 3,0-18,0	18,42±1,13 18,0-21,0	H=19,8; p<0,001
Циклотимический	16,13±4,91 6,0-24,0	18,49±6,77 6,0-24,0	12,85±2,27 12,0-18,0	H=8,8; p<0,012
Аффективно- экзальтированный	14,91±5,98 6,0-24,0	15,57±5,14 6,0-24,0	7,71±4,54 6,0-18,0	H=9,7; p<0,008
Commitment (баллы)	8,41±2,38; 3,0-12,0	6,12±1,94; 4,0-10,0	8,42±1,13; 8,0-11,0	H=14,6; p<0,001
Control (баллы)	7,78±1,81; 4,0-11,0	6,38±1,24; 5,0-8,0	8,13±0,38; 8,0-9,0	H=8,0; p<0,05
Challenge (баллы)	8,27±2,25; 2,0-12,0	6,21±1,31; 2,0-8,0	6,42±1,13; 6,0-9,0	H=20,1; p<0,001
Hardiness (баллы)	24,49±5,55; 13,0-35,0	18,71±3,58; 12,0-24,0	23,65±2,66; 22,0-29,0	H=20,4; p<0,001
Life satisfaction (баллы)	23,33±5,10; 10,0-33,0	13,21±3,34; 10,0-21,0	18,70±4,54; 17,0-29,0	H=40,1; p<0,001

Выявлено, что 76,6% (69/90) девушек с признаками адаптационных нарушений и опытом употребления психоактивных веществ, то есть 13,4% (69/515) из общего числа обследованных студентов первого года обучения в университете, относят себя к категории «довольно счастливых». Отнесли себя к категории «не очень счастливы» 16,6% (15/90) студенток, то есть 2,9% (15/515) общего контингента обследованных. Чувствуют себя «очень счастливыми» 6,6% (6/90) девушек что составляет 1,2% (6/515) от всей выборки.

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

Девушкам, у которых преобладают признаки демонстративного типа акцентуации характера ($21,70 \pm 0,76$ баллов), были присущи эгоцентризм, безмерное стремление внимания и сочувствия к себе. Их отношение к учебе зависит от того, насколько она способствует удовлетворению их главной необходимости – добиться внимания, выделиться среди однокурсников. Свои неудачи в учебе эти девушки оправдывают влиянием внешних обстоятельств.

На втором месте у «очень счастливых» студенток находится тревожный тип акцентуации характера ($18,42 \pm 1,13$ баллов). Они нерешительны, склонны к долгим размышлениям, самоанализу, тревожно подозрительны. У них легко возникают навязчивые страхи, мысли и представления. Нерешительность в размышлениях и действиях взаимосвязаны. Необходимость самостоятельного выбора может спровоцировать продолжительные и невыносимые колебания. Нерешительность часто приводит к гиперкомпенсации, формами которой могут быть внезапное чувство самоуверенности, безапелляционность в суждениях, поспешные действия в ситуациях, которые требуют времени, рассудительности и

осторожности. Неудачи, которые случаются в результате подобных действий, только усиливают нерешительность и сомнения.

У 76,5% обследованных девушек выявлено превышение 12 баллов по шкале педантичности ($16,55 \pm 1,51$ баллов), что указывает на наличие признаков соответствующего типа акцентуации, характеризующегося повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, длительным переживанием психотравмирующих событий из-за неспособности их вытеснения. На поведенческом уровне это проявляется пассивностью, требовательностью и нетерпимостью к нарушениям порядка, добросовестностью, склонностью неукоснительно выполнять установленный план, неторопливостью, ориентацией на высокое качество работы и особую аккуратность, склонность к самопроверкам и сомнениям в правильности выполненных действий.

Черты циклотимического (аффективно-лабильного) типа выявлены у 73,2% ($18,49 \pm 6,77$) обследованных студенток-первокурсниц. Им были характерны частые периодические смены настроения. В периоды подавленного настроения они были замкнуты и частично напоминали лиц, которым присущ дистимический тип акцентуации, при котором превалирует пессимистическое настроение, сосредоточенность на негативных сторонах жизни, заниженная самооценка, малая контактность, немногословность, склонность к уединению. В гипертимической фазе студентки с циклотимным типом испытывали трудности в соблюдении повседневной дисциплины, плохо выдерживали вынужденное одиночество и монотонный темп деятельности, были склонны к повышенной раздражительности.

Аффективно-экзальтированный тип акцентуации диагностирован у 13,4% ($15,57 \pm 5,14$) обследованных девушек. Их доминирующими характерологическими чертами были бурные эмоциональные реакции на жизненные события – от абсолютного счастья к полному бессилию, печали. Эти студентки легко приходили в восторг от радостных событий и в отчаяние – от печальных. Девушки с аффективно-экзальтированным типом была присуща тревожность, готовность к ощущению отчаяния. Чувство долга, особенно по

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

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

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

Проведенный корреляционный анализ между значениями вовлеченности, контроля, принятия риска, жизнестойкости и удовлетворенности жизнью

обследованных девушек с непатологическими нарушениями адаптации (использовался коэффициент корреляции ранга Спирмана, достоверность по уровню $p < 0,001$ и $p < 0,05$) показал наличие слабой и средней силы корреляционной взаимосвязи между этими показателями: $R = 0,284$, $p < 0,001$; $R = 0,342$, $p < 0,001$; $R = 0,386$, $p < 0,001$; $R = 0,373$, $p < 0,001$.

Значение максимумов (1,58; 1,50; 1,56; 1,62; 1,0; 1,50) субшкал SOM, OC, INT, DEP, ANX, HOS и индексов GSI, PDSI, PSI (0,99; 2,56; 70) у «достаточно счастливых» девушек второй группы говорят о том, что исследованные показатели находятся значительно выше оптимального диапазона.

Установлено, что средняя величина значения шкалы «удовлетворенность жизнью» соответствует высокому уровню ($23,34 \pm 5,10$, $p < 0,001$). Наряду с этим, значение минимума «удовлетворенности жизнью» значительно ниже ($\min = 10,0$) и соответствует низкому уровню изучаемого показателя. Это свидетельствует о том, что для «довольно счастливых» студенток с признаками адаптационных нарушений и опытом употребления ПАВ характерно большое многообразие изучаемых признаков. Исследованные параметры на эмоциональном уровне проявляются дискомфортом в процессе межличностного взаимодействия, сопровождаются появлением постоянной неуверенности в себе, чувством личной неполноценности по сравнению с другими сокурсниками, а также негативными ожиданиями в отношении любых коммуникаций с социальным окружением. Следовательно, уровень удовлетворенности жизнью и счастья выступает индикатором ограничения или расширения возможностей социального функционирования студенток.

Также было выявлено, что средние значения величин шкал «жизнестойкость», «вовлеченность», «принятие риска» (табл. 3.4.3) студенток второй группы, независимо от характеристики «ощущения счастья», по сравнению с нормативными данными, значимо отличаются в отрицательную сторону, отражают степень проявления нарушений адаптации и выраженность сопутствующих психопатологических расстройств.

Таким образом, в исследовании установлена значимая обратная связь между удовлетворенностью жизнью и счастьем, интенсивностью психологического дистресса, степенью проявления адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов.

Показано, что феномен адаптационных нарушений у лиц женского пола связан с тревожно-депрессивными проявлениями, эмоциональной лабильностью, трудностями межличностной коммуникации.

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

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

Выяснение патогенетических индивидуально-психологических предикторов формирования состояний дезадаптации и употребления молодежью ПАВ является приоритетным перспективным направлением дальнейших исследований оценки вероятности психического дистресса и аддиктивного поведения, несет в себе большой инновационно-методический потенциал по оптимизации учебно-воспитательного процесса в университете, в частности превентивно-профилактической архитектуры современной модели системы медико-социальной помощи студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации, и опытом употребления психоактивных веществ, которая нацелена на формирование активной, сильной личности, способной смело разрабатывать стратегию поведения, осуществлять нравственный выбор и нести за него ответственность.

Резюме к разделу 3

1. По результатам проведенного исследования были получены следующие социально-демографические и клинико-анамнестические показатели по всей выборке (всего $n = 515$).

Установлено, что по гендерному признаку группы распределились неравномерно. В первой и второй группах распределение между девушками и юношами составило 65% и 35%, а в третьей группе - 55% и 45% соответственно

2. По результатам анализа групп студентов по признакам возраста и семейного положения было отмечено, что в группах студентов с непатологическими нарушениями адаптации и определенными признаками расстройств адаптации количество лиц в возрасте 21 и более – ниже, чем в 1 и 3 соответственно. Установлено, что среди лиц молодого возраста с адаптационными нарушениями удельный вес лиц в браке ниже, чем в 1 и 2 группах.

3. По анамнестическим данным членов семей респондентов выявлено, что отец не работает у 6,3% студенческой молодежи первой группы, 12% и 17% – 2 и 3 группах студентов соответственно.

4. Определено, что в группе практически здоровых мать не работает у 10% обследованных, 18% – 2 группы. Есть матери у 35% студентов 1 группы, 37% – 2 группы. У всех студентов группы с определенными признаками расстройств адаптации есть матери, 33,8% из них не работают.

5. Установлено, что в образовании отца у обследованных статистически значимых различий не было. По образовательному уровню матерей различия по группам распределения: в 1 группе – 70% матерей имеют высшее образование, в 2 – 60% и в 3 – 34% ($p < 0,05$).

6. Анамнестически был подтвержден высокий уровень ощущения напряженности среди исследуемого контингента при выполнении домашних

заданий, а также выраженная потребность в медико-психологической помощи лицам молодого возраста.

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

8. По данным клинико-психопатологического обследования, реализованного с помощью шкалы SCL-90-R, выявлено, что из всей совокупности обследованных студентов доминирует превышение показателей по шкале фобической тревожности. Обращает на себя внимание 6-ти кратное превышение нормы для девушек и юношей с непатологическим нарушением адаптации, а также 10-ти кратное (девушки) и 9-ти кратное (юноши) превышение нормы в группе с отдельными признаками расстройств адаптации. Проявлениями фобической тревожности у студентов начальных курсов в группах с ОПРА были: периодически возникающие головные боли, напряжение, мышечные боли в спине и конечностях, неприятные ощущения в области сердца. Кроме того, на фоне эмоционального напряжения, беспокоила усталость, раздражительность, иногда появлялись ощущение собственной несостоятельности и неспособности справиться с ситуацией.

9. Установлено, что психоэмоциональные нарушения в рамках расстройств адаптации у студентов младших курсов имеют субклинический уровень проявления. При этом лидерами выступают донологические формы дисфункции соматовегетативного спектра, тревожно-депрессивного, фобического и эмоционально-лабильного характера как предикторы формирования клинически очерченных расстройств адаптации.

10. Показано, что феномен адаптационных нарушений у лиц женского пола связан с тревожно-депрессивными проявлениями, эмоциональной лабильностью, трудностями межличностной коммуникации.

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

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

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

1. Пацкань, И. И. Современные взгляды на принципы тьюторства в образовательном пространстве [Текст] / И. И. Пацкань // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 2 (46). – С. 102–107.
2. Пацкань, И. И. Характеристика психопатологической симптоматики у студенческой молодежи при расстройствах адаптации [Текст] / И. И. Пацкань // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – № 1 (49). – С. 62–72.
3. Пацкань, И. И. Особенности адаптации студентов первого курса к учебному процессу, с учётом нахождения их в зоне военного конфликта в период заключительного года обучения в средней школе [Текст] / И. И. Пацкань, В. Н. Прокофьева, Н. В. Киосев // Медицина военного времени. Донбасс 2014-2015 : международная научно-практическая конференция. – Донецк, 2015. – С. 220–221.

4. Пацкань, И. И. Влияние вегетативной нервной системы на адаптационные возможности студентов медицинского вуза первого года обучения в условиях военного конфликта [Текст] / И. И. Пацкань, В. Н. Прокофьева // Система медицинского обеспечения в локальных войнах : всероссийская научно – практической конференция с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2016. – Т. 2. – С. 232–233.

РАЗДЕЛ 4

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

4.1 Копинг-стратегии у лиц молодого возраста с расстройствами адаптации имеющих опыт табакокурения

При анализе полученных данных измерялись стратегии совладания: суммированы ответы на вопросы шкалы COPE в баллах (от 1 до 4): ранжированы от максимума (max) к минимуму (min), и наглядно представлены на выборке (объем $n = 515$) студентов первого года обучения в университете на протяжении 2019 учебного года. Затем выделена доля лиц (в %) и распределены шкалы по ранговому приоритету.

Результаты исследования представлены в табл. 4.1.1.

Таблица 4.1.1

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

Шкалы «COPE»	Всего, n=515	Группа 1, n=335	Группа 2, n=131	Группа 3, n=49
F1 Позитивное переформулирование и личностный рост	216/41,95	153/45,56	50/38,55	13/26,5
F2 Мысленный уход от проблемы	35/6,79	17/5,07	12/9,16	6/12,24
F3 Концентрация на эмоциях и их активное выражение	54/10,48	31/9,25	13/9,92	10/20,4
F4 Использование инструмен-тальной социаль-ной поддержки	61/11,84	45/13,43	10/7,63	6/12,24
F5 Активное совладание	145/28,15	85/25,37	48/36,64	12/24,48
F6 Отрицание	15/2,91	4/1,19	3/2,29	8/16,32
F7 Обращение к религии	61/11,84	30/8,95	13/9,92	18/36,73
F8 Юмор	108/20,97	71/21,19	28/21,37	9/18,36
F9 Поведенческий уход от проблемы	5/0,97	2/0,59	3/2,29	0
F10 Сдерживание	29/5,63	17/5,07	10/7,63	2/4,08
F11 Использование эмоциональной социальной поддержки	125/24,27	58/17,31	45/34,35	22/44,89
F12 Использование «успо- коительных»	15/2,91	8/2,38	5/3,81	2/4,08
F13 Принятие	66/12,81	41/12,23	19/14,5	6/12,24
F14 Подавление конкурирующей деятельности;	68/13,2	46/13,73	18/13,74	4/8,16
F15 Планирование	156/30,29	114/34,02	32/24,42	11/22,44

Установлено, что в группе 1, практически здоровых студентов, в тройку доминирующих копинг-стратегий входят: на первом месте – позитивное

переформулирование и личностный рост 45,61%, как один из видов эмоционально ориентированного копинга: направленный на управление эмоциональным дистрессом, а не на разрешение возникшей стрессовой ситуации. Значимость этой стратегии не ограничивается лишь снижением вероятности дистресса. Так, восприятие стрессового взаимодействия в позитивном свете должно неизбежно привести к тому, что молодой человек продолжит активные, проблемно ориентированные действия, направленные на преодоление стресса.

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

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

Для студентов группы 2, с признаками непатологических нарушений адаптации, характерны другие приоритеты в выборе совладающего поведения, а именно: на первое место выступает активное совладание 39,54%, второе место разделили: позитивная переоценка 37,51% и планирование 37,37%.

Студенческую молодежь с определенными признаками расстройств адаптации (группа 3) характеризует лидерование на первом месте –

использование эмоциональной социальной поддержки (утешение) – 33,33% и обращение к религии – 33,33%. Лица молодого возраста могут обращаться к религии в стрессовой ситуации по самым разным причинам: религия (вера) может быть источником эмоциональной поддержки, помощью в положительной переоценке и развитии или являться тактикой активного преодоления влияния стрессора.

На втором месте – по 30% позитивная переоценка и планирование.

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

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

Таким образом, особенностями копинг-стратегий лиц молодого возраста при нарушениях и расстройствах адаптации являются: неконструктивный характер последовательности их применения, недостаточная частота и слабое разнообразие адаптивного репертуара, которые проявляются в виде сложностей решения проблем и затруднений совладания со стрессом.

4.2 Аддиктивный статус студентов университета первого года обучения

Комплексная оценка аддиктивного статуса лиц молодого возраста первого года обучения в качестве фона нарушения и расстройств адаптации проводилась с помощью AUDIT-подобных тестов.

Установлено, что среди контингента обследованных ($n = 515$) выявлено 69,32% (357/515) студентов первого курса, которые имели опыт употребления ПАВ, преимущественно алкоголя и табака, из них девушки – 51,65% (266/515), то есть 72,8% (266/365); юноши – 17,6% (91/515), то есть 60,6% (91/150).

Полученные данные совпадают с результатами международного исследования ESCAD «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ», которое было проведено в Беларуси и Украине в 2019 году (The ESPAD Handbook, 2019, методология международного проекта ESPAD).

Соотношение приема различных ПАВ соответственно уровням их употребления среди студентов первого курса приведены на рис. 4.2.1

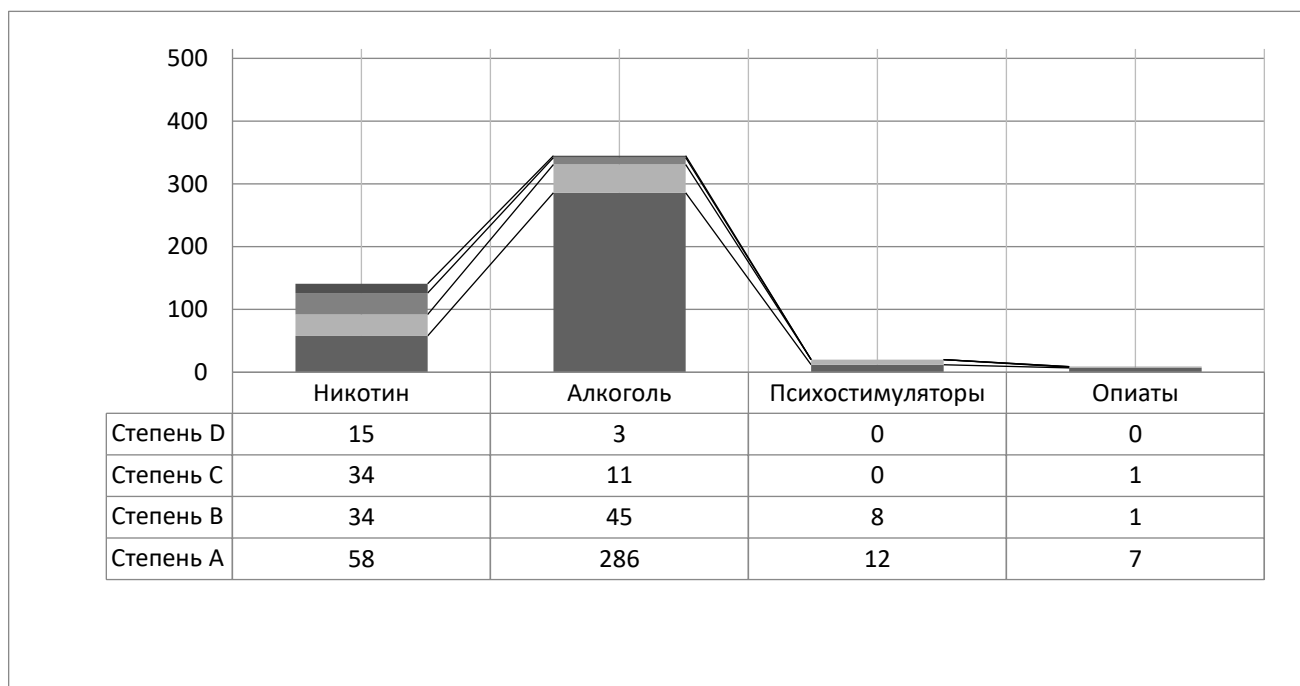


Рис. 4.2.1 Распространенность и структура употребления различных ПАВ среди студентов первого курса (%)

Из приведенных на рис. 4.2.1 данных следует следующее:

- табакокурение: стиль безопасного употребления обнаружен у 11,26% (58/515) случаев, опасного употребления – у 6,6% (34/515), с вредными последствиями – у 6,6% (34/515), зависимые состояния составили 2,91% (15/515) то есть, имеет место широкая степень вариаций – от степени «А» (безопасного употребления) до степени «D» (набрали по 20 баллов);

- употребление алкоголя: у большинства респондентов преобладал стиль безопасного употребления (степень «А» 1-7 баллов) – 55,53% (286/515), опасное употребление (степень «В» 8-15 баллов) составило 8,73% (45/515), употребление с вредными последствиями (степень «С» 16-19 баллов) – 2,35% (11/515), зависимые состояния (степень «D» 20 и более баллов) – 0,58% (3/515);

- употребление психостимуляторов, соответственно: стиль безопасного употребления выявлен у 2,33% (12/515), опасного употребления – 1,55% (8/515) случаев, студентов с вредными последствиями и зависимыми состояниями не определяется 0% (0/515).

- употребление опиатов (опиоидов): стиль безопасного употребления отмечен у 1,36% (7/515), опасного употребления – 0,2% (1/515), с вредными последствиями – 0,2% (1/515), зависимые состояния – 0% (0/515);

- «смешанные формы» (преимущественно алкоголь и табак): стиль безопасного употребления мiх «АА» составил– 78,4% (403/515), мiх «АВ» составил– 4,85% (25/515), мiх «АС» составил– 0,38% (2/515), мiх «АD» составил– 0,19% (1/515), мiх «ВА» составил– 3,9% (20/515), мiх «ВВ» составил– 1,9% (10/515), мiх «ВD» составил– 0,38% (2/515), мiх «СА» составил– 1,8% (9/515), мiх «СВ» составил 0,2% (1/515), мiх «СС» составил– 0,58% (3/515), мiх «DA» составил– 3,68% (19/515), мiх «DB» составил– 1,16% (6/515), мiх «DC» составил– 0,19% (1/515).

Исходя из полученных результатов, тенденции употребления психоактивных веществ у обследованного контингента студенческой молодежи первого года обучения в университете можно охарактеризовать следующим образом. Большая часть обследованных студентов при приеме различных ПАВ

находятся преимущественно в зоне относительно «безопасного употребления» (степень «А» 1-7 баллов) или «опасного употребления» (степень «В» 8-15 баллов), но еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной (степень «С» 16-20 баллов – с вредными последствиями; степень «Д» – 20 баллов и более – зависимые состояния). Ситуация усугубляется тем, что молодежь одновременно употребляет алкоголь и курит табак.

Следующим шагом исследования было распределение объектов на группы при заданном алгоритме; выбор метрики кластеризации и задачи алгоритма распределения студентов первого года обучения в университете на группы содержащие субшкалы SCL-90-R: SOM, INT, DEP, ANX, PHOV и шкалу «САН».

При помощи агломеративного метода минимальной дисперсии (кластеризация методом «к-срединных»)[203] из общего количества обследованных студентов-первокурсников было сформировано три группы в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: группа 1 – практически здоровые студенты: $n = 335$ (65,04%), из них девушки $n = 236$ (70,45%), юноши $n = 99$ (29,55%); группа 2 – лица с непатологическими нарушениями адаптации: $n = 131$ (25,44%), из них девушки $n = 93$ (70,99%), юноши $n = 38$ (29,01%); и группа 3 – с отдельными признаками расстройств адаптации: $n = 49$ (9,52%), из них девушки $n = 36$ (73,47%), юноши $n = 13$ (26,53%).

По результатам аддиктивного статуса обследованного контингента определяли удельный вес студентов первого курса, которые никогда не употребляли ПАВ (табл. 4.2.1).

Таблица 4.2.1

**Удельный вес студентов первого года обучения,
не употреблявших ПАВ, n=515**

ПАВ	Группа 1, n=335		Группа 2, n=131		Группа 3, n=49	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0 баллов, не употребляют	94	28,05	50	38,16	14	28,57
Больше 0 баллов	241	71,94	81	61,83	35	71,42

Статистически значимый окончательный вариант распределения обследованного контингента на группы n=515: из них – девушки 365 (70,87%), юноши 150 (29,12%).

1 группа – практически здоровые студенты: n = 335 (65,04%), из них девушки n = 236 (70,45%); юноши n = 99 (29,55%).

а) 94 (28,06%) лиц не употребляют ПАВ: девушки n = 59 (62,76%); юноши n = 35 (37,23%);

б) 241 (71,94%) лицо употребляет ПАВ: девушки n = 177 (73,44%); юноши n = 64 (26,56%).

2 группа – лица с непатологическими нарушениями адаптации: n = 131 (25,44%), из них: девушки n = 93 (70,99%); юноши n = 38 (29,01%).

а) 50 (38,17%) лиц не употребляют ПАВ: девушки n = 32 (64%); юноши n = 18 (36%);

б) 81 (61,83%) лицо употребляет ПАВ: девушки n = 61 (75,3%); юноши n = 20 (24,69%).

3 группа – студенты со специальными признаками расстройств адаптации: n = 49 (9,52%), из них: девушки n = 36 (73,47%); юноши n = 13 (26,53%).

а) 14 (28,58%) лиц не употребляют ПАВ: девушки $n = 8$ (57,14%); юноши $n = 6$ (42,86%);

б) 35 (71,42%) лиц употребляют ПАВ: девушки $n = 28$ (80,0%); юноши $n = 7$ (20,0%).

Таким образом, доказано, что студенты первого года обучения в высшем учебном заведении склонны к употреблению ПАВ (69,32%).

Установлены особенности аддиктивного поведения среди лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации: тип употребления ПАВ определен как полисубстантный (напитки с низким содержанием алкоголя и табакокурение), доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов) – донозологический паттерн аддиктивного состояния.

Полученные результаты исследования стали основой для создания модели системы медико-психологической помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, которые употребляют психоактивные вещества.

4.3. Гендерные особенности соматизации и тревожности у лиц молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления психоактивных веществ

Данные, представленные в табл. 4.3.1, наглядно демонстрируют повышение показателей по субшкалам соматизации и тревожности у лиц молодого возраста первого года обучения в университете, имеющих опыт употребления психоактивных веществ.

Таблица 4.3.1

**Показатели выраженности соматизации и тревожности
студентов первого курса университета (SCL-90-R, n = 515)**

Шкала (баллы)	n=515	Норма
SOM	$0,9 \pm 0,8$; (0,0 – 3,7); Me= 0,7; (0,3 – 1,3)	$0,44 \pm 0,03$
ANX	$0,8 \pm 0,9$; (0,0 – 3,7); Me= 0,5; (0,2 – 1,2)	$0,47 \pm 0,03$

Методом кластеризации исследуемые студенты были распределены на три группы.

Группа 1 – практически здоровые студенты составили 335 / 515 (65,0%) человек, из которых 236 / 335 (70,4%) девушек и 99 / 335 (29,6%) юношей.

Группа 2 – с непатологическими нарушениями адаптации – 131 / 515 (25,4%) человек, из них 93 / 131 (71,0%) девушек и 38 / 131 (29,0%) юношей.

Группа 3 – студенты с отдельными признаками расстройств адаптации – 49 / 515 (9,5%) исследуемых: 36 / 49 (73,5%) девушек и 13 / 49 (26,5%) юношей.

На следующем этапе исследования изучали взаимосвязь между проявлениями психопатологической симптоматики по субшкалам соматизации (SOM) и тревожности (ANX) среди студентов первого курса высшего учебного заведения групп 1, 2 и 3 и их опытом употребления психоактивных веществ – девушками (табл. 4.3.2) и юношами (табл. 4.3.4.).

Графическое отображение размаха значений субшкал SOM и ANX у студенческой молодежи по группам детально представлено на диаграммах: рис.4.3.1 у девушек и рис.4.3.2 у юношей.

Таблица 4.3.2

Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкалам SOM и ANX и опытом употребления психоактивных веществ у девушек (SCL-90-R, КОС, В. 42, n = 192)

Шкала (баллы)	Опыт употребление алкоголя		
	Нет, никогда	Была хоть 1 раз по-настоящему пьяной	
	Группа 1 n = 117	Группа 2 n = 53	Группа 3 n = 22
SOM	0,4 ± 0,3 (0,0 – 1,6) Me = 0,3 (0,2 – 0,6)	1,6 ± 0,7 (0,5 – 2,9)* Me = 1,4 (1,2 – 2,3)	1,9 ± 0,7 (0,6 – 3,7)* Me = 2,0 (1,7 – 2,3)
ANX	0,3 ± 0,3 (0,0 – 1,2) Me = 0,2 (0,1 – 0,4)	1,7 ± 0,7 (0,4 – 2,9)* Me = 1,4 (1,1 – 1,7)	2,3 ± 0,7 (0,5 – 3,7)* Me = 2,2 (1,9 – 2,8)

Примечание. 1. * – статистически значимое различие (p<0,05) с группой 1

Таблица 4.3.3

Взаимосвязь соматизации и тревожности с опытом употребления алкоголя девушками первого курса университета (SCL-90-R, КОС, В. 42, n = 192)

Шкала	Опыт употребление алкоголя					
	Нет, никогда		Была хоть 1 раз по-настоящему пьяной			
	Группа 1 n = 117		Группа 2 n = 53		Группа 3 n = 22	
Граница шкалы	до 1	более 1	до 1	более 1	до 1	более 1
SOM	112	5/4,3	9	44/83,0	2	20/90,9
ANX	114	3/2,6	10	43/81,1	1	21/95,5#

Примечание. 1. # – статистически значимое различие (p<0,05) с группой 2

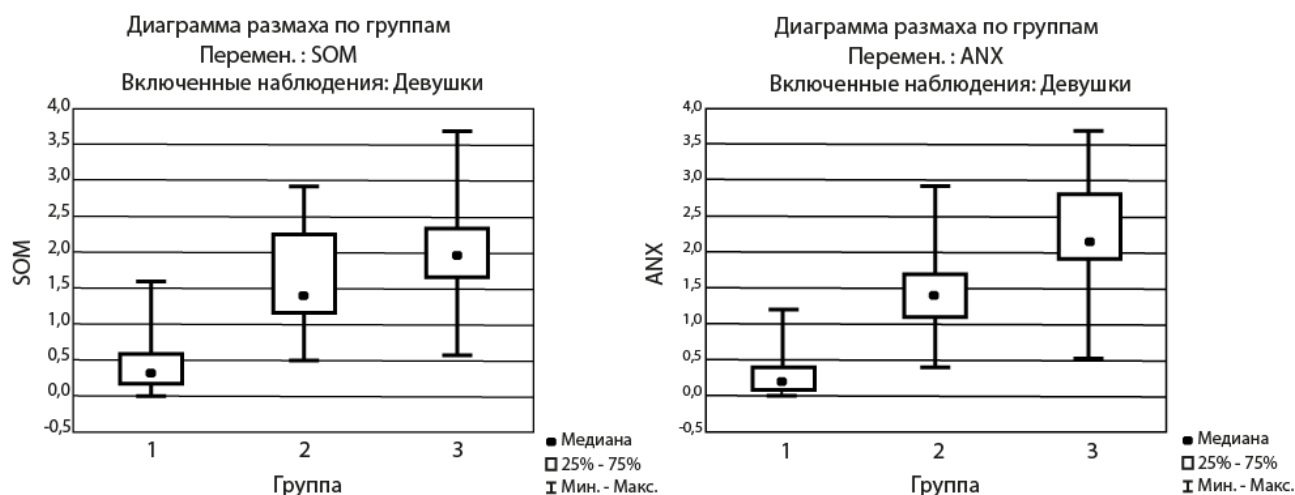


Рисунок 4.3.1 Диаграмма размаха значений субшкал SOM и ANX у девушек по группам.

Нормальным значением субшкалы соматизации является $0,44 \pm 0,03$ балла. Показатель субшкалы SOM в группе 1 не превышает допустимые значения, студенты этой группы чувствуют себя хорошо (табл. 4.3.1).

Девушки с ННА ($1,6 \pm 0,7$) предъявляют жалобы на периодические возникающие головные боли, головокружение, боли в животе, похолодание конечностей, боли в проекции сердца. Вышеописанная симптоматика проходит самостоятельно.

Студентов младших курсов с ОПРА ($1,9 \pm 0,7$) беспокоят частые головные боли, дискомфорт в эпигастральной области, боли в грудной клетке в области сердца. Как видно из рис. 4.3.1, средние значения показателя субшкалы соматизации стремятся в сторону более высоких величин в группе 2, в то же время средние значения шкалы соматизации в группе 3 практически равномерно распределяются относительно центра выборки.

Выявлены статистически значимые различия средних значений субшкалы SOM у девушек первого курса, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

Нормальным значением субшкалы ANX является $0,47 \pm 0,03$ балла. Показатель тревожности в группе практически здоровых девушек, которые ни разу в жизни не чувствовали себя пьяными, находится в рамках нормы.

Студенты группы 2 (табл. 4.3.2) часто испытывают нервозность и напряжение в стрессовых ситуациях, а также периодически возникающее чувство страха. Девушки с ОПРА ($1,7 \pm 0,7$) жалуются на нервозность, напряжение, дрожь, приступы паники.

Согласно данным рис.4.3.1, средние значения субшкалы тревожности у девушек первого курса с отдельными признаками расстройств адаптации стремятся в сторону более высоких значений.

Выявлены статистически значимые отличия средних значений субшкалы ANX ($2,3 \pm 0,7$) у девушек между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в своей жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

Далее студенты были разделены в рамках исследуемых групп на 2 подгруппы, в зависимости от значений субшкал SOM и ANX (таблица 4.3.3 и 4.3.4).

Согласно данным таблицы 4.3.3 у группы практически здоровых девушек значение соматизации тревожности превышает 1 только у 4,3 и 2,6% соответственно. При этом у студентов в группе с непатологическими нарушениями адаптации величина соматизации и тревожности превышает 1 у 83,0 и 81,1% лиц соответственно. Девушки с отдельными признаками расстройств адаптации характеризуется превышением величин SOM и ANX выше 1 (90,9 и 95,5% соответственно).

Выявлены статистически значимые отличия между студентами с ННА и ОПРА, у которых величина ANX больше 1 ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении проявлений тревожности у студентов с отдельными признаками расстройств адаптации по сравнению с лицами с непатологическими нарушениями адаптации.

Таблица 4.3.4

Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкалам SOM и ANX, в баллах и опытом употребления психоактивных веществ у юношей (SCL-90-R, КОС, В. 42, n = 84)

Шкала (баллы)	Опыт употребление алкоголя		
	Нет, никогда	Был хоть 1 раз по-настоящему пьяным	
	Группа 1 n = 50	Группа 2 n = 23	Группа 3 n = 11
SOM	0,2 ± 0,2 (0,0 – 0,8) Me= 0,2 (0,0 – 0,3)	1,6 ± 0,2 (0,3 – 2,7)* Me= 1,5 (1,0 – 2,7)	1,9 ± 0,2 (1,6 – 2,3)* Me= 2,0 (1,8 – 2,2)
ANX	0,3 ± 0,3 (0,0 – 0,9) Me= 0,2 (0,0 – 0,4)	1,7 ± 0,2 (0,4 – 2,9)* Me= 1,5 (1,0 – 2,9)	2,1 ± 0,2 (1,8 – 2,4)* Me= 2,0 (1,9 – 2,2)

Примечание. 1. * – статистически значимое различие (p<0,05) с группой 1

Таблица 4.3.5

Взаимосвязь соматизации и тревожности с опытом употребления алкоголя юношами первого курса университета (SCL-90-R, КОС, В. 42, n = 84)

Шкала	Опыт употребление алкоголя					
	Нет, никогда		Был хоть 1 раз по-настоящему пьяным			
	Группа 1 n = 50		Группа 2 n = 23		Группа 3 n = 11	
Граница шкалы	до 1	более 1	до 1	более 1	до 1	более 1
SOM	50	0	8	15	0	11
ANX	50	0	2	20	0	11

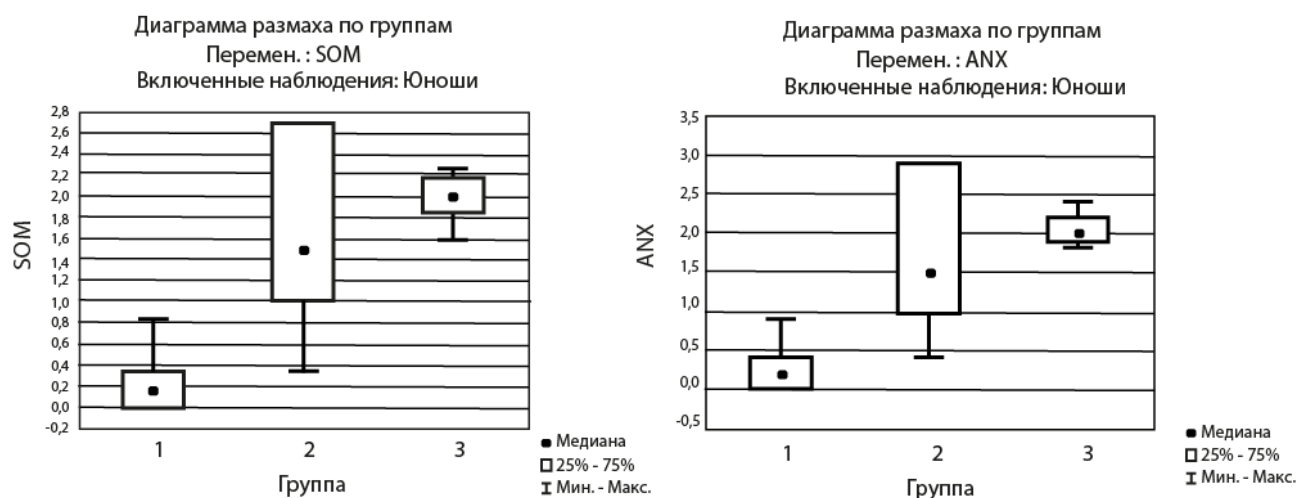


Рисунок 4.3.2 Диаграмма размаха значений субшкал SOM и ANX у юношей по группам.

Значение субшкалы SOM у практически здоровых юношей первого курса (без опыта алкогольного опьянения), находится в пределах нормальных значений, которые составляют $0,2 \pm 0,2$.

Студенты с ННА ($1,6 \pm 0,2$) высказывают жалобы на периодический дискомфорт в желудке, в области сердца, редкие головные боли (табл. 4.3.4). Юношей с ОПРА ($1,9 \pm 0,2$) беспокоят головные боли, головокружения, в стрессовых ситуациях им бывает сложно сделать вдох и выдох. Особое внимание обращает на себя выраженное смещение средних значения субшкалы соматизации в сторону высоких величин в группе с ННА.

Выявлены статистически значимые отличия средних значений субшкалы SOM у юношей между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

Показатель субшкалы тревожности ($0,3 \pm 0,3$) не превышает верхнюю границу нормы у юношей группы 1.

Студенты с ОПРА ($1,7 \pm 0,2$) данные которых представлены в табл. 4.3.2, испытывают напряжение, страх в стрессовых ситуациях. Юноши с отдельными признаками расстройств адаптации ($2,1 \pm 0,2$) жалуются на дрожь в теле, приступы паники, похолодание конечностей, потливость, сердцебиение, боли в области сердца.

Согласно полученным данным, представленным на рис.4.3.2, средние значения субшкалы ANXu юношей с ННА стремятся в сторону более высоких значений.

Выявлены статистически значимые отличия средних значений субшкалы тревожности у юношей между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

4.4 Патолофизиологические особенности жизнестойкости студентов младших курсов

На первом этапе анализа полученных данных были определены основные составляющие жизнестойкости в 1, 2 и 3-ей группах девушек ($n = 236$, $n = 93$, $n = 36$) и юношей ($n = 99$, $n = 38$, $n = 13$) младших курсов университета по опроснику «Тест жизнестойкости».

Результаты исследования приведены в табл. 4.4.1-4.4.2.

Таблица 4.4.1

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

Шкала	Группа 1, n=236	Группа 2, n=93	Группа 3, n=36	Норма
Жизнестойкость	25,72±6,76; (3,0-36,0); Me=26,0; (22,0-31,0)	21,45±7,7;* (0-36,0); Me=20,0; (16,0-28,0)	15,61±8,01;*# (3,0-33,0); Me=13,0; (11,0-20,0)	24,62±6,89
Вовлеченность	9,17±2,74; (0,0-12,0); Me=10,0; (8,0-12,0)	7,47±3,01;* (0-12,0); Me=7,0; (5,0-10,0)	4,8±3,11;*# (0,0-12,0); Me=4,0; (3,0-6,0)	8,82±2,59
Контроль	8,3±2,38; (3,0-12,0); Me=8,0; (6,0-10,0)	6,8±2,23;* (0-12,0); Me=7,0; (5,0-9,0)	5,36±2,64;*# (0-10,0) Me=5,0; (3,0-7,0)	8,12±2,46
Принятие риска	8,24±2,55; (0-12,0); Me=8,0; (7,0-10,0)	7,17±2,82;* (0,0-12,0); Me=7,0; (5,0-9,0)	5,44±3,10;*◇ (0-12,0); Me=4,0; (3,0-7,0)	7,68±2,64

- Примечания:* 1. Группа 1, n=236 – практически здоровые девушки;
 Группа 2, n=93 – девушки с признаками нарушения адаптации;
 Группа 3, n=36 – девушки с признаками расстройств адаптации.
 2. В табл.4.4.1-4.4.2 –*– высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 1 на уровне $p < 0,001$;
 3. # – высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 2 на уровне $p < 0,001$;
 4. ◇ -уровень статистической значимости различий частоты с группой 2 на уровне $p < 0,05$;

Таблица 4.4.2

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

Шкала	Группа 1, n=99	Группа 2, n=38	Группа 3, n=13	Норма
Жизнестойкость	27,94±7,12; (6,0-36,0); Me=30,0; (23,0-33,0)	24,84±7,32;* (7,0-36,0); Me=25,0; (21,0-31,0)	18,69±10,86;*# (0-33,0); Me=18,0; (13,0-28,0)	24,62±6,89
Вовлеченность	9,69±2,7; (1,0-12,0); Me=11,0; (8,0-12,0)	8,78±2,88;* (3,0-12,0); Me=8,0; (7,0-12,0)	5,92±4,23;* (0-12,0); Me=5,0; (4,0-10,0)	8,82±2,59
Контроль	9,2±2,15; (3,0-12,0); Me=9,0; (8,0-11,0)	7,81±2,38;* (1,0-12,0); Me=8,0; (6,00-9,0)	6,23±3,05;*◇ (0-10,0); Me=7,0; (5,0-9,0)	8,12±2,46
Принятие риска	9,05±2,99; (0-12,0); Me=10,0; (7,0-11,0)	8,23±2,87;* (2,0-12,0); Me=8,0; (6,0-10,0)	6,53±3,88;* (0-12,0); Me=6,0; (4,0-8,0)	7,68±2,64

Примечания: Группа 1, n=99 – практически здоровые юноши;

Группа 2, n=38 – юноши с признаками нарушения адаптации;

Группа 3, n=13 – юноши с признаками расстройств адаптации.

Установлено, что средние значения шкал «Теста жизнестойкости» («ЖС») (табл. 4.4.1, 4.4.2), у практически здоровых девушек и юношей ($n = 236$; $n = 99$) по сравнению с нормативными данными отличаются в положительную сторону по всем шкалам теста (использовался непарный критерий Стьюдента; межгрупповые различия достоверны по уровню $p < 0,001$ и $p < 0,05$). Так, средние значения шкал «ЖС», «вовлеченность», «контроль» и «принятие риска» у обследованных студентов первой группы составили: $25,72 \pm 6,76$; $9,17 \pm 2,74$; $8,3 \pm 2,38$; $8,24 \pm 2,55$ баллов у девушек и $27,94 \pm 7,12$; $9,69 \pm 2,7$; $9,2 \pm 2,15$; $9,05 \pm 2,99$ баллов у юношей соответственно, при норме $24,62 \pm 6,89$; $8,82 \pm 2,59$; $8,12 \pm 2,46$; $7,68 \pm 2,64$ баллов. Наблюдается меньше, чем в норме, разброс по этим средним значениям. Установлен высокий разрыв min-max – от 3,0 до 36,0 у девушек и от 6,0 до 36,0 у юношей соответственно. Это говорит о наличии высокой степени разнообразия признаков жизнестойкости у практически здоровых студентов, они более жизнеспособны и склонны чувствовать собственную ценность и значимость. Им присущи лидерские качества, здоровый образ мыслей и поведения, характерна способность к поиску новых путей влияния на тяжелые жизненные обстоятельства.

Высокие значения показателей по шкале «Принятие риска» характеризуют студентов младших курсов как открытых опыту, убежденных в том, что все, что с ними происходит, способствует развитию их личности. Отношение к своей деятельности, как к процессу изучения окружающего мира, помогает юношам и девушкам первого года обучения быть открытыми для обучения, воспринимать свои личные успехи и ошибки, как основу для формирования профессиональной идентичности и укрепления профессиональной позиции. Студенческая молодежь первой группы способна воспринимать новые ситуации как вызов, а не как угрозу. Отвечая на события, которые происходят, она может научиться новому и узнать больше о себе, что способствует ее развитию. Другими словами, развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента-первокурсника.

В группе практически здоровой молодежи, получен высокий уровень статистической значимости гендерных различий по некоторым показателям. Параметры жизнестойкости у юношей значительно выше, чем у девушек, а именно: показатель жизнестойкости ($t = 4,24$; $p < 0,001$), показатель контроля ($t = 6,09$; $p < 0,001$) и показатель принятия риска соответственно ($t = 4,10$; $p < 0,001$), хотя величина этих различий низкая (полученная разница между средними составляет 0,6 стандартных отклонений).

Установлено, что по шкале вовлеченность статистически значимые различия между юношами и девушками во всей выборке ($n = 515$) отсутствуют, это демонстрирует гендерное единство характеристики вовлеченности, присущей студенческой молодежи младших курсов обучения. Иначе говоря, полученные данные совпадают с представлением о том, что формирование половых различий детерминировано влиянием социокультуральной среды и является результатом усвоения личностью системы определенных социальных ценностей как норм, образцов поведения, предлагаемых социумом лицам мужского и женского полов. Обучение, коммуникация с одноклассниками, сокурсниками представляют собой источник ощущения вовлеченности, так как это качество равнозначно отображает период студенчества для обоих полов.

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

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

Следующий этап анализа заключался в сопоставлении показателей «Теста жизнестойкости» среди исследуемого контингента: девушек ($n = 236$; $n = 93$; $n = 36$) и юношей ($n = 99$; $n = 38$; $n = 13$).

Как свидетельствуют полученные данные (табл. 4.4.1), среди девушек ($n = 236$; $n = 93$; $n = 36$) установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) по всем шкалам опросника «Тест жизнестойкости» с четким закономерным снижением от группы 1-ой ко второй, от первой к 3-ей и от второй к 3-ей.

Выявлено, что показатели теста основных составляющих жизнестойкости студенток второй группы находятся ниже нормы, а 3-й группы – существенно ниже нормы, что отражает континуум индивидуальных вариаций психологического дистресса, степени проявлений адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов. Детальный анализ приведен в табл. 4.4.1.

Установлено, что значение максимумов и минимумов по шкале «вовлеченность» в трех группах соответствуют минимально ($\min = 0,0$) и максимально возможному баллу ($\max = 12,0$). Иными словами, у практически здоровых девушек развит компонент вовлеченности – они получают удовольствие от собственной деятельности, а у студенток с непатологическими нарушениями адаптации (2 группа) снижается чувство уверенности в себе.

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

Значение медианы ($Me = 10,0$) по шкале «вовлеченность» указывает на то, что 50% студенток первой группы имеют высоко развитый компонент вовлеченности; у 50% девушек второй группы изучаемый параметр несколько ниже нормы ($Me = 7,0$); 50% лиц женского пола 3-й группы по шкале вовлеченности характеризуются существенно ниже нормы ($Me = 4,0$), на уровне $p < 0,001$. Девушки второй и особенно 3-й группы испытывают сомнения в собственной ценности, показывают отчужденность, зависимость, самообвинения, неумение адекватно и позитивно оценивать и применять

собственные силы и ресурсы. Выражается это, как неспособность брать на себя ответственность, невозможность найти прочную основу для адекватной самооценки, на основе которой можно создавать жизненные перспективы.

Полученные значения нижних квартилей показывают значимые различия сравниваемых групп студенток по конструкту «commitment» и отражают степень снижения уровня исследуемого параметра: 25% девушек первой группы имеют 8 баллов ($q_{25} = 8,0$), лица женского пола второй и 3 й групп соответственно 5 баллов ($q_{25} = 5,0$) и 3,0 балла ($q_{25} = 3,0$). Другими словами, 25% девушек с определенными признаками расстройств адаптации характеризуются вовлеченностью в 2 раза ниже, чем практически здоровые студентки, то есть превалируют установки отчуждения.

Определены верхние квартили вовлеченности у девушек статистически значимо свидетельствуют о том, что 75% исследуемого контингента 3-ей группы находятся в диапазоне ниже нормы ($q_{75} = 6,0$), тогда как в первой группе 75% студенток имеют высокие показатели определенного параметра ($q_{75} = 12,0$).

На этапе сопоставления показателей «Теста жизнестойкости» среди юношей ($n = 99$ $n = 38$; $n = 13$) обнаружены аналогичные результаты (табл. 4.4.2).

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

Выявлено, что средние значения шкал «Теста жизнестойкости» (табл. 4.4.1, 4.4.2) у девушек и юношей с признаками непатологических нарушений адаптации ($n = 93$ и $n = 38$) и определенными признаками расстройств адаптации ($n = 36$ и $n = 13$) по сравнению с нормативными данными отличаются в отрицательную сторону. Так, средние значения параметра «жизнестойкость» у обследованных студентов второй группы составили $21,45 \pm 7,7$ баллов у девушек и $24,84 \pm 7,32$ баллов у юношей против молодежи 3-й группы $15,61 \pm 8,01$ баллов у девушек и $18,69 \pm 10,86$ баллов у юношей соответственно, при норме $24,62 \pm 6,89$ баллов.

Полученные данные наглядно демонстрируют то, что слабо развитая жизнестойкость характерна для студентов первого года обучения с непатологическими нарушениями и определенными признаками расстройств адаптации. Студенты второй группы не очень увлекались собственной деятельностью, быстро уставали от неразрешимых проблем, хотя выполняли учебные задачи. Они не пытались преодолеть трудности, возникшие в настоящее время, а откладывали их решение и предпочли не вовлекаться глубоко в отношения с однокурсниками, часть учебной программы казалась им не нужной. На эмоциональном уровне указанное выражалось в появлении незначительного чувства тревожной напряженности и скованности, «небольшого волнения», некоторого внутреннего беспокойства на занятиях в университете с элементами заторможенности или суетливости в поведении, повышенной чувствительности к обычным межличностным взаимодействиям в студенческой среде, утомляемости, определенным трудностям при выполнении привычных университетских задач и недостаточного сна. Также обследуемые отмечали, что иногда у них возникало учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, дрожь во всем теле, потливость ладоней, тошнота. Студенческая молодежь оценивала свое состояние как «субъективно неприятное», что отразилось в пониженных значениях показателей самочувствия ($4,82 \pm 1,82$ баллов), активности ($4,32 \pm 0,95$ баллов) и настроения ($5,12 \pm 1,18$ баллов) по методике «САН». Несмотря на перечисленные ощущения, студентам часто удавалось успешно подавлять состояние тревоги.

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

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

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

По определению студентов с определенными признаками расстройств адаптации (3 группа), их не очень устраивала собственная деятельность. Они часто чувствовали себя покинутыми, иногда молодым людям казалось, что никому нет до них дела, что жизнь проходит мимо. Исследуемые так уставали, что уже ничто не могло их заинтересовать. Эти студенты предпочли не вовлекаться глубоко в отношения с одногруппниками и однокурсниками, большая часть учебной программы казалась им лишней. С точки зрения данной категории студентов, окружающие их недооценивали. Молодежь не меняла свои планы в зависимости от обстоятельств, то есть она не подстраивала свои действия под ситуацию, которая складывалась. Студенты первого года обучения были недовольны своими предыдущими достижениями и не уверены в своем будущем. Кроме того, они предпочитали не рисковать. Эмоционально это состояние отражалось в ощущении чувства беспокойства, тревоги, которая часто была направлена в будущее. Иногда молодые люди испытывали чувство внутренней дрожи, пониженное настроение, грусть, напряжение, относительно

взаимоотношений с окружающими, раздражительность, не присущую им ранее, трудности концентрации внимания при выполнении привычной для них работы, усталость, забывчивость, потерю интереса к сексуальным отношениям, отсутствие потребности в общении с подругами, друзьями, знакомыми. Им свойственно нарушение сна, изменения аппетита, неспецифические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, повышение артериального давления, учащение пульса, расширение зрачков, бледность кожных покровов, потливость, сухость во рту. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно дискомфортное», что отразилось в снижении показателя самочувствия и значении его минимума (1,2 баллов), по методике «САН». Также величина медианы показателя «САН» ($M_e = 4,0$ баллов) в этой группе демонстрирует наличие у 50% лиц психофункционального состояния существенно ниже оптимального диапазона.

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

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

Исследование жизнестойкости студентов первого года обучения в университете показало наличие высокой степени разнообразия признаков жизнестойкости у исследуемого контингента. Развитое личностное качество «hardiness» имеют 72,4% студентов младших курсов университета. Показатели теста основных составляющих жизнестойкости у 18,1% молодежи находятся ниже нормы, а у 9,5% – существенно ниже нормы.

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

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что хронический дистресс первых лет обучения в высшем учебном заведении (большая учебная и общественная нагрузка, необходимость запоминать большое количество нового материала, уход от родительской опеки, формирование напряжённых отношений в студенческой среде и пр.) приводят к перенапряжению компенсаторно-приспособительных процессов. Это, в свою очередь, может приводить к нарушениям и расстройствам адаптации и табакокурению, что в наших исследованиях явилось взаимоотягощающими ключевыми звеньями патогенеза. В итоге формируется доминанта Ухтомского, психопатогенетическая цепь и патогенетический порочный круг (рис.4.4).



Рис. 4.4 Патогенетический порочный круг формирования зависимости от табакокурения при нарушениях и расстройствах адаптации

Резюме к разделу 4.

1. Доказано, что для абсолютного большинства обследованных студентов-первокурсников в ситуациях фрустрации характерна склонность к преодолению негативных переживаний за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной погруженности в нее, а также ограничения стратегий когнитивной и поведенческой адаптации, что может быть причиной нарушения процессов саморегуляции и успешной адаптации

2. Установлены особенности копинг-стратегий лиц молодого возраста при нарушениях и расстройствах адаптации: неконструктивный характер последовательности их применения, недостаточная частота и слабое

разнообразие адаптивного репертуара, которые проявляются в виде сложностей решения проблем и затруднений совладания со стрессом.

3. Установлены особенности аддиктивного поведения среди лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации: тип употребления ПАВ определен как полисубстантный (напитки с низким содержанием алкоголя и табакокурение), доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов) – донозологический паттерн аддиктивного состояния.

4. Установлены гендерные особенности соматизации и тревожности у студентов с расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления психоактивных веществ.

5. Выявлены статистически значимые различия превышения средних значений субшкалы SOM у девушек первого курса, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в своей жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

6. Определены статистически значимые отличия превышения средних значений субшкалы SOM у юношей между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда не ощущали алкогольного опьянения (группа 1).

7. Показаны статистически значимые различия превышения средних значений субшкалы ANX у девушек между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в своей жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

8. Выявлены статистически значимые отличия превышения средних значений субшкалы ANX у юношей между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

9. Доказаны статистически значимые отличия между студентами с ННА и ОПРА, у которых величина SOM и ANX больше 1 ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении проявлений соматизации и тревожности у студентов с отдельными

признаками расстройств адаптации по сравнению с лицами с непатологическими нарушениями адаптации.

10. Установлено, что что хронический дистресс первых лет обучения в высшем учебном заведении (большая учебная и общественная нагрузка, необходимость запоминать большое количество нового материала, уход от родительской опеки, формирование напряжённых отношений в студенческой средеи пр.) приводят к перенапряжению компенсаторно-приспособительных процессов. Это, в свою очередь, может приводить к нарушениям и расстройствам адаптации и табакокурению, что в наших исследованиях явилось взаимоотношающимися ключевыми звеньями патогенеза и формированию патофизиологического порочного круга

11. Полученные результаты исследования стали основой для сознания модели системы медико-психологической помощи лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, которые употребляют психоактивные вещества.

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

1. Пацкань И.И. Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий: монография /Авторский коллектив / под общ. ред. Е.Г. Максименко, В.В. Седнева, А.В. Гордеевой, Е. В. Новиковой. – Донецк: Изд-во ГОУ ВПО «ДонНУ», 2019. – 379 с., Гл.1. – С.52 – 73.
2. Игнатенко, Г. А. Гендерные особенности соматизации и тревожности у лиц молодого с расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления психоактивных веществ [Текст] / Г. А. Игнатенко, Е. В. Киосева, И. И. Пацкань // Университетская клиника. – 2021. – № 2 (39). – С. 69–75.
3. Копинг стиль молодого населения с дезадаптационными состояниями и пути их коррекции [Текст] / И. И. Пацкань [и др.] // Пути повышения эффективности управленческой деятельности органов государственной

власти в контексте социально-экономического развития территорий: материалы III Международной науч.-практ. конф., 6-7 июня, 2019, г. Донецк. Секция 3: Теоретико-правовые и философско-психологические основы обеспечения социальных инноваций в деятельности органов государственной власти / ГОУ ВПО «ДонАУиГС». – Донецк: ДонАУиГС, 2019. – С. 33–35

4. Шкала локус-контроля в области межличностных отношений / И. А. Бабюк, И. И. Пацкань, О. А. Бешуля: рационализаторское предложение № 6. – Донецк : ИНВХ им. В. К. Гусака, 2019 г.

РАЗДЕЛ 5

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ С НАРУШЕНИЯМИ И РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Определение понятия «стресс» в физиологию ввёл Уолтер Кэннон в своих классических работах по универсальной реакции «бороться или бежать» ещё в тридцатых годах прошлого века. Впоследствии, видный канадский учёный-патолог и эндокринолог Ганс (Янош) Селье стал разделять термины «эустресс» и «дистресс», что в будущем послужило становлению концепции общего адаптационного синдрома.

Донецкая школа патофизиологов (В. Н. Ельский, Ю. Я. Крюк, Г. К. Кривобок, С. Е. Золотухин, Ю. И. Стрельченко) уже на протяжении более чем 50-ти лет занимается проблемой изучения патогенетических механизмов развития и исхода стресса травматического генеза. Это вызвано тем, что Донецкий регион ещё со времён Советского Союза печально известен своим высоким уровнем производственного (шахтный и металлургический) и дорожно-транспортного травматизма. С 2014 года к этому виду травматизма присоединилась и военная травма, как механическая, так и психоэмоциональная. Особенно остро эта проблема встала для студенческой молодёжи, которая только начинает адаптироваться к обучению в вузе. Прием психоактивных веществ, в том числе табакокурение и вейпинг (от английского «vaping» – парение: курение электронных сигарет) чаще всего является коморбидной составляющей адаптационных нарушений и расстройств, особенно у лиц молодого возраста [23] (рис. 5.).

В связи с вышеизложенным, перед нами встала задача на основании проведенных информационно-аналитических, социально-демографических, клинико-эпидемиологических, клинико-anamnestических, клинико-психопатологических, психодиагностических и математико-статистических

исследований, принципах биопсихосоциального подхода и современных литературных данных уточнить и раскрыть ранее неизвестные патогенетические механизмы формирования табачной зависимости у студенческой молодёжи Донецкой Народной Республики с нарушениями и расстройствами адаптации. Это позволило разработать модель системы медико-социальной помощи и психолого-педагогического сопровождения студентов младших курсов при расстройствах адаптации, имеющих опыт табакокурения.

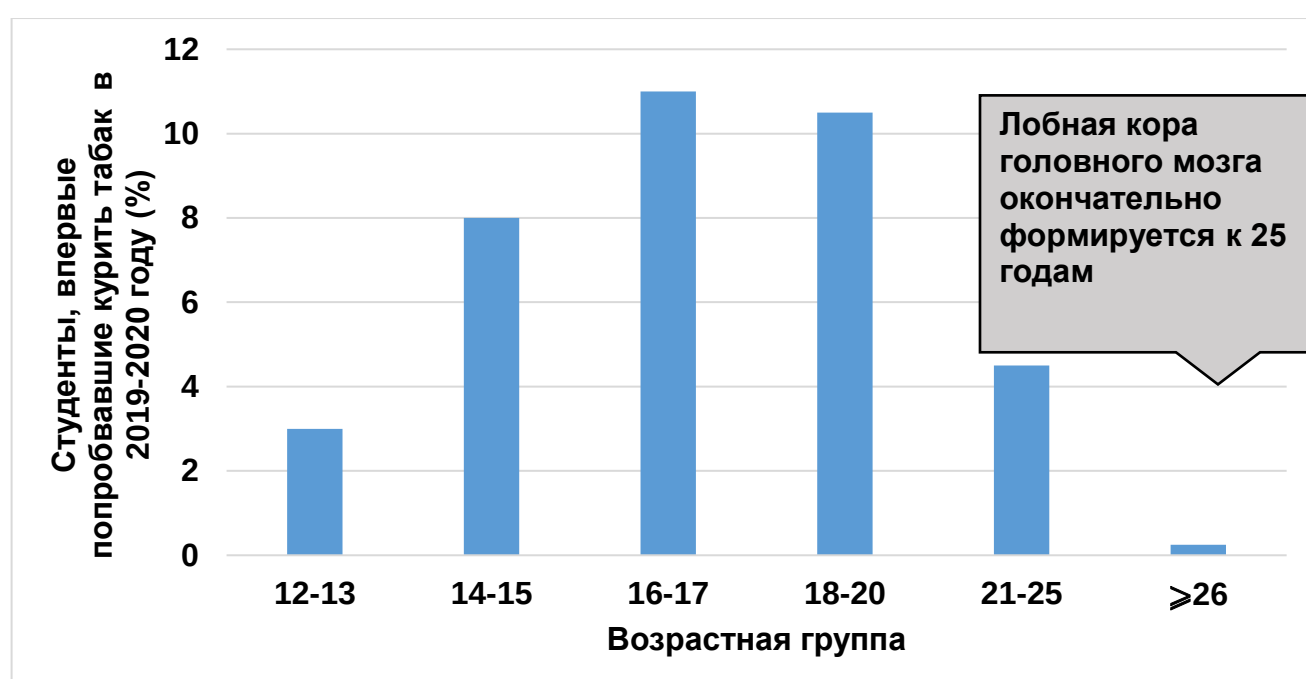


Рис. 5 Студенты (%), впервые попробовавшие курить табак в 2019-2020 гг.

5.1. Патогенетические механизмы формирования табачной зависимости у студенческой молодёжи с нарушениями и расстройствами адаптации

При осуществлении скрининговой оценки психического и аддиктивного состояния студентов ($n = 515$) первых курсов высшего учебного заведения с выявлением особенностей психоэмоциональных характеристик и наличия у

анкетируемых опыта употребления ПАВ (табакокурение и вейпинг) и соответствующих поведенческих паттернов у студенческой молодежи нами были получены следующие результаты (табл. 5.1.1).

С опытом табакокурения, обычных или электронных сигарет, столкнулось 349 студентов (349 / 515), что составило $67,8 \% \pm 2,06 \%$. Из них 271 девушки (271 / 515), что составило $77,7 \% \pm 1,83 \%$ и 78 юноши (78 / 515), что составило $22,3 \% \pm 1,83 \%$. Таким образом, доля девушек, столкнувшихся с опытом курения табака была статистически различимо больше почти в 3,5 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.1. Возможные патогенетические механизмы полученных гендерных различий описаны ниже.

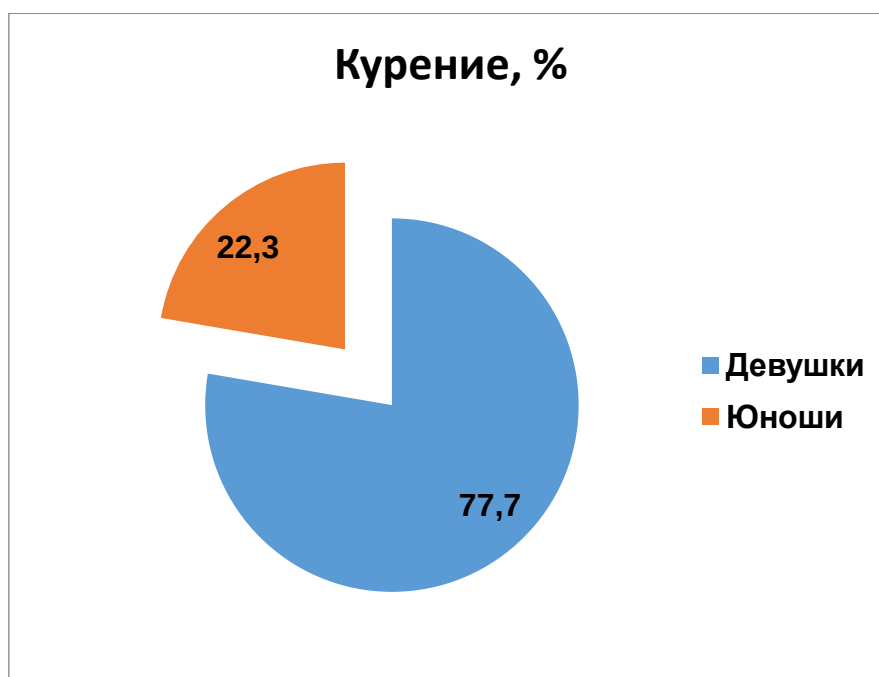


Рис. 5.1.1 Доля девушек и юношей, столкнувшихся с опытом курения табака,
 $p < 0,01$

Таблица 5.1.1

Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с
табакокурением и формированием зависимости,
по исследуемым группам n=515

Группа 1 n=335 / 515; 65,0 % ± 2,1 %		Группа 2 n=131 / 515; 25,4 % ± 1,92 %		Группа 3 n=49 / 515; 9,51 % ± 1,29 %	
Девушки 236 / 335 70,4 % ± 2,01 %	Юноши 99 / 335 29,6 % ± 2,01 %	Девушки 93 / 131 71,0 % ± 2,0 %	Юноши 38 / 131 29,0 % ± 2,0 %	Девушки 36 / 49 73,5 % ± 1,94 %	Юноши 13 / 49 26,5 % ± 1,94 %
Столкнулись с табакокурением: n=349 / 515; 67,8 % ± 2,06 %					
Девушки n=271 / 515; 77,7 % ± 1,83 %			Юноши n=78 / 515; 22,3 % ± 1,83 %		
Группа 1 столкнувшиеся с табакокурением: n=210 / 335; 62,7 % ± 2,13 %		Группа 2 столкнувшиеся с табакокурением: n=100 / 131; 76,3 % ± 1,87 %		Группа 3 столкнувшиеся с табакокурением: n=39 / 49; 79,6 % ± 1,78 %	
Девушки n=152 / 210 72,4 % ± 1,97 %	Юноши n=58 / 210 27,6 % ± 1,97 %	Девушки n=89 / 100 89,0 % ± 1,38 %	Юноши n=11 / 100 11,0 % ± 1,38 %	Девушки n=30 / 39 76,9 % ± 1,8 %	Юноши n=9 / 39 23,1 % ± 1,86 %
Формирование психологической зависимости: n=236 / 349; 67,6 % ± 2,06 %					
Девушки n=202 / 236; 85,6 % ± 1,55 %			Юноши n=34 / 236; 14,4 % ± 1,55 %		
Группа 1 столкнувшиеся с зависимостью: n=123 / 210; 58,6 % ± 2,17 %		Группа 2 столкнувшиеся с зависимостью: n=81 / 100; 81,0 % ± 1,73 %		Группа 3 столкнувшиеся с зависимостью: n=32 / 39; 82,1 % ± 1,69 %	
Девушки 98 / 123 79,7 % ± 1,77 %	Юноши 25 / 123 20,3 % ± 1,77 %	Девушки 72 / 81 88,9 % ± 1,38 %	Юноши 9 / 81 11,1 % ± 1,38 %	Девушки 28 / 32 87,5 % ± 1,4 %	Юноши 4 / 32 12,5 % ± 1,46 %
Формирование зависимости «с первой затяжки»: n=75 / 236; 31,8 % ± 2,05 %					
Девушки 61 / 75; 81,3 % ± 1,72 %			Юноши 14 / 75; 18,7 % ± 1,72 %		
Группа 1 столкнувшиеся с зависимостью «с первой затяжки»: n=18 / 123; 14,6 % ± 1,56 %		Группа 2 столкнувшиеся с зависимостью «с первой затяжки»: n=26 / 81; 32,1 % ± 2,06 %		Группа 3 столкнувшиеся с зависимостью «с первой затяжки»: n=31 / 32; 96,9 % ± 0,76 %	
Девушки n=11 / 18 61,1 % ± 2,15 %	Юноши n= 7 / 18 38,9 % ± 2,15 %	Девушки n=21 / 26 80,8 % ± 1,74 %	Юноши n=5 / 26 19,2 % ± 1,74 %	Девушки n=27 / 31 87,1 % ± 1,48 %	Юноши n=4 / 31 12,9 % ± 1,48 %

В группе практически здоровых студентов: 335 ($65,0 \% \pm 2,1 \%$) человека (335 / 515), из которых 236 ($70,4 \% \pm 2,01 \%$) девушки (236 / 335) и 99 ($29,6 \% \pm 2,01 \%$) юноши (99 / 335) с опытом табакокурения обычных или электронных сигарет столкнулось 210 студентов (210 / 335). Это составило $62,7 \% \pm 2,13 \%$ от группы практически здоровых студентов, среди них 152 девушки (152 / 210), удельный вес девушек составил $72,4 \% \pm 1,97 \%$ и 58 юношей (58 / 210), удельный вес юношей составил $27,6 \% \pm 1,97 \%$. Таким образом, выявлена схожая картина: доля девушек, столкнувшихся с табакокурением была статистически различимо больше почти в 2,6 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.2. Возможные патогенетические механизмы полученных гендерных различий описаны ниже.

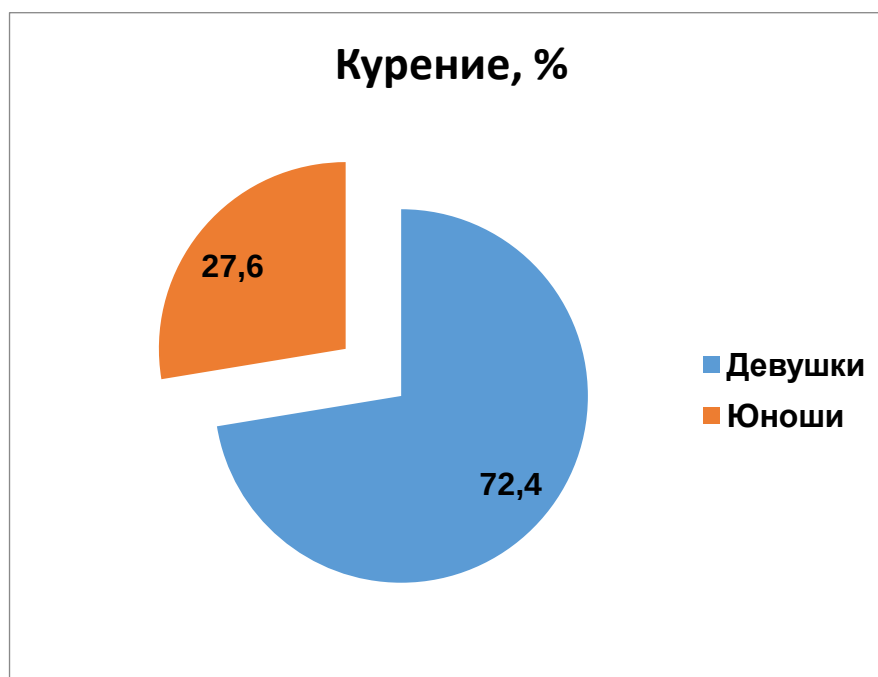


Рис. 5.1.2 Доля практически здоровых девушек и юношей, столкнувшихся с табакокурением, $p < 0,01$

У молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые вошли во вторую исследуемую группу: 131 ($25,4 \% \pm 1,92 \%$) человек (131 / 515), из них 93 ($71,0 \% \pm 2,0 \%$) девушки (93 / 131) и

38 (29,0 % $\pm$ 2,0 %) юноши (38 / 131) с опытом табакокурения обычных или электронных сигарет столкнулось 100 студентов (100 / 131). Это составило 76,3 % $\pm$ 1,87 % от группы лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, среди них 89 девушек (89 / 100), удельный вес девушек составил 89,0 % $\pm$ 1,38 % и 11 юношей (11 / 100), удельный вес юношей составил 11,0 % $\pm$ 1,38 %. Таким образом, доля девушек, столкнувшихся с табакокурением была статистически различимо больше почти в 8,1 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.2. Возможные патогенетические механизмы полученных гендерных различий будут ниже.



Рис. 5.1.3 Доля девушек и юношей с признаками непатологических нарушений адаптации, столкнувшихся с табакокурением, $p < 0,01$

Из выборки студентов с отдельными признаками расстройств адаптации, которые вошли в третью исследуемую группу: 49 (9,51 % $\pm$ 1,29 %) (49 / 515) исследуемых: 36 (73,5 % $\pm$ 1,94 %) девушек (36 / 49) и 13 (26,5 % $\pm$ 1,94 %) юношей (13 / 49) с табакокурением обычных или электронных сигарет столкнулось 39 студентов (39 / 49). Это составило

79,6 % $\pm$ 1,78 % от группы лиц с признаками расстройств адаптации, среди них 30 девушек (30 / 39), удельный вес девушек составил 76,9 % $\pm$ 1,86 % и 9 юношей (9 / 39), удельный вес юношей составил 23,1 % $\pm$ 1,86 %. Таким образом, доля девушек, столкнувшихся с курением табака была статистически различимо больше почти в 3,33 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.3. Возможные патогенетические механизмы полученных гендерных различий описаны ниже.

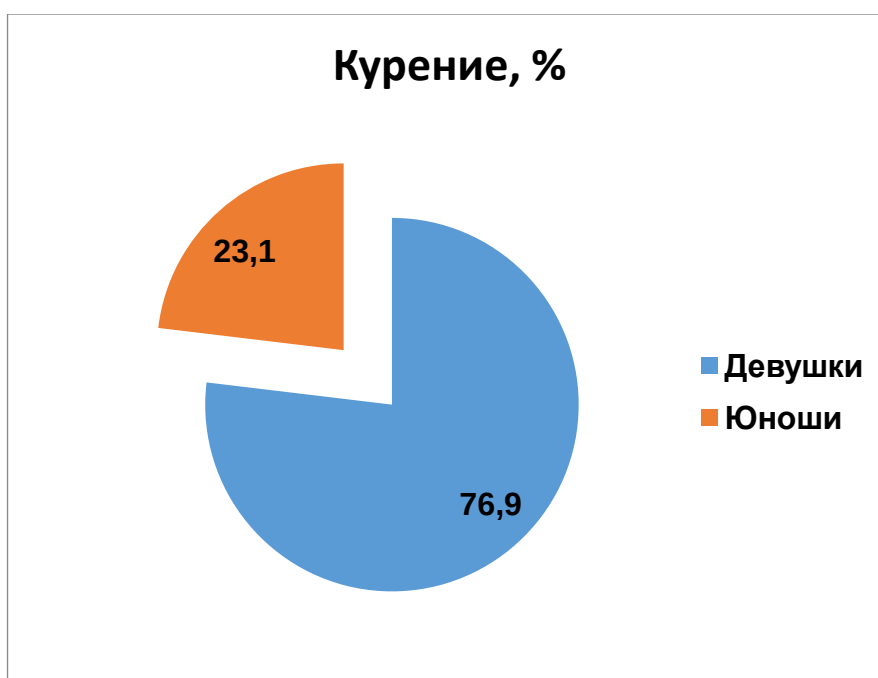


Рис. 5.1.4 Доля девушек и юношей с отдельными признаками расстройств адаптации, столкнувшихся с табакокурением, $p < 0,01$

Итак, можно сделать первый вывод, что студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 13,6 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 16,9 % статистически различимо чаще сталкиваются с табакокурением, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.4. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов)

между нарушениями и расстройствами адаптации и табакокурением. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса) и составила от 72,4 % в группе практически здоровых студентов до 89,0 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

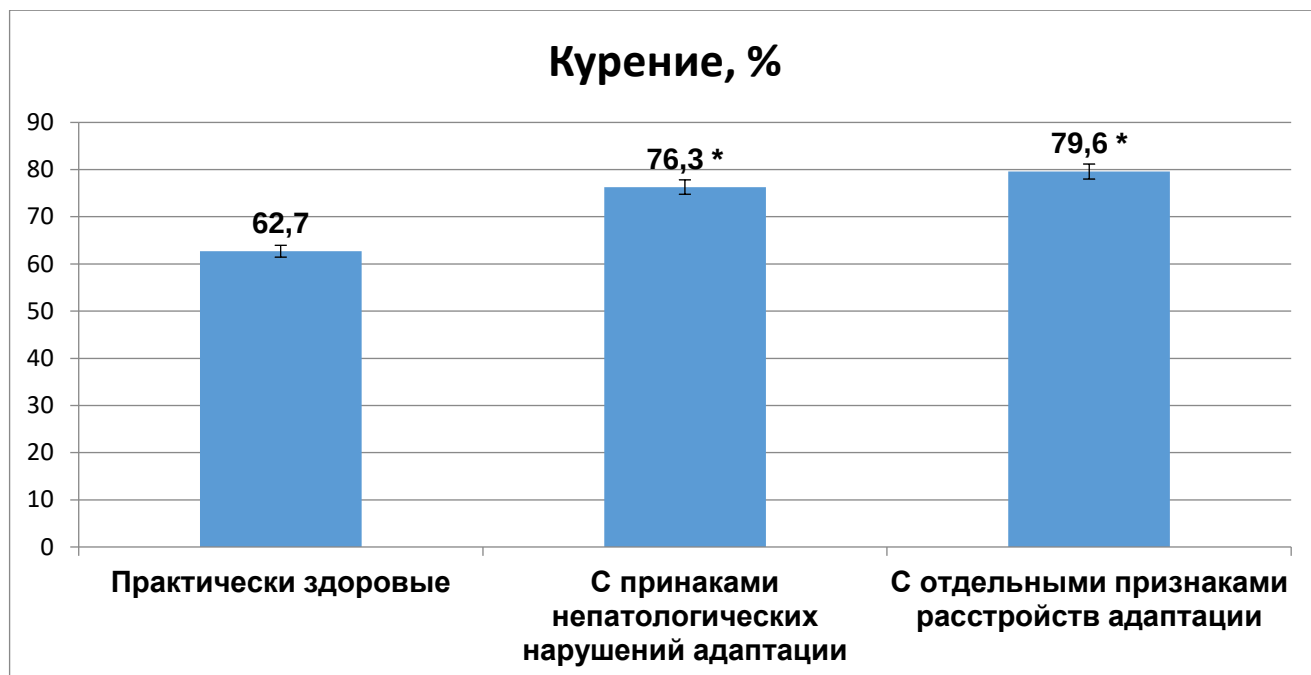


Рис. 5.1.5 Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с табакокурением, по исследуемым группам, * $p < 0,01$ по сравнению с группой практически здоровых студентов

Две трети респондентов 236 / 349 (67,6 % $\pm$ 2,06 %) из всех исследуемых групп при табакокурении обычных или электронных сигарет отмечали формирование психологической зависимости, как от самого ритуального акта курения, так и от количества выкуренных в день сигарет, концентрации в них никотина и глубины затяжки. Из них 202 девушки (202 / 236), что составило 85,6 % $\pm$ 1,55 % и 34 юноши (34 / 236), что составило 14,4 % $\pm$ 1,55 %. Таким образом, доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической зависимости была статистически различимо больше почти в 5,9 раза, $p < 0,01$

(сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.5. Возможные патогенетические механизмы формирования табачной зависимости и полученных гендерных различий описаны ниже.

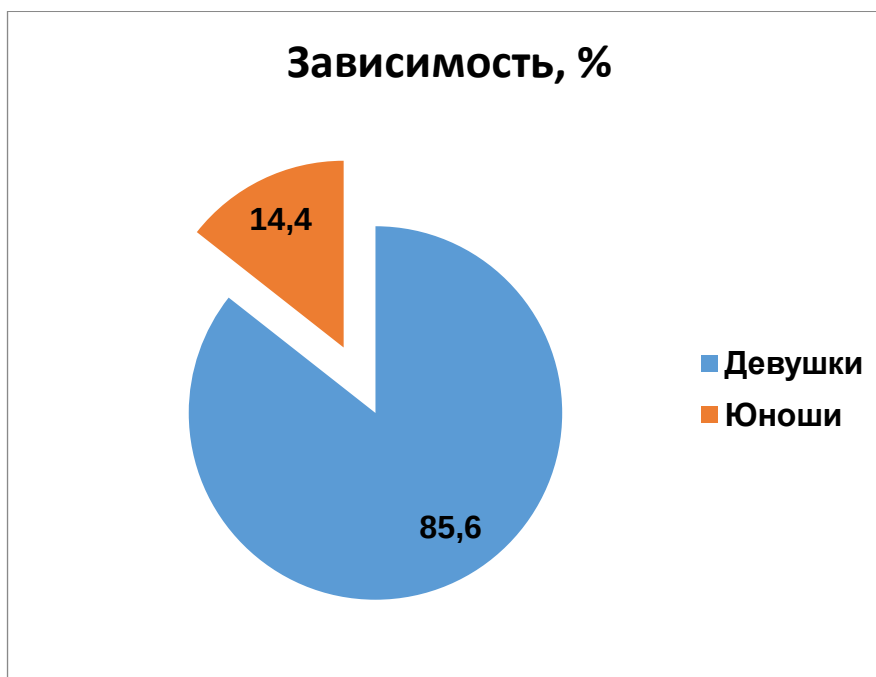


Рис. 5.1.6 Доля девушек и юношей, столкнувшихся с формированием психологической зависимости, $p < 0,01$

В группе практически здоровых студентов, столкнувшихся с табакокурением: 210 ($62,7 \% \pm 2,13 \%$) человека (210 / 335), из которых 152 девушки (152 / 210), удельный вес девушек составил $72,4 \% \pm 1,97 \%$ и 58 юношей (58 / 210), удельный вес юношей составил $27,6 \% \pm 1,97 \%$ с формированием психологической зависимости столкнулось 123 студента (123 / 210). Это составило $58,6 \% \pm 2,17 \%$ от группы практически здоровых студентов, столкнувшихся с курением табака, среди них 98 девушек (98 / 123), удельный вес девушек составил $79,7 \% \pm 1,77 \%$ и 25 юношей (25 / 123), удельный вес юношей составил $20,3 \% \pm 1,77 \%$. Таким образом, мы снова видим схожую картину: доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической зависимости была статистически различимо больше почти в

3,92 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.6. Возможные патогенетические механизмы формирования зависимости и полученных различий описаны ниже.

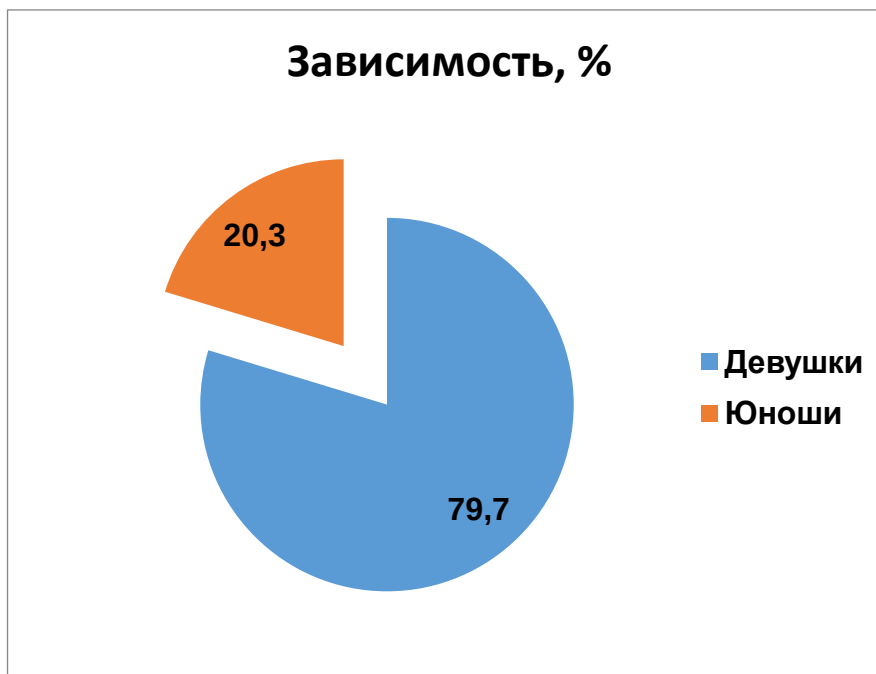


Рис. 5.1.7 Доля практически здоровых девушек и юношей, столкнувшихся с формированием психологической зависимости, $p < 0,01$

У молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет 100 студентов (100 / 131), что составило $76,3 \% \pm 1,87 \%$ от группы лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, с формированием психологической зависимости столкнулся 81 студент (81 / 100). Это составило $81,0 \% \pm 1,73 \%$ от группы молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет. Среди них 72 девушки (72 / 81), удельный вес девушек составил $88,9 \% \pm 1,38 \%$ и 9 юношей (9 / 81), удельный вес юношей составил $11,1 \% \pm 1,38 \%$. Таким образом, мы снова видим схожую картину: доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической зависимости была статистически различимо больше в 8 раз, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух

групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.7. Возможные патогенетические механизмы формирования зависимости и полученных различий описаны ниже.



Рис. 5.1.8 Доля девушек и юношей с признаками непатологических нарушений адаптации, столкнувшихся с формированием психологической зависимости, $p < 0,01$

Из выборки студентов с отдельными признаками расстройств адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет 39 студентов (39 / 49), что составило $79,6 \% \pm 1,78 \%$ от группы лиц с признаками расстройств адаптации, с формированием психологической зависимости столкнулись 32 студента (32 / 39). Это составило $82,1 \% \pm 1,69 \%$ от группы молодых лиц с отдельными признаками расстройств адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет. Среди них 28 девушек (28 / 32), удельный вес девушек составил $87,5 \% \pm 1,46 \%$ и 4 юноши (4 / 32), удельный вес юношей составил $12,5 \% \pm 1,46 \%$. Таким образом, мы снова видим похожую картину: доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической зависимости была статистически различима

больше в 7 раз, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.8. Возможные патогенетические механизмы формирования зависимости и полученных различий описаны ниже.



Рис. 5.1.9 Доля девушек и юношей с отдельными признаками расстройств адаптации, столкнувшихся с формированием психологической зависимости, $p < 0,01$

Итак, можно сделать второй вывод, что студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 22,4 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 23,5 % статистически различимо чаще сталкиваются с формированием психологической зависимости от табакокурения, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис 5.1.9. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и зависимостью от табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ (сравнение

доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса) и составила от 79,7 % в группе практически здоровых студентов до 88,9 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

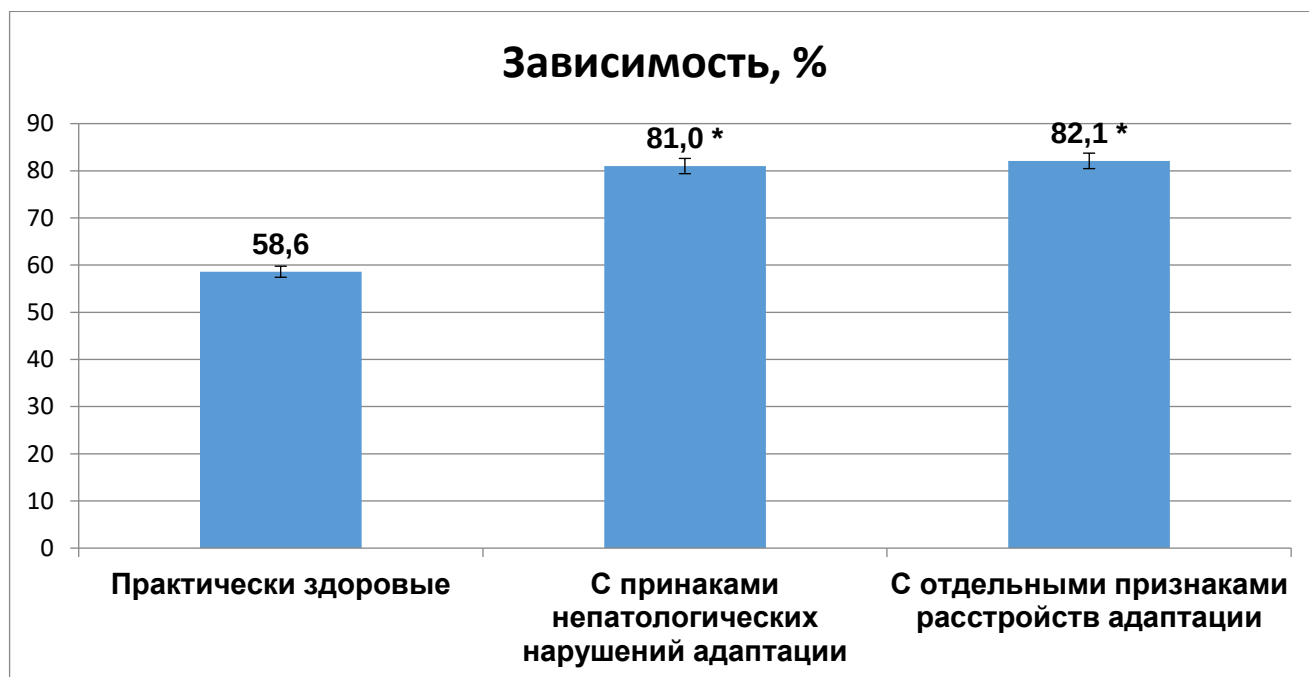


Рис. 5.1.10 Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с формированием психологической зависимости, по исследуемым группам, * $p < 0,01$ по сравнению с группой практически здоровых студентов

Почти треть респондентов 75 / 236 ($31,8 \% \pm 2,05 \%$) из всех исследуемых групп при табакокурении обычных или электронных сигарет отмечали формирование первых признаков психологической зависимости сразу после первой выкуренной сигареты. Зависимость формировалась как от самого ритуального акта курения, так и от количества выкуренных в день сигарет, концентрации в них никотина и глубины затяжки. Из них 61 девушка (61 / 75), что составило $81,3 \% \pm 1,72 \%$ и 14 юношей (14 / 75), что составило $18,7 \% \pm 1,72 \%$. Таким образом, доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической зависимости «с первой затяжки» была статистически различимо больше почти в 4,4 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса),

рис. 5.1.10. Возможные патогенетические механизмы формирования зависимости и полученных гендерных различий описаны ниже.



Рис. 5.1.11 Доля девушек и юношей, столкнувшихся с формированием как психологической зависимости «с первой затяжки», $p < 0,01$

В группе практически здоровых студентов, столкнувшихся с формированием психологической зависимости 123 студента (123 / 210) с формированием зависимости «с первой затяжки» столкнулось 18 студентов (18 / 123). Это составило $14,6 \% \pm 1,56 \%$ от группы практически здоровых студентов, столкнувшихся с формированием зависимости «с первой затяжки», среди них 11 девушек (11 / 18), удельный вес девушек составил $61,1 \% \pm 2,15 \%$ и 7 юношей (7 / 18), удельный вес юношей составил $38,9 \% \pm 2,15 \%$. Таким образом, мы снова видим схожую картину: доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической зависимости «с первой затяжки» была статистически различимо больше почти в 1,6 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.11. Возможные патогенетические механизмы формирования зависимости и полученных различий описаны ниже.

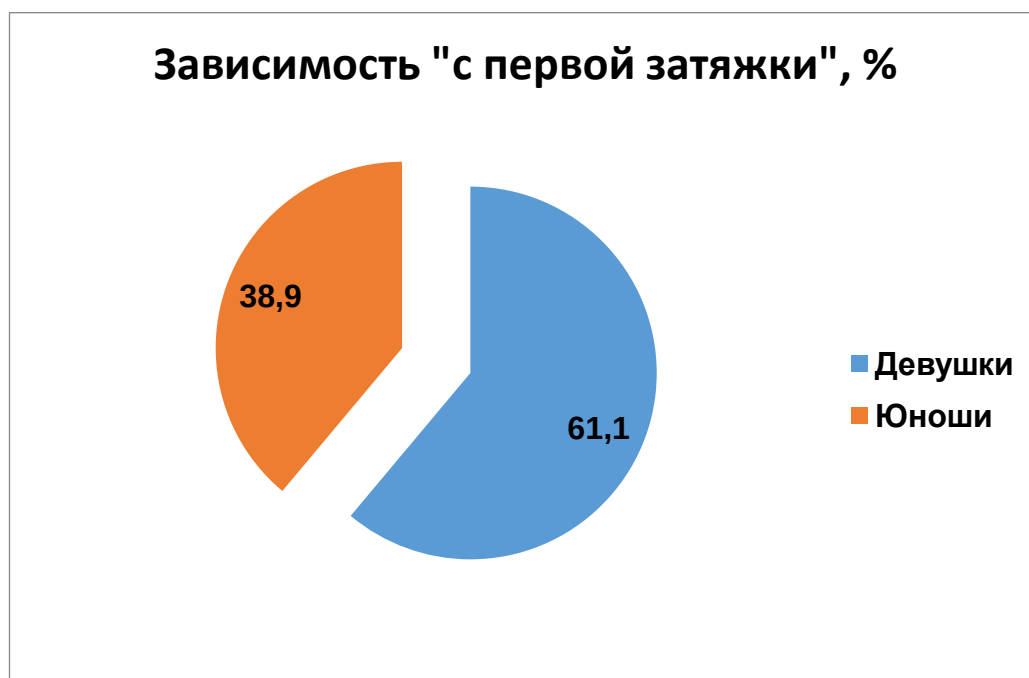


Рис. 5.1.12 Доля практически здоровых девушек и юношей, столкнувшихся с формированием психологической зависимости «с первой затяжки», $p < 0,01$

У молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые столкнулись с формированием психологической зависимости 81 студент (81 / 100) с формированием зависимости «с первой затяжки» столкнулось 26 студентов (26 / 81). Это составило $32,1 \% \pm 2,06 \%$ от группы лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, столкнувшихся с формированием зависимости «с первой затяжки», среди них 21 девушка (21 / 26), удельный вес девушек составил $80,8 \% \pm 1,74 \%$ и 5 юношей (5 / 26), удельный вес юношей составил $19,2 \% \pm 1,74 \%$. Таким образом, мы снова видим схожую картину: доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической зависимости «с первой затяжки» была статистически различимо больше почти в 4,2 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.12. Возможные патогенетические механизмы формирования зависимости и полученных различий описаны ниже.



Рис. 5.1.13 Доля девушек и юношей с признаками непатологических нарушений адаптации, столкнувшихся с формированием психологической зависимости «с первой затяжки», $p < 0,01$

Из выборки студентов с отдельными признаками расстройств адаптации, которые столкнулись с формированием психологической зависимости 32 студента (32 / 39) с формированием зависимости «с первой затяжки» столкнулся 31 студент (31 / 32). Это составило $96,9 \% \pm 0,76 \%$ от группы лиц с отдельными признаками расстройств адаптации, столкнувшихся с формированием зависимости «с первой затяжки», среди них 27 девушек (27 / 31), удельный вес девушек составил $87,1 \% \pm 1,48 \%$ и 4 юношей (4 / 31), удельный вес юношей составил $12,9 \% \pm 1,48 \%$. Таким образом, встречается похожая картина: доля девушек, столкнувшихся с формированием психологической «с первой затяжки» была статистически различимо больше в 6,75 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.13. Возможные патогенетические механизмы формирования зависимости и полученных различий описаны ниже.



Рис. 5.1.14 Доля девушек и юношей с отдельными признаками расстройств адаптации, столкнувшихся с формированием психологической зависимости «с первой затяжки», $p < 0,01$

Итак, можно сделать третий вывод, что студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 17,5 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 82,3 % статистически различимо чаще сталкиваются с формированием психологической зависимости от табакокурения «с первой затяжки», чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.1.14. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и зависимостью от табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса) и составила от 61,1 % в группе практически здоровых студентов до 87,1 % в группе студенческой молодежи с отдельными признаками расстройств адаптации.

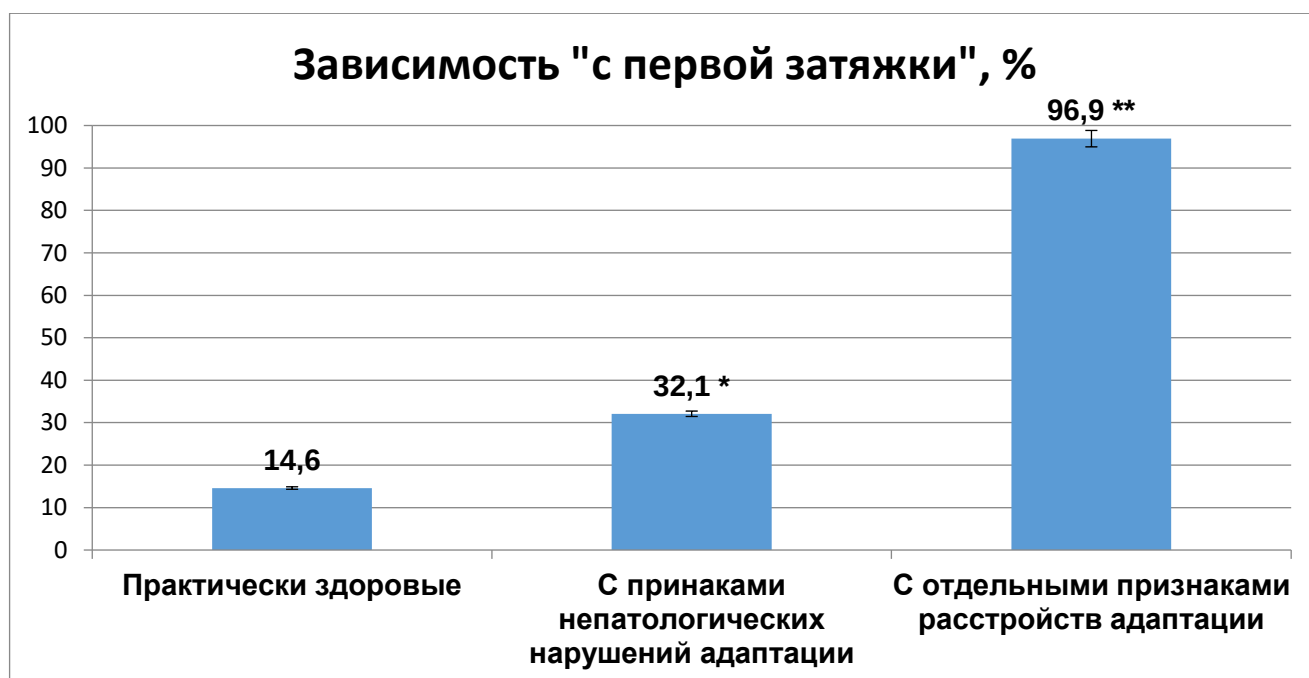


Рис. 5.1.15 Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с формированием психологической зависимости «с первой затяжки», по исследуемым группам, * $p < 0,01$ по сравнению с группой практически здоровых студентов, ** $p < 0,01$ по сравнению с группой лиц с признаками непатологических нарушений адаптации

Полученные данные (рис.5.1.11) можно объяснить следующими формирующимися патогенетическими механизмами и, отчасти, порочными кругами.

Во-первых, никотин структурно и функционально схож с одним из двух главных медиаторов нервной системы – ацетилхолином, поэтому является его агонистом: он может воздействовать на один из типов его рецепторов – ацетилхолиновый рецептор **никотинового** типа (nAChR) и вызвать ответную реакцию. Важно то, что nAChR является йонотропным, то есть при действии агониста начинает пропускать через себя поток ионов. Ацетилхолиновый рецептор N-типа позволяет проходить в основном ионам Na^+ , в меньшей степени – двухвалентным катионам, а вот анионы он не пропускает совсем. Все эти потоки ионов создаются с единственной целью – запустить каскад реакций, которые, в свою очередь, обеспечат соответствующий биологический ответ в любой структуре, которая восприимчива к такому типу сигналам. Отсюда и все эффекты действия **никотина**: он действует не на определенную систему или

анатомическую область нервной системы, а на один из самых распространённых в организме рецепторов, имея доступ к самым разным структурам организма, а главное – к центральной нервной системе (ЦНС). Немаловажную роль тут играет то, что он легко проходит через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), так как атом азота в нем третичен, в отличие от ацетилхолина, у которого он четвертичный, и тот не в силах проникать через биологические барьеры.

Большинство nAChR в ЦНС расположены пресинаптически и модулируют высвобождение ацетилхолина, дофамина, серотонина, глутамата, γ -аминомасляной кислоты (ГАМК) и норадреналина. nAChR могут быть расположены постсинаптически, например, на дофаминергических нейронах в вентральной области покрышки (ventral tegmental area, VTA). Двумя наиболее часто экспрессируемыми nAChR в головном мозге являются $\alpha 4\beta 2$ или $\alpha 7$ nAChR. Стимуляция $\alpha 4\beta 2$ nAChR, расположенных на дофаминергических нейронах в вентральной области покрышки переводит их тела из тонического в фазический режим выработки нейромедиаторов, что в свою очередь приводит к увеличению выброса дофамина в обоих прилежащих ядрах и вентральной области покрышки [14, 17], которая является началом мезокортикального и мезолимбического дофаминовых путей. Вентральная область покрышки широко вовлечена в системы вознаграждения, а точнее сама по себе является скоплением множества нервных путей.

Ацетилхолиновыми рецепторами **никотинового** типа богат гиппокамп, полосатое и миндалевидные тела, гипоталамус, префронтальная кора и многие другие структуры. Данный тип рецептора – наиболее распространённый в ЦНС. Никотин также активирует ионотропные глутаматные рецепторы и увеличивает их количество (дофаминовых, ацетилхолиновых...) [113]. Его эффекты простираются гораздо шире: он действует практически везде, где может вызвать ответ. Действие **никотина** заключается не только в активации, но и в увеличении экспрессии большого количества рецепторов на различных структурах, которые выделяют разные медиаторы и тесно взаимосвязаны друг с другом.

Во-вторых, в формировании *никотиновой зависимости* активно участвует так называемый «центр удовольствия»: прилежащее ядро (лат. nucleus accumbens, сокращенно – НАсс, другие названия: прилегающее ядро перегородки, полулежащее ядро) – группа нейронов в вентральной части полосатого тела, является важной частью мезолимбического пути, участвующего в системе вознаграждения, формировании удовольствия, смеха, зависимости, агрессии, страха и эффекта плацебо. НАсс получает информацию от дофаминовых нейронов вентральной области покрышки и глутаминовых нейронов префронтальной коры (также относящейся к центру удовольствия) и гиппокампа. Здесь происходит анализ сенсорной и эмоциональной информации, формирование поведенческой реакции – ответа на мотивирующие раздражители. Основу НАсс составляют ГАМК-содержащие нейроны, остальные – холинергические.

В отношении НАсс была показана связь между α^7 и NMDA рецепторами, а именно то, что активация никотиновых ацетилхолиновых рецепторов (nAChRs) селективно потенцирует глутаматные (ионотропные) [140]. В опытах на НАсс было выяснено, что принятие никотина *женщинами* вызывает усиление экспрессии генов, ассоциированных со стрессом, повышает тревожность. Это влияние частично нивелируется у овулирующих самок гормонами яичников, влияющими на работу НАсс [159].

Эта часть нервной системы очень чувствительна к гормонам: отмечена связь между приёмом никотина и уровнем тревожности – он её, ожидаемо, повышает. Но делает он это не непосредственно, а через каскады гормональных реакций, например, прогестерон модулирует работу самих nAChRs в положительную сторону, что было показано на мутированных мышах, где ещё и выясняли, рецептор с содержанием каких субъединиц более чувствителен к нему (α^5) [182]. При приёме никотина лучше протекают психомоторные процессы, анализируются данные и принимаются решения, однако, за это приходится расплачиваться повышенным уровнем тревожности.

В-третьих, в формировании *никотиновой зависимости* активно участвует префронтальная кора (лат. cortex prefrontalis, CP) – отдел коры больших полушарий головного мозга, представляющий собой переднюю часть лобных долей и включающий в себя 9, 10, 11, 12, 46 и 47 поля по Бродману. CP в высокой степени обоюдно связана с большинством структур мозга, включая особенно сильные связи с другими кортикальными, субкортикальными и стволовыми образованиями. Дорсальная CP более всего взаимосвязана с регионами мозга, обеспечивающими внимание, когнитивную деятельность и моторику, в то время как вентральная CP взаимосвязана с регионами мозга, отвечающими за эмоции. Медиальная CP участвует в генерации третьей и четвёртой фазы медленноволнового сна (эти фазы объединяются под названием «глубокий сон»), и её атрофия связывается с сокращением доли глубокого сна относительно общего времени сна, что, соответственно, ведёт к ухудшению консолидации памяти, т.е. переводу её из кратковременной в долговременную [32]. Одной из базовых функций CP является комплексное управление мыслительной и моторной активностью в соответствии с внутренними целями и планами. Она играет главную роль в создании сложных когнитивных схем и планов действий, принятии решений, контроле и регуляции, как внутренней деятельности, так и социального поведения, и взаимодействия. Управляющие функции CP проявляются в дифференциации противоречивых мыслей и мотивов и выборе между ними, дифференциации и интеграции объектов и понятий, прогнозировании последствий настоящей активности и её корректировке в соответствии с желаемым результатом, эмоциональной регуляции, волевым контроле, концентрации внимания на необходимых объектах [64]. CP прочно связана с лимбической системой, хотя и не совсем принадлежит к ней: она более «рациональна». Она посылает тормозящие сигналы, которые помогают ей держать лимбическую систему под контролем, дает возможность думать корой, а не только эмоциями. Когда в этой области мозга, особенно в её левой части, отмечается снижение активности или повреждение, CP уже не в состоянии должным образом влиять на лимбическую систему, а это может вызвать

повышенную предрасположенность к депрессии, но только в том случае, если лимбическая система начинает работать слишком активно. Выявляют корреляцию между **курением** и депрессией, синдромом недостатка внимания и подобными нарушениями [59, 127]. СР также имеет обоюдные связи со стволовой активирующей системой, и функционирование префронтальных регионов сильно зависит от баланса активации / торможения. Богата префронтальная кора ацетилхолиновыми рецепторами, D4, глутамата и ГАМК. СР осуществляет много сложных функций, поэтому ей необходимо ещё их скомпоновать и разложить по полочкам, поэтому где-то стоит активироваться глутаматом или ацетилхолином, а где-то притормозить. Как оказалось, D4 рецепторы регулируют работу AMPA в ГАМКергических нейронах [191]: подавляя глутаматные рецепторы, он позволяет синхронизировать всю мозговую информацию. D4 важен не только модуляцией сторонних рецепторов, но и вообще, его плотность коррелирует со многими неприятностями – от синдрома недостатка внимания до паркинсонизма. Таким образом, мы видим, что **никотин** действует не только на саму лимбическую систему, но через неё и на иные структуры мозга, функционально связанные с ней, вплоть до коры.

В-четвёртых, в формировании **никотиновой зависимости** активно участвует так называемый «центр неудовольствия»: уздечка (лат. habenula), которая тоже является частью лимбической системы, но с противоположной задачей: она участвует в обработке страха, тревоги, депрессии и стресса и, в целом, как представляется, активируется вследствие негативных эмоциональных состояний. Стимуляция префронтальной коры угнетает уздечку, а отсутствие стимуляции – как раз наоборот. Основная часть рецепторов уздечки – дофаминовые, в основном тормозящие, преимущественно типа D₃, так как habenula – одна из немногих структур головного мозга, которым лучше быть неактивированными.

В-пятых, в формировании **никотиновой зависимости** активно участвует миндалевидное тело (лат. corpus amygdaloideum). Его разрушение приводит к агрессивному поведению или апатичному, вялому состоянию. Благодаря своим

связям с гипоталамусом миндалевидное тело влияет на эндокринную систему, а также на репродуктивное поведение. Функции миндалины связаны с обеспечением оборонительного поведения, вегетативными, двигательными, эмоциональными реакциями, мотивацией условнорефлекторного поведения. Они имеют прямое отношение к настроению человека, его чувствам, инстинктам, а возможно и к памяти о недавних событиях. Миндалины реагируют многими своими ядрами на зрительные, слуховые, интероцептивные, обонятельные, кожные раздражения, причём все эти раздражения вызывают изменение активности любого из ядер миндалины, т. е. ядра миндалины полисенсорны. Реакция ядра на внешние раздражения длится, как правило, до 85 мс, т. е. значительно меньше, чем реакция на подобные раздражения новой коры. Миндалина играет важную роль в формировании эмоций. У людей и у животных эта подкорковая мозговая структура участвует в формировании как отрицательных (страх), так и положительных эмоций (удовольствие), в формировании памяти, особенно недавней и ассоциативной. Нарушения в работе миндалевидных тел вызывают у людей различные формы патологического страха, агрессии, депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство [313, 317, 353, 410]. Миндалевидное тело богато глюкокортикоидными рецепторами и поэтому особенно чувствительно к стрессу, так же там присутствуют дельта (δ) опиоидные рецепторы (DOP), ответственные за анальгезию, антидепрессантные эффекты, физическую зависимость и каппа (κ) опиоидные рецепторы (KOP), вызывающие афорию, миоз, угнетение выработки АДГ. При активации опиоидного рецептора ингибируется аденилатциклаза, которая играет важную роль при синтезе вторичного мессенджера цАМФ (сАМР), а также в осуществлении регуляции ионных каналов. Закрытие потенциал-зависимых кальциевых каналов в пресинаптическом нейроне приводит к уменьшению выброса возбуждающих нейромедиаторов (таких как глутамат), а активация калиевых каналов в постсинаптическом нейроне приводит к гиперполяризации мембраны, что уменьшает чувствительность нейрона к возбуждающим нейромедиаторам. Системное введение **никотина** вызывает высвобождение

эндогенных опиоидов (эндорфинов, энкефалинов и динарфинов). Кроме того, системное введение **никотина** индуцирует высвобождение метионин-энкефалина в дорсальных рогах спинного мозга. Таким образом, **никотин** оказывает острые нейрофизиологические действия, в том числе антиноцицептивный эффект, а также обладает возможностью активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси. Участие эндогенной опиоидной системы в анальгезии опосредована $\alpha 4\beta 2$ и $\alpha 7$ nAChRs, в то время как активация ГГН оси опосредована $\alpha 4\beta 2$, не $\alpha 7$. Это предполагает, что эффекты **никотина** на эндогенные опиоидные системы опосредованы $\alpha 7$, а не $\alpha 4\beta 2$. Антагонист опиоидных рецепторов налоксон (NLX) вызывает выведение **никотина** после его повторного введения, а NLX-индуцированное выведение **никотина** тормозится введением сопутствующего антагониста опиоидных рецепторов. NLX-индуцированное выведение **никотина** также ингибируется введением антагониста $\alpha 7$, но не антагониста $\alpha 4\beta 2$. Обобщенные, эти данные свидетельствуют о том, что NLX-индуцированное обезболивание и развитие зависимости опосредуют эндогенные опиоидные системы, через $\alpha 7$ nAChRs [20].

Глутаматные AMPA-рецепторы, а также рецепторы к окситоцину, который активирует миндалину через свои рецепторы, и сам факт активирования миндалины вызывает те же эффекты: снижает беспокойство и благоприятствует социальным взаимодействиям [74], оказывают стимулирующее действие. Рецепторы к нейропептиду Y [182] модулируют работу ГАМК и NMDA рецепторов, что в итоге оказывает стимулирующее действие. В миндалине наблюдается высокая плотность D1 рецепторов, связанных с G-белками и активирующих аденилатциклазу, они же оказывают постсинаптическое торможение, что является прекрасным «предохранителем» в связи с тем, что сверхстимуляция миндалевидного тела в условиях депрессии и хронического стресса ассоциируется с повышением тревоги и агрессии. Именно по причине формирования эмоций в ответ на введение **никотина**, и формирования памяти,

реакций, рефлексов, миндалина играет важную роль в **привыкании и зависимости от никотина** и опосредовании его эффектов.

Таким образом, почти все зоны действия **никотина** в ЦНС принадлежат лимбической системе, поэтому начинающие и бросающие курить испытывают большой психологический дискомфорт, в то же время существует и физическая (нейромедиаторная) зависимость.

Никотин имитирует действие естественных нейротрансмиттеров, прямо или косвенно стимулируя выработку дофамина. Дофамин участвует в регуляции чувств (например, удовольствия) и действий с вовлечением движения и обучения. На рис. 5.1.16 показаны взаимодействия, изученные лучше всего, однако предполагается и наличие других путей.

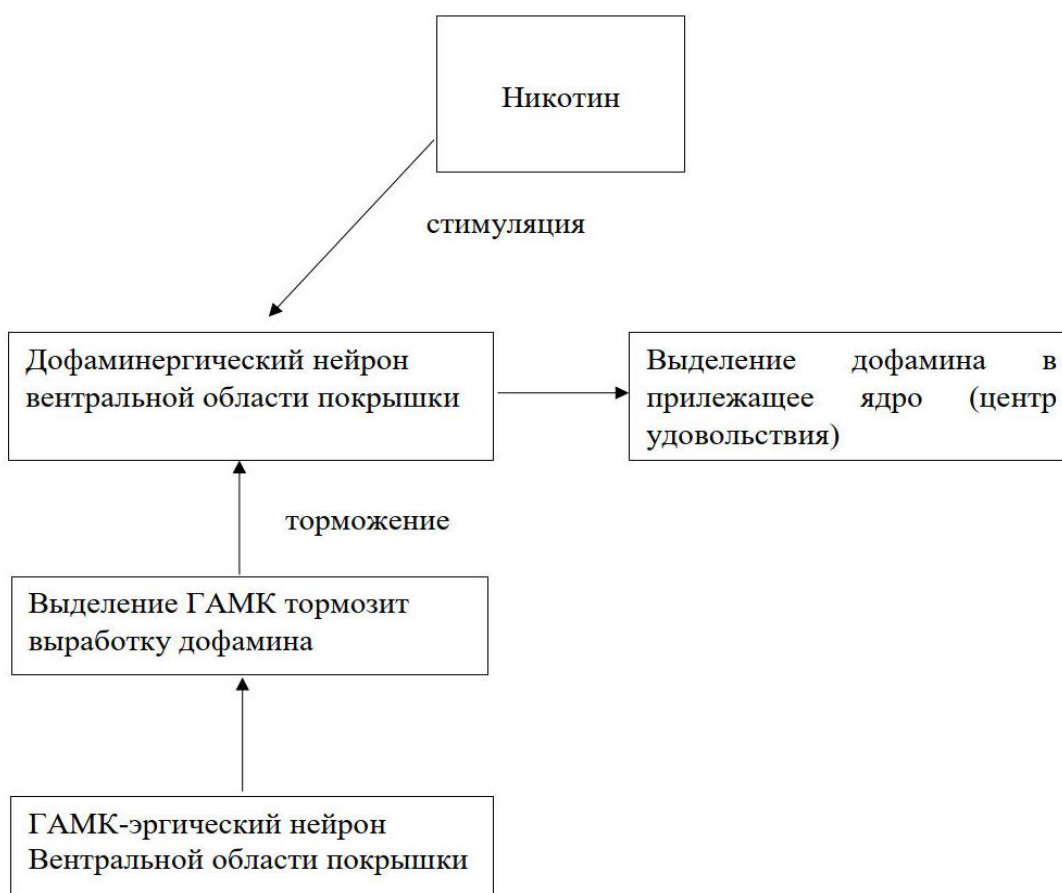


Рис. 5.1.16 Схема стимуляции никотином центра удовольствия

Зависимость от табакокурения формируется под действием сразу двух процессов: никотин одновременно включает и выключает часть

ацетилхолиновых рецепторов ЦНС. Никотин действует на выделение дофамина несколькими способами сразу. Например, через рецепторы $\alpha 7$, которые чувствительны к глутамату, никотин стимулирует выделение дофамина. Когда эти рецепторы восстановились, никотин (уже в низкой концентрации) выключает, то есть десенсибилизирует рецептор $\alpha 4\beta 2$, который помогает системе ГАМК подавлять дофаминовое выделение. Дофаминовый восторг длится. А потом хочется снова курить. Зависимость связана с физиологией: синапсы привыкают, что на них стабильно воздействуют никотином, и не продуцируют эндогенный ацетилхолин. В результате, когда пациент резко перестаёт курить, выясняется, что ничто не помогает ему активизироваться или расслабиться, так как эндогенного ацетилхолина не хватает (рис. 5.1.17).

По сути, это та же синаптическая пластичность, которая помогает нам выучивать новую информацию. Система поощрения, которой показали, как никотин способствует выбросу дофамина, обучает нас курить. «Сломанная» система поощрения ведет к неожиданному эффекту: курильщика радует только курение. Как показало исследование, полосатое тело в мозге человека с никотиновой зависимостью не просто с восторгом реагирует на сигарету, оно же не очень ярко реагирует на другие стимулы вроде денег и стейков.

То есть табакокурение делает человека счастливым... и снижает ценность всего остального, а чем ниже ценность всего остального, тем выше мозг ценит никотин. В теории это когнитивное искажение объясняет, почему срываются «завязавшие» курильщики табака: они хотят наконец-то обрадоваться. Когда годами связывал все важные моменты жизни с сигаретой в пальцах, руки кажутся пустыми.

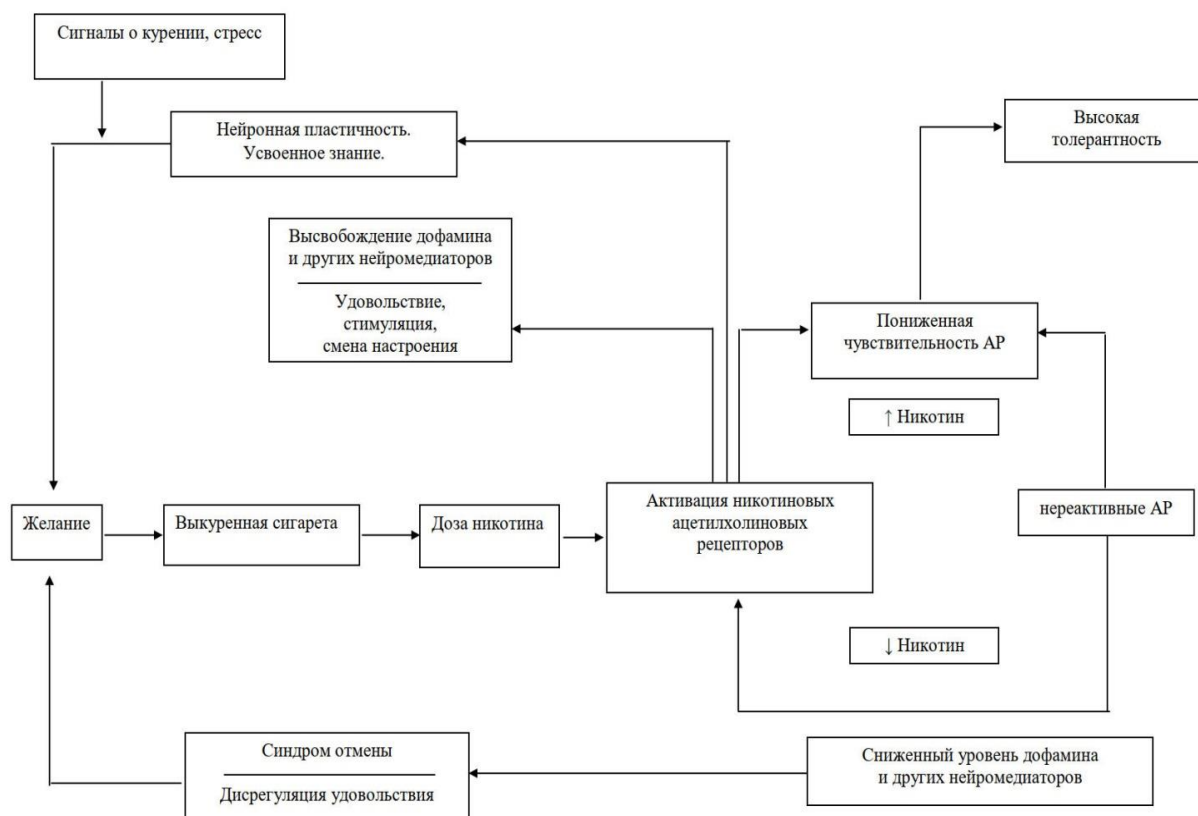


Рис. 5.1.17 Схема патогенеза формирования никотиновой зависимости

Формирование зависимости характеризуется патологическим пристрастием, тягой, абстиненцией, дисфункциональными эмоциями и неспособностью отказаться от табакокурения и манеры поведения. Это со временем приводит к разрушению нейронных связей в головном мозге, вовлечённых в процессы вознаграждения, обучения и контроля. Со временем повреждаются и другие участки мозга, включая вовлечённые в механизмы формирования адаптации и тревоги, то есть систему отрицательного подкрепления. Цикл зависимости состоит из нескольких этапов (рис. 5.1.18) и включает следующие структуры головного мозга (рис. 5.1.19).



Рис. 5.1.18 Этапы формирования никотиновой зависимости



Рис. 5.1.19 Структуры головного мозга, задействованные в формировании никотиновой зависимости

5.2. Патогенетические механизмы анорексигенного эффекта табакокурения у студенческой молодёжи с нарушениями и расстройствами адаптации

Всем известен миф про «вечно голодного» студента. Однако в нём есть и доля правды. Переход от питания школьника к студенческим перекусам бывает жёстким. Особенно остро эта проблема стоит для студентов младших курсов, которые только начинают адаптироваться к студенческой жизни. Усугубляющими факторами в постоянном чувстве голода могут быть финансовые проблемы, жизнь в общежитии (уход от материнской опеки), большая учебная и общественная нагрузка, необходимость на перерывах переходить из корпуса в корпус, а иногда и из клиники в клинику. Зачастую, выкуренная на пятиминутном перерыве сигарета заменяет съеденный в буфете или столовой пирожок, а ложное утоление чувства голода после дозы никотина (анорексигенный эффект) подкрепляет табакокурение как надёжный способ борьбы с чувством голода. Особенно остро эта проблема может быть воспринята девушками, которые зачастую гипербеспокоены «лишним» весом и в табакокурении могут видеть и один из обманчивых механизмов похудения.

В исследовании, три четверти респондентов 224 / 349 (64,2 % $\pm$ 2,11 %) из всех исследуемых групп при табакокурении обычных или электронных сигарет отмечали снижение чувства голода (анорексигенный эффект), табл. 5.2.1.

Таблица 5.2.1

Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с
анорексигенным эффектом табакокурения, по исследуемым группам

Получение анорексигенного эффекта: n=224 / 349; 64,2 % ± 2,11 %					
Девушки n=168 / 224; 75,0 % ± 1,91 %			Юноши n=56 / 236; 25,0 % ± 1,91 %		
Группа 1 столкнувшиеся с анорексигенным эффектом табакокурения: n=106 / 210; 50,5 % ± 2,2 %		Группа 2 столкнувшиеся с анорексигенным эффектом табакокурения: n=92 / 100; 92,0 % ± 1,2 %		Группа 3 столкнувшиеся с анорексигенным эффектом табакокурения: n=26 / 39; 66,7 % ± 2,08 %	
Девушки n=74 / 106 69,8 % ± 2,02 %	Юноши n=32 / 106 30,2% ± 2,02 %	Девушки n=75 / 92 81,5 % ± 1,71 %	Юноши n=17 / 92 18,5 % ± 1,71 %	Девушки n=19 / 26 73,1% ± 1,95%	Юноши n=7 / 26 26,9% ± 1,95 %

Из них 168 девушек (168 / 224), что составило 75,0 % ± 1,91 % и 56 юношей (56 / 236), что составило 25,0 % ± 1,91 %. Таким образом, доля девушек, столкнувшихся с анорексигенным эффектом табакокурения была статистически различимо больше в 3 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.2.1. Возможные патогенетические механизмы анорексигенного эффекта табакокурения описаны ниже.

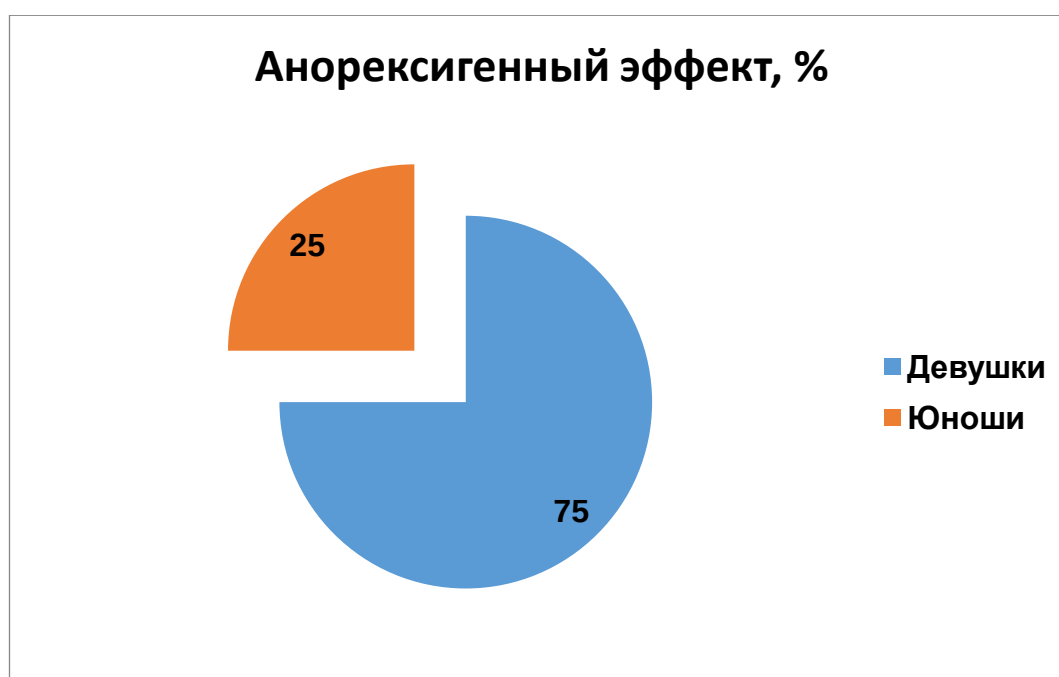


Рис. 5.2.1 Доля девушек и юношей, столкнувшихся с анорексигенным эффектом табакокурения, $p < 0,01$

В группе практически здоровых студентов, столкнувшихся с табакокурением: 210 ($62,7 \% \pm 2,13 \%$) человека (210 / 335) с анорексигенным эффектом столкнулось 106 студентов (106 / 210). Это составило $50,5 \% \pm 2,2 \%$ от группы практически здоровых студентов, столкнувшихся с курением табака, среди них 74 девушки (74 / 106), удельный вес девушек составил $69,8 \% \pm 2,02 \%$ и 32 юноши (32 / 106), удельный вес юношей составил $30,2 \% \pm 2,02 \%$. Таким образом, мы снова видим схожую картину: доля девушек, столкнувшихся с анорексигенным эффектом была статистически различимо больше почти в 2,3 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.2.2. Возможные патогенетические механизмы анорексигенного эффекта курения описаны ниже.

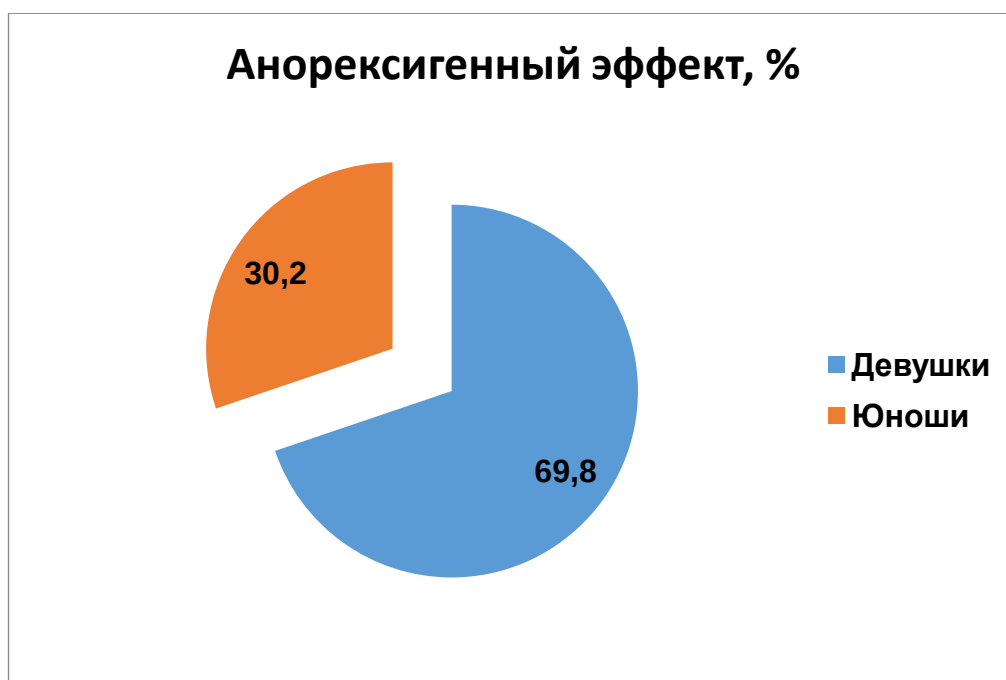


Рис. 5.2.2 Доля практически здоровых девушек и юношей, столкнувшихся с анорексигенным эффектом табакокурения, $p < 0,01$

У молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет 100 студентов (100 / 131), с анорексигенным эффектом столкнулось 92 студента (92 / 100). Это составило $92,0 \% \pm 1,2 \%$ от группы молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет. Среди них 75 девушек (75 / 92), удельный вес девушек составил $81,5 \% \pm 1,71 \%$ и 17 юношей (17 / 92), удельный вес юношей составил $18,5 \% \pm 1,71 \%$. Таким образом, мы снова видим похожую картину: доля девушек, столкнувшихся с анорексигенным эффектом была статистически различимо больше в 4,4 раз, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.2.3. Возможные патогенетические механизмы анорексигенного эффекта табакокурения описаны ниже.

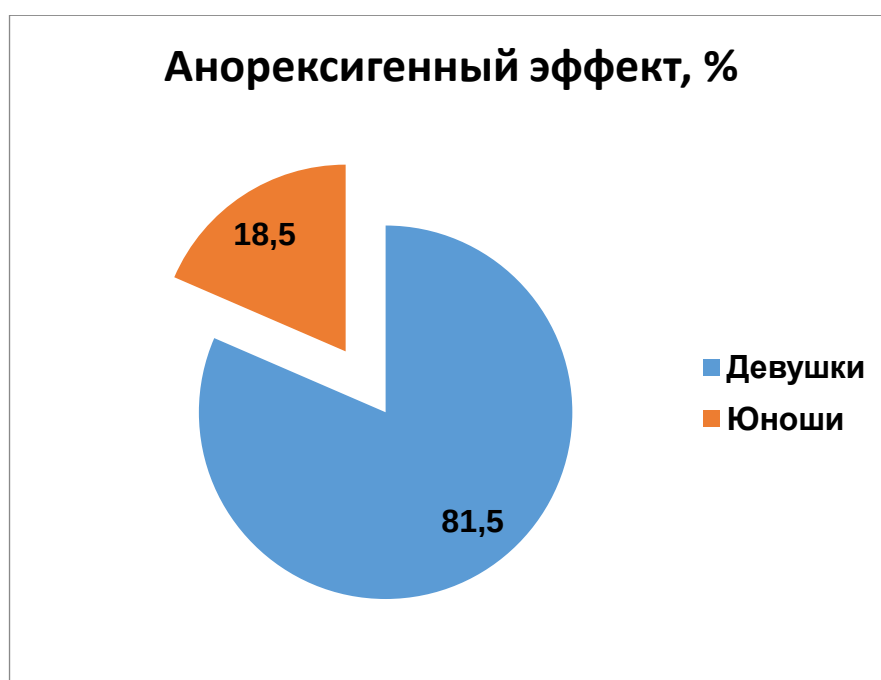


Рис. 5.2.3 Доля девушек и юношей с признаками непатологических нарушений адаптации, столкнувшихся с анорексигенным эффектом табакокурения, $p < 0,01$

Из выборки студентов с отдельными признаками расстройств адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет 39 студентов (39 / 49), с анорексигенным эффектом столкнулся 26 студентов (26 / 39). Это составило $66,7 \% \pm 2,08 \%$ от группы молодых лиц с отдельными признаками расстройств адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет. Среди них 19 девушек (19 / 26), удельный вес девушек составил $73,1 \% \pm 1,95 \%$ и 7 юношей (7 / 26), удельный вес юношей составил $26,9 \% \pm 1,95 \%$. Таким образом, мы снова видим схожую картину: доля девушек, столкнувшихся с анорексигенным эффектом была статистически различимо больше в 2,7 раз, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.2.4. Возможные патогенетические механизмы анорексигенного эффекта табакокурения описаны ниже.



Рис. 5.2.4 Доля девушек и юношей с отдельными признаками расстройств адаптации, столкнувшихся с анорексигенным эффектом табакокурения, $p < 0,01$

Итак, можно сделать пятый вывод, что студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 41,5 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 16,2 % статистически различимо чаще сталкиваются с анорексигенным эффектом табакокурения, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис.5.2.5. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и анорексигенным эффектом табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса) и составила от 69,8 % в группе практически здоровых студентов до 81,5 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

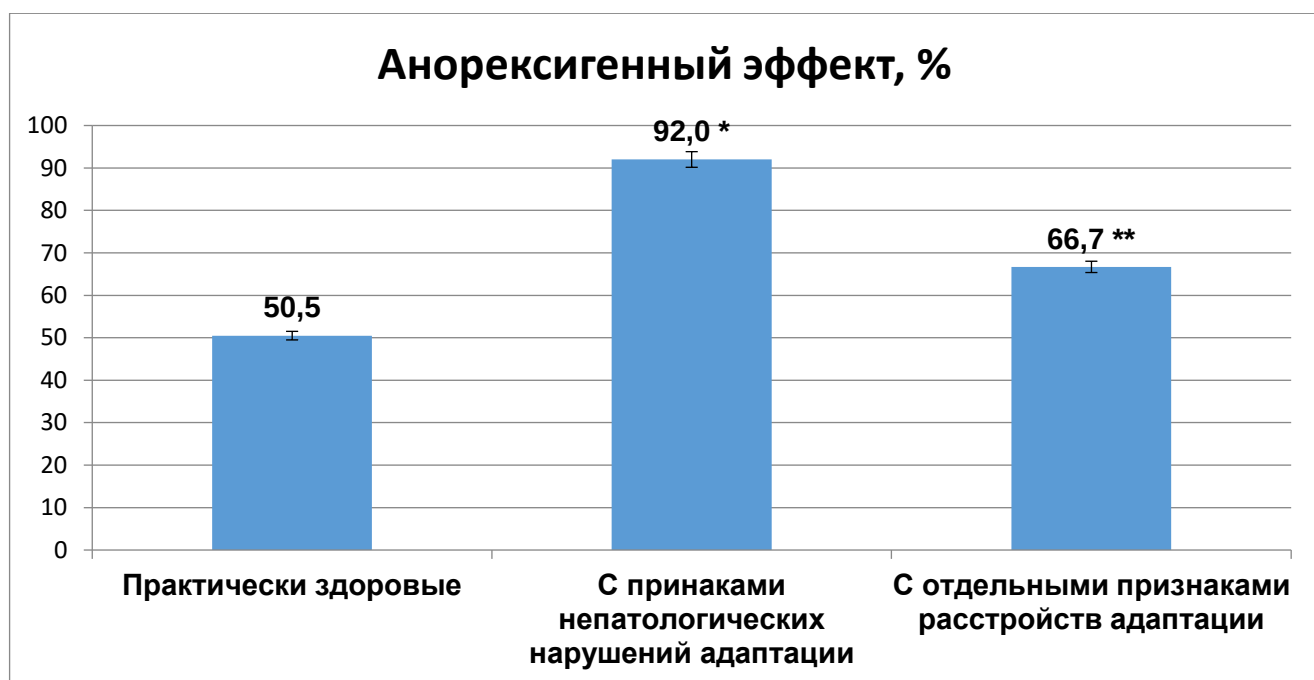


Рис. 5.2.5 Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с анорексигенным эффектом табакокурения, по исследуемым группам, * $p < 0,01$ по сравнению с группой практически здоровых студентов, ** $p < 0,01$ по сравнению с группой лиц с признаками непатологических нарушений адаптации

Полученные нами данные можно объяснить следующими формирующимися патогенетическими механизмами и, отчасти, порочными кругами.

Во-первых, одна из важнейших мишеней **никотина** в ЦНС — гипоталамус (лат. *hypothalamus*). Гипоталамус выполняет ряд важных функций в организме человека, которые имеют непосредственное отношение к стрессу и не только: является высшим центром вегетативной нервной системы, отвечает за координацию нервной и гуморальной систем организма, управляет секрецией гормонов передней доли гипофиза, в частности, АКТГ, формирует эмоциональные реакции человека, регулирует интенсивность питания, сна и энергетического обмена. Таким образом, при первичном эмоциональном возбуждении, возникающем при столкновении человека со стрессором, именно гипоталамус во многом определяет характер первых нервно-гуморальных реакций.

Контакт с **никотином** активирует проопиомеланокортиновые (ПОМК)-нейроны, что, согласно статье, в Science, **снижает аппетит** посредством их

активации [236]. Также ПОМК-нейроны задействованы в обезболивающих реакциях. **Никотин** усиливает секрецию нейропептида Y [248]. Гипоталамус также экспрессирует рецепторы к лептину [224], к орексинам (ОХ2), и орексины он же и выделяет. Орексины (они же гипокретины 1 и 2) играют роль в *регуляции аппетита, сна и привыкания к некоторым наркотическим веществам* [275]. При их недостатке развивается нарколепсия и ожирение, при том, что аппетит может и снижаться. При избытке – наоборот, бессонница и анорексия, также их деятельность связана с процессами метаболизма (липолиз), повышения давления и даже процессами регуляции менструального цикла у женщин и регуляции экспрессии генов в клетках сертоли у мужчин. Также они реагируют на уровень глюкозы в крови. Регуляция сна осуществляется следующим образом. В состоянии бодрствования орексинные нейроны посылают возбуждающие сигналы моноаминным нейронам, а те посылают обратно (осуществляя обратную связь) тормозящие сигналы малой мощности. Моноаминные нейроны (**никотин** увеличивает их активность) возбуждают таламус и кору головного мозга и, тем самым, поддерживают бодрствование. При понижении уровня возбуждающих сигналов, поступающих в орексинные нейроны из районов мозга, связанных с циркадными ритмами и балансом энергии, вентральная область покрышки (ВОП) и моноаминные нейроны тормозят орексинные нейроны – уровень моноаминов падает и организм погружается в сон. В состоянии сна происходит постоянная ингибция орексинных нейронов центром ВОП.

Во-вторых, известно о взаимодействии орексинных нейронов с регионом вентральной покрышки, которое делает возможным нейронную пластичность, связанную с процессом *аддикции*. Активация этой системы может возобновить поведение, направленное на получение *удовольствия от наркотика через долгое время после прекращения его приёма* [122, 280].

Хроническое поступление **никотина** увеличивает уровень орексинов. Воздействие происходит через $\alpha 4\beta 2$ -зависимый механизм, что было методом иммуногистохимии, и главным показателем служил уровень м-РНК субъединиц

никотинового рецептора. Это происходит благодаря активации орексиновых нейронов.

Рецепторы гипокретинов являются мишенью для многих фармакологических средств, причём некоторые из них в данный момент в активной разработке. Они, как правило, связаны с лечением *наркотической зависимости* (ОХ рецепторы являются мишенями немалого числа наркотиков), нарушений циклов сна / бодрствования и метаболических расстройств. Лечение нарколепсии осуществляется сейчас главным образом подобными препаратами, и самим никотином. Лептин является пептидным гормоном, выделяемым адипоцитами, который играет роль в развитии инсулиннезависимого диабета, стимулирует симпатическую нервную систему, что, в свою очередь, ведёт к повышению АД, увеличению ЧСС и усилению процессов термогенеза путём разобщения процессов окисления и фосфорилирования в митохондриях белой жировой ткани. В результате этих процессов большое количество энергии, которое запасается в жировой ткани в виде липидов, может быть преобразовано в тепло. К тому же он имеет отношение к регуляции менструального цикла у женщин (при его недостатке прекращаются овуляции и менструации). Он действует на гипоталамус, подавляя выработку нейропептида Y, что угнетает чувство голода, является сложным модулятором глутаматных каналов. *Никотин* же усиливает выработку лептина и / или увеличивает количество его рецепторов в гипоталамусе, оказывая анорексигенный эффект, рис. 5.2.6

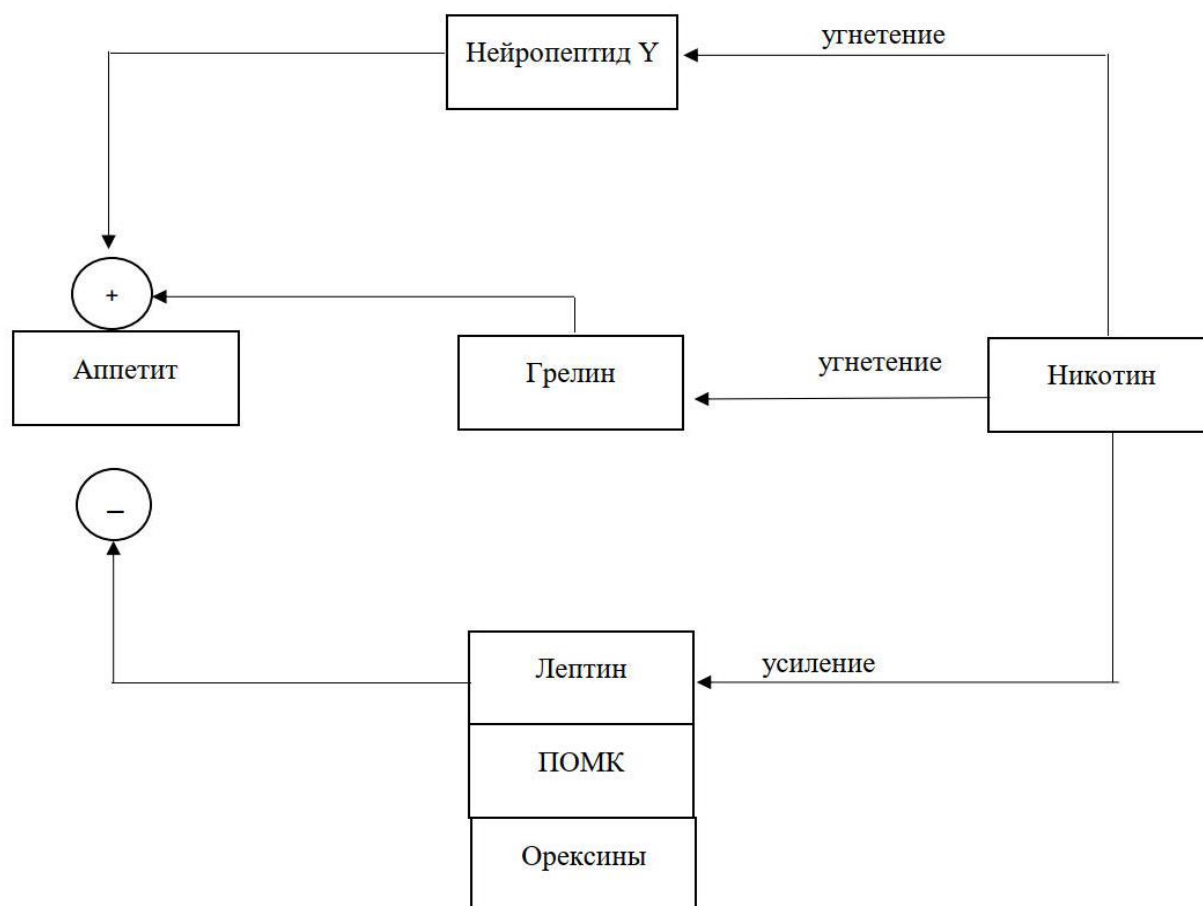


Рис. 5.2.6 Схема патогенеза анорексигенного влияния никотина

5.3. Патогенетические механизмы влияния табакокурения на процессы обучения и формирование памяти у студенческой молодёжи с нарушениями и расстройствами адаптации

Студенты-медики сталкиваются с необходимостью запоминать, понимать, а иногда и заучивать большие объёмы информации, особенно на первых курсах. Переход от школьного образования к самообразованию и взаимообучению может являться для многих студентов критичным. Известно, что выкуренная сигарета зачастую обладает стимулирующим эффектом, снижает чувство тревоги и даёт ложное ощущение концентрации внимания и улучшения когнитивных способностей, особенно при выполнении внеаудиторной работы.

В выполненном исследовании почти половина респондентов 161 /349 (46,1 % $\pm$ 2,2 %) из всех исследуемых групп при табакокурении обычных или электронных сигарет отмечали изменения когнитивных функций, табл. 5.3.1

Таблица 5.3.1

Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении, по исследуемым группам

Изменения когнитивных функций: n=161 /349; 46,1 % $\pm$ 2,2 %					
Девушки n=95 / 161; 59,0 % $\pm$ 2,17 %			Юноши n=66 / 161; 41,0 % $\pm$ 2,17 %		
Группа 1 столкнувшиеся с изменениями когнитивных функций при табакокурении: n=112 / 210; 53,3 % $\pm$ 2,2 %		Группа 2 столкнувшиеся с изменениями когнитивных функций при табакокурении: n=39 / 100; 39,0 % $\pm$ 2,15 %		Группа 3 столкнувшиеся с изменениями когнитивных функций при табакокурении: n=10 / 39; 25,6 % $\pm$ 1,92 %	
Девушки n=62 / 112 55,4 % $\pm$ 2,19 %	Юноши n=50 / 112 44,6% $\pm$ 2,19 %	Девушки n=29 / 39 74,4 % $\pm$ 1,92 %	Юноши n=10 / 39 25,6 % $\pm$ 1,92 %	Девушки n=4 / 10 40,0% $\pm$ 2,16%	Юноши n=6 / 10 60,0 % $\pm$ 2,16 %

Из них 95 девушек (95 / 161), что составило 59,0 % $\pm$ 2,17 % и 66 юношей (66 / 161), что составило 41,0 % $\pm$ 2,17 %. Таким образом, доля девушек, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении была статистически различимо больше почти в 1,44 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.3.1. Возможные патогенетические механизмы изменения когнитивных функций при табакокурении описаны ниже.



Рис. 5.3.1 Доля девушек и юношей, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении, $p < 0,01$

В группе практически здоровых студентов, столкнувшихся с курением табака: 210 ($62,7 \% \pm 2,13 \%$) человека (210 / 335), с изменениями когнитивных функций при табакокурении столкнулось 112 студентов (112 / 210). Это составило $53,3 \% \pm 2,2 \%$ от группы практически здоровых студентов, столкнувшихся с табакокурением, среди них 62 девушки (62 / 112), удельный вес девушек составил $55,4 \% \pm 2,19 \%$ и 50 юношей (50 / 112), удельный вес юношей составил $44,6 \% \pm 2,19 \%$. Таким образом, мы снова видим похожую картину: доля девушек, с изменениями когнитивных функций при табакокурении была статистически различимо больше почти в 1,24 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.3.2. Возможные патогенетические механизмы изменения когнитивных функций при табакокурении описаны ниже.



Рис. 5.3.2 Доля практически здоровых девушек и юношей, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении, $p < 0,01$

У молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет 100 студентов (100 / 131), с изменениями когнитивных функций при курении табака столкнулись 39 студентов (39 / 100). Это составило $39,0 \% \pm 2,15 \%$ от группы молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет. Среди них 29 девушек (29 / 39), удельный вес девушек составил $74,4 \% \pm 1,92 \%$ и 10 юношей (10 / 39), удельный вес юношей составил $25,6 \% \pm 1,92 \%$. Таким образом, мы снова видим схожую картину: доля девушек, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении была статистически различимо больше в 2,9 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис.5.3.3. Возможные патогенетические механизмы изменения когнитивных функций при табакокурении описаны ниже.



Рис. 5.3.3. Доля девушек и юношей с признаками непатологических нарушений адаптации, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении, $p < 0,01$

Из выборки студентов с отдельными признаками расстройств адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет 39 студентов (39 / 49), с изменениями когнитивных функций при курении табака столкнулось 10 студентов (10 / 39). Это составило $25,6 \% \pm 1,92 \%$ от группы молодых лиц с отдельными признаками расстройств адаптации, которые столкнулись с табакокурением обычных или электронных сигарет. Среди них 4 девушки (4 / 10), удельный вес девушек составил $40,0 \% \pm 2,16 \%$ и 6 юношей (6 / 10), удельный вес юношей составил $60,0 \% \pm 2,16 \%$. Таким образом, мы снова видим немного иную картину: доля юношей, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении была статистически различимо больше в 1,5 раза, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразование Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.3.4. Возможные патогенетические механизмы изменения когнитивных функций при табакокурении описаны ниже.



Рис. 5.3.4. Доля девушек и юношей с отдельными признаками расстройств адаптации, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении, $p < 0,01$

Итак, можно сделать шестой вывод, что студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 14,3 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 27,7 % статистически различимо реже сталкивались с изменениями когнитивных функций при табакокурении, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса), рис. 5.3.5. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и зависимостью от табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах разнилась, $p < 0,01$ (сравнение доли для двух групп: угловое преобразования Фишера с учётом поправки Йейтса) и составила от 40,0 % в группе студентов с отдельными признаками расстройств адаптации до 74,4 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

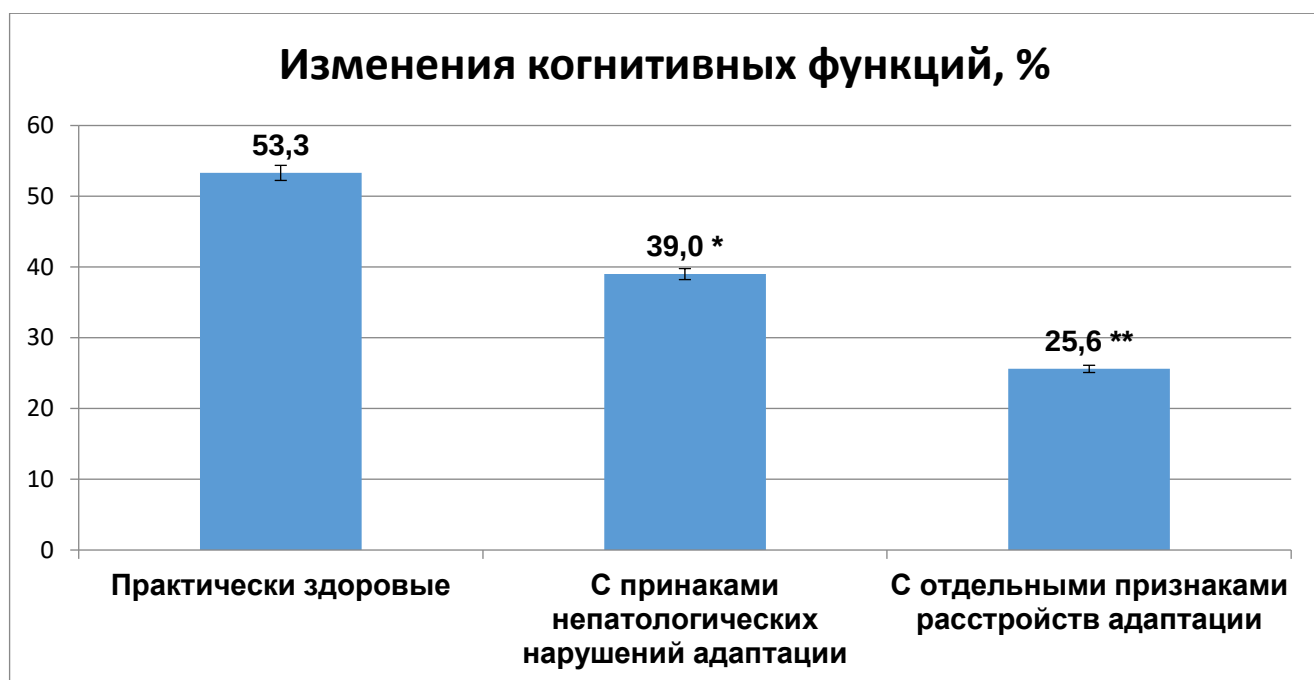


Рис. 5.3.5 – Распределение удельного веса студентов, столкнувшихся с изменениями когнитивных функций при табакокурении, по исследуемым группам, * $p < 0,01$ по сравнению с группой практически здоровых студентов, ** $p < 0,01$ по сравнению с группой лиц с признаками непатологических нарушений адаптации

Полученные нами данные можно объяснить следующими формирующимися патогенетическими механизмами и, отчасти, порочными кругами.

Во-первых, гиппокамп является частью лимбической системы [1], принимает участие в формировании эмоций, удержании внимания, хранении краткосрочной памяти и переводе её в долговременную, а также формирует пространственную память, благодаря которой мы лучше ориентируемся на местности и находим кратчайший путь к необходимому пункту. Вместе с тем он выполняет и противоположную функцию: забывание информации, фильтруя нужную от ненужной. Гиппокамп экспрессирует в больших количествах nAChR (а с их активацией связывают синаптическую пластичность и долговременную активность гиппокампа): действие **никотина** на эти рецепторы имитирует действие нормального медиатора. Гиппокамп получает холинергические

афферентные проекции от зубчатой извилины, базальных ядер, уздечки (лат. *habenula*), области покрышки.

Помимо nAChR в гиппокампе экспрессируются рецепторы к глюкокортикоидам, а также большое количество метаботропных глутаматных рецепторов, поделенных в зависимости от их воздействия на AMPA и NMDA, а также влияния на эксайтотоксичность на 3 группы: 1) mGlu1, mGlu5; 2) mGlu2, mGlu3; 3) mGlu4, mGlu6, mGlu7, mGlu8. Воздействие на них оказывает возбуждающее действие на нейроны в совокупности с повышенным содержанием Ca^{2+} . Также, в этом участке выше плотность ионотропных глутаматных AMPA- и NMDA-рецепторов. Метаботропные рецепторы регулируют работу ионотропных, активируют внутриклеточные сигнальные каскады, ведущие к модификации других белков, например, ионных каналов. Это может изменять возбудимость синапса, например, через ингибирование нейротрансмиссии, либо модулирование или даже индукцию постсинаптических реакций: первая группа повышает активность NMDA-рецепторов и риск эксайтотоксичности, группы 2 и 3 угнетают соответствующие процессы [36]. Эксайтотоксичность – это патологический процесс, который ведёт к повреждению и гибели нервных клеток под воздействием нейромедиаторов, способных гиперактивировать NMDA- и AMPA-рецепторы. При этом излишнее поступление ионов кальция в клетку активирует ряд ферментов (фосфолипаз, эндонуклеаз, протеаз), разрушающих цитозольные структуры и приводит к запуску апоптоза клетки, что, несомненно, играет роль в патогенезе различных нейродегенеративных заболеваний.

Во-вторых, гиппокамп экспрессирует орексиновые рецепторы первого типа (OX_1) (к орексинам, выделяемым гипоталамусом и играющим одну из ключевых ролей в регуляции сна / бодрствования и общего метаболизма), а также рецепторы к лептину.

Полученные данные коррелируют с работами, доказывающими, что острые и хронические приёмы никотина улучшают рабочую память, и напротив, блокада рецепторов вызывает ослабление усвоения и запоминания информации у

подопытных. В дополнение к этим наблюдениям, некоторые когнитивные симптомы болезни Альцгеймера улучшены путем клинического применения ингибиторов ацетилхолинэстеразы. Однако повышенные уровни никотина неизбирательно влияют на nAChRs, и есть доказательства участия обоих (никотинового и мускаринового) рецепторов в процессах обучения и памяти [9].

Путем гибридизации мРНК было выяснено, что $\alpha 7$ - и $\beta 2$ -субъединицы экспрессируются в большем количестве по сравнению с остальными, хотя в целом присутствуют все типы субъединиц. В тоже время их экспрессия выше в рамках интернейронов, однако, и большинство пирамидальных оказываются высокоэкспонирующими эти субъединицы. Это важно, потому что именно состав nAChRs диктует их фармакологические свойства и определяет ход изменения мембранного потенциала, в том числе и относительную величину изменения внутриклеточного Ca^{2+} , причём его проникновением извне стимулирует его высвобождение из внутриклеточных резервов. В этом и состоит роль никотина как регулятора, а при необходимости – усилителя высвобождения нейротрансмиттеров. Хотя nAChRs являются ионными каналами и для Na^+ и K^+ , именно повышение концентрации внутриклеточного кальция влияет на выброс трансмиттеров.

В-третьих, совокупность индуцированного никотином пресинаптического высвобождения глутамата и постсинаптической деполяризации (посредством только никотина) даёт стойкое и высокое увеличение концентрации внутриклеточного кальция, что обеспечивает пресловутую синаптическую пластичность. На постсинаптическом нейроне, помимо прочих, экспрессируются ионотропные глутаматные AMPA- и NMDA- рецепторы. Две формы NMDA-зависимой долговременной потенциации (LTP) в гиппокампальных синапсах области C_1 можно классифицировать по их чувствительности к ингибиторам протеинкиназы А (РКА). Уровень РКА играет ключевую роль в формировании долговременной памяти, за которую ответственен гиппокамп. Кратковременная память оценивается в интервале времени до двух часов после обучения, долговременная – более четырёх. При воздействии никотина уровень РКА

измерялся в разные интервалы времени, и оказалось, что он почти не менялся от начального уровня до двух-трёх часов, а после четырёх часов довольно резко возрастал. Усиление фиксировали также после восьми и 24 часов.

Никотин потенцирует накопление, сохранение и воспроизведение информации из долговременной памяти. Это доказывается также и измерением уровня внеклеточно-регулируемых сигнальных киназ (ERK $\frac{1}{2}$), которые, в свою очередь, играют одну из главных ролей в формировании памяти, а их ингибирование не позволяет никотину модулировать работу гиппокампа, подтверждает их роль [10,66]. $\alpha^4\beta^2$ рецепторы экспрессируются в гиппокампе в большом количестве, пропуская внутрь кальций, который не только вызывает деполяризацию, но и в ряде случаев служит внутриклеточным мессенджером, активируя сигнальные пути с участием PKA и ERK $\frac{1}{2}$, что приводит к вышеупомянутым эффектам.

Таким образом, передача возбуждающего сигнала сопровождается фоновым повышением внутриклеточного кальция, что усиливает все функции гиппокампа. Также роль никотина в модуляции когнитивных процессов определяется индукцией гамма-частотных колебаний в коре (30-80 Hz) посредством никотиновых рецепторов. Подобный эффект оказывает активация каинатных рецепторов: это коррелирует с улучшением обучаемости, памяти и внимания. При этом стимуляция D3-рецепторов к дофамину угнетает этот ритм. Их стимуляция действует “в противовес” ацетилхолину, вызывая угнетение когнитивных функций, ухудшение рабочей памяти и подозревается в качестве одной из причин болезни Альцгеймера, шизофрении и Паркинсона, а антагонисты этих рецепторов используются в некоторых случаях в качестве антипсихотиков.

В-четвёртых, есть сведения, что табакокурение ингибирует MAO [65], однако, было показано, что её ингибируют другие продукты сгорания табака. Тем не менее, если способ поступления никотина принять путем табакокурения, то спорить об ингибировании MAO не приходится, отсюда можно говорить о влиянии даже на метаболитные 5-HT₄ рецепторы к серотонину, в небольшом

количестве представленных в гиппокампе. Точнее, говорить стоит не о самих рецепторах, а об ингибировании расщепления серотонина, который опосредовал свои эффекты. На гиппокампе также расположено много каннабиоидных рецепторов, по поводу них можно обратиться к исследованию, которое показало, что активация каннабиоидных рецепторов способствует усиленной продукции ацетилхолина в тех нейронах, где они экспонируются вместе – главным образом в коре, гиппокампе, стриатуме. Таким образом, действие никотина вызывает угнетение торможения нейронов гиппокампа, а подверженность постоянному поступлению никотина вызывает ещё и повышение числа рецепторов. Поэтому при отмене поступления никотина гиппокамп угнетается, вследствие чего отмечается снижение концентрации, внимания, ухудшение памяти, сбой настроения и нарушения метаболизма вкупе с циклами сна / бодрствования.

В контексте именно привыкания необходимо учесть, что суть тут в оказании приятного и стимулирующего эффекта с последующим запоминанием пережитого опыта и похвалой, за то, что нашёл такой ценный источник удовольствия. Никотин активирует все, на чем есть его рецепторы(рис. 5.3.6.), в том числе и систему поощрения, заставляет организм запомнить этот случай как можно крепче, чтобы знать – куда бежать за новой порцией медиаторного фейерверка.

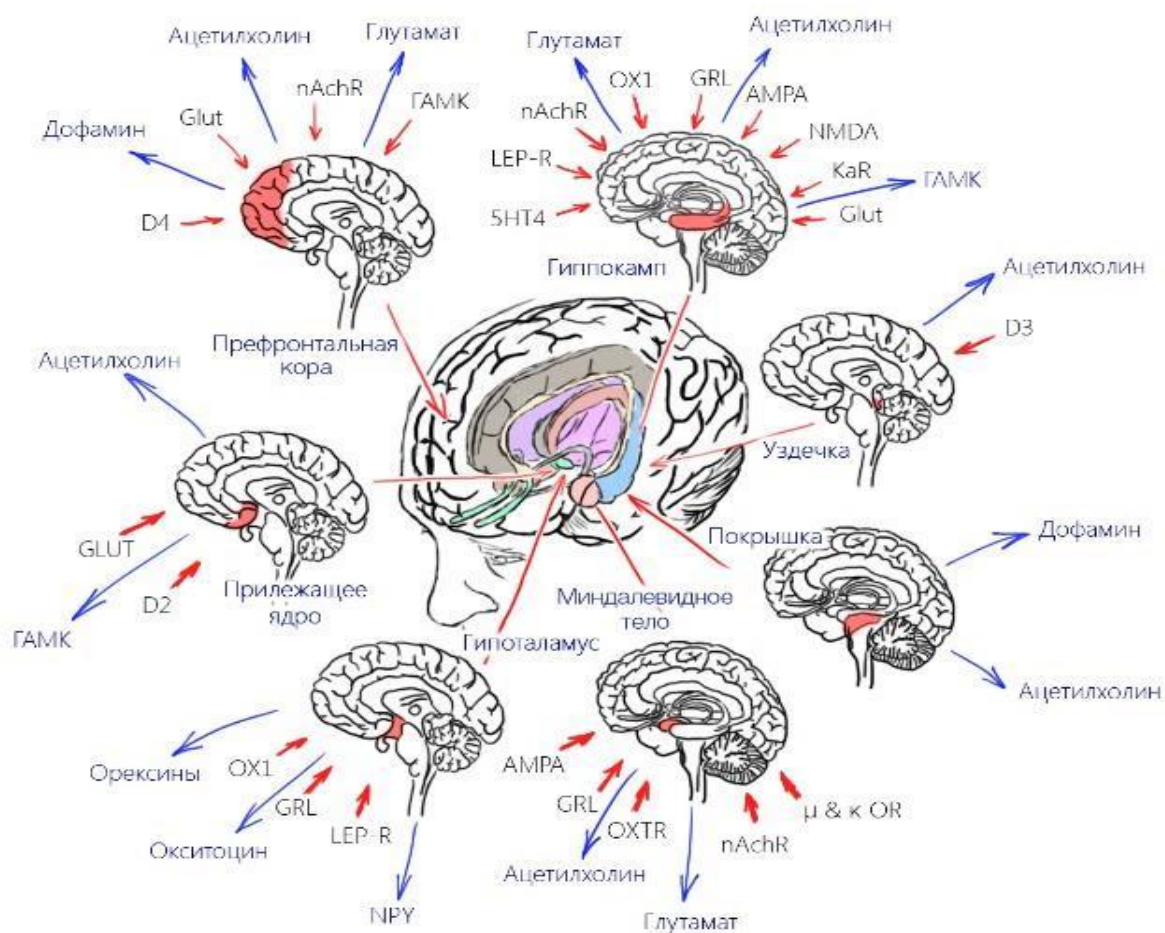


Рис.5.3.6 Наиболее значимые структуры ЦНС, опосредующие эффекты никотина. Glut, AMPA, NMDA, KaR – рецепторы к глутамату. nAChR – ацетилхолиновый рецептор N-типа, D2, D3, D4 – дофаминовые рецепторы, 5-HT4 – рецептор к серотонину, Lep-R-3 – лептиновый рецептор, OX1 – рецептор к орексинам первого типа, GRL – грелиновый рецептор, OXTR – окситоциновый рецептор, OR – опиоидный рецептор.

От поступления никотина студенты получают удовольствие всеми путями – угнетая центр неудовольствия или активируя то, что способно им его доставить. Усиливаются когнитивные функции, лучше обрабатывается информация, интенсифицируются процессы памяти.

Резюме к разделу.

1. Студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 13,6 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 16,9 % статистически различимо чаще сталкиваются с курением, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и табакокурением. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ и составила от 72,4 % в группе практически здоровых студентов до 89,0 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

2. Студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 22,4 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 23,5 % статистически различимо чаще сталкиваются с формированием как психологической, так и физической зависимости от табакокурения, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и зависимостью от табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ и составила от 79,7 % в группе практически здоровых студентов до 88,9 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

3. Студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 17,5 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 82,3 % статистически различимо чаще сталкиваются с формированием психологической зависимости от табакокурения «с первой затяжки», чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и зависимостью от табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была

статистически значимо выше, $p < 0,01$ и составила от 61,1 % в группе практически здоровых студентов до 87,1 % в группе молодых лиц с отдельными признаками расстройств адаптации.

4. Формирование зависимости характеризуется патологическим пристрастием, тягой, абстиненцией, дисфункциональными эмоциями и неспособностью отказаться от табакокурения и манеры поведения. Это со временем приводит к разрушению нейронных связей в головном мозге, вовлечённых в процессы вознаграждения, обучения и контроля. Со временем повреждаются и другие участки мозга, включая вовлечённые в механизмы формирования адаптации и тревоги, то есть систему отрицательного подкрепления.

5. Студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 41,5 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 16,2 % статистически различимо чаще сталкиваются с анорексигенным эффектом табакокурения, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и анорексигенным эффектом табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ и составила от 69,8 % в группе практически здоровых студентов до 81,5 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

6. Студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 14,3 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 27,7 % статистически различимо реже сталкивались с изменениями когнитивных функций при табакокурении, чем практически здоровые студенты, $p < 0,01$. Это говорит о весомом вкладе и взаимозависимости (формирование патогенетических порочных кругов) между нарушениями и расстройствами адаптации и зависимостью от табакокурения. При этом доля девушек во всех исследуемых группах разнилась, $p < 0,01$ и составила от 40,0 % в группе

студентов с отдельными признаками расстройств адаптации до 74,4 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

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

1. Киосева, Е. В. Механизмы формирования табачной зависимости у студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации [Текст] / Е. В. Киосева, И. И. Пацкань // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – Т. 25, № 3. – С. 236–241.

2. Игнатенко, Г. А. Механизмы анорексигенного эффекта табакокурения у студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации [Текст] / Г. А. Игнатенко, И. И. Пацкань // Университетская клиника. – 2021. – № 3 (40). – С. 20–24.

3. Пацкань, И. И. Механизмы влияния табакокурения на процессы обучения и формирование памяти у студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации [Текст] / И. И. Пацкань // Новообразование. – 2021. – № 3. – С. 61–66.

РАЗДЕЛ 6

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ.

По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 5 лет ситуация с распространением табакокурения признается катастрофической. Так, к курению ежегодно привлекаются 500000 молодых людей [23]. Контингент курильщиков опасно молодеет и продолжает оставаться одной из самых распространенных вредных привычек среди студенческой молодежи. Табакокурение является коморбидной составляющей адаптационных нарушений и расстройств, особенно у лиц молодого возраста. WHO, World Bank, Tobacco Control [435] признают важность борьбы с табачной зависимостью среди различных групп населения для снижения распространенности табакокурения [74].

6.1 Математическая модель прогнозирования риска развития адаптационных нарушений у лиц молодого возраста.

С целью выявления факторов, которые ассоциируются с высокой вероятностью развития нарушений адаптации у студенческой молодежи, была разработана математическая модель прогнозирования риска развития адаптационных нарушений у лиц молодого возраста.

На первом этапе была выполнена скрининговая оценка психического и аддиктивного состояния студентов всей выборки ($n = 515$) младших курсов университета. Психофункциональные характеристики исследовали с помощью «САН». Уровень психологического дистресса и степень проявлений адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов определяли с помощью опросника SCL-90-R.

Методом агломеративной минимальной дисперсии (кластеризация методом «k-срединных») осуществлено распределение на три группы в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Выбор метрики кластеризации и задачи алгоритма разбиения студентов на группы содержал субшкалы SCL-90-R: SOM; INT; DEP; ANX; PHOB и шкалу САН. В результате кластерного анализа получили 3 группы студентов: практически здоровые 335 (65,1%) – группа 1; молодежь, с непатологическими нарушениями адаптации 131 (25,4%) – группа 2; студенты с определенными признаками расстройств адаптации 49 (9,5%) – группа 3. Эти группы статистически значимо различаются по средним величинам вышеперечисленных субшкал SCL-90-R и САН. Молодежь групп 2 и 3 составила группы риска по возникновению адаптационных нарушений у лиц молодого возраста.

С помощью метода бинарной логистической регрессии изучались причинно-следственные связи и устанавливалась роль прогностических факторов риска в формировании расстройств адаптации.

Построение прогностической модели проводили в два этапа.

Первый этап – формирование базы данных клинико-анамнестических признаков и создание статистической матрицы для дальнейшего расчета регрессионного уравнения.

Второй этап – непосредственный расчет и оценка логической адекватности (математической и клинической) всех полученных прогностических моделей, с целью выбора одной оптимальной.

На первом этапе была проведена скрининговая оценка психического и аддиктивного состояния 515 лиц молодого возраста, которые проходили обучение в университете.

Основной задачей моделирования является прогноз риска возникновению адаптационных нарушений у лиц молодого возраста. Такая модель является экспресс-прогнозом. В качестве показателя-отзыва, который прогнозируется, указан риск развития расстройств адаптации («благоприятный исход» – отсутствие у студента нарушений адаптации и «неблагоприятный исход» – у

студента есть риск возникновения адаптационных нарушений). В качестве признаков, предшествующих результату адаптационного процесса были включены независимые факторы риска (причины), определенная совокупность значимых признаков, которые являются достоверно связанными с результатами, полученными у студентов на ранних этапах диагностики. В начальную учебную матрицу включено 17 признаков, которые определены анамнестическим и клинико-психодиагностическим методами.

Их перечень приведен в табл.6.1.

Таблица 6.1

Сгруппированы признаки, включенные в прогностическую модель

Переменная-предиктор (независимый признак)	Код признака	Градиация признака	Код градиации признака	Количествонаб- людений (n)
Медико-социальный фактор Ф 01	X ₁	Трудно	101	223
		Частично	102	143
		Легко	103	149
Психосоциальный фактор Ф 02	X ₂	Не очень	101	23
		Достаточно	102	350
		Очень	103	142
Социальный фактор (микросоциальный) Ф 03	X ₃	Частично	101	245
		Согласен	102	174
		Полностью	103	96

Медико-социальный фактор «Ф 01» (на эмоциональном уровне это выражалось в появлении чувства тревожной напряженности в новых условиях) содержит Фактор 2; Фактор 5, Фактор 12, а именно:

1. Фактор 2 (вопрос № 4 (пп 6-8) КОС):

Насколько легко Вам разговаривать на темы, Вас по-настоящему волнуют? С старшей (ими) сестрой (сестрами); С лучшими друзьями; С друзьями того же пола, что и ты.

№4	Насколько легко Вам обсуждать темы, которые Вас по-настоящему волнуют?	Очень легко	Легко	Трудно	Очень трудно	У меня нет таких или я не вижусь с этими людьми
1.	С отчимом	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.	Со старшей (ими) сестрой (сестрами)	1	2	3	4	5
7.	С лучшими друзьями	1	2	3	4	5
8.	С друзьями того же пола, что и ты	1	2	3	4	5
9.	С друзьями противоположного пола	1	2	3	4	5

2. Фактор 5 (вопрос 27, 31, КОС):

Как Вы оцениваете свое отношение к университету в настоящее время?

№27	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

Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения задач (как в группе, так и дома)?

№31	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

3. Фактор 12 (вопрос 28 пп. 5, КОС):

Я устаю от занятий.

№28	Ниже приведены несколько высказываний об одноклассниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них	Полностью согласен (а)	Согла сен(а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен(а)

1.	Мои отношения с одногоруппниками доброжелательные (благоприятные)	1	2	3	4
2.	Мои отношения с одногоруппниками формальные (отстраненные)	1	2	3	4
3.	Остальные одногоруппники 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

Психосоциальный фактор «Ф 02» (на эмоциональном уровне это отражалось в ощущении счастья и удовлетворенности жизнью) содержит Фактор 3; Фактор 4; Фактор 13, а именно:

1. Фактор 3 (вопрос 7.(пп 1-4) КОС).

Насколько хорошо Ваша мать знает: кто Ваши друзья; как Вы тратите свои деньги; где Вы бываете после университета; что Вы делаете в свободное время.

№7	Насколько Ваша мать осведомлена?	Осведомлена достаточно	Осведомлена недостаточно	Ничего не знает
1.	Кто Ваши друзья	1	2	3
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
5.	Нет матери	4		
6.	Не встречаюсь с матерью	5		

2. Фактор 4 (вопрос 37. (пп 1-3) КОС).

В целом, можете сказать, что Вы: очень счастлив (а);довольно счастлив (а); не очень счастлив (а).

№37	В целом, можете сказать, что Вы...	
1.	Очень счастлив (а)	1
2.	Довольно счастлив (а)	2
3.	Не очень счастлив (а)	3
4.	Совсем несчастлив (а)	4

3. Фактор 13 (вопрос 36.(пп 1-3) КОС).

Как Вы думаете, какой материальное благосостояние Вашей семьи? высокий; выше среднего; средний.

№36	Как Вы думаете, какой уровень материального благосостояния Вашей семьи	
1.	Высокий	1
2.	Выше среднего	2
3.	Средний	3
4.	Ниже среднего	4
5.	Низкий	5

Социальный фактор (микросоциальный – отражает функциональные семейные отношения, на эмоциональном уровне это отражалось чувством уверенности в себе) «Ф 03» содержит Фактор 8, а именно:

1. Фактор 8 (вопрос 30(пп 3-4) КОС).

Пожалуйста, укажите насколько Вы согласны со следующими утверждениями. Мои родители: поощряют меня хорошо учиться; интересуются, как идут мои дела в университете.

№30	Пожалуйста, укажите насколько Вы согласны со следующими утверждениями. МОИ РОДИТЕЛИ:	Полностью согласен (а)	Согла сен (а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен(а)
1.	Всегда готовы помочь	1	2	3	4
2.	Готовы прийти в университет и поговорить с преподавателями	1	2	3	4
3.	Поощряют меня хорошо учиться	1	2	3	4
4.	Интересуются, как обстоят мои дела в университете	1	2	3	4

Далее, на втором этапе получали коэффициенты регрессии, методом обратной селекции по процедуре «quasi-Newton оценивания» (максимальное количество итераций – 50). В качестве критерия проверки значимости использовали статистику Вальда (Wald), которая применяет распределение χ^2 , и является квадратом отношения соответствующего коэффициента к его стандартной ошибке.

В целом статистическую (математическую) адекватность полученных моделей оценивали по величине критерия χ^2 (критерий статистической значимости влияния на зависимую переменную всех предикторов заданной модели), а также использовали графический анализ (визуализация гистограммы остатков и диаграммы рассеяния наблюдаемых и предсказанных значений).

Во всех процедурах бинарного логистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p), критический уровень принимался равным 0,0001.

Решение задачи логистического регрессионного анализа реализовано с помощью процедуры Logistic Regression Statistica 7.0. По итогам расчетов из нескольких вариантов моделей в окончательную прогностическую модель бинарной логистической регрессии включен 3 признак – фактора риска развития ранних неблагоприятных исходов (риск развития адаптационных нарушений у студентов) (табл. 6.1).

Все коэффициенты логистического регрессионного уравнения и в целом модель является статистически значимыми ($\chi^2 = 9,1$; $df = 4$; $p = 0,0459$). Графический анализ также показал, что именно эта прогностическая модель наиболее статистически адекватна. В полученной модели наблюдается согласования гистограммы остатков с нормальным распределением (рис.6.1.1), а диаграмма рассеяния показывает, что выбранная модель хорошо соответствует данным и точки наблюдаемых и предсказанных значений располагаются вдоль прямой линии (рис.6.1.2).

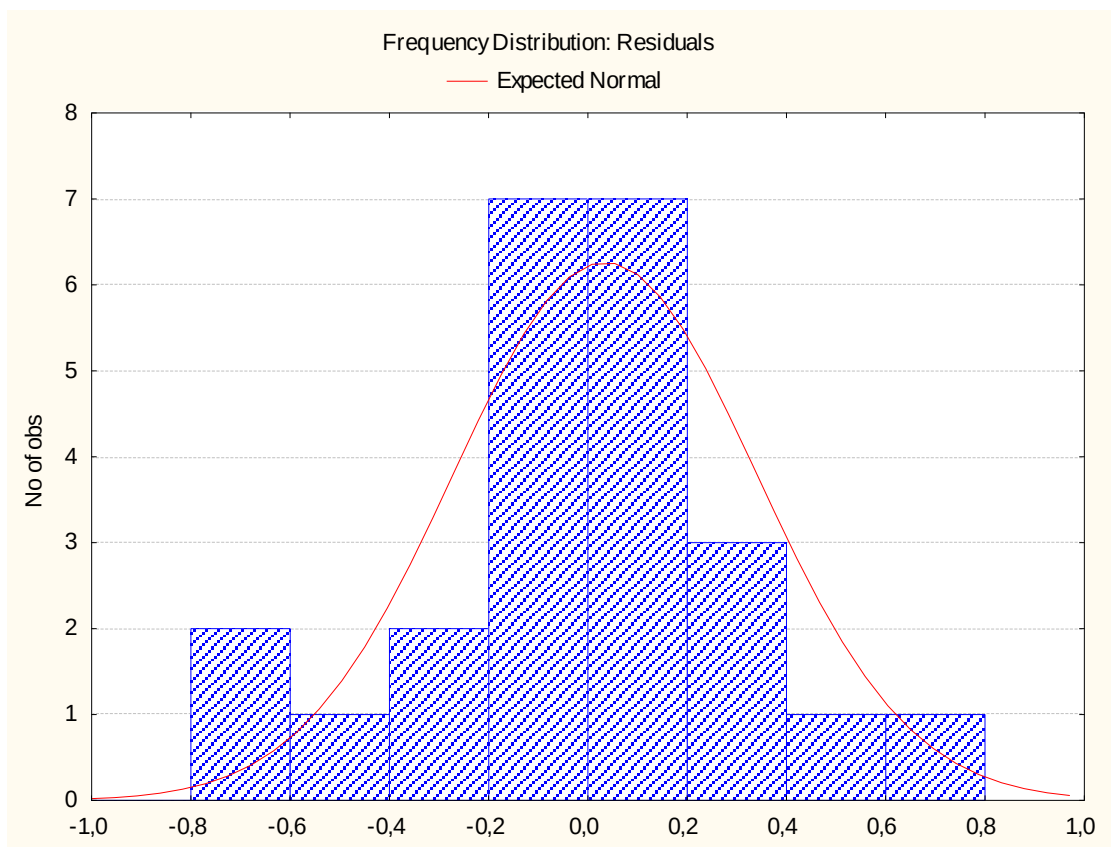


Рис. 6.1.1. Гистограмма координации остатков логистики уравнения регрессии с нормальным распределением

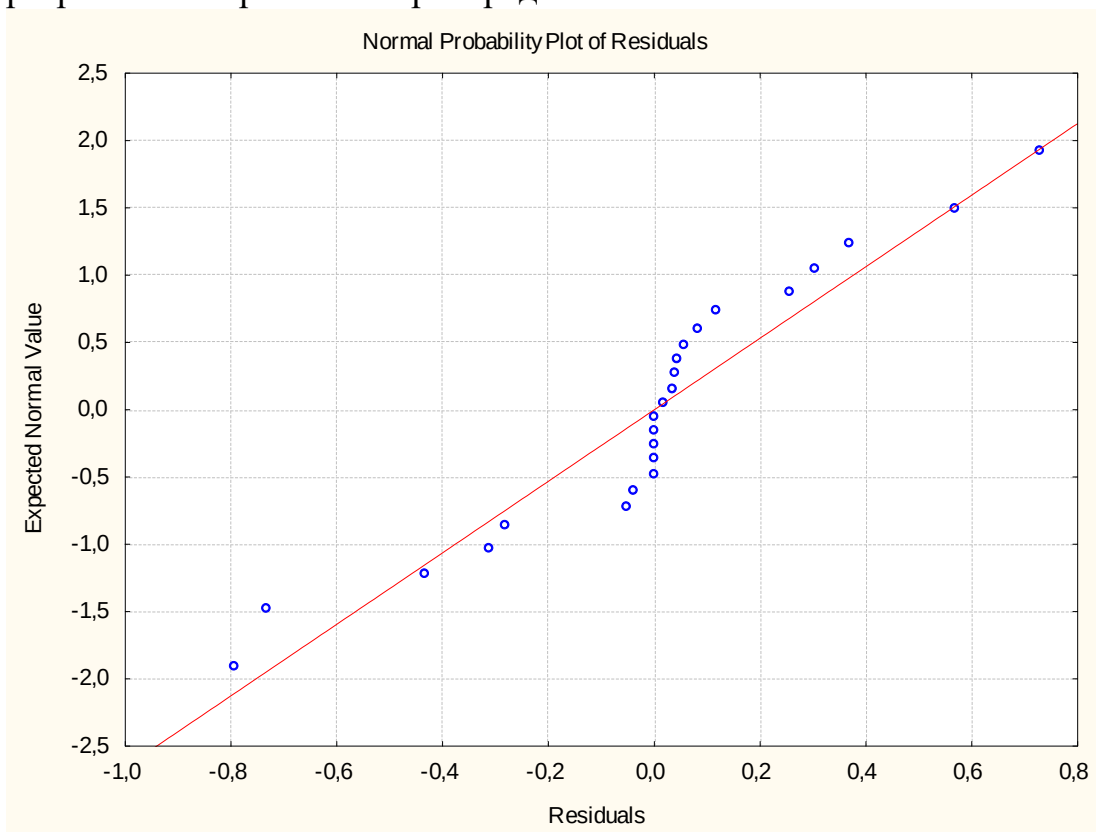


Рис. 6.1.2. Нормальный вероятностный график рассеяния логистического регрессионного уравнения

Таким образом, в окончательном виде уравнение бинарной логистической регрессии выглядит следующим образом:

$$\delta = \frac{1}{1 - 2,718^{-98,37 - 0,333X_1 - 1,088X_2 + 0,473X_3}}$$

Полученные таблицы спецификаций позволили рассчитать диагностические характеристики для этой модели: чувствительность – 93,4%; специфичность – 88,3%; эффективность – 60,9%; прогностическую ценность положительного результата – 90,0%; прогностическая ценность отрицательного результата – 21,2%. Как видно, все полученные диагностические характеристики достаточно высоки. Поэтому модель можно использовать как диагностический тест.

Применение этой прогностической модели в практике медико-социальной помощи можно продемонстрировать на следующих клинических примерах.

Пример №1. Студент А., 17 лет, юноша. Сочетание ответов на вопросы КОС определяет характеристику факторов: «Ф01» = 101 балл, «Ф02» = 101 балл, «Ф03» = 101 балл. Подставив в модель значения этих факторов риска, получаем вероятность развития неблагоприятного исхода 99,2%, то есть, высокий риск вероятности развития нарушений адаптации.

Пример №2. Студентка К, 18 лет, девушка. Сочетание ответов на вопросы КОС определяет характеристику факторов: «Ф01» = 102 балла, «Ф02» = 102 балла, «Ф03» = 102 балла. Подставив в модель эти значения факторов риска, получаем вероятность развития неблагоприятного исхода 84,2%. То есть, в таком случае вероятность риска развития нарушений адаптации снижается.

Таким образом, бинарная логистическая регрессия, полученная нами, является адекватной и работоспособной математической моделью для индивидуального прогнозирования риска формирования расстройств адаптации лицами молодого возраста, а также способствует совершенствованию

диагностических и профилактических мероприятий модели системы медико-социальной помощи данному контингенту.

6.2 Математическая модель прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста.

В исследование вошли 515 студентов первого курса ГОО ВПО ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. М. ГОРЬКОГО: 365 девушек (70,9%) (365/515) и 150 юношей (29,1%) (150/515) медицинских факультетов, возраст которых варьировал от 17 до 21 года.

При разработке многофакторной математической модели прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста использованы результаты комплексного обследования студентов первого курса с помощью социально-демографического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического и психодиагностического методов с анализом обстоятельств приобщения к курению, отношение первокурсников к рекламе табака, склонности к пассивному курению, а также изучение потребностей студенческой молодежи первого года обучения в университете в оказании им медико-социальной помощи по данному поводу.

С целью выявления факторов, которые ассоциируются с высокой вероятностью развития адаптационных расстройств у студенческой молодежи, разработана математическая модель прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста. Для определения факторных признаков, связанных с развитием расстройств адаптации, оценки направления и силы их влияния, использован метод построения многофакторных математических моделей.

При проведении анализа как результативный признак прогнозировался риск развития расстройств адаптации – результативная переменная Y .

Изначально была построена линейная нейросетевая модель, в качестве факторов включала все анализируемые признаки, затем были определены коэффициенты регрессии. Адекватность полученной модели оценивали путем построения ROC-кривой. Площадь под кривой $AUC = 0,976 \pm 0,006$ статистически значимо ($p < 0,001$) отличалась от 0,5 – модель адекватна, имеющий высокую точность прогнозирования.

После выборки (с использованием ROC-кривой) оптимального порога принятия / отвержения модели ее прогностические характеристики на обучающем множестве были следующими: чувствительность = 90,8% (95% ДИ 85,2% – 93,5%); специфичность = 90,6% (95% ДИ 89,2 – 93,7%). На тестовом множестве чувствительность модели составила 72,8% (95% ДИ 53,5 – 90,2%), специфичность = 88,0% (95% ДИ 77,6 – 92,4%). При сравнении прогностических характеристик модели, полученных на учебных и тестовых множествах, не обнаружено статистически значимого различия показателей чувствительность ($p = 0,074$) и специфичности ($p = 0,295$) что является доказательством отсутствия подгонки коэффициентов и возможностью использования модели на новых данных. Факторы, которые вошли в исходную обучающую матрицу для создания прогностической регрессионной модели прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста представлены ниже:

1.1. Вопрос №31(пп.1-4, КОС) – X_4 ;

Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома)?

№31	Испытываете ли Вы ощущение напряженности во время выполнения домашних заданий (как в группе, так и дома)?	Балл
1.	Нет	1
2.	Незначительное	2
3.	Испытываю определенное напряжение	3
4.	Испытываю значительное напряжение	4

1.2 Вопрос №37(пп.1-4, КОС) – X_5 ;

В целом, можете сказать, что Вы...

№37	В целом, можете сказать, что Вы...	Балл
1.	Очень счастлив (а)	1
2.	Довольно счастлив (а)	2
3.	Не очень счастлив (а)	3
4.	Совсем несчастлив (а)	4

1.3 Плохое настроение (Вопрос №116 (пп.1-4)) – X_6 ;

Уровень настроения был оценен с использованием КОС и представлен ниже:

Вопрос №116 (пп.1-4)

№116	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

1.4 Здоровье (Вопросы №117,118) – X₇;

Состояние здоровья было оценено с использованием КОС и представлено ниже:

Вопрос №117(пп.1-4, КОС)

Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?

№117	Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?	Балл
1.	Замечательное	1
2.	Хорошее	2
3.	Посредственное	3
4.	Плохое	4

Вопрос №118 (пп.1-8, КОС)

Скажите, как часто вы обращались по своей инициативе к психологу?

№118	Скажите, как часто вы обращались по своей инициативе к психологу?	Балл
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

Итоговая прогностическая регрессионная модель формирования определенных признаков расстройств адаптации у студентов с непатологическими нарушениями адаптации на основании медико-психологических факторов:

$$Y = 0,58 + (0,25 \times X_4) + (0,52 \times X_5) + (-0,15 \times X_6) + (-0,12 \times X_7)$$

После выбора (с использованием ROC-кривой) оптимального порога принятия / отвержения нейросетевой (MLP) модели ее прогностические характеристики на учебном множестве были следующими: чувствительность = 90,3% (95% ДИ 86,0 – 94,0 %), специфичность = 91,5% (95% ДИ 90,1 – 93,6%).

На тестовом множестве чувствительность модели составила 68,5% (95% ДИ 47,4 – 86,0%), специфичность = 90,6% (95% ДИ 82,3 – 94,2%). Сокращение числа входных признаков статистически значимо не изменило чувствительности и специфичности модели по сравнению с моделью, построенной на всех факторных признаках, подтверждает высокую значимость отобранных показателей.

Предложенная нелинейная математическая модель прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста позволяет с чувствительностью 90,3% (95% ДИ 86,0 – 94,0%) и специфичностью 91,5% (95% ДИ 90,1 -93,6%) ее прогнозировать.

Применение этой прогностической модели в системе медико-социальной помощи можно продемонстрировать на следующих клинических примерах.

Пример №1. Студентка В., 17 лет, девушка. Сочетание ответов на вопросы КОС определяет характеристику факторов: $X_4 X_5 X_6 X_7$, подставив в модель эти значения факторов риска, получаем вероятность развития неблагоприятного исхода 98,5%. То есть, высокий риск вероятности развития расстройств адаптации.

Пример №2. Студент К, 18 лет, юноша. Сочетание ответов на вопросы КОС определяет характеристику факторов: $X_4 X_5 X_6 X_7$, поставив в модель эти значения факторов риска, получаем вероятность развития неблагоприятного исхода 83,6%. То есть, в этом случае вероятность риска развития расстройств адаптации снижается.

Таким образом, практическое использование разработанной модели прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста позволит прогнозировать возникновение расстройств адаптации у студенческой молодежи первого года обучения в университете, позволит максимально

индивидуализировать прогноз, определить «мишени», психотерапевтической и психокоррекционной работы в рамках модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста.

6.3 Математическая модель прогнозирования возникновения табакурения у лиц молодого возраста

С целью выявления факторов и оценки степени их влияния на возникновение табакокурения у студенческой молодежи была разработана математическая модель прогнозирования возникновения табакокурения у лиц молодого возраста

В исследование вошли 515 студентов начальных курсов ГОО ВПО ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. М. ГОРЬКОГО: 365 девушек (70,9%) (365/515) и 150 юношей (29,1%) (150/515) медицинских факультетов, возраст варьировал от 17 до 21 года, которые подтвердили факт табакокурения.

При разработке многофакторной математической модели прогнозирования возникновения табакокурения у лиц молодого возраста использованы результаты комплексного обследования студентов с помощью социально-демографического, клинико-anamnestического, клинико-психопатологического и психодиагностического методов с анализом обстоятельств приобщения к курению, отношение респондентов к рекламе сигарет, склонности к пассивному курению, а также изучение потребностей студентов в оказании им медико-социальной помощи по этому поводу.

Для выявления факторов, которые ассоциируются с высокой вероятностью возникновения табакокурения у студенческой молодежи, разработана математическая модель прогнозирования возникновения табакокурения у лиц молодого возраста. Для определения факторных признаков, связанных с формированием табакокурения, оценки направления и силы их воздействия, использован метод построения многофакторных математических моделей.

При проведении анализа как результативный признак прогнозировался риск развития табакокурения – результативная переменная У.

Сначала была построена линейная нейросетевая модель, в качестве факторов включала все исследуемые признаки, затем были определены коэффициенты регрессии. Адекватность полученной модели оценивали путем построения ROC-кривой. Площадь под кривой $AUC = 0,975 \pm 0,006$ статистически значимо ($p < 0,001$) отличалась от 0,5 – модель адекватна, имеющий высокую точность прогнозирования.

После выборки (с использованием ROC-кривой) оптимального порога принятия / отвержения модели ее прогностические характеристики на обучающем множестве были следующими: чувствительность = 90,9% (95% ДИ 86,3 – 94,6%); специфичность = 91,7% (95% ДИ 89,1 – 93,9%). На тестовом множестве чувствительность модели составила 73,9% (95% ДИ 53,3 – 90,1%), специфичность = 87,0% (95% ДИ 78,5 – 93,6%). При сравнении прогностических характеристик модели, полученных на учебных и тестовых множествах, не обнаружено статистически значимого различия показателей чувствительность ($p = 0,073$) и специфичности ($p = 0,294$) что является показателем отсутствия подгонки коэффициентов и возможностью использования модели на новых данных. Факторы, которые вошли в исходную обучающую матрицу для создания прогностической регрессионной модели формирования табакокурения у лиц молодого возраста представлены ниже:

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 (пп.1-8, КОС)

Сколько вечеров в неделю Вы обычно проводите со своими друзьями?

№23	Сколько вечеров в неделю Вы обычно проводите со своими друзьями?	
1.	0 вечеров	1.
2.	1 вечер	2.
3.	2 вечера	3.
4.	3вечера	4.
5.	4вечера	5.
6.	5вечеров	6.
7.	6вечеров	7.
8.	7 вечеров	8.

Вопрос № 24 (пп.1-5, КОС)

Как часто вы разговариваете с друзьями по телефону, отправляете им SMS или связываетесь с ними через Интернет?

№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 раз в неделю	4.
5.	Ежедневно	5.

1.3 Отношение преподавателей (Вопрос № 28 (пп.1-5) КОС) – X₃;

Критерий отношения с одногруппниками, однокурсниками был оценен с использованием КОС и представлен следующим образом: «Ниже приведены несколько высказываний об одногруппниках, однокурсниках. Укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из них?»

№28	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)
1.	Мои отношения с одногруппниками доброжелательные (благоприятные)	1	2	3	4
2.	Мои отношения с одногруппниками формальные (отстраненные)	1	2	3	4
3.	Остальные одногруппники воспринимают меня таким(ой), каким(ой) я есть	1	2	3	4
4.	Обучение мне кажется мне сложным	1	2	3	4
5.	Я устаю от занятий	1	2	3	4

Вопрос № 29 (пп.1-5, КОС)

Вот некоторые утверждения, которые могут иметь отношение к Вашему университету. Насколько Вы согласны с каждым из них?

№29	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)
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

Итоговая прогностическая регрессионная модели формирования табакокурения у практически здоровых студентов на основании описанных факторов:

$$Y = -0,50 + (-0,46 \times X_1) + (0,14 \times X_2) + (0,13 \times X_3)$$

После выбора (с использованием ROC-кривой) оптимального порога принятия / отвержения нейросетевой (MLP) модели ее прогностические характеристики на учебном множестве были следующими: чувствительность = 91,4% (95% ДИ 87,0% – 95,0 %), специфичность = 92,6% (95% ДИ 90,2 – 94,8%).

На тестовом множестве чувствительность модели составила 69,6% (95% ДИ 48,5 – 87,0%), специфичность = 90,9% (95% ДИ 83,4 – 96,3%). Сокращение числа входных признаков статистически значимо не изменило чувствительности и специфичности модели по сравнению с моделью, построенной на всех факторных признаках, подтверждает высокую значимость отобранных показателей.

Предложенная нелинейная математическая модель прогнозирования возникновения табакокурения у лиц молодого возраста позволяет с чувствительностью 91,4% (95% ДИ 87,0 – 95,0%) и специфичностью 92,6% (95% ДИ 90,2 – 94,8%) ее прогнозировать.

Применение данной прогностической модели в системе медико-социальной помощи можно продемонстрировать на следующих клинических примерах.

Пример №1. Студентка М, 19 лет, девушка. Сочетание ответов на вопросы КОС определяет характеристику факторов: X_1 X_2 X_3 , подставив в модель значения этих факторов риска, получили вероятность развития неблагоприятного исхода 99,1% – высокий риск вероятности развития возникновения табакокурения.

Пример №2. Студент И., 17 лет, юноша. Сочетание ответов на вопросы КОС определяет характеристику факторов: X_1 X_2 X_3 , подставив которые в модель, получаем вероятность развития неблагоприятного исхода 83,4%. То есть, в таком случае вероятность риска развития возникновения табакокурения снижается.

Таким образом, практическое применение разработанной модели позволит прогнозировать возникновение табакокурения у лиц молодого возраста с учетом силы воздействия каждого фактора, а также их уникальной комбинации в

каждом отдельно взятом случае, что в свою очередь позволит максимально индивидуализировать прогноз, определить «мишени», направления и методы психокоррекционной работы, а также медико-социальной помощи в программе по преодолению возникновения табакокурения у студенческой молодежи.

Резюме по разделу:

В результате проведенного комплексного исследования проблемы развития нарушений адаптации у студенческой молодежи, была разработана математическая модель прогнозирования риска развития адаптационных нарушений у лиц молодого возраста.

На первом этапе была выполнена скрининговая оценка психического и аддиктивного состояния студентов всей выборки ($n = 515$) младших курсов университета. Психофункциональные характеристики исследовали с помощью «САН». Уровень психологического дистресса и степень проявлений адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов определяли с помощью опросника SCL-90-R.

Методом агломеративного минимальной дисперсии (кластеризация методом «k-срединных») было осуществлено деление на три группы в соответствии диагностическим критериям МКБ-10. Далее, с помощью метода бинарной логистической регрессии изучались причинно-следственные связи и устанавливалась роль прогностических факторов риска в формировании адаптационных нарушений.

Построение прогностической модели проводили в два этапа:

1) формирование базы данных клинико-анамнестических признаков и создание статистической матрицы для дальнейшего расчета регрессионного уравнения

2) непосредственный расчет и оценка логической адекватности (математической и клинической) всех полученных прогностических моделей, с целью выбора одной оптимальной. В качестве показателя-отзыва, что прогнозируется, указан риск развития расстройств адаптации («благоприятный

исход» – отсутствие у студента расстройств адаптации и «неблагоприятный исход» – у студента есть риск возникновения расстройств адаптации). В качестве признаков, предшествующих результату адаптационного процесса были включены независимые факторы риска (причины), определенная совокупность значимых признаков, которые являются достоверно связанными с результатами, полученные у студентов на ранних этапах диагностики. В начальную учебную матрицу включено 17 признаков, определены анамнестического и клинико-психодиагностическим методами.

Модель сформирован с использованием 3 факторов – групп признаков:

- фактор 1 «медико-социальный» (на эмоциональном уровне это выражалось в появлении чувства тревожной напряженности в новых условиях)
- фактор 2 «психосоциальный» (на эмоциональном уровне это отражалось в ощущении счастья и удовлетворенности жизнью)
- фактор 3 «социальный» (отражает функциональные семейные отношения, на эмоциональном уровне это отражалось чувством уверенности в себе). На втором этапе получали коэффициенты регрессии, методом обратной селекции по процедуре «quasi-Newton оценивания». В качестве критерия проверки значимости использовали статистику Вальда (Wald).

Полученные таблицы спецификаций позволили рассчитать диагностические характеристики для этой модели: чувствительность - 93,4%; специфичность - 88,3%; эффективность - 60,9%; прогностическую ценность положительного результата - 90,0%; прогностическая ценность отрицательного результата - 21,2%. Все полученные диагностические характеристики достаточно высоки. Поэтому модель можно использовать как диагностический тест.

Бинарная логистическая регрессия, полученная нами, является адекватной и работоспособной математической моделью для индивидуального прогнозирования риска формирования нарушений адаптации лицами молодого возраста, способствует совершенствованию диагностических и профилактических мероприятий модели системы медико-социальной помощи данному контингенту.

При разработке многофакторной математической модели прогнозирования риска развития адаптационных расстройств у лиц молодого возраста использованы результаты комплексного обследования студентов первого курса с помощью социально-демографического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического и психодиагностического методов с анализом обстоятельств приобщения к курению, отношение первокурсников к рекламе табака, склонности к пассивному курению, а также изучение потребностей студенческой молодежи первого года обучения в университете в оказании им медико-социальной помощи по данному поводу.

Предложенная нелинейная математическая модель прогнозирования риска развития адаптационных расстройств у лиц молодого возраста позволяет с чувствительностью 90,3% (95% ДИ 86,0% -94,0 %) и специфичностью 91,5% (95% ДИ 90,1% -93,6%) ее прогнозировать.

Практическое использование разработанной модели прогнозирования риска развития адаптационных расстройств у лиц молодого возраста позволит прогнозировать возникновение расстройств адаптации у студенческой молодежи первого года обучения в университете, позволит максимально индивидуализировать прогноз, определить «мишени», психотерапевтической и психокоррекционной работы в рамках модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста.

С целью выявления факторов и оценки степени их влияния на возникновение табакокурения у студенческой молодежи была разработана математическая модель прогнозирования возникновения табакокурения у лиц молодого возраста. Для определения факторных признаков, связанных с формированием табакокурения, оценки направления и силы их влияния, использован метод построения многофакторных математических моделей.

Предложенная нелинейная математическая модель прогнозирования возникновения табакокурения у лиц молодого возраста позволяет с чувствительностью 91,4% (95% ДИ 87,0% -95,0%) и специфичностью 92,6% (95% ДИ 90,2% -94,8%) ее прогнозировать.

Практическое применение разработанной модели позволит прогнозировать возникновение табакокурения у лиц молодого возраста с учетом силы воздействия каждого фактора, а также их уникальной комбинации в каждом отдельно взятом случае, что в свою очередь позволит максимально индивидуализировать прогноз, определить «мишени», направления и методы психокоррекционной работы, а также медико-социальной помощи в программе по преодолению возникновения табакокурения у студенческой молодежи.

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

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

РАЗДЕЛ 7

МОДЕЛЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО– СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (ПСИХОГИГИЕНА, ПРИХОПРОФИЛАКТИКА, ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ) РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ, ИМЕЮЩЕЙ ОПЫТ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ежегодно около 41% курильщиков табака хотят избавиться от этой пагубной привычки, но лишь 10% из них удается достичь положительных результатов [236].

Выбор тактики оказания медико–социальной помощи лицам, имеющим опыт употребления ПАВ, в частности табакокурения, обусловлен как типом поведения лица, который курит табак, так и ее психологической готовностью, а также уровнем мотивации отказа от табакокурения [140, 159, 236, 248].

7.1. Принципы системы модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста при расстройствах адаптации, имеющих опыт табакокурения

Результаты проведенного клинико–психопатологического и психодиагностического исследований позволили сформулировать общие требования к организации психотерапии и психокоррекции нарушений и расстройств адаптации у студенческой молодежи, имеющих опыт табакокурения.

На сегодня существует много методов терапии табакокурения, которые включают: психотерапию, рефлексотерапию, медикаментозное, физиотерапевтическое лечение. Ведущими в этом комплексе выступают психотерапевтические методы, с помощью которых достигается необходимый уровень мотивации и готовности студентов первого курса отказаться от курения.

При разработке модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста, имеющим опыт табакокурения у студенческой молодежи были использованы принципы и подходы, а именно:

- единство психосоциальных и биологических методов воздействия;
- комплексность, что позволяет интенсифицировать медико–социальную помощь за счет взаимного потенцирования;
- этапность;
- партнерство, заключается в привлечении самого молодого человека к совершению психотерапевтического воздействия;
- индивидуальное и групповое психотерапевтическое воздействие;
- дифференцированное информирование патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий при совпадении индивидуальных и групповых форм работы со студентами первого курса, имеющими опыт табакокурения, активным привлечением к процессу медико-социальной помощи членов их семей и близкого окружения.

Общими принципами построения системы медико-социальной помощи было сочетание методов разъяснительной, рациональной, косвенной, телесно-ориентированной, когнитивно-поведенческой, суггестивной (внушение) и эмоционально-стрессовой психотерапии в сочетании с психолого-педагогическим сопровождением (наставничество).

На основании вышеизложенного, психотерапия табакокурения строилась на основе принципов системности, комплексности, этапности и многоуровневости воздействия с учетом индивидуально-личностных особенностей и эмоционального состояния курильщиков, эмоционально-стрессового (саногенного) воздействия на организм и личность студентов начальных курсов.

Кроме того, включение лиц с дезадаптационными состояниями и опытом табакокурения в психотерапевтическую группу требовало наличия четырех условий:

- желание молодого человека избавиться от употребления табака, его внутренняя установка полностью и навсегда покончить с курением;
- важность осознания непосредственной связи курения с его здоровьем;

- необходимость его активного участия в психокоррекционной программе по отказу от курения, а также психологическая поддержка близких и друзей;
- неуклонное выполнение инструкций и указаний по поддержке антикурильных мероприятий.

Медико-социальная помощь лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющим опыт табакокурения проводилась в три этапа: подготовительный, собственно психокоррекционный и поддерживающий и определялась психотерапевтическими задачами, которые изменялись, а психотерапевтическое воздействие отличалось по форме, направленности и содержанию.

На первом (подготовительном) этапе осуществляли консультативный прием, психопатологическое и психодиагностическое исследование, а также отбор студентов, которые согласились на психотерапевтическую коррекцию. Мероприятия начинали с психотерапевтической беседы, обеспечение контакта с исследуемым, установления доверия и проведения рациональной психотерапии по разъяснению о вреде употребления табака, укрепления волевых усилий студентов первого года обучения, направленных на сдержанность.

При этом, как всякий системный психотерапевтический подход, он состоял из когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого) компонентов и адресовался как трем подсистемам личности: интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной.

В задачи когнитивного компонента входило повышение уровня информированности студентов первого курса в вопросах курения и табачной зависимости, а также их последствий.

Целью аффективного (эмоционального) компонента была дезактуализация переживаний, связанных с никотиновой зависимостью и ее негативным влиянием на организм молодого человека.

В задачи конативного компонента входила оптимизация межличностных отношений с ближайшим окружением (друзья, знакомые, родители, преподаватели и т.д.).

Основной задачей первого этапа было установление стойкого психотерапевтического контакта со студентами младших курсов, преодоление психологического сопротивления, создание мотивации на взаимодействие по прекращению курения, дезактуализация абстинентных явлений. С этой целью беседу начинали с вопросов о дошкольном и школьном периодах жизни, успешности в школе и высшем учебном заведении, семейно-бытовых условиях, особенностях характера, взаимоотношениях с родителями, близкими, друзьями и сотрудниками университета.

Анамнез заболевания начинали с выяснения о курении родителей и ближайшего окружения, обстоятельств привлечения к нему, количества сигарет, выкуриваемых в течение дня и их частоту. Такие симптомы, как болезненное влечение к никотину и потерю контроля за количеством сигарет, выкуриваемых устанавливали с помощью специального опросника. Для диагностики табачной зависимости уточняли наличие (или отсутствие) абстинентного синдрома (его тяжесть, продолжительность, сомато-вегетативные, невротические или психические нарушения), а также проявлений характерологических особенностей респондента и выясняли, как сказывается курение на успеваемости, степени готовности студентов к отказу от курения, оценке антикурительной мотивации.

Для определения степени табачной зависимости применяли тест TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test), основанный на оценке тяжести ее проявлений (1–7 баллов – стиль безопасного употребления никотина; 8–15 баллов – чрезмерное или рискованное потребление никотина; 16–19 баллов – употребление никотина с вредными последствиями, несущий за собой высокий риск будущего ущерба здоровью; 20 баллов и выше – зависимые состояния).

При наличии менее 7 баллов (степень А) по тесту TOBACCO-UDIT для коррекции табакокурения студентов начального курса проводили им только психотерапию; при 8–15 баллах (степень В) у молодых людей проявлялась умеренным физическим компонентом и при комплексном сопровождении курильщиков использовали комбинацию психотерапии и фармакотерапии. В

случаях, когда физическая зависимость от никотина была выражена 20 баллов и выше, (степень Д), – зависимые состояния, поскольку, фармакотерапия выступает обязательным дополнением к психотерапии, направляли для лечения в специализированные учреждения здравоохранения.

В заключительном разделе анамнеза уточняли, обращался раньше студент первого года обучения за помощью к специалистам (психотерапевтам, рефлексотерапевтам), если да, то какими методами его лечили. Выясняли также отношение к табакокурению, причины согласия на психокоррекцию: поддержка здорового образа жизни, повышение бюджета за счет прекращения курения, «уже давно не модно курить» и др.

На данном этапе (подготовительном) продолжительностью 1-2 недели студентов-первокурсников обучали простейшим навыкам самонаблюдения и самоконтроля, в том числе заполнению специального дневника, включавшего: данные об условиях, провоцирующих желание курения табака, нахождение в студента в прокуренном помещении, увиденное и услышанное о табакокурении и т. д.; субъективные ощущения (воспоминания, представления, эмоциональное состояние, которое провоцирует желание закурить) изменение самочувствия, наступающего после выкуривания сигареты с табаком (успокоение, сосредоточенность и т. д.).

После тщательного сбора анамнеза, проведения патогенетического, психопатологического и психодиагностического обследования осуществляли психотерапевтическую беседу с подробной иллюстрацией последствий табакокурения на организм молодого человека. Психотерапевтические беседы были мотивированными, имели конкретный смысл, доступный и понятный курильщику табака, убедительный и эмоциональный.

В процессе беседы разъясняли сущность и закономерность развития табакокурения, обсуждали соматические, неврологические и психические нарушения, а также личностные и социальные проблемы. Особое внимание слушателей из числа исследуемых обращали на пагубное влияние

табакокурения на эндокринную, сердечно-сосудистую, опорно-двигательную, половую системы и органы дыхания. Во время психотерапевтической беседы предоставляли информацию о методах воздействия, объясняли основные цели и задачи психотерапии.

Целесообразность применения психотерапии обосновывалась ее влиянием на биологическую сферу личности и нормализацию функциональной активности нервной системы, а также выработки нейтрального отношения к табаку, его употреблению и вкусу.

На втором этапе (1,5-2 месяца) проводили дифференцированную (с учетом формы употребления и особенностей преморбида респондента) психотерапевтическую работу по обучению приемам саморегуляции, аутотренинга и групповую психокоррекцию.

Целью курса аутотренинга было научить студентов первого курса высшего учебного заведения управлять компонентом патологического влечения к табакокурению, особенно интенсивно проявляющегося при прекращении курения табака. С этой целью использовали техники, способствующие переключению и угасанию доминирующих мнимых, а также образных желаний повторно закурить. Например, с появлением мысленных желаний курения табака студент на выдохе несколько раз произносил слово «нет» и сосредоточивал свое внимание на дыхании, достигая плавности, медлительности и естественности. Другим примером была концентрация внимания на биении своего пульса на одном из пальцев руки. Почувствовав и зафиксировав его в памяти, необходимо было перенести внимание на аналогичный палец другой руки. Для переключения внимания рекомендовалось повторять про себя слово, несущее в своем содержании спокойствие, например «мир», «покой» и т.д. С появлением образных воспоминаний и представлений себя курящим, сопровождавшихся вкусовым и обонятельным ощущением табачного дыма в полости рта или горле, рекомендовали использование механизма замещения. В состоянии расслабления и покоя куритель давал самому себе установку на образное представление спокойной картины типа медленно плывущих облаков, теплого песка и шороха

морских волн, то есть тех образов, которые способствовали успокоению, расслаблению и снижению эмоциональной напряженности.

Необходимость использования аутотренинга зависела от частоты и интенсивности появления мнимых, образных воспоминаний и желаний закурить. При выраженности симптоматики вегето-сосудистого и невротического компонентов влечения к табакокурению основная задача аутотренинга состояла в обучении студента начального курса, который курит, контролю за эмоциональным состоянием негативной направленности.

Групповая психокоррекционная работа проводилась с группами в 10-14 человек продолжительностью 1,5-2 часа 1-2 раза в неделю. Общее количество занятий колебалось от 5 до 10. Цель групповой психокоррекционной работы – обучение курильщиков, новым формам поведения, которые заменили бы сложившийся стереотип, что провоцирует желание закурить. Для изменения привычных поведенческих стереотипов студентам рекомендовали способы индивидуального разрешения ситуаций: например, при желании курения необходимо было выпивать маленькими глотками с паузами стакан воды; съесть яблоко или морковь, тщательно и медленно пережевывая каждый кусочек; сделать несколько физических упражнений, интенсивность и частота которых определялась индивидуально. Ролевой тренинг проявлял не только типичные ситуации, которые способствуют курению, но и обеспечивал способы их разрешения. Групповая работа формировала навыки самоконтроля, самоанализа и поведенческих реакций.

Многочисленными исследованиями ученых доказана эффективность, в первую очередь, суггестивных методов воздействия и поэтому основной упор делался на приемах эмоционально-стрессовой психотерапии. При этом руководствовались следующими основными теоретическими положениями и концепциями:

1. Согласно теории Г. Селье (1979) и Л. Х. Гаркави (1990) эмоциональный стресс может приобретать для организма и личности разные качества – как стимуляционно-активирующие и лечебные, так и болезнетворные.

2. Эмоционально-стрессовая психотерапия адресуется как к сознанию студента, так и к его подсознательной и психической бессознательной среды.

3. Базовым принципом эмоционально-стрессовой психотерапии является ориентация на «специализацию» мозговых полушарий (табл. 7.1).

Таблица 7.1

«Специализация» мозговых полушарий

№	Левое полушарие - рациональное (бодрствование), преобладает сознание	Правое полушарие - интуитивное (гипнотранс), преобладает бессознательное
1	вербальное	невербальное
2	логико-грамматическое	визуально-пространственное
3	рациональное	интуитивное
4	конкретное	абстрактное
5	аналитическое	синтетическое
6	управляемое	спонтанное
7	концентрированное диффузное	диффузное
8	напряженное комфорт	комфорт

4. Информация, представленная в субсенсорном режиме восприятия, усваивается человеком с эффективностью во много десятков, сотен раз превышающая норму, то есть 97% психической деятельности у людей протекает на уровне подсознания и только 3% – на осознаваемом уровне.

5. В основу модели системы медико-социальной помощи студенческой молодежи первого года обучения положена новая концепция механизмов саногенеза эмоционально-стрессовой психотерапии с позиции фазатонной теории, согласно которой мозг может быть представлен как квазикристаллическая структура, состоящая из однотипных модулей-фазатонов, каждый из которых является осциллятором, который осуществляет пространственно-временную координацию событий в организме человека и имеет саногенный механизм.

Стандартная психологическая поддержка относительно отказа от табакокурения включала:

- укрепление мотивации на отказ;
- обучение методам психологической подготовки по отказу от табакокурения и приемам преодоления желания закурить;

К содержанию занятий в группах входило:

1. Работа по преодолению тяги к табакокурению, создание критического отношения к аддиктивному поведению, формирование здорового образа жизни.
2. Обучение способам дезактуализации первичного патологического влечения к табакокурению, обостряющегося в ремиссии и адаптации в микросреде.

За счет повышения внушаемости добивались максимального усвоения информации, что позволяло в короткое время редуцировать патологическое влечение к табакокурению и зафиксировать у исследуемых ключевые составляющие антитабачной эмоционально-стрессовой психотерапии.

Одной из важных задач успешного проведения эмоционально-стрессовой психотерапии было формирование в группе эмоционального напряжения, что усиливало внушаемость.

Студентам-первокурсникам с нарушениями и расстройствами адаптации на доступных примерах объясняли, что все люди имеют восприимчивость к внушению. Именно эту группу сформировали из их числа. Приводили примеры воздействия на человека. Объясняли, как с помощью таких же действий на высоте стресса можно создать устойчивую рефлекторную связь, названную поведенческой программой, которая работает на уровне подсознания и бессознательного, независимо от контроля исследуемого. Целенаправленно описывали специфические ощущения, что возникнут у них в процессе сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии (слезотечение, слюнотечение, тошнота или рвота, побледнение кожных покровов, покачивания до падения). Поэтому при малейших ощущениях, названных выше, им необходимо было предупредить нас, чтобы вовремя оказать необходимую помощь. Объясняли также, что такие

ощущения обусловлены сосудисто-двигательными реакциями в соответствующих отделах центральной нервной системы и проявляются в коллаптоидных состояниях в связи с глубинными изменениями в организме.

Для лучшего восприятия эмоционально-стрессового воздействия применяли модифицированный метод холотропного дыхания (пневмокатарсис), ориентированный на разрушение или существенное изменение патологических психологических установок личности.

При проведении сеанса студентам младших курсов предлагали сделать глубокий вдох и резкий выдох в течение 10 минут. Инструкцию они выполняли в положении сидя, руки на коленях, рот полуоткрытый, глаза закрыты. Дыхание должно быть ритмичным, осознанным и регулируемым. Вдох и выдох чередовался без пауз. Состояние пневмокатарсиса достигалось с помощью длительной гипервентиляции и осуществлением вербального контакта со студентом, суггестивного характера, во время которого «закладывали» в подсознании исследуемого полное неприятие и непереносимость запаха дыма и вкуса табака с формированием новых мотивов поведения, взаимосвязанных с подавлением компонентов влечения к никотину.

Групповойсеанс эмоционально-стрессовой психотерапии осуществляли в специально вентилируемом кабинете, рассчитанном на 10-15 человек.

Эта часть сеанса проводилась на высоком эмоциональном уровне путем использования коротких эмоционально насыщенных фраз, сказанных с безапелляционностью. Во время сеанса создавали высокий уровень концентрации внимания. Формула внушения была короткой и ритмической для поддержки структурной схемы и сохранения вызванных в процессе внушения соматовегетативных изменений. Группу студентов из 10-15 человек ставили полукругом в положении стоя. Каждый из них держал в одной руке пепельницу, а в другой сигарету. По нашей команде все они одновременно начинали интенсивно курить, не вынимая сигарету изо рта. Появление непереносимости запаха дыма и вкуса табака проявлялась не только в форме слезотечения, слюнотечения, спазма в желудке, но и тошноты и рвотного реакции, вплоть до

рвоты. Во время сеанса осуществляли пальцевое надавливание на точки Валле продолжение императивной суггестии. Всего на втором этапе проводили 2-3 сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии.

В процессе внушения блокировали патологическое влечение к табакокурению у студенческой молодежи первого курса обучения с целью формирования устойчивой поведенческой программы воздержания от курения табака.

Третий (заключительный) этап был направлен на закрепление установки здорового образа жизни, проведение поддерживающих сеансов психотерапии студентам первого курса (1 – 2 сеанса в месяц) в течение года.

Основными задачами этого этапа были:

- поддержка студенческой молодежи и ее адаптация к реальным условиям жизни;
- укрепление установки на дальнейший здоровый образ жизни с полным отказом от курения табака;
- предупреждения рецидивов табакокурения.

Поддерживающая программа включала в себя индивидуальную и групповую психотерапию.

Так, индивидуальная психотерапия данного контингента студентов была направлена:

- на достижение осознания наличия у них симптомов проявлений употребления табака с вредными последствиями и необходимости психокоррекции;
- убеждение в непосредственной связи между заболеваниями органов дыхания, возникающее в результате табакокурения; адекватного отношения к психотерапии.

Также обсуждались цели и задачи взаимодействия, механизм действия психотерапевтических методик, применяемых для заинтересованности курильщиков, в проведении психотерапии.

В процессе групповых сеансов обсуждали причины, закономерности развития, проявления и последствия табакокурения. В дискуссиях использовали приемы «диалога Сократа», «психотерапевтического зеркала», подробно останавливались на воздействии никотина на сердечно-сосудистую, опорно-двигательную, эндокринную, половую сферу и органы дыхания.

Во время индивидуальных бесед проводили разъяснительную, рациональную, косвенную психотерапию, направленную на повышение степени осознания паттерна аддиктивного поведения, мотивации к психотерапии, формирование целостной картины зависимости путем анализа объективной симптоматики, факторов из жизни студента, свидетельствующие о наличии у него паттерна аддиктивного поведения, укрепления веры в успех психотерапии. Групповое обсуждение, дискуссии были направлены на повышение степени информированности студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации о механизмах развития табакокурения.

Целью групповой психотерапии было повышение необходимости сохранения у студенческой молодежи начальных курсов эмоционально значимых связей с окружающими, выработки социально-приемлемых способов самоутверждения и решения интерперсональных конфликтов, используя для этого социально-ролевой тренинг.

Также использовали суггестивную психотерапию для курильщиков. Для этого использовались внушения, представление как дополнение к рациональной психотерапии. Студентам, которые подтвердили на предыдущей встрече желание прекратить курение, предлагалось явиться на основной сеанс, воздержавшись от курения не менее суток. Чем более выражены были у них симптомы отмены, тем эффективнее проходил сеанс терапии. Кроме того, процедура проходила с обучением их навыкам саморегуляции. Степень активности студентов первого года обучения с нарушениями и расстройствами адаптации во время этой части сеанса повышалась. Сама процедура с этого момента проводилась на фоне диафрагмального дыхания. Параллельно проводили установку на повышение уверенности, усиление мотивации на отказ,

нейтрализацию положительных ассоциаций, связанных с табакокурением и заменой их на негативные.

Таким образом, в процессе сеанса решались следующие задачи:

- уменьшение или купирование синдрома отмены;
- усиление мотивации на отказ от табакокурения и выработки уверенности в своих собственных силах;
- разрыв привычного жизненного стереотипа, связанного с табакокурением и замена его на более «здоровый» вариант, исключающий курение;
- выработка навыков произвольной саморегуляции с помощью которых уменьшалась выраженность проявлений симптомов отмены.

С помощью суггестии устраняли невротические проявления, возникающие в структуре абстинентного синдрома, укрепляли мотивационно-волевые установки на психотерапию. Другая задача состояла в том, чтобы выработать отрицательную условно-рефлекторную реакцию на запах дыма, вкус, вид табачного дыма и сигарету. В среднем проводилось 10-12 сеансов по 30 минут каждый. Во время сеанса курильщика вводили в гипнотический транс по одной из традиционных методик (с использованием фиксации взгляда, метронома или только словесного внушения). Затем проводили внушение следующего содержания: «Вам приятно и хорошо», «Сердце бьется ровно, спокойно», «Дыхание глубокое, равномерное», «С каждым дыханием в организм проникает приятное ощущение свежести и здоровья», «Но вот в воздух вплетается струя ядовитой примеси, это табачный дым, запах горения и разложения», «Вас мутит, тошнит, рвет», «Запах и вкус табачного дыма невыносим, отвратителен» (и в этот момент в лицо больному вдувают табачный дым). «Теперь запах табачного дыма и даже один вид курящих, будет вызывать у вас головокружение и тошноту», «С каждым последующим сеансом гипноза отвращение к табаку будет усиливаться и нарастать». Сеанс завершался возвращением студента к релаксированному состоянию с внушением бодрости в постгипнотическом периоде и состоянием отказа от табакокурения.

Цель психотерапевтического сеанса – формирование антикурительных эмоциональных реакций в подсознании (правое полушарие мозга), умственное, психотерапевтическое воздействие на проективное антикурительное поведение (кора головного мозга и его левое полушарие), устранение невротических реакций, страха, тревоги. Данный сеанс осуществляли на фоне положительных эмоций в комфортных условиях.

Через музыку стимулировали правое полушарие (бессознательное, интуитивное, эмоциональное), для чего использовали следующие классические музыкальные произведения: Bizet «Aragonaise» (Carmen Suite no.1) Marchello «Andante y Speccato uit hobo Concerto in b- mind»; Chopin «Prelude no 7 in a op.28» (Les Sylphids) Bach «Branderbyrg Concerto № 1 Adagio»; Monty «Chardash»; Rachmaninov «vocalize op.34-14»; Greig «Holberg Suite op.40»; Massenet «Meditation, from Thais»; Farcas «Lassu», Moderato «maestoso»; Laszt «Liebestraum no.3 as-dur op.62»; Schubert «Ave maria»; Satie «Gymnopedie №1»; Mario Ali Durand «Sutuev (volin, vocal) & «Tango Para Tres». Сеанс длился 20-25 минут.

В комплекс психотерапевтических мероприятий у студентов первого курса с нарушениями и расстройствами адаптации входила и аверсивная терапия, направленная на выработку отрицательного условного рефлекса на табакокурение с использованием специального приема «быстрого курения». В основе метода лежит принцип, согласно которому подкрепляющий аспект любого стимула редуцируется и в конце концов становится аверсивным в том случае, если этот стимул предъявляется с необычно высокой частотой и интенсивностью. Таким образом, в этом случае в качестве отрицательного безусловного раздражителя (аверсивного стимула) использовали именно курение.

Сеансы «быстрого курения» проводили, как правило, с группой студенческой молодежи первого курса, которые курят (двое-пятеро студентов), что способствовало взаимной индукции и созданию атмосферы сотрудничества. На сеанс в качестве «зрителей» приглашали будущих участников терапии. Перед его началом эмоционально заявляли, что «Курить будет противно, гадко,

мерзко», «Вид и запах табачного дыма вызывает отвращение, кашель, слезотечение, слюнотечение, тошноту и рвоту». Затем следовала команда: «А теперь курите!». В дальнейшем через каждые 6 секунд давалась команда «Затягивайтесь», и студенты курили в таком ускоренном темпе до появления рвоты. Всего проводили два-три сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии.

У всех студентов начальных курсов, которые согласились на психотерапию, формировали установку на следующие этапы жизни без никотина, используя при этом весь арсенал психотерапевтического воздействия. Составной частью проводимых мероприятий было использование приобретенных новых навыков и умений, важнейшим из которых было умение противостоять давлению курящего окружения, которое закреплялось в процессе психокоррекционной работы и было важным для повышения эффективности модели системы медико-социальной помощи в отказе от курения.

Никотиновую заместительную терапию начинали с адекватной замены табака после прекращения курения для устранения синдрома отмены. Это было необходимо для студентов первого курса, выкуривающих до 20-ти сигарет в день, а также тем, кто выкуривал первую сигарету в течение 30-ти минут после пробуждения, и студентам, которые уже имели неудачные попытки бросить курить (сильная тяга к сигаретам в первую неделю отмены). При этом использовали заместительную терапию: в виде жевательной резинки и пластыря Никоретте®.

Жевательные резинки назначали студентам-первокурсникам, которые курят, в разовой дозе 2 - 4 мг (1-2 жевательной резинке) каждые 1-2 часа в течение дня, то есть до 15 резинок в течение 3-х месяцев, затем дозу постепенно снижали до 2 - 4 мг в сутки с последующим упразднением. Полный курс лечения жевательными резинками длился от 6 до 12 мес.

Терапию с применением никотинового трансдермального пластыря Никоретте® назначали в случаях, когда студенты, которые курят, употребляли 20 сигарет в день. Поэтому в течение первых 8 недель рекомендовали использовать пластырь с дозировкой никотина 25 мг / 16 часов, затем следующие

2 недели - пластырь с дозировкой 15 мг / 16 часов и последние 2 недели - пластырь с дозировкой 10 мг / 16 часов. В ситуациях, первокурсники, которые курят, употребляли менее 20 сигарет в день в течение первых 8 недель рекомендовали использовать пластырь с дозировкой никотина 15 мг / 16 часов, а последние 4 недели - пластырь с дозировкой 10 мг / 16 часов. Пластырь поддерживал постоянный уровень никотина в крови и был незаметным под одеждой.

7.2. Психопревенция нарушений и расстройств адаптации у лиц первого года обучения, имеющих опыт табакокурения

Курение является серьезной медико-социальной проблемой и одной из главных причин смертности и инвалидности во всем мире. Курение – единственный модифицированный фактор риска ряда таких социально-значимых болезней, как сердечно-сосудистые, легочные, онкологические, эндокринные и другие неинфекционные заболевания, которые можно предотвратить. Следует выделить, что табакокурение выступает коморбидной составляющей нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста. Поэтому наиболее актуальным на сегодня представляется комплексный подход к профилактике заболеваний, связанных с табакокурением, с учетом раннего выявления факторов риска или симптоматики этих заболеваний, а также применением мер по предупреждению потребления табака.

В связи с этим психогигиена и психопрофилактика, в модели системы медико-социальной помощи, были комплексными, дифференцированными, последовательными и влияли на все компоненты психического и психосоматического здоровья человека – анатомо-физиологический, психологический, социально-психологический и социальный. Только при этих условиях были разработаны эффективные меры по предупреждению, раннему выявлению и своевременному этиологическому и патогенетическому влиянию на

студческую молодежь с дезадаптационными состояниями и опытом табакокурения.

Для реализации целей исследования был разработан комплекс психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, включавший первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Целью психогигиены, а также первичной психопрофилактики табакокурения является сохранение, укрепление и обеспечение нервно-психического здоровья человека.

Объектом психогигиены и психопрофилактики выступали факторы риска нарушения каждого из вышеуказанных компонентов психического и психосоматического здоровья, которые играли причинную, усиливающую и провоцирующую роль в развитии психической патологии.

Основными факторами риска нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих опыт употребления табака, являлись: низкая культура поведения и воспитания в области гигиены и психогигиены; неумение противостоять психотравмирующей ситуации и решать жизненные проблемы, а также совмещать работу, активный отдых и здоровый образ жизни.

Для разработки и реализации эффективной психопрофилактики, связанной с табакокурением среди лиц молодого возраста, необходимо комбинирование государственных мероприятий и индивидуальных, популяционных стратегий, формулировка приоритетов, направленных на управляемые факторы риска. Кроме того, они должны быть дифференцированными в различных группах риска.

Вторичная психопрофилактика заключалась в раннем выявлении лиц с табакокурением с целью предупреждения нарушений и расстройств адаптации, предупреждении их неблагоприятной динамики (декомпенсации, рецидивов, увеличение и прогрессирования).

В задачи третичной психопрофилактики входило предупреждение вновь возникших у студенческой молодежи первого года обучения отдельных признаков нарушений и расстройств адаптации.

Таким образом, вся система психогигиены и психопрофилактики проводилась в четыре этапа. Так, первому этапу предшествовало предупреждение воздействия на организм биогенных факторов. Оно начиналось с пропаганды регулярного питания, правильного отдыха и умственного труда.

Первый этап (от 1 до 2-х месяцев) состоял в психогигиене и психопрофилактики умственного труда (правильная подготовка к занятиям, модульным контролям, зачетам, экзаменам, физических и психических нагрузок), устранении факторов риска к заболеваниям путем обучения методам психической саморегуляции, аутогенной тренировке, а также психогигиенической информированности студенческой молодежи первого года обучения о вреде никотина и его последствиях.

Психопрофилактические мероприятия на втором этапе (от 2-х до 4-х месяцев) включали психологическую коррекцию, направленную на нивелирование негативных характерологических черт, обучение правильным формам реагирования в сложных стрессовых ситуациях и проведения социально-психологического тренинга, который имел цель формирование правильного обучения в коллективе (группа, академическая группа, поток, курс, факультет, университет). Целью проведения психогигиенических мероприятий среди студентов первых курсов было предоставление информации о вреде табакокурения и его последствий. Последнее было особенно значимо для молодых людей с чертами тревожной мнительности, что приводило к неадекватным реакциям на то или иное заболевание, а порой и к развитию тревожно-депрессивного и ипохондрического расстройства. В этой связи была разработана специальная тематика буклетов, занятий, бесед, лекций и видеороликов, проведенных на каждом этапе психопрофилактики, а также алгоритм организации оказания медицинской помощи по профилактике и пресечению потребления табака студенческой молодежью высшего учебного заведения, а именно:

– выявление студентов первого курса, которые активно курят табак и подвергаются воздействию окружающего табачного дыма (пассивное курение);

- раннее выявление факторов риска развития болезней, связанных с табакокурением;
- предоставление целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению табакокурения по стратегии короткого вмешательства;
- диагностику статуса, степени и формы табакокурения, готовности отказаться от курения табака;
- предоставление дифференцированной помощи курильщикам с учетом интенсивности, степени и формы табакокурения, а также готовности отказаться от курения.

Важную роль в процессе отвыкания от табакокурения многие исследователи придают наличию и степени выраженности у курильщика соответствующей мотивации. Оценку степени мотивации отказа от курения проводили с помощью двух простых вопросов (ответы в баллах): «Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?» и "Как сильно Вы хотите бросить курить?». Сумма баллов по отдельным вопросам определяла степень мотивации студентов первого года обучения в отказе от курения. Максимальное значение суммы баллов – 8, минимальное – 0.

Степень мотивации определяли следующим образом:

- сумма баллов более 6 означала, что студенческая молодежь первого года обучения имеет высокую мотивацию к отказу от табакокурения и ему предлагали медико-социальную программу с целью полного отказа от курения;
- сумма баллов от 4-6 – слабая мотивация, поэтому рекомендовали студентам начального курса университета медико-социальную программу с целью снижения табакокурения и усиления мотивации;
- сумма баллов ниже 3 означала отсутствие мотивации и студентам младших курсов предлагали лечебную программу снижения интенсивности табакокурения.

Третий этап (6-8 месяцев) психопрофилактики заключался в выработке у исследуемых черт характера и личности. К числу гармоничных черт, сформированных в процессе воспитания, входили адаптивность, благоразумие,

реализм в оценке окружающих, самооценка; независимость, обязательность, способность менять ситуацию и др.

Дисгармоничные черты характера альтернативные перечисленным выше. Это дезадаптивность, безрассудство, ригидность, нереализм, неадекватность самооценки и уровня притязаний, несамостоятельность, эгоцентризм и т.д. Данные черты определяют незрелость, инфантильность личности в целом и способствуют возникновению деструктивного конфликта, психологической и социально-психологической дезадаптации. Поэтому предупреждение формирования дисгармоничных черт характера личности, составляет содержание третьего этапа психопрофилактики, состояла в их нивелировании и выработке адекватного стереотипа реагирования на психотравмирующие и стрессовые ситуации, повышении адаптационных возможностей личности в целом. С чертами гармоничного и дисгармоничного характера знакомили студентов начального курса на специальных лекциях и беседах на темы: гармоничный характер и его основные черты, способствующие адаптации личности; дисгармоничный характер и его роль в нарушении психического, соматического здоровья и дезадаптации; способы преодоления дисгармоничную и выработки гармоничных черт характера. На последней лекции проводили психологическую коррекцию, персоналистическую психотерапию с тренингом личностного роста и полным отказом от курения.

Четвертый этап (1-2 месяца) психопрофилактики состоял из ликвидации патогенных факторов, способствующих возникновению психической патологии у студентов первого года обучения и отсутствию психической и физической зависимости от табакокурения. На данном этапе проводили занятия на темы: причины и условия развития различных вариантов дезадаптации, социальный вариант дезадаптации; психологический вариант дезадаптации; социально-психологический вариант дезадаптации.

7.3. Психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) в университете, как управление траекторией развития студенческой молодежи и формирования здорового образа жизни у лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения

В нашем современном обществе остро стоит вопрос профилактики аддиктивного поведения у студенческой молодежи. Выбор студентов первого курса в сторону вредных привычек с каждым годом только возрастает. Они ищут пути решения своих проблем, переживаний, в чем-то очень простом, что не требует долгой работы над собой и своим состоянием. Ведь куда проще выплеснуть свою негативную энергию, страхи, переживания, неосознанность на другого человека, употребить алкоголь, выкурить сигареты, но ведь это не решает проблемы, а лишь затуманивает их на короткий срок. Куда сложнее начать решать их в долгосрочной перспективе. Молодой человек сразу не задумывается, как это отразится на его психическом и физическом здоровье в последующем, ведь сейчас, его ничего не беспокоит. Только после, жизнь расставит всё, на свои места и кто-то сделает верный выбор, шаг в светлое и здоровое будущее, а кого-то ждёт поражение и разочарование.

В психопреентивных информационных тренировках, показана необходимость физического, духовного и социального благополучия и важность сделать правильный выбор именно здесь и сейчас.

7.3.1 Психогигиеническая и психопреventивная информационная тренировка психолого-педагогического сопровождения (наставничества) «Брось курить!»

Первая история затрагивает острую медико-социальную, наиболее распространенную, проблему табакокурения, представляющую серьезную опасность для здоровья лиц молодого возраста. Курение приводит к формированию табачной зависимости и способствует развитию целого ряда хронических неинфекционных заболеваний, составляющих приблизительно 80% в структуре смертности населения. Главные герои – спортсмен, занимающийся легкой атлетикой, футболом и молодой парень, с опытом табакокурения.

На одной из своих тренировок, футболист во время разминки на свежем воздухе замечает парня, сидевшего сзади с сигаретой во рту и принимает решение пригласить его поравняться силами и пробежать определенную дистанцию. Не долго раздумывая, отрицательный герой принимает его предложение. Уже после первого круга, парню становится «плохо», он начинает задыхаться, появляется сильная одышка и тяжесть в груди. От сильной боли и усталости, он останавливается, чтобы хоть немного прийти в себя. Наш спортсмен видя, как ему тяжело, показывает путь решения проблемы и избавляет его от сигареты, тем самым поддерживая и протягивая руку помощи. Остаток дистанции они пробежали вместе плечом к плечу.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции молодых людей.

На наглядном примере происходит психогигиеническое информирование студентов первого года обучения в университете о вреде табакокурения и его негативных последствиях а также демонстрация поддержки из близкого окружения в принятии верного решения.

«Не оставайтесь равнодушными к окружающим вас людям, помогите им, если они в этом нуждаются, ведь только вместе мы можем изменить судьбы многих людей!» – девиз наставничества.

7.3.2 Психогигиеническая и психопреventивная информационная тренировка психолого-педагогического сопровождения (наставничества) «Правильный выбор – залог успеха!»

Следующий блок посвящен формированию интраперсональных отношений.

Мы все живем в очень непростое время, где каждый может наблюдать сцены насилия или применения грубой физической силы. Для современного молодого человека, это недопустимо, ведь сама суть драки указывает на то, что люди не способны договориться «мирным путем», не готовы для жизни в цивилизованном обществе. В реальном уличном бою все подчиняется правилам животного мира, где всегда побеждает самое агрессивное, самое жестокое, самое сильное и самое быстрое животное. Рефлексы и животное поведение, человеку, как раз и досталось от мудрой природы, чтобы научиться выживать в экстремальных ситуациях, ведь заточенные бессознательные рефлексы всегда работают быстрее, чем разумное и логичное мышление. Зачастую лицам молодого возраста просто некуда «выплеснуть» все свои негативные эмоции, а также энергию.

В психопреventивном видеоролике «Правильный выбор – залог успеха!», один из главных героев боксер рассказывает свою историю, в которой он смог помочь двум молодым ребятам разобраться в ситуации, а также показать им совершенно другой способ выяснения отношений, который может привести к большим достижениям, личностному и спортивному росту.

Ребята, которые находились в образе «гопников» проживают свои дни, сидя на лавочке, ничем не занимаясь и не интересуясь, однако энергия, которая накопилась у них за день, никуда не делась, что послужило причиной возникновения конфликта, а затем и драки. Многие люди, которые проходили мимо не решились остановить драку, что зачастую можем наблюдать в нашей повседневной жизни. Мы очень часто заняты решением своих проблем, что можем не заметить молодых людей, которым действительно могла понадобиться

наша помощь, а последствия данной ситуации могли бы быть совершенно другими, если бы не вмешался наш главный герой, который шел на тренировку.

Своим примером он показал, что применение физической грубой силы не решит конфликт, а наоборот усугубит его и приведет к ужасным последствиям. Поэтому для того, чтобы помочь этим ребятам он позвал их на индивидуальную тренировку по боксу, где рассказал о различных техниках и приемах в данном виде спорта. Финальный кадр в данной сцене показывает о положительном настрое ребят друг к другу, которые готовы на профессиональном спортивном уровне выяснить кто из них сильнее.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции стенческой молодежи первого курса.

Данная ситуация наглядно обучает навыкам эффективного общения, принятия решений, определению жизненной позиции, поддерживает и пополняет коммуникативную, эмоциональную и поведенческую компетенции.

7.3.3 Психогигиеническая и психопреентивная информационная тренировка психолого-педагогического сопровождения (наставничества) «Ценности и суждения».

Нельзя также забыть и промолчать о такой проблеме, как общественное мнение. Общественное мнение, является совокупностью суждений и оценок, характеризующих состояние массового сознания, оказывающее влияние на содержание и характер студенческой молодёжи. Высказываемые общественным мнением оценки не всегда адекватно отражают события, происходящие в обществе. В общественном мнении велика роль предрассудков, стереотипов, заблуждений. В силу своего эмоционального характера оно подчас бывает весьма односторонним, предвзятым и опасным из-за своей некомпетентности. Наша история рассказывает о том, как это влияет на восприятие мира в целом, формирует морально-нравственные ценности.

Группа хулиганов приходит на баскетбольную площадку, чтобы показать свою «важность» и «крутость» перед баскетболистом, они пытаются вывести его на диалог и в дальнейшем спровоцировать конфликт. Но в этот момент на горизонте появляются милые девушки, которые хорошо общаются и дружат со спортсменом. Один из хулиганов привлекает своё внимание, на одной из них и идёт знакомиться. Он вежливо и тактично начинает диалог, не грубит и обращается с уважением, девушка поддерживает его, улыбается и выражает открытость к общению. Именно тут, раскрывается суть общественного мнения, когда показывая на его недостатки, внешний вид и компанию в которой он находится, подруги всячески отговаривают её и переубеждают не знакомиться с ним, не зная ничего, о внутреннем состоянии нашего героя. Уводя её, они показывают, что парень такой внешности, не достоин внимания и общения. Баскетболист, видя конфликт и отчаянность положения хулигана, зовет его поиграть с собой и начать меняться в лучшую сторону и становиться лучшей версией себя.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции студентов первого года обучения в университете.

Этот фрагмент видеоролика направлен на выработку и развитие навыков противодействия различным факторам риска: формирования навыков регуляции эмоциями в решении конфликтов.

7.3.4 Психогигиеническая и психопреентивная информационная тренировка психолого-педагогического сопровождения (наставничества) «Сделай выбор!»

В последнее десятилетие многие авторы научных публикаций указывают на приоритетное значение психологических факторов в генезе формирования избыточного веса и ожирения. Считается, что в подавляющем большинстве случаев процесс формирования лишнего веса приводится в действие понижением физической активности и различными нарушениями пищевого

поведения, вызывающими переедание (разновидность нехимического аддиктивного поведения).

Известны некоторые формы нарушения пищевого поведения— анорексия и булимия, также существует субклинические варианты проявления нарушений пищевых паттернов, включая переедание, патологический голод, частые «перекусывания», синдром «ночной еды», самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание.

Нарушения пищевого поведения могут рассматриваться как результат социокультурного давления с тех пор, как в средствах массовой информации, стройность и красота связываются с социальным, межличностным и профессиональным успехом. Идеалом женской красоты стали модели, сочетающие в себе подростковые и аноректичные черты. В связи с этим многие девушки мучают себя малоэффективными диетами, доводят себя до расстройства пищевого поведения и различного рода заболеваний. «Заедание «стресса, вредная, не насыщающая организм человека еда, всё это приводит к ужасным последствиям.

Один из сюжетов психопривентивного видеоролика «Сделай выбор!» показывает, спортивную, изящную девушку, занимающуюся гимнастикой и двух подруг ведущих не здоровый образ жизни, употребляющих энергетики, вредную еду и ведущие гиподинамический образ жизни. В очередной, свой обычный день, листая ленту на своём телефоне им попадается видео, где их знакомая занимается и тренируется в зале, это вызвало смех у наших героинь. После очередного сильного переедания, они решают, что больше так продолжаться не может. И взяв всю свою силу и волю в «кулак», идут вместе с гимнасткой на тренировку и начинают правильно питаться.

Первый шаг всегда самый сложный, но сделав его, обратного пути уже нет. После увиденных результатов спустя время, нашим героиням не захочется вернуться в прежнюю жизнь. Если вы сделали выбор, боритесь до конца и только тогда вы достигните желаемого. Диеты и другие изощренные способы

похудения лишь на время дадут определенный результат, а здоровое питание, спорт, дадут результат на всю жизнь.

Наше свободное времяпровождение играет очень весомую роль. Ведь от того насколько активно и здорово его наполнять, зависит наше дальнейшее настроение и самочувствие. Каждый его проводит абсолютно по-разному, кто-то в свободное время смотрит телевизор, играет в компьютерные игры, а кто-то проводит его с максимальной пользой, занимаясь любимым делом или совершенствуя в чем-то свои навыки.

Мишенями психокоррекции выступали поведенческая когнитивная, эмоциональная компетенции молодых людей.

В данном фрагменте происходит обучение навыкам самодисциплины, самоконтроля, самоанализа и поведенческих реакций.

7.4 Психопреентивные, психолого-педагогические (наставничество) мероприятия модели системы медико-социальной помощи студенческой молодежи

Ежегодно перед традиционным мероприятием медицинского университета, посвященному «Вручению белых халатов», будущие студенты, медико-фармацевтического факультета, были приглашены в ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького для знакомства с группой, наставником, из числа лучших представителей факультета старших курсов, который провел экскурсию по территории университета.

Главными задачами встречи было ознакомление с правилами, требованиями, историей и традициями медицинского университета с целью приобщения студенческой молодежи первого года обучения к развитию творческой и культурной компетентностной активности на медико-фармацевтическом факультете.

Для повышения стрессоустойчивости, уверенности и максимально быстрой адаптации в студенческой среде, наставники-старшекурсники подготовили ряд

психогигиенических и психопреентивных информационных видеотренировок, чтобы каждый первокурсник медико-фармацевтического факультета мог ознакомиться, затем, в последующем вспомнить необходимые моменты в период обучения в университете. В каждом блоке видеотренировки наставниками была представлена определенная тематика, посвященная студенческой жизни.

7.4.1 Психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) – психогигиеническая и психопреентивная информационная тренировка «Университет - наш дом!»

В первой видеотренировке «Университет - наш дом!», наставник второй группы медико-профилактического отделения – Александр, знакомит и демонстрирует студентам расположение кафедр (дисциплин) по каждому корпусу университета. Наглядно показывая их внешний вид и существующие официальные и неофициальные названия, для быстрого и четкого запоминания. Здесь представлен учебный корпус № 1 (Главный корпус, «Морфик», Морфологический, «Персиковый», «Розовый»), учебный корпус № 2 («Зелёный корпус», «Химический корпус», «Зелёнка», «За остановкой»), учебный корпус № 3 (Санитарно-гигиенический корпус, «Высотный» «СанГиг»). Далее наставник подробно рассказывает, что на территории студенческого городка находятся девять общежитий, и уточняет где и какие расположены кафедры и деканаты. В первом общежитии находится деканат медико-фармацевтического факультета, в третьем общежитии деканат стоматологического факультета, в пятом общежитии деканат лечебного факультета №1, в шестом общежитии деканат педиатрического факультета, в девятом общежитии деканат лечебного факультета №2, в морфологическом корпусе находится деканат медицинского факультета, а также администрация университета («ректорское крыло»). Затем представляются вниманию стадион, на котором студенты всех факультетов занимаются в теплое время года и физкультурно-оздоровительный комплекс (ФОК) – в зимнее время года. В спортивном корпусе и ФОКе представлены

различные спортивные секции, в которых каждый первокурсник найдет для себя, что-то новое и интересное. Далее подается информация о том, где в перерывах между парами можно принять пищу, в нашем университете для этого предназначена большая столовая, которую студенческая молодежь именует «Язва» и буфеты, которые находятся в главных корпусах и некоторых общежитиях. Далее куратор Александр говорит о правилах поведения в университете, о запрете курения на территории ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО и информирует о том, что не стоит пропускать пары по неуважительной причине.

В заключении наставник дает важную информацию об участии в жизни университета, включая спортивную и творческую жизнь медико-фармацевтического факультета и призывает первокурсников к активной культурно-массовой деятельности.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции молодых людей.

7.4.2 Психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) – психогигиеническая и психопреентивная информационная тренировка «Внешний вид-составляющая успеха!»

Во второй видеотренировке «Внешний вид-составляющая успеха!» наставник второй группы фармацевтического отделения – Алина, наглядно демонстрирует первокурсникам, в каком надлежащем внешнем виде стоит приходить на занятия в университет, с целью совершенствования понятия этики, а также становления правил и основ морали внешнего вида в деловой среде университета. Опрятный, аккуратный внешний вид и деловой стиль одежды располагают к деловому общению, выражают уважение друг к другу, настраивают на полноценный учебный процесс с обеих сторон. Также не стоит забывать о том, что в медицинском университете есть своя специальная форма

одежды: халат, шапочка а в настоящее время с учетом эпидситуации, маска и перчатки.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции молодых людей.

7.4.3 Психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) – психогигиеническая и психопреентивная информационная тренировка «Семь советов-путь к успеху!»

В третьем и четвертом видео наставник первой группы фармацевтического отделения – Анелина рассказывает о необходимой канцелярии и семи советах, который должен знать и желательно выполнять каждый первокурсник.

При поступлении в университет каждому студенту предоставляется студенческий билет, который удостоверяет личность и подтверждает, что студент зачислен в ряды обучающихся определенного высшего учебного заведения. Необходимо помнить, что студенческий билет является главным пропуском во все учебные корпуса и общежития медицинского университета. Во втором пункте этого видео дается совет не садиться на крайние ряды, так как усвояемость материала значительно уменьшается. Далее озвучивается такая важная проблема, на сегодняшний день как списывание, оно является естественной составляющей учебного процесса в современном ВУЗе, но не стоит постоянно прибегать к данному методу. Важно понимать, что главное в учебе – это знания, а не оценки! Не бойтесь спрашивать и переспрашивать преподавателя, ведь ваши знания, напрямую зависят от качества преподносимой информации и ее восприятия. Пятое правило – не прогуливать пары. Прогоулы могут негативно повлиять на текущую успеваемость, взаимодействие и общение в коллективе, а также на отношение с преподавателем, что негативно отражается на уровне подготовки и квалификации будущего специалиста. В шестом правиле говорится об опозданиях. Мы все знаем, что у каждого могут случиться какие-

либо трудности, проблемы с транспортом, решением проблемы будет предупредить заранее старосту своей группы, либо же преподавателя, но не пренебрегать данной возможностью. Также мы не забываем про культуру общения с преподавателем, проявлять уважение и интерес к учебе, вести себя тактично и дисциплинированно.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции молодых людей.

7.4.4 Психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) – психогигиеническая и психопреентивная информационная тренировка «Наставник-лучший друг первокурсника!»

В представленной пятой видеотренировке «Наставник-лучший друг первокурсника!» куратор первой группы медико-профилактического отделения – Павел, показывает из чего, должен состоять надлежащий вид студента-первокурсника медицинского университета. Белый халат, шапочка, маска и перчатки обязательный дресс - код на каждой кафедре.

Куратор – старшекурсник, объясняет, что наставники помогают в решении любых сложностей путем консультирования, ориентации и психологической поддержки студента.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции молодых людей.

С помощью данных психопреентивных информационных видеотренировок мы смогли достичь повышения эффективности воспитания первокурсников в процессе обучения в медицинском университете, а также создали оптимальные условия для саморазвития личности студентов, которые хотят освоить специальности медико - профилактического дела и фармации.

7.4.5. Психогигиенический, психопреентивный информационный буклет «Гид первокурсника», как составляющая психолого-педагогического сопровождения (наставничества), модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста

Для студентов-первокурсников медико-фармацевтического факультета до тожественного собрания «Вручения белых халатов» кураторами-страшекурсниками была проведена психогигиеническая и психопреентивная работа. Одним из направлений этой деятельности была разработка психогигиенического, психопреентивного информационного буклета «Гид первокурсника», который студенты-кураторы старших курсов подготовили к новому учебному 2020-2021 году и вручили своим молодым коллегам вместе с добрыми пожеланиями и словами напутствия. На страницах этого гйда представлена информация, необходимая для студентов первого курса в первые дни, недели и месяцы их обучения. В нем собрана информация о ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, медико-фармацевтическом факультете, образовательной системе, учебных корпусах, предоставлен план территории университета и указаны контактные данные. В этом буклете студенты нашли основную информацию о деканате медико-фармацевтического факультета, а техническую помощь в возникающих вопросах оказывала наставники – кураторы групп.

На заглавной странице психогигиенического, психопреентивного информационного буклета «Гид первокурсника» старшие товарищи приветствуют и принимают поступивших первокурсников в ряды студентов университета, представляя герб медико-фармацевтического факультета.

На второй странице происходит знакомимся с ректором университета, член-корр. НАМНУ, доктором медицинских наук, профессором Игнатенко Григорием Анатольевичем.

Следующая страница посвящена истории самого университета.Здравоохранение Донбасса берет свое начало с 1873 года, когда в

рабочем поселке Юзовка, была открыта первая больница на 10 коек. На протяжении многих лет инфраструктура развивалась всё больше, увеличивалось количество жителей и медицинских работников катастрофически не хватало.

В то время в Украине подготовку врачебных кадров осуществляли всего 4 медицинских института – Киевский, Харьковский, Одесский и Днепропетровский. Нужен был пятый вуз. 12 июня 1930 года было принято решение об открытии в городе Сталино медицинского института. Необходимое оборудование для кафедр ВУЗа привезли из Киева, Харькова, Одессы и Москвы.

Днем рождения Сталинского (Донецкого) медицинского института считается 28 ноября 1930 года, когда Николай Дмитриевич Довгялло прочел первую лекцию по анатомии для студентов 1 курса.

В 1933 году срок обучения был увеличен до 5 лет. В 1936 году были введены государственные экзамены для выпускников и экзаменационная система в течение всего периода обучения, повысившие ответственность студентов за качество обучения.

Решение о том, что вуз будет носить имя пролетарского писателя-гуманиста Максима Горького, было принято в 1934 году на общеинститутском комсомольском собрании.

В 1939 году к лечебно-профилактическому факультету присоединили педиатрический и санитарно-гигиенический. Их деканами соответственно были назначены профессора А. В. Анучин и Н. Л. Кричевский.

За время существования вуза им руководили 10 ректоров. С февраля 2017 года университетом руководит член-корреспондент НАМН Украины, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, Заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Григорий Анатольевич Игнатенко.

Далее в сборнике «Гид первокурсника» содержится информация медико-фармацевтического факультете. Происходит ознакомление студентов-первокурсников с историей их родного факультета. На нем обучаются студенты по двум специальностям: фармация и медико-профилактическое дело. Поэтому с

полным правом можно считать, что медико-фармацевтическом факультет является преемником фармацевтического и санитарно-гигиенического факультетов Университета. Факультет был создан решением Ученого совета Университета 01 сентября 2019 года.

Санитарно-гигиенический факультет были открыты в Сталинском медицинском институте в 1939 г.

Санитарно-гигиенический факультет начал свою биографию с 1 сентября 1939 г. Становление факультета неразрывно связано с образованием кафедр гигиены, эпидемиологии, микробиологии, профпатологии и инфекционных болезней. В послевоенные годы деятельность санитарно-гигиенического факультета была восстановлена в начале 1944 г., когда из эвакуации вернулся профессор Л. И. Майзельс, который исследовал влияние фашистской оккупации на физическое развитие детей Донецкой области.

Первым деканом был назначен доцент кафедры биологии и медицинской паразитологии А. О. Слюсарев. В 1956-1957 гг. были организованы профильные кафедры — коммунальной гигиены и гигиены питания. В феврале 1958 г. появились кафедры эпидемиологии и гигиены труда, а в сентябре 1958 г. — гигиены детей и подростков. В 1972 г. был сдан в эксплуатацию 3-й учебный корпус, в котором разместились все гигиенические кафедры.

Гигиеническая школа университета может по праву гордиться выдающимися учеными, которые внесли весомый вклад в развитие отечественной медицинской науки: профессора В.Я.Уманский, И.И.Солдак, И.П.Гребняк, Д.О.Ластков, В.И.Агарков, Г.А.Бондаренко, А.С.Прилуцкий, Г.К.Кривобок, М.И.Тарапата, А.А.Сохин, Н.В.Гринь, В.Д.Ванханен, Г.А.Анищенко, Ю.Н.Талакин, В.К.Патратий; А.Б.Ермаченко, А.П.Селиванов, А.А.Калашников, В.С.Сауткин, Г.П.Кондратенко, Ю.И.Николенко, О.А.Ластков, А.О.Слюсарев, В.Е.Любомудров, З.В.Крюкова, В.В.Мухин, В.Ф.Мариевский, А.А.Шаптала, Е.А.Деркачев и др.

В 1991 года произошло объединение двух факультетов (педиатрического и медико-профилактического) в медицинский факультет № 3. Его возглавляли

проф. В.Н. Грона, затем проф. А.И.Герасименко, после него доц. И.В.Коктышев и доц. О.А.Лихобабина.

Фармацевтический факультет основан в 2001 г., когда был проведен первый набор студентов по специальности «Фармация». Деканом был назначен к.фарм.н. В.Н.Хоменко. Весомый вклад в процесс создания и становления фармацевтического факультета внес профессор Н.В. Антипов, работавший заместителем декана с момента основания факультета до 2008 г. С сентября 2011 г. фармацевтический факультет возглавила доцент И.П.Бухтиярова.

В 2001 г. были основаны профильные кафедры: кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники (первый зав. профессор В.М.Остапко); кафедра фармацевтической и токсикологической химии (первый зав. д.хим.н. А.Г.Матвиенко); кафедра управления и экономики фармации (первый зав. д.фарм.н. В.Н. Хоменко); кафедра клинической фармакологии, клинической фармации и фармакотерапии (зав. с момента основания и по настоящее время профессор С.В.Налетов). В создании материально-технической базы кафедр оказали помощь предприятия фармацевтической отрасли Донбасса.

В 2007 г. выпускники фармацевтического факультета получили первые дипломы. В 2011 г. открыта интернатура по специальности «Общая фармация». В 2013 г. начата подготовка провизоров по заочной форме обучения.

На следующем этапе происходит знакомство с деканатом медико-фармацевтического факультета. Деканом которого является кандидат медицинских наук, доцент Пацкань Игорь Иванович и с его заместителями: по подготовке фармацевтов очной и заочной форм обучения, кандидат медицинских наук, доцент Потапов Александр Анатольевич и по подготовке медико-профилактического дела кандидат медицинских наук, доцент Ежелева Марина Игоревна.

Далее студентам первого года обучения представляют работников деканата; помощник декана по воспитательной работе – Буканов Евгений Кириллович, помощник декана по производственной практике студентов – Остренко Владислав Владимирович, старший инспектор по специальностям медико-

профилактическое дело и фармация очная форма обучения –Гордынская Елена Ивановна, диспетчер по специальности фармация заочная форма обучения – Барыбина Наталья Геннадьевнаа также адрес, телефон, e-mail и время работы деканата.

Затем, на очередном листе психогигиенического, психопревентивного информационного буклета «Гид первокурсника» идет ознакомление с расположением кафедр (дисциплин) по корпусам университета. Наглядно показан их внешний вид и официальные/неофициальные названия, для более быстрого запоминания первокурсниками. Здесь представлен учебный корпус № 1 (Главный корпус, Морфологический, «Морфик», «Розовый», «Персиковый»), учебный корпус № 2 («Химический корпус», «Зелёный корпус», «Зелёнка», «За остановкой»), учебный корпус № 3 (Санитарно-гигиенический корпус, Сан-Гиг, «Высотный»).

На последующих двух страницах представлен план территории университета и схема расположения корпусов ДОКТМО (клиника Калинина). После изучения студентами-первокурсниками кампуса, кураторы-старшекурсники проходят экскурсию с фотосессией по этим территориям ориентируясь на предоставленные карты, причем некоторые кураторы в креативной форме в виде квеста.

Далее в гиде указываются кафедры для студентов 1-го курса ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО с уточнением дисциплины, названием кафедры, заведующим кафедрой, местоположением (здание, этаж), а также другие помещения и отделы с указанием месторасположения (№ корпуса и этаж).

Следующая страница психогигиенического, психопревентивного информационного буклета «Гид первокурсника» знакомит с уставом университета. Начинается данная страница с лозунга: «СТУДЕНТЫ, ПОМНИТЕ ВСЕГДА!».

Далее идет призыв наставников:

«Вы поступили и учитесь в одном из самых престижных медицинских вузов. Впереди у вас многообещающая карьера, исключительный опыт, тысячи

спасённых жизней. Все это ко многому обязывает, и очень скоро жизнь начнет строго спрашивать с вас за каждый промах. Прежде чем переступить через порог университета, остановитесь, оглянитесь и задумайтесь: всегда ли и во всём вы поступаете в соответствии с правилами хорошего тона? Задумайтесь сейчас, через шесть лет может быть поздно. А мы расскажем вам, как принято вести себя в стенах нашего вуза.

В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО ПРИНЯТО:

1. Здороваться и прощаться с однокурсниками, профессорско-преподавательским составом, сотрудниками университета.

2. Приходить в университет опрятным, аккуратно одетым, всегда помнить, что идёте вы не на дискотеку и не на спортплощадку. Преподаватель имеет право попросить студента покинуть занятие, если он одет не по форме, например, в спортивном костюме, в пляжных шортах или без халата. В университете обязателен деловой стиль одежды и медицинская форма. Девиз преподавателей: «Нет халата – нет студента».

3. Считать, что студент готов к занятиям, если у него в сумке лежит чистый, глаженный халат, медицинская шапочка, сменная обувь, маска, перчатки, тетради, альбомы, ручки и цветные карандаши.

4. Видеть у девушек сдержанный макияж, неброские украшения, ухоженные недлинные ногти.

5. Соблюдать пропускной режим: при входе в любые здания вуза предъявлять студенческий билет без напоминания со стороны охраны и дежурных.

6. Помнить, что если у входных дверей в корпуса образовалась очередь, то студенты должны пропускать преподавателей, мужчины – женщин.

7. Помнить, что войдя в здание, мужчины должны снять головные уборы (любые, от меховых шапок до бейсболок).

8. Сдавать верхнюю одежду в гардероб, надевать сменную обувь перед входом на кафедру.

9. Следить за своей речью. Помните: не все, что вы можете себе позволить, общаясь со сверстниками, уместно в разговоре с преподавателями. Не допускайте фамильярности, нецензурных и жаргонных выражений.

10. Вставать при появлении преподавателя.

11. Приходить на занятия за несколько минут до их начала, чтобы успеть надеть медицинскую форму и сменить обувь. Опоздавшие на занятия не допускаются.

12. Прежде чем войти в аудиторию, отключать все средства мобильной связи или включать режим «Тишина» (это международное правило этикета).

13. Не допускать на занятиях никаких лишних звуков, начиная от посторонних разговоров и прочее.

14. Обращать на себя внимание преподавателя, чтобы иметь возможность задать ему вопрос, с помощью старого доброго способа – поднятой руки.

15. Принимать пищу в предназначенных для этого местах: в буфетах и столовой. Никаких булочек и стаканчиков в аудиториях быть не должно. В университете достаточно урн, чтобы донести до ближайшей из них любой мусор, а плевать и сорить себе под ноги, лепить куда попало жевательную резинку – это даже не неприличие, а просто невоспитанность.

16. Не курить на всей территории университета, не употреблять спиртные и слабоалкогольные напитки – это запрещено приказом ректора.

17. Не демонстрировать близкие отношения на людях. Это вопиющее неуважение не только к окружающим, но и друг к другу.

Теперь остановитесь и задумайтесь. Если вы знаете все эти правила поведения и собираетесь им следовать в повседневной жизни, то вас можно поздравить – вы уже на полпути к овладению профессией врача.

Университет – это дом, в котором вам предстоит прожить пять/шесть лет. А дом украшают не только стены, но и – в первую очередь – люди. Впечатление об университете, которое складывается у его гостей, будь то случайные посетители или руководители крупных министерств и клиник, во многом зависит и от вас. В

конечном итоге от вас зависит и ваше собственное будущее. Будьте же достойны и своего вуза, и выбранного вами жизненного пути».

«ЗАПОМНИТЕ! ВЫСОКАЯ КУЛЬТУРА ПОВЕДЕНИЯ И УВАЖЕНИЯ К ОКРУЖАЮЩИМ – ПОВСЕДНЕВНАЯ НОРМА БУДУЩЕГО ВРАЧА!».

В заключении происходит презентация гимна и герба родного университета.

Мишенями психокоррекции выступали когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции студентов первого года обучения в университете

Данный справочник первокурсника развивает уверенность, понимание системы устройства университета, устраняет страх перед неизвестностью, формирует уверенность в себе и своих действиях, помогает первокурсникам в подготовке к студенческой жизни, что позволяет им с началом учебного года включиться в учебный процесс и творческую деятельность.

Таким образом, данный справочник первокурсника развивает уверенность, понимание системы устройства университета, устраняет страх перед неизвестностью, формирует уверенность в себе и своих действиях, помогает первокурсникам в подготовке к студенческой жизни, что позволяет им с началом учебного года включиться в учебный процесс и творческую деятельность.

Разработанный психопреентивный информационный буклет «Гид первокурсника» как составляющая модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения, стал эффективным методом снятия психоэмоционального напряжения, тревоги в стрессовой ситуации, что позволило улучшить психосоциальную адаптацию молодого человека, повысить общеобразовательную культуру, мотивировать их на отказ от курения и приверженность здоровому образу жизни, а также значительно снизить уровень распространенности табакокурения среди студенческой молодежи в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО.

7.5. Алгоритм системы медико-социальной помощи. Эффективность психотерапии и психокоррекции нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих опыт табакокурения.

Основной задачей интегративного психотерапевтического воздействия было формирование, усиление и закрепление внутренней мотивации отказа от курения у студентов первого года обучения с нарушениями и расстройствами адаптации (в рамках ресурсов личности и особенностей эмоционального состояния курильщиков).

Для реализации этой цели были выделены следующие психотерапевтические мишени:

- оценка уровня информированности студентов о последствиях табакокурения;
- оценка степени готовности студентов к прекращению курения, включая исследования и коррекцию антикурильной мотивации;
- установление психотерапевтического контакта и формирования устойчивой мотивации на активное участие молодого человека, с опытом табакокурения, в комплексе разработанных психотерапевтических мероприятий по отказу от курения;
- психотерапевтическая коррекция абстинентных явлений, а также оптимизация межличностных отношений студента употребляющего табак с ближайшим окружением.

Необходимыми условиями для включения студентов первого курса в психотерапевтические группы были:

- желание, внутренняя готовность полностью и навсегда покончить с табакокурением;
- важность осознания непосредственной связи табакокурения со здоровьем;

– необходимость активного участия изучаемого в психокоррекционной программе по отказу от табакокурения, а также психологическая поддержка его близких и друзей;

– неуклонное выполнение инструкций и указаний как психотерапевтического сеанса и отказа от курения табака, так и при поддерживающей антикурильный психопсихотерапевтический терапии.

К основной группе 1 и 2 были включены 58 студентов, имеющих опыт табакокурения: 40 первокурсников с непатологическими нарушениями адаптации (группа 1) и 18 с определенными признаками расстройств адаптации, которым проводили комплекс психотерапевтических когнитивно-поведенческих мероприятий, включавших психопрофилактические меры психолого-педагогического характера (наставничество), направленные на отказ от табакокурения и 60 студентов первого курса групп сравнения (контрольные группы): 41 человек с непатологическими нарушениями адаптации (группа сравнения 1) и 19 с определенными признаками расстройств адаптации (группа сравнения 2), которым проводили традиционный комплекс психопрофилактических когнитивно-поведенческих мероприятий с целью отказа их от курения табака (рис. 7.5).



Рис 6.3 Алгоритм системы медико-социальной помощи, способствующий отказу от табакокурения у студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации

При анализе анкет, заполненных студентами-певокурсниками с нарушениями и расстройствами адаптации с высокой степенью мотивации к отказу от курения, выяснили, что идеальной ситуацией для любого курильщика было бы решение отказаться от табакокурения. Большая часть ($79,1 \pm 2,4\%$) обследованных мотивировала табакокурение необходимостью снятия нервного напряжения (модульные контроли, зачеты, экзамены). Самостоятельному решению отказа от табакокурения способствовало занятия спортом, желание добиться успехов в спортивных соревнованиях, а у девушек-первокурсниц, с опытом табакокурения, – иметь здоровое поколение при создании семьи в ближайшем будущем.

Положительное влияние имел также запрет курения в общественных местах и образовательном учреждении – ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО, в основу которого легли разработки модели системы медико-социальной помощи лицам молодого.

Тип поведения табакокурильщиков, в большинстве случаев ($72,1 \pm 1,5\%$) носил смешанный характер, при этом в $50,5 \pm 1,7\%$ молодых людей доминировал тип «расслабления»; в $49,5 \pm 1,7\%$ студентов – «поддержка», в $28,8 \pm 1,5\%$ – «стимуляция» и в $27,1 \pm 1,5\%$ – «ритуальные действия или игра с сигаретой».

Отказ от табакокурения у студенческой молодежи первого года обучения с нарушениями и расстройствами адаптации приводил к появлению вегето-сосудистого и невротического компонентов, синдрома патологического влечения: алгий различной локализации, сухости во рту, жажды, тремора пальцев рук, гипергидроза, головной боли. Вегето-соматические проявления наблюдались у всех студентов в виде раздражительности, тревоги за свое здоровье.

Психотерапевтические мероприятия по отказу от табакокурения у студентов начального курса с нарушениями и расстройствами адаптации продолжались в течение 12 недель, что было обусловлено прежде всего тем, что именно в течение первых 10-12 недель наиболее выраженные симптомы абстиненции и сохраняется высокая вероятность снова приобщиться к табакокурению. При необходимости, им проводили психокоррекционные мероприятия, а также принимали меры для профилактики рецидива табакокурения. Наблюдение осуществляли при повторных индивидуальных посещениях исследуемых. Контакты по телефону и / или повторные индивидуальные приемы осуществляли через 3, 6 и 12 месяцев после завершения психотерапии в комплексе мероприятий у студентов с табакокурением.

Эффективность предложенной системы оценивалась по завершении этого этапа следующими методами:

- 1) самооценки студентами эффективности отказа от табакокурения в сочетании с изменениями своего эмоционального состояния;
- 2) объективной (стандартизированной) оценки выраженности эмоциональных расстройств до и после применения психокоррекционных

мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста с использованием психолого-педагогического сопровождения (наставничества).

Субъективная оценка эффективности отказа от табакокурения студентами после завершения комплексного воздействия представлена в табл. 7.5.1.

Таким образом, у студентов-первокурсников с непатологическими нарушениями адаптации (группа сравнения 1), принявших участие в разработанном комплексе психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, включавших психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) после завершения курса воздействий полностью отказались от курения 29 студентов ($72,5 \pm 2,3\%$), уменьшили число сигарет 7 студентов ($17,5 \pm 7,2\%$) и лишь 4 студента ($10,0 \pm 2,1\%$) продолжали курить с прежней интенсивностью.

Таблица 7.5.1.

Эффективность отказа от курения после завершения комплексного воздействия

Эффект	Группа 1 (n=41)		Группа сравнения (n=40)		Группа 2 (n=19)		Группа сравнения (n=18)	
	Абс	% $\pm$ m%	Абс	% $\pm$ m%	Абс	% $\pm$ m%	Абс	% $\pm$ m%
Отказались от курения (n=81)	27	65,8 $\pm$ 3,8	29	72,5 $\pm$ 2,3	12	63,2 $\pm$ 4,2	13	72,3 $\pm$ 7,2
Уменьшили число выкуриваемых сигарет (n=20)	6	14,6 $\pm$ 4,2	7	17,5 $\pm$ 7,2	3	15,7 $\pm$ 5,3	4	22,2 $\pm$ 5,3
Продолжали курить с прежней интенсивностью (n=17)	8	19,5 $\pm$ 5,1	4	10,0 $\pm$ 2,1	4	21,1 $\pm$ 5,9	1	5,5 $\pm$ 2,4
Всего (n=118)	41	34,7 $\pm$ 3,8	40	33,9 $\pm$ 3,0	19	16,1 $\pm$ 3,4	18	15,3 $\pm$ 3,8
Уровень значимости различий, p	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

Примечание. Для исследования уровня значимости различий был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса

У студентов первого года обучения в университете с определенными признаками расстройств адаптации (группа сравнения 2) после завершения курса психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, психолого-педагогического сопровождения (наставничества) полностью отказались от табакокурения 13 человек ($72,3 \pm 7,2\%$). Сократили количество сигарет в этой группе 4 студента ($22,2 \pm 5,3\%$) и только 1 студент ($5,5 \pm 2,4\%$) продолжал курить табак с прежней интенсивностью.

По иному выглядит ситуация в группе 1 у студенческой молодежи с непатологическими нарушениями адаптации к которым применялись лишь психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия: 27 человека ($65,8 \pm 3,8\%$) самостоятельно отказались от табакокурения, 6 человек ($14,6 \pm 4,2\%$) уменьшили число сигарет и 8 человек ($19,5 \pm 5,1\%$) продолжали курить табак с прежней интенсивностью.

В группе 2 у студентов с определенными признаками расстройств адаптации 12 человек ($63,2 \pm 4,2\%$) самостоятельно отказались от табакокурения, 3 человека ($15,7 \pm 5,3\%$) уменьшили число сигарет и 4 человека ($21,1 \pm 5,9\%$) продолжали курить табак с прежней интенсивностью.

При психотерапии лиц с опытом табакокурения, обратное развитие клинических симптомов было отмечено у всех студентов обеих групп однотипно, но в разные сроки. Сначала на фоне отмены наблюдалось кратковременное, на несколько дней, рост патологического влечения к табакокурению, затем происходило постепенное, в течение 8-10 дней, снижение интенсивности и частоты влечения. Через 11-14 дней снижалась и исчезала вегетативно-сосудистая симптоматика, сглаживались суточные колебания настроения, дисфории, росла концентрация внимания и сосредоточенность. Аффективная и вегето-соматическая симптоматика в рамках адаптационных расстройств под влиянием осуществляемой психотерапии получала обратное развитие в следующем порядке: уменьшение и исчезновение тревожности, ипохондричности, субдепрессии, сенестопатических и деперсоналогических расстройств.

При этом большое значение приобретали мотивы прекращения табакокурения. Достаточно высокая эффективность психотерапии наблюдалась у молодых людей с наличием выраженного желания бросить курить табак у которых было большое опасений за свое здоровье или здоровье близких. Менее эффективной была психотерапия у студентов, пришедших с «принудительно-добровольным» (под влиянием родителей, наставников, друзей), решением избавиться от табакокурения.

В первые дни провидимых мероприятий, особенно вечером, у студентов усиливалось патологическое влечение к табакокурению, однако, с одной стороны, он не достигал своей исходной интенсивности, а с другой – характеризовался возможностью противопоставление ему своего «Я».

После проведения 8-9 сеансов психотерапии основные компоненты стремления к курению табака исчезали полностью. Значительно уменьшалась интенсивность тревожной, фобической, и субдепрессивной симптоматики, вплоть до ее полного исчезновения.

Таблица 7.5.2

Субъективная оценка студентов, употребляющих табак эффективности отказа от курения после завершения психокоррекционных мероприятий

Эффект	Группа 1 (n=41)		Группа сравнения (n=40)		Группа 2 (n=19)		Группа сравнения (n=18)	
	Абс	%±m%	Абс	%±m%	Абс	%±m%	Абс	%±m%
Выраженное улучшение	–	–	3	7,1±2,7	–	–	1	4,9±2,1
Умеренное улучшение	4	9,8±3,2	15	36,5±3,1	2	11,0±2,4	3	9,7±3,1
Незначительное улучшение	9	21,9±4,1	9	22,0±3,4	4	19,0±3,1	4	21,0±3,8
Без изменений	14	34,5±3,2	27	68,2±3,9	11	69,3±4,1	12	65,1±3,7

Примечание. Для исследования уровня значимости различий был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса

Анализируя данные табл. 7.5.2, в 1 группе сравнения $65,5 \pm 3,4\%$ студентов, принявших участие в комплексе психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, психолого-педагогического сопровождения (наставничества), способствующих отказу от курения табака, отметили разной степени выраженности положительную динамику в редукции эмоциональных нарушений и в $34,5 \pm 3,2\%$ студентов, которые курят табак, в этой группе тревожно-депрессивная симптоматика продолжала сохраняться.

В группе сравнения 2 субъективное улучшение эмоционального состояния отметили только $34,9 \pm 3,2\%$ исследуемых, в большинстве же у студентов этой группы ($65,1 \pm 3,97$) изменений в эмоциональном состоянии отмечено не было.

Стабилизацию эмоционального состояния на фоне решения индивидуально значимой психотравмирующей ситуации отметили $31,8 \pm 3,3\%$ молодых людей 1 группы и $30,7 \pm 3,6\%$ 2 группы. При повторном интервьюировании $68,2 \pm 3,9\%$ 1 группы и $69,3 \pm 4,1\%$ 2 группы эмоциональное состояние участников не изменилось.

Эффективность психокоррекционных мероприятий, включавших психолого-педагогическое сопровождение (наставничество), психоземональных нарушений у студентов склонных к употреблению табака, кроме непосредственной субъективной оценки своего состояния, оценивалась еще и с помощью методики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, L. R. Derogatis, в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001) по 3 субшкалам: тревожности – Anxiety (ANX), депрессии – Depression (DEP), фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB).

Уровень тревожности, депрессии, фобической тревожности до и после психокоррекционных мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста представлен в табл. 7.5.3.

Таблица 7.5.3

Редукция психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R

(ANX, DEP, PHOB) у студентов употребляющих табак

до и после психокоррекционных мероприятий модели системы

медико-социальной помощи лицам молодого возраста

	Группа 1 (n=41)	Группа сравнения (n=40)	Группа 2 (n=19)	Группа сравнения (n=18)
До применения психокоррекционных мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста				
<i>ANX</i>	1,67±0,79; (0,4-2,9); Me=1,38; (1,1-2,5)	1,68±0,77; (0,5-2,0); Me=1,36; (1,1-2,4)	2,08±0,42; (1,1-3,1); Me=2,00; (1,8-2,4)	2,07±0,50; (1,2-3,0); Me=2,20; (1,8-2,5)
<i>DEP</i>	1,61±0,51; (0,3-2,8); Me=1,59; (1,1-1,9)	1,7±0,6; (0,3-2,8); Me=1,6; (1,1-1,8)	2,27±0,50; (1,51-3,3); Me=2,20; (1,9-2,4)	2,24±0,40; (1,50-3,2); Me=2,10; (1,8-2,3)
<i>PHOB</i>	1,7±0,39; (0,0-1,89); Me=1,14; (0,8-1,4)	1,8±0,4; (0,0-1,9); Me=1,13; (0,7-1,5)	1,7±0,60; (0,62-2,90); Me=1,87; (1,4-2,1)	1,7±0,50; (0,60-2,80); Me=1,86; (1,3-2,0)
После применения психокоррекционных мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста				
<i>ANX</i>	1,68±0,77; (0,5-2,0); Me=1,36; (1,1-2,4)	0,48±0,43; (0,0-3,7); Me=0,47; (0,2-1,2)	2,03±0,40; (1,1-3,0); Me=2,10; (1,7-2,2)	0,49±0,85; (0,0-3,5); Me=1,2; (0,2-1,2)
<i>DEP</i>	1,6±0,5; (0,2-2,4); Me=1,1; (1,0-1,7)	0,64±0,42; (0,1-1,5); Me=0,69; (0,4-0,8)	2,20±0,40; (0,50-2,4); Me=2,00; (1,3-2,0)	0,65±0,50; (0,4-0,7); Me=1,5; (1,3-2,0)
<i>PHOB</i>	1,1±0,3; (0,0-1,8); Me=0,9; (0,7-1,5)	0,5±0,4; (0,0-1,8); Me=0,4; (0,8-1,2)	1,5±0,40; (0,90-2,20); Me=1,6; (1,4-2,1)	1,0±1,4; (0,5-0,7); Me=1,2; (1,0-1,2)

Под влиянием проведенного комплекса психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, психолого-педагогического сопровождения

(наставничества) в группе сравнения 1 к моменту завершения «купирующего этапа» психотерапии отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов тревожности, депрессии и фобической тревожности у студентов начальных курсов с непатологическими нарушениями адаптации склонных к употреблению табака, что нашло отражение в достоверном снижении баллов по субшкалам: ANX (на $65,4 \pm 13,4\%$ от исходного уровня - до $0,47 \pm 0,6$ баллов), субшкале DEP (на $56,8 \pm 7,6\%$ от исходного уровня - до $0,69 \pm 1,6$ баллов) и субшкале РНОВ (на $20,35 \pm 9,4\%$ от исходного уровня - до $1,1 \pm 0,6$ баллов)($p < 0,05$).

Клинический эффект характеризовался субъективным улучшением настроения, снижением амплитуды колебаний аффективных расстройств, редукцией признаков эмоциональной лабильности и проявлений синдрома раздражительной слабости, улучшением сна, повышением уровня производительности в повседневных делах, уменьшением выраженности тревоги и беспокойства, с редукцией дезадаптационных паттернов и формированием новых адаптационных способов борьбы с психотравмирующей ситуацией, связанными с обучением и интерперсональными взаимоотношениями.

Редукция выраженности психопатологической симптоматики в группе сравнения 2 у студентов с определенными признаками расстройств адаптации по субшкалам: ANX – на $45,5 \pm 11,7\%$ от исходного уровня достоверное снижение баллов – до $1,2 \pm 0,6$ баллов, DEP – на $28,5 \pm 7,4\%$ от исходного уровня – до $1,5 \pm 0,7$ баллов и РНОВ – на $35,5 \pm 7,9\%$ от исходного уровня – до $1,2 \pm 0,6$ баллов.

При сопоставлении начальных и результативных данных по шкале SCL-90-R было констатировано достоверное снижение показателей до нормативного уровня.

Таким образом, полученные положительные результаты модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста, включающие психолого-педагогическое сопровождение (наставничество) среди контингента

студенческой молодежи позволили сделать вывод о высокой эффективности разработанной модели системы мер.

Под влиянием разработанной и внедренной модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста при расстройствах адаптации улучшилось субъективное восприятие студентами удовлетворенности жизни по «Satisfaction with Life Scale» (методика «УЖ»).

Данные приведены в табл 7.5.4

Таблица 7.5.4

Динамика оценки удовлетворенностью жизни у студентов
употребляющих табак до и после мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста

	Группа 1 (n=41)	Группа сравнения (n=40)	Группа 2 (n=19)	Группа сравнения (n=18)
До применения психокоррекционных мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста				
УЖ	20,76±6,19; (10,00-33,00); Me=21,00; (11,00-32,00)	19,55±6,14; (10,00-33,00); Me=21,00; (11,00-32,00)	22,35±5,65; (8,00-32,00); Me=19,00; (19,00-31,00)	21,56±5,34; (8,00-32,00); Me=19,00; (19,00-31,00)
После применения психокоррекционных мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста				
УЖ	23,95±4,28; (12,00-34,00); Me=24,57; (14,00-29,00)	20,65±6,18; (11,00-33,00); Me=22,00; (12,00-31,00)	24,26±6,29; (9,00-32,00); Me=22,54; (20,00-30,00)	22,21±5,78; (9,00-32,00); Me=20,41; (20,00-30,00)

Данные относительно "курительного" статуса обследованного контингента первого года обучения в университете с нарушениями и расстройствами

адаптации при повторном исследовании через 3 месяца после применения мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста представлены в табл. 7.5.5

Таблица 7.5.5

Эффективность отказа от курения через 3 месяца
после завершения применения мероприятий модели системы медико-социальной
помощи лицам молодого возраста

Эффект	Группа 1 (n=41)		Группа сравнения (n=40)		Группа 2 (n=19)		Группа сравнения (n=18)	
	Абс	%±m%	Абс	%±m%	Абс	%±m%	Абс	%±m%
Отказались от курения (n=77)	23	56,1±3,6	30	75,0±1,4	11	57,9±4,0	13	72,3±1,4
Уменьшили число выкуриваемых сигарет (n=18)	6	14,6±3,4	7	17,5±5,3	2	11,1±3,3	3	16,6±5,1
Продолжали курить с прежней интенсивностью (n=23)	12	29,2±3,8	3	7,5±2,1	6	31,6±3,1	2	11,1±3,2
Всего (n=118)	41	34,7±3,8	40	33,9±3,0	19	16,1±3,4	18	15,3±3,8
Уровень значимости различий, p	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

Примечание. Для исследования уровня значимости различий был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса

Таким образом, у студентов 1 группы сравнения с ННА, принявших участие в разработанном комплексе психотерапевтических и

психокоррекционных мероприятий с включением психолого-педагогического сопровождения (наставничества), через 3 месяца полностью воздерживались от курения табака 30 студентов ($75,0 \pm 1,4\%$), уменьшили число выкуриваемых сигарет 7 молодых людей ($17,5 \pm 5,3\%$) и 3 студента ($7,5 \pm 2,1\%$) возобновили табакокурение с прежней интенсивностью.

У студентов группы сравнения 2 с ОПРА через 3 месяца после завершения курса мероприятий полностью отказались от табакокурения 13 человек ($72,3 \pm 1,4\%$), сократили число выкуриваемых сигарет 3 молодых человека ($16,6 \pm 5,1\%$) и 2 студента ($11,1 \pm 3,2\%$) возобновили курение табака с прежней интенсивностью (табл. 7.5.5).

Таблица 7.5.6

Эффективность отказа от курения через 6 месяцев после завершения применения мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста

Эффект	Группа 1 (n=41)		Группа сравнения (n=40)		Группа 2 (n=19)		Группа сравнения (n=18)	
	Абс	% $\pm$ m%	Абс	% $\pm$ m%	Абс	% $\pm$ m%	Абс	% $\pm$ m%
Отказались от курения (n=95)	31	$75,6 \pm 4,2$	34	$85,0 \pm 5,1$	14	$73,7 \pm 4,1$	16	$88,8 \pm 3,1$
Уменьшили число выкуриваемых сигарет (n=11)	4	$9,7 \pm 3,9$	4	$10,0 \pm 5,5$	1	$5,3 \pm 3,4$	2	$11,2 \pm 4,4$
Продолжали курить с прежней интенсивностью (n=12)	6	$14,6 \pm 3,9$	2	$5,0 \pm 2,3$	4	$21,0 \pm 3,9$	—	—
Всего (n=118)	41	$34,7 \pm 3,8$	40	$33,9 \pm 3,0$	19	$16,1 \pm 3,4$	18	$15,3 \pm 3,8$
Уровень значимости различий, p	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

Примечание. Для исследования уровня значимости различий был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса

Анализ статуса курения через 6 месяцев после завершения комплекса мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста, что у студентов 1 группы сравнения с непатологическими нарушениями адаптации, полностью воздерживались от курения табака 34 студента ($85,0 \pm 5,1\%$), уменьшили число выкуриваемых сигарет 4 молодых человека ($10,5 \pm 5,5\%$) и 2 студента ($5,0 \pm 2,3\%$) возобновили табакокурение с прежней интенсивностью.

У студентов 2 группы сравнения с определенными признаками расстройств адаптации через 6 месяцев после завершения применения мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста полностью отказались от табакокурения 16 человек ($88,8 \pm 3,1\%$) и сократили число выкуриваемых сигарет 2 молодых человека ($11,2 \pm 4,4\%$)(табл. 7.5.6).

При исследовании статуса курения через 12 месяцев выявлено, что в группе сравнения 1 (студенты с ННА) полностью воздерживались от табакокурения 38 студентов ($95,0 \pm 2,1\%$), уменьшило число выкуриваемых сигарет 2 человека ($5,0 \pm 3,2\%$).

В группе сравнения 2 (студенты с ОПРА) отказались от курения все 16 студентов (100%). (табл. 7.5.7).

Таблица 7.5.7

Эффективность отказа от курения через 12 месяцев после завершения применения мероприятий модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста

Эффект	Группа 1 (n=41)		Группа сравнения (n=40)		Группа 2 (n=19)		Группа сравнения (n=18)	
	Абс	%±m%	Абс	%±m%	Абс	%±m%	Абс	%±m%
Отказались от курения (n=108)	36	87,7±4,7	38	95,0±2,1	16	84,2±4,3	18	100
Уменьшили число выкуриваемых сигарет (n=7)	2	4,9±3,6	2	5,0±3,2	3	15,7±3,6	—	—
Продолжали курить с прежней интенсивностью (n=3)	3	7,3±0,9	—	—	—	—	—	—
Всего (n=118)	41	34,7±3,8	40	33,9±3,0	19	16,1±3,4	18	15,3±3,8
Уровень значимости различий, p	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

Примечание. Для исследования уровня значимости различий был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности использования модели системы медико-социальной помощи для лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющими опыт табакокурения, способствуют как устранению эмоционального дистресса, так и оказывают психотерапевтическое благоприятное влияние на состояние курильщиков табака.

Выводы по разделу:

Результаты проведенного клинико–психопатологического и психодиагностического исследований позволили сформулировать общие требования к организации психотерапии и психокоррекции нарушений и расстройств адаптации у студенческой молодежи, имеющих опыт табакокурения.

На сегодня существует много методов терапии табакокурения, которые включают: психотерапию, рефлексотерапию, медикаментозное, физиотерапевтическое лечение. Ведущими в этом комплексе выступают психотерапевтические методы, с помощью которых достигается необходимый уровень мотивации и готовности студентов первого курса отказаться от курения.

При разработке модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста, имеющим опыт табакокурения у студенческой молодежи были использованы принципы и подходы, а именно:

- единство психосоциальных и биологических методов воздействия;
- комплексность, что позволяет интенсифицировать медико – социальную помощь за счет взаимного потенцирования;
- этапность;
- партнерство, заключается в привлечении самого молодого человека к совершению психотерапевтического воздействия;
- индивидуальное и групповое психотерапевтическое воздействие;
- дифференцированное информирование патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий при совпадении индивидуальных и групповых форм работы со студентами первого курса, имеющими опыт табакокурения, активным привлечением к процессу медико-социальной помощи членов их семей и близкого окружения.

Общими принципами построения системы медико-социальной помощи было сочетание методов разъяснительной, рациональной, косвенной, телесно-ориентированной, когнитивно-поведенческой, суггестивной (внушение) и

эмоционально-стрессовой психотерапии в сочетании с психолого-педагогическим сопровождением (наставничество).

На основании вышеизложенного, психотерапия табакокурения строилась на основе принципов системности, комплексности, этапности и многоуровневости воздействия с учетом индивидуально-личностных особенностей и эмоционального состояния курильщиков, эмоционально-стрессового (саногенного) воздействия на организм и личность студентов начальных курсов.

Кроме того, включение лиц с дезадаптационными состояниями и опытом табакокурения в психотерапевтическую группу требовало наличия четырех условий:

- желание молодого человека избавиться от употребления табака, его внутренняя установка полностью и навсегда покончить с курением;
- важность осознания непосредственной связи курения с его здоровьем;
- необходимость его активного участия в психокоррекционной программе по отказу от курения, а также психологическая поддержка близких и друзей;
- неуклонное выполнение инструкций и указаний по поддержке антикурильных мероприятий.

Медико-социальная помощь лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющим опыт табакокурения проводилась в три этапа: подготовительный, собственно психокоррекционный и поддерживающий и определялась психотерапевтическими задачами, которые изменялись, а психотерапевтическое воздействие отличалось по форме, направленности и содержанию.

Табакокурение выступает коморбидной составляющей нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста. Поэтому наиболее актуальным на сегодня представляется комплексный подход к профилактике заболеваний, связанных с табакокурением, с учетом раннего выявления факторов риска или симптоматики этих заболеваний, а также применением мер по предупреждению потребления табака.

Психогигиена и психопрофилактика, в модели системы медико-социальной помощи, были комплексными, дифференцированными, последовательными и влияли на все компоненты психического и психосоматического здоровья человека – анатомо-физиологический, психологический, социально-психологический и социальный. Только при этих условиях были разработаны эффективные меры по предупреждению, раннему выявлению и своевременному этиологическому и патогенетическому влиянию на студенческую молодежь с дезадаптационными состояниями и опытом табакокурения.

Для реализации целей исследования был разработан комплекс психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, включавший первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Целью психогигиены, а также первичной психопрофилактики табакокурения является сохранение, укрепление и обеспечение нервно-психического здоровья человека.

Объектом психогигиены и психопрофилактики выступали факторы риска нарушения каждого из вышеуказанных компонентов психического и психосоматического здоровья, которые играли причинную, усиливающую и провоцирующую роль в развитии психической патологии.

Основными факторами риска нарушений и расстройств адаптации у лиц молодого возраста, имеющих опыт употребления табака, являлись: низкая культура поведения и воспитания в области гигиены и психогигиены; неумение противостоять психотравмирующей ситуации и решать жизненные проблемы, а также совмещать работу, активный отдых и здоровый образ жизни.

Для разработки и реализации эффективной психопрофилактики, связанной с табакокурением среди лиц молодого возраста, необходимо комбинирование государственных мероприятий и индивидуальных, популяционных стратегий, формулировка приоритетов, направленных на управляемые факторы риска. Кроме того, они должны быть дифференцированными в различных группах риска.

Вторичная психопрофилактика заключалась в раннем выявлении лиц с табакокурением с целью предупреждения нарушений и расстройств адаптации, предупреждении их неблагоприятной динамики (декомпенсации, рецидивов, увеличение и прогрессирования).

В задачи третичной психопрофилактики входило предупреждение вновь возникших у студенческой молодежи первого года обучения отдельных признаков нарушений и расстройств адаптации.

Четвертый этап психопрофилактики состоял из ликвидации патогенных факторов, способствующих возникновению психической патологии у студентов первого года обучения и отсутствию психической и физической зависимости от табакокурения.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности использования модели системы медико-социальной помощи для лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющими опыт табакокурения, способствуют как устранению эмоционального дистресса, так и оказывают психотерапевтическое благоприятное влияние на состояние курильщиков табака.

Психогигиенические и психопреентивная информационные тренировки психолого-педагогического сопровождения (наставничества), развивает уверенность, понимание системы устройства университета, устраняет страх перед неизвестностью, формирует уверенность в себе и своих действиях, помогает первокурсникам в подготовке к студенческой жизни, что позволяет им с началом учебного года включиться в учебный процесс и творческую деятельность.

Разработанный психопреентивный информационный буклет «Гид первокурсника» как составляющая модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения, стал эффективным методом снятия психоэмоционального напряжения, тревоги в стрессовой ситуации, что позволило улучшить психосоциальную адаптацию молодого человека, повысить общеобразовательную культуру, мотивировать их

на отказ от курения и приверженность здоровому образу жизни, а также значительно снизить уровень распространенности табакокурения среди студенческой молодежи в ГООВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности использования модели системы медико-социальной помощи для лиц молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющими опыт табакокурения, способствуют как устранению эмоционального дистресса, так и оказывают психотерапевтическое благоприятное влияние на состояние курильщиков табака.

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

1. Пацкань, И. И. Психопреентивный информационный буклет «Гид первокурсника», как составляющая модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения [Текст] / И. И. Пацкань // Научно-практический журнал по дермато-венерологии и косметологии: «Торсуевские чтения». – 2021. – № 2(32) – С. 51–56.

2. Шакович, Ю. В. Особенности подготовки фельдшеров в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО [Текст] / Ю. В. Шакович, И. И. Пацкань, Т. Э. Выставкина // «Наука побеждать... болезнь» : материалы II Международного медицинского форума Донбасса ; 14-15 ноября 2018 г. – Донецк : МЗ ДНР, ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, 2018. – С. 222

3. Пацкань, И. И. Роль интерактивных технологий в процессе обучения на медико-фармацевтическом факультете [Текст] / И. И. Пацкань, Ю. Е. Новицкая, С. В. Тюрина // «Наука побеждать... болезнь» : материалы III Международного медицинского форума Донбасса ; 14-15 ноября 2019 г. – Донецк : МЗ ДНР, ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, 2019. – С. 321–322.

4. Игнатьева, В. В. Роль кураторства в культурно–нравственном воспитании студентов–первокурсников медико–фармацевтического факультета ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет» [Текст] / В. В.

Игнатьева, И. И. Пацкань, В. Е. Бойцова // Воспитательный процесс в университете: традиции и инновации : материалы I международной научно-практической конференции посвященной 75-летию Победы в великой Отечественной войне ; 20-24 апреля 2020 г. – Кемерово, 2020. – С. 119–124.

5. Метод индивидуализированной психоэмоциональной коррекции постстрессовых расстройств / И. А. Бабюк, И. И. Пацкань, Н. В. Киосев : рационализаторское предложение № 5. – Донецк : ИНВХ им. В. К. Гусака, 2019 г.

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психофункциональное состояние студентов исследовали с помощью опросника САН, что позволило оценить их самочувствие, активность и общее настроение. О благоприятном функциональном психоэмоциональном состоянии свидетельствовали оценки выше 4 баллов; оптимальный – оценки, которые расположены в диапазоне 5,0 – 5,5 баллов; неблагоприятный – оценки, которые были ниже 4 баллов. Неблагоприятное функциональное психоэмоциональное состояние по шкале «САН» имело место у 274/53,2±2,2% (95% ДИ = 48,9-57,5) студентов, по шкале «Самочувствие» – у 270/52,4±2,2% (95% ДИ = 48,1-56,7), по шкале «Активность» – у 239/46,4±2,2% (95% ДИ = 42,1-50,7), по шкале «Настроение» – у 260/50,5±2,2% (95% ДИ = 46,2-54,8) человек соответственно.

Дизайн исследования также предусматривал оценку средних значений групповых показателей описательной статистики. По результатам исследования для всех изучаемых показателей САН обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min - max от 1,00 до 7,00. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков психофункциональных характеристик у обследованных.

Анализ результатов исследования позволил определить отдельные показатели психофункционального состояния и их соотношение: превышение показателей настроения ($Me = 5,9$) над значениями самочувствия ($Me = 5,45$) и активности ($Me = 4,10$) у 45% молодежи может указывать на усталость. Установлено, что значение медианы настроения студентов ($Me = 5,85$) у 40% лиц превышает верхнюю границу оптимального диапазона, что свидетельствует об их психоэмоциональном возбуждении, что может привести к хроническому переутомлению и развитию психологического дистресса.

Скрининговую оценку психического состояния, уровень психологического дистресса и выраженность психопатологических симптомов во всей выборке ($n = 515$) осуществляли при помощи опросника SCL-90-R.

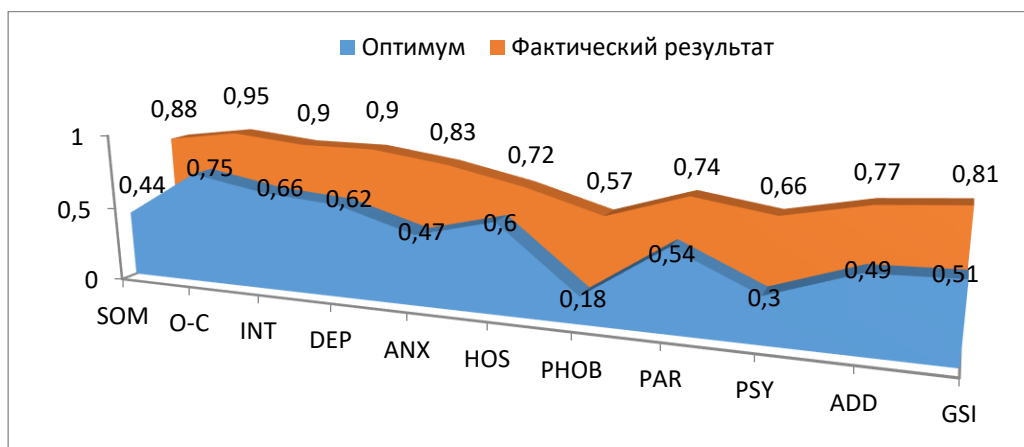


Рис. 1. Выраженность психопатологических проявлений у лиц молодого возраста по методике SCL-90-R, (n = 515)

Установлено повышение показателей по шкале соматизации у лиц молодого возраста ($0,88 \pm 0,78$, при норме $0,44 \pm 0,03$ балла). Нарушения, называемые соматизацией, отражают дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. К шкале соматизации относятся жалобы студентов, связанные с ощущением пустоты в подложечной области, чувством стеснения в груди, сердцебиением, потливостью, субфебрилитетом, болями в сердце, преобладание чувства усталости, слабости, повышение или снижение аппетита, которые нередко сопровождаются существенными колебаниями массы тела (в первом случае это могут быть приступы компульсивной еды особенно в вечернее и ночное время, а во втором – резкое снижение массы тела). Имели место нарушения сна, проявляющиеся трудностями засыпания, поверхностным сном с частыми пробуждениями, устрашающими сновидениями, ранними пробуждениями с чувством необъяснимой тревоги, неудовлетворенностью сном и отсутствием ощущения отдыха после сна. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие дезадапционного состояния, при отсутствии патологии со стороны внутренних органов.

Выявлено, что у студентов младших курсов доминирует превышение уровня фобической тревожности ($0,57 \pm 0,66$, при норме $0,18 \pm 0,02$ балла), как выраженное переживание большого количества негативных ощущений. Определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места,

объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стрессовому фактору, ведущая к избегающему поведению. Иррациональный характер таких переживаний порождает за собой тенденцию к избегающему поведению и обосновывает повышенный уровень показателя шкалы психотизма ($0,66 \pm 0,68$, при норме $0,30 \pm 0,03$ балла), что наглядно подтверждает трудности в межличностной коммуникации, выраженные негативные эмоциональные переживания и раздражительность, не характерная им ранее.

По результатам исследования отмечено, что межличностная сензитивность у студенческой молодежи выше ($0,9 \pm 0,73$), чем в норме ($0,66 \pm 0,03$ балла), формируется чувством собственной неадекватности и несостоятельности, в особенности при сравнении себя со сверстниками. 50% молодых людей испытывают трудности в общении со сверстниками, что подтверждают данные $Me=0,78$, при норме $0,66 \pm 0,03$ балла. Данное расстройство определяется ощущением личностной неадекватности и неполноценности, в особенности при сравнении себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по шкале INT сообщают об обостренном чувстве осознания собственного «Я» и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Установлено большое разнообразие тревожных состояний от незначительного до выраженной степени тревожности ($0,83 \pm 0,85$; норма составляет $0,47 \pm 0,03$ балла). У 50% студентов младших курсов незначительно выражено тревожное состояние о чем свидетельствует величина медианы $Me=0,50$. 75% молодых людей характеризуются наличием тревожного состояния, что подтверждается значением верхнего Q75 (составляет 0,2 балла), что превышает значение нормы в 3 раза.

Установлено, симптомы депрессивного характера ($0,90 \pm 0,79$, при норме $0,62 \pm 0,04$ балла) отображают тоску и элементы отчаяния; угнетенное,

подавленное настроение, тревогу, внутреннее напряжение, раздражительность, ожидание беды, чувство вины, самообвинения, недовольство собой, снижение самооценки и уверенности, тревожность за близких, гнев, недостаток мотивации и потери жизненной энергии у лиц молодого возраста при обучении на младших курсах.

Анализ полученных результатов исследования позволил констатировать высокую степень разнообразия признаков психопатологической характеристики у студенческой молодежи начальных курсов: отмечается высокое значение стандартного отклонения и высокий разброс $\min - \max$ от 0,00 до 4,00.

Согласно полученным данным выявлено повышение показателя проявления симптоматики PSI, что отражает широту представленности симптомов и составляет $41,68 \pm 26,35$; (1,00–90,00) при норме $21,39 \pm 2,02$. Данная картина обусловлена тем, что некоторая часть студентов дает отрицательные ответы почти на все вопросы, а другая часть из них положительно отвечает на все перечисленные вопросы.

Отмечено, что обобщенный единичный показатель, который отражает тяжесть симптоматики – индекс GSI превышает норму и составляет $0,81 \pm 0,66$; (0,01–3,29) при норме $0,51 \pm 0,02$.

Индекс выраженности дистресса PDSI, который отражает уровень субъективного симптоматического дистресса, выше нормативных границ и на момент исследования составляет $1,59 \pm 0,53$; (1,00–4,00), при норме $1,17 \pm 0,05$.

Установлено, что психоэмоциональное состояние лиц молодого возраста характеризуется полиморфностью. Оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студентов младших курсов показала превышение показателей следующих субшкал опросника SCL-90-R: соматизации, фобической тревожности, депрессивности и межличностной сензитивности. Соответственно, ведущее место занимают субклинические формы дисфункции соматовегетативного, тревожно-депрессивного и эмоционально-лабильного регистров.

Следующим шагом исследования стало выявление взаимосвязи между психопатологической симптоматикой, индивидуально-личностными особенностями и психоадаптационными факторами у студентов с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющими опыт употребления ПАВ.

Взаимосвязь между уровнем выраженности психопатологической симптоматики по субшкалам соматизации (SOM) и тревожности (ANX) и опытом употребления психоактивных веществ у лиц молодого возраста проводилось по КОС (частотный анализ и удельный вес ответов на вопрос 42). Данные, представленные в табл. 1, демонстрируют повышение показателей по субшкалам соматизации и тревожности у студенческой молодежи первого курса, имеющей опыт употребления психоактивных веществ.

Таблица 1.

Показатели выраженности соматизации и тревожности студентов первого курса университета (SCL-90-R, n = 515)

Шкала (баллы)	n=515	Норма
SOM	0,9 ± 0,8; (0,0 – 3,7); Me= 0,7; (0,3 – 1,3)	0,44 ± 0,03
ANX	0,8 ± 0,9; (0,0 – 3,7); Me= 0,5; (0,2 – 1,2)	0,47 ± 0,03

Нормальным значением субшкалы соматизации является 0,44±0,03 балла. Показатель субшкалы SOM в группе 1 не превышает допустимые значения, студенты этой группы чувствуют себя хорошо. Девушки с ННА (1,6 ± 0,7) предъявляют жалобы на периодические возникающие головные боли, головокружение, боли в животе, похолодание конечностей, боли в проекции сердца. Вышеописанная симптоматика проходит самостоятельно. Студентов первого года обучения с ОПРА (1,9 ± 0,7) беспокоят частые головные боли, дискомфорт в эпигастральной области, боли в грудной клетке в области сердца. Средние значения показателя субшкалы соматизации стремятся в сторону более

высоких величин в группе 2, в то же время средние значения шкалы соматизации в группе 3 практически равномерно распределяются относительно центра выборки. Выявлены статистически значимые различия средних значений субшкалы SOM у девушек первого курса, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя выпившими (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

Нормальным значением субшкалы ANX является $0,47 \pm 0,03$ балла. Показатель тревожности в группе практически здоровых девушек, которые ни разу в жизни не чувствовали себя выпившими, находится в рамках нормы. Студенты группы 2 часто испытывают нервозность и напряжение в стрессовых ситуациях, а также периодически возникающее чувство страха. Девушки с ОПРА ($1,7 \pm 0,7$) жаловались на нервозность, напряжение, дрожь, приступы паники. Значения субшкалы тревожности у девушек первого курса с отдельными признаками расстройств адаптации стремятся в сторону более высоких значений. Выявлены статистически значимые отличия средних значений субшкалы ANX ($2,3 \pm 0,7$) у девушек между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя выпившими (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в своей жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

Далее студенты были разделены в рамках исследуемых групп на 2 подгруппы, в зависимости от значений субшкал SOM и ANX. У группы практически здоровых девушек значение соматизации и тревожности превышает 1 только у 4,3 и 2,6% соответственно. При этом у студентов в группе с непатологическими нарушениями адаптации величина соматизации и тревожности превышает 1 у 83,0 и 81,1% лиц соответственно. Девушки с отдельными признаками расстройств адаптации характеризуется превышением величин SOM и ANX выше 1 (90,9 и 95,5% соответственно). Выявлены статистически значимые отличия между студентами с ННА и ОПРА, у которых величина ANX больше 1 ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении проявлений тревожности у студентов с отдельными признаками расстройств адаптации по сравнению с лицами с непатологическими нарушениями адаптации.

Значение субшкалы SOM у практически здоровых юношей первого курса (без опыта алкогольного опьянения), находится в пределах нормальных значений, которые составляют $0,2 \pm 0,2$. Студенты с ННА ($1,6 \pm 0,2$) высказывают жалобы на периодический дискомфорт в желудке, в области сердца, редкие головные боли. Юношей с ОПРА ($1,9 \pm 0,2$) беспокоят головные боли, головокружения, в стрессовых ситуациях им бывает сложно сделать вдох и выдох. Особое внимание обращает на себя выраженное смещение средних значения субшкалы соматизации в сторону высоких величин в группе с ННА. Выявлены статистически значимые отличия средних значений субшкалы SOM у юношей между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя выпившими (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

Показатель субшкалы тревожности ($0,3 \pm 0,3$) не превышает верхнюю границу нормы у юношей группы 1. Студенты с ОПРА ($1,7 \pm 0,2$) испытывают напряжение, страх в стрессовых ситуациях. Юноши с отдельными признаками расстройств адаптации ($2,1 \pm 0,2$) жалуются на дрожь в теле, приступы паники, похолодание конечностей, потливость, сердцебиение, боли в области сердца. Согласно полученным данным, средние значения субшкалы ANX у юношей с ННА стремятся в сторону более высоких значений. Выявлены статистически значимые отличия средних значений субшкалы тревожности у юношей между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$).

Доказаны статистически значимые отличия между студентами с ННА и ОПРА, у которых величина SOM и ANX больше 1 ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении проявлений соматизации и тревожности у студентов с отдельными признаками расстройств адаптации по сравнению с лицами с непатологическими нарушениями адаптации.

Комплексная оценка аддиктивного статуса лиц молодого возраста первого года обучения в качестве фона нарушения и расстройств адаптации проводилась

с помощью AUDIT-подобных тестов. Установлено, что среди контингента обследованных ($n = 515$) выявлено 69,32% (357/515) студентов первого курса, которые имели опыт употребления ПАВ, преимущественно алкоголя и табака, из них девушки – 51,65% (266/515), то есть 72,8% (266/365); юноши – 17,6% (91/515), то есть 60,6% (91/150). Соотношение приема ПАВ соответственно уровням их употребления среди обследованного контингента следующее:

- табакокурение: стиль безопасного употребления обнаружен у 11,26% (58/515) случаев, опасного употребления – у 6,6% (34/515), с вредными последствиями – у 6,6% (34/515), зависимые состояния составили 2,91% (15/515) то есть, имеет место широкая степень вариаций – от степени «А» (безопасного употребления) до степени «D» (набрали по 20 баллов);

- употребление алкоголя: у большинства респондентов преобладал стиль безопасного употребления (степень «А» 1-7 баллов) – 55,53% (286/515), опасное употребление (степень «В» 8-15 баллов) составило 8,73% (45/515), употребление с вредными последствиями (степень «С» 16-19 баллов) – 2,35% (11/515), зависимые состояния (степень «D» 20 и более баллов) – 0,58% (3/515);

Исходя из полученных результатов, тенденции употребления психоактивных веществ у обследованного контингента студенческой молодежи первого года обучения в университете можно охарактеризовать следующим образом.

Большая часть обследованных студентов при приеме различных ПАВ находятся преимущественно в зоне относительно «безопасного употребления» (степень «А» 1-7 баллов) или «опасного употребления» (степень «В» 8-15 баллов), но еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной (степень «С» 16-20 баллов – с вредными последствиями; степень «D» – 20 баллов и более – зависимые состояния). Ситуация усугубляется тем, что молодежь одновременно употребляет алкоголь и курит табак.

Следующим шагом исследования стало распределение объектов на группы при заданном алгоритме; выбор метрики кластеризации и задачи алгоритма

распределения студентов на группы содержал субшкалы SCL-90-R: SOM, INT, DEP, ANX, PHOB и шкалу «САН».

При помощи агломеративного метода минимальной дисперсии (кластеризация методом «k-срединных») из общего количества обследованных студентов-первокурсников было сформировано три группы в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: группа 1 – практически здоровые студенты: $n = 335$ (65,04%), из них девушки $n = 236$ (70,45%), юноши $n = 99$ (29,55%); группа 2 – лица с непатологическими нарушениями адаптации: $n = 131$ (25,44%), из них девушки $n = 93$ (70,99%), юноши $n = 38$ (29,01%); и группа 3 – с отдельными признаками расстройств адаптации: $n = 49$ (9,52%), из них девушки $n = 36$ (73,47%), юноши $n = 13$ (26,53%).

Статистически значимый окончательный вариант распределения обследованного контингента на группы $n=515$: из них – девушки 365 (70,87%), юноши 150 (29,12%).

1 группа – практически здоровые студенты: $n = 335$ (65,04%), из них девушки $n = 236$ (70,45%); юноши $n = 99$ (29,55%).

а) 94 (28,06%) лиц не употребляют ПАВ: девушки $n = 59$ (62,76%); юноши $n = 35$ (37,23%);

б) 241 (71,94%) лицо употребляет ПАВ: девушки $n = 177$ (73,44%); юноши $n = 64$ (26,56%).

2 группа – лица с непатологическими нарушениями адаптации: $n = 131$ (25,44%), из них: девушки $n = 93$ (70,99%); юноши $n = 38$ (29,01%).

а) 50 (38,17%) лиц не употребляют ПАВ: девушки $n = 32$ (64%); юноши $n = 38$ (36%);

б) 81 (61,83%) лицо употребляет ПАВ: девушки $n = 61$ (75,3%); юноши $n = 20$ (24,69%).

3 группа – студенты с отдельными признаками расстройств адаптации: $n = 49$ (9,52%), из них: девушки $n = 36$ (73,47%); юноши $n = 13$ (26,53%).

а) 14 (28,58%) лиц не употребляют ПАВ: девушки $n = 8$ (57,14%); юноши $n = 6$ (42,86%);

б) 35 (71,42%) лиц употребляют ПАВ: девушки $n = 28$ (80,0%); юноши $n = 7$ (20,0%).

Таким образом, доказано, что студенты первого года обучения в высшем учебном заведении склонны к употреблению ПАВ (69,32%).

При анализе полученных данных измерялись стратегии совладания: суммированы ответы на вопросы шкалы COPE в баллах (от 1 до 4): ранжированы от максимума (max) к минимуму (min), и наглядно представлены на выборке (объем $n = 515$) студентов первого года обучения в университете на протяжении 2019 учебного года. Затем выделена доля лиц (в %) и распределены шкалы по ранговому приоритету.

Установлено, что в группе 1, практически здоровых студентов, в тройку преобладающих копинг-стратегий входят: на первом месте – позитивное переформулирование и личностный рост 45,61%, как один из видов эмоционально ориентированного копинга: направленный на управление эмоциональным дистрессом, а не на разрешение возникшей стрессовой ситуации. Значимость этой стратегии не ограничивается лишь снижением вероятности дистресса. Так, восприятие стрессового взаимодействия в позитивном свете должно неизбежно привести к тому, что молодой человек продолжит активные, проблемно ориентированные действия, направленные на преодоление стресса. На втором месте – планирование 40,35% – является обдумывание и осознание того, как преодолеть действие стрессора. Планирование вызывает стратегии действий, осмысление того, какие шаги следует предпринять и как лучше всего справиться с имеющейся проблемой. Данная стратегия является проблемно ориентированной, но принципиально отличается от прямого выполнения действий, направленных на разрешение проблемы. Более того, планирование происходит во время вторичной оценки, а активный копинг – во время фазы непосредственного преодоления. На третьем месте – активное совладание 36,85% – процесс, при котором молодой человек предпринимает активные действия с целью предотвратить, уйти от влияния стрессора или улучшить (изменить) его влияние. Активный копинг

включает в себя инициацию направленных действий, увеличение объема прикладываемых усилий и попытку постепенного (пошагового) преодоления сложных ситуаций.

Для студентов группы 2, с признаками непатологических нарушений адаптации, характерны другие приоритеты в выборе совладающего поведения, а именно: на первое место выступает активное совладание 39,54%, второе место разделили: позитивная переоценка 37,51% и планирование 37,37%.

Студенческую молодежь с определенными признаками расстройств адаптации (группа 3) характеризует лидирование на первом месте – использование эмоциональной социальной поддержки (утешение) – 33,33% и обращение к религии – 33,33%. Лица молодого возраста могут обращаться к религии в стрессовой ситуации по самым разным причинам: религия (вера) может быть источником эмоциональной поддержки, помощью в положительной переоценке и развитии или являться тактикой активного преодоления влияния стрессора. На втором месте – по 30% позитивная переоценка и планирование. На третьем месте – сочетание по 26,67% – концентрации на эмоциях и их активное выражение. Одной из малоадаптивных стратегий является концентрация на эмоциях и эмоциональный выход: тенденция "зацикливания" на собственных переживаниях и выражение этих чувств, что может препятствовать адаптации и использованию инструментов социальной поддержки (содействие).

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

Таким образом, особенностями копинг-стратегий у студентов-первокурсников при нарушениях и расстройствах адаптации являются: неконструктивный характер последовательности их применения, недостаточная частота и слабое разнообразие адаптивного репертуара, которые проявляются в виде сложностей решения проблем и затруднений совладания со стрессом.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что хронический дистресс первого года обучения в высшем учебном заведении (большая учебная и общественная нагрузка, необходимость запоминать большое количество нового материала, уход от родительской опеки, формирование напряжённых отношений в студенческой среде) приводят к перенапряжению компенсаторно-приспособительных процессов. Это, в свою очередь, может приводить к нарушениям и расстройствам адаптации и табакокурению, что в наших исследованиях явилось взаимоотягощающими ключевыми звеньями патогенеза. В итоге формируется доминанта Ухтомского, психопатогенетическая цепь и патогенетический порочный круг.



Полученные результаты позволили разработать систему модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации со следующими составляющими: первичная психопревенция с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством); вторичная психопревенция с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством); психокоррекция определенных психопатогенетических «мишеней».

Психопреентивные и психокоррекционные мероприятия строились на основе принципов системности, комплексности, этапности и многоуровневости воздействия с учетом индивидуально-личностных особенностей и эмоционального состояния, эмоционально-стрессового (саногенного) воздействия на организм и личность студентов первого курса с нарушениями и расстройствами адаптации, опытом табакокурения.

В построении системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста было использовано сочетание методов разъяснительной, рациональной, косвенной, телесно-ориентированной, когнитивно-поведенческой, суггестивной (внушение) и эмоционально-стрессовой психотерапии в сочетании с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством).

Медико-социальная помощь лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации, имеющим опыт табакокурения проводилась в три этапа: подготовительный, собственно психокоррекционный и поддерживающий и определялась психотерапевтическими задачами, которые изменялись, а психотерапевтическое воздействие отличалось по форме, направленности и содержанию.

На первом (подготовительном) этапе осуществляли консультативный прием, психопатологическое и психодиагностическое исследование, а также отбор студентов, которые согласились на психотерапевтическую коррекцию. Мероприятия начинали с психотерапевтической беседы, обеспечение контакта с исследуемым, установления доверия и проведения рациональной психотерапии по разъяснению о вреде употребления табака, укрепления волевых усилий студентов первого года обучения, направленных на сдержанность. Основной

задачей первого этапа было установление стойкого психотерапевтического контакта со студентами младших курсов с нарушениями и расстройствами адаптации, преодоление психологического сопротивления, создание мотивации на взаимодействие по прекращению курения, дезактуализация абстинентных явлений.

На втором этапе (1,5-2 месяца) проводили дифференцированную (с учетом формы употребления и особенностей преморбида респондента) психотерапевтическую работу по обучению приемам саморегуляции, аутотренинга и групповую психокоррекцию. Целью курса аутотренинга было научить студентов первого курса высшего учебного заведения с нарушениями и расстройствами адаптации управлять компонентом патологического влечения к табакокурению, особенно интенсивно проявляющегося при прекращении курения табака. С этой целью использовали техники, способствующие переключению и угасанию доминирующих мнимых, а также образных желаний повторно закурить.

Третий (заключительный) этап был направлен на закрепление установки здорового образа жизни, проведение поддерживающих сеансов психотерапии студентам первого курса (1 – 2 сеанса в месяц) в течение года. Основными задачами этого этапа были: поддержка студенческой молодежи и ее адаптация к реальным условиям жизни; укрепление установки на дальнейший здоровый образ жизни с полным отказом от курения табака; предупреждения рецидивов табакокурения и дезадаптационных состояний.

Поддерживающая программа включала в себя индивидуальную и групповую психотерапию, направленную на невелирование субклинических форм дисфункции соматовегетативного, тревожно-депрессивного и эмоционально-лабильного регистров. Индивидуальная психотерапия данного контингента студентов была направлена: на достижение осознания наличия у них симптомов проявлений употребления табака с вредными последствиями и необходимости психокоррекции; убеждение в непосредственной связи между заболеваниями

органов дыхания, возникающее в результате табакокурения; адекватного отношения к психотерапии.

Целью групповой психотерапии было повышение необходимости сохранения у студенческой молодежи первых курсов эмоционально значимых связей с окружающими, выработки социально-приемлемых способов самоутверждения и решения интерперсональных конфликтов, используя для этого социально-ролевой тренинг.

Психогигиена и психопрофилактика, модели системы медико-социальной помощи в сочетании с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством), были комплексными, дифференцированными, последовательными и влияли на все компоненты психического и психосоматического здоровья студентов: анатомо-физиологический, психологический, социально-психологический и социальный. Только при этих условиях были разработаны эффективные меры по предупреждению, раннему выявлению и своевременному этиологическому и патогенетическому влиянию на студенческую молодежь с нарушениями и расстройствами адаптации и опытом табакокурения. Система психогигиены и психопрофилактики проводилась в четыре этапа. Первому этапу предшествовало предупреждение воздействия на организм биогенных факторов. Оно начиналось с пропаганды регулярного питания, правильного отдыха и умственного труда.

Первый этап состоял в психогигиене и психопрофилактике, сочетающийся с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством) умственного труда (правильная подготовка к занятиям, модульным контролям, зачетам, экзаменам, физическим и психическим нагрузкам), устранении факторов риска к заболеваниям путем обучения методам психической саморегуляции, аутогенной тренировке, а также психогигиенической информированности студенческой молодежи первого года обучения о вреде никотина и его последствиях.

Психопрофилактические мероприятия с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством) на втором этапе включали психологическую коррекцию, направленную на нивелирование негативных психологических

черт, обучение правильным формам реагирования в сложных стрессовых ситуациях и проведения социально-психологического тренинга, который имел целью формирование правильного обучения в коллективе (группа, академическая группа, поток, курс, факультет, университет). Целью проведения психогигиенических мероприятий среди студентов первых курсов было предоставление информации о вреде табакокурения и его последствий.

Третий этап психопрофилактики в сочетании с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством) заключался в выработке у исследуемых черт характера и личности. К числу гармоничных черт, сформированных в процессе воспитания, входили адаптивность, благоразумие, реализм в оценке окружающих, самооценка, независимость, обязательность, способность менять ситуацию и др.

Четвертый этап психопрофилактики состоял из ликвидации патогенных факторов, способствующих возникновению психической патологии у студентов первого года обучения и отсутствию психологической зависимости от табакокурения. На данном этапе проводили занятия на темы: причины и условия развития различных вариантов дезадаптации, социальный вариант дезадаптации; психологический вариант дезадаптации; социально-психологический вариант дезадаптации.

С целью оценки эффективности предложенной системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста с нарушениями и расстройствами адаптации имеющими опыт табакокурения, за счет распределения 2 и 3 групп риска ($n = 118$) было дополнительно сформировано четыре группы.

Первую ($n = 40$) и вторую ($n = 18$) группы составили представители студенческой молодежи, получавшие помимо традиционных психотерапевтических когнитивно-поведенческих мероприятий и психолого-педагогическое сопровождение (наставничество).

Первую ($n = 41$) и вторую ($n = 19$) группы сравнения составили представители студенческой молодежи, получавшие традиционные психотерапевтические когнитивно-поведенческие мероприятия.

При сопоставлении начальных и результативных данных было констатировано достоверное снижение показателей до нормативного уровня.

Психогигиенические и психопреентивная информационные тренировки психолого-педагогического сопровождения (наставничества), развивает уверенность, понимание системы устройства университета, устраняет страх перед неизвестностью, формирует уверенность в себе и своих действиях, помогает первокурсникам в подготовке к студенческой жизни, что позволяет им с началом учебного года включиться в учебный процесс и творческую деятельность.

Полученные положительные результаты модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста с элементами психолого-педагогического сопровождения (наставничества) позволили сделать вывод о высокой эффективности разработанной системы мер.

ВЫВОДЫ

В диссертационной работе осуществлено теоретическое обобщение и приведено решение новой научной проблемы компетенции патологической физиологии и медицинской психологии по обоснованию и разработке модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста при расстройствах адаптации. Проблема решена на основе идентификации патопсихологических проявлений, патогенетических факторов риска и механизмов формирования расстройств адаптации у лиц молодого возраста с учетом аддиктивного фона, на основании чего разработана, обоснована и внедрена в практику модель системы медико-социальной помощи, эффективность которой доказана в результате полугодового исследования.

1. Общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодежи показала, что адаптационные нарушения имеют место у 25,4% (131/515) студентов, адаптационные расстройства выявлены у 9,5% (49/515) респондентов. Удельный вес лиц, с достоверным превышением нормативных значений по субшкалами SCL-90-R: фобической тревожности (PHOB) – 49,8%; соматизации (SOM) – 38,7%; межличностной сензитивности (INT) – 43,8%; тревоги (ANX) – 25,1%; депрессии (DEP) – 24,7%. Из всей совокупности обследованных студентов (n=515) доминирует превышение показателей по шкале фобической тревожности $279/54,2 \pm 2,2\%$; 95% ДИ=49,87 – 58,48. Ведущее место занимают субклинические формы дисфункции соматовегетативного, тревожно-депрессивного и эмоционально-лабильного регистров, которые являются предикторами формирования клинической симптоматики адаптационных расстройств. Элементы эмоциональной лабильности, ощущение собственной несостоятельности, неспособности справиться с ситуацией и трудности межличностной коммуникации с чрезмерной бдительностью, снижением адаптационных возможностей,

вегетативными нарушениями; тревожно-депрессивные проявления с фобическими радикалами занимают ведущее место в генезисе адаптационных нарушений.

2. По социально-демографическим показателям по всей выборке преобладают лица в возрасте 17-18 лет. По гендерному признаку группы распределились неравномерно: в 1 и 2 группах распределение между девушками и юношами составило 65% и 35%, а в 3 группе – 55% и 45% соответственно. Среди молодежи 3 группы удельный вес лиц в браке ниже, чем в 1 и 2 группах. Отец не работает у 6,3% студенческой молодежи 1 группы, у 12% и 17% – 2 и 3 группах студентов соответственно. В группе практически здоровых мать не работает у 10% обследованных, во 2 группе – у 18%. Есть матери у 35% студентов 1 группы, 37% – 2 группы. У всех обучающихся 3 группы есть матери, 33,8% из них не работают. В образовании отца у обследованных статистически значимых различий не было. По образовательному уровню матерей различия по группам распределения: в 1 группе – 70% матерей имеют высшее образование, в 2 – 60% и в 3 – 34% ($p < 0,05$).
3. Показаны особенности функционального психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста, которые учатся на первых курсах университета. Неблагоприятное функциональное психоэмоциональное состояние по шкале «САН» имело место у 274/53,2 $\pm$ 2,2% (95% ДИ = 48,9-57,5) студентов, по шкале «Самочувствие» – у 270/52,4 $\pm$ 2,2% (95% ДИ = 48,1-56,7), по шкале «Активность» – у 239/46,4 $\pm$ 2,2% (95% ДИ = 42,1-50,7), по шкале «Настроение» – у 260/50,5 $\pm$ 2,2% (95% ДИ = 46,2-54,8) человек соответственно. Определены отдельные показатели психофункционального состояния и их соотношение: превышение показателей настроения ($Me = 5,9$) над значениями самочувствия ($Me = 5,45$) и активности ($Me = 4,10$) у 50% молодежи может указывать на усталость. Установлено, что значение медианы настроения студентов ($Me = 5,85$) у 50% лиц превышает верхнюю границу оптимального диапазона, что свидетельствует об их психоэмоциональном возбуждении, что приводит к хроническому

переутомлению и развитию психологического дистресса. У девушек, в отличие от юношей, в условиях стрессогенных ситуаций статистически значимо снижаются показатели активности, как ранний признак психологического дистресса ($p < 0,05$).

4. Студенческая молодежь склонна к аддиктивному поведению. 69,32% (357/515) обследуемых имели опыт употребления ПАВ, преимущественно алкоголя и табака, из них девушки – 51,65% (266/515), то есть 72,8% (266/365); юноши – 17,6% (91/515), то есть 60,6% (91/150) и характеризуется полисубстантным типом (совокупность напитков с низким содержанием алкоголя и табакокурения), доминированием относительно безопасного стиля употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов), как субклинической формы аддиктивного состояния. Часть обследованных при приеме различных ПАВ находятся в зоне «опасного употребления» (8-15 баллов), но еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табакокурения.
5. Студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 22,4 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 23,5 % статистически значимо чаще сталкиваются с формированием как психологической, так и физической зависимости от табакокурения, чем практически здоровые студенты ($p < 0,01$). Доля девушек во всех исследуемых группах статистически значимо выше ($p < 0,01$) и составила от 79,7 % в группе практически здоровых студентов до 88,9 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации. Лица молодого возраста с признаками непатологических нарушений адаптации на 41,5 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 16,2 % статистически значимо чаще сталкиваются с анорексигенным эффектом табакокурения, чем практически здоровые студенты ($p < 0,01$). Доля девушек во всех исследуемых группах была статистически значимо выше, $p < 0,01$ и составила от 69,8 % в группе практически здоровых студентов до 81,5 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

Студенты с признаками непатологических нарушений адаптации на 14,3 %, а студенты с отдельными признаками расстройств адаптации на 27,7 % статистически значимо реже сталкивались с изменениями когнитивных функций при табакокурении, чем практически здоровые студенты ($p < 0,01$). Доля девушек во всех исследуемых группах разнилась, $p < 0,01$ и составила от 40,0 % в группе студентов с отдельными признаками расстройств адаптации до 74,4 % в группе молодых лиц с признаками непатологических нарушений адаптации.

6. Установлена взаимосвязь между уровнем психологического дистресса, выраженностью сопутствующих психопатологических радикалов, копинг-стратегиями и определены гендерные особенности соматизации и тревожности у студентов с расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления ПАВ. Выявлены статистически значимые различия превышения средних значений субшкалы SOM у девушек первого курса, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в своей жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$). Определены статистически значимые отличия превышения средних значений субшкалы SOM у юношей между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда не ощущали алкогольного опьянения (группа 1). Показаны статистически значимые различия превышения средних значений субшкалы ANX у девушек между студентами, которые хотя бы 1 раз в жизни чувствовали себя пьяными (группа 2 и 3) и лицами, которые никогда в своей жизни не ощущали алкогольного опьянения (группа 1) ($p < 0,05$). Доказаны статистически значимые отличия между студентами с ННА и ОПРА, у которых величина SOM и ANX больше 1 ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении проявлений соматизации и тревожности у студентов с отдельными признаками расстройств адаптации по сравнению с лицами с непатологическими нарушениями адаптации.

7. Тревожно-депрессивные проявления с фобическими радикалами, элементы эмоциональной лабильности и трудности межличностной коммуникации с повышенной бдительностью, снижением адаптационных возможностей, вегетативными нарушениями занимают ведущее место в генезисе адаптационных нарушений у лиц женского пола в большей степени, чем у лиц мужского. Среди практически здоровых студентов в тройку преобладающих копинг-стратегий входят: на первом месте – позитивное переформулирование и личностный рост 45,6%; на втором месте – планирование 40, 35%; на третьем месте – активное совладание 36,85%. Для студентов с признаками ННА, характерны другие приоритеты в выборе совладающего поведения, а именно: на первое место выступает активное совладание 39,54%, второе место разделили: позитивная переоценка 37,51% и планирование 37,37%, на третьем месте – использование эмоциональной социальной поддержки (утешение) – 23,31%. Студенческую молодежь с ОПРА характеризует лидирование на первом месте – использование эмоциональной социальной поддержки (утешение) – 33,33% и обращение к религии – 33,33%. На втором месте – по 30% позитивная переоценка и планирование. На третьем месте – сочетание по 26,67% – концентрации на эмоциях и их активное выражение. Для абсолютного большинства обследованных студентов-первокурсников в ситуациях фрустрации характерна склонность к преодолению негативных переживаний за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной погруженности в нее, а также ограничения стратегий когнитивной и поведенческой адаптации, что может являться причиной нарушения процессов саморегуляции и успешной адаптации.
8. Перенапряжение компенсаторно-приспособительных процессов первых лет обучения в университете из-за влияния хронических стрессовых факторов (большая учебная и общественная нагрузка, необходимость запоминать большое количество нового материала, уход от родительской опеки, формирование напряжённых отношений в студенческой среде) приводит к

нарушениям и расстройствам адаптации, на основе взаимоотношающейся декомпенсации индивидуально-личностных особенностей и аддиктивных поведенческих паттернов (табакокурение) формируют патогенетическую цепь и патофизиологический порочный круг: стрессорные влияния с психоэмоциональными перегрузками → перенапряжение компенсаторно-приспособительных процессов → неэффективные или патологические копинг-стратегии → употребления и / или злоупотребления ПАВ (табакокурение) → низкий уровень жизнестойкости + формирование хронического переутомления → адаптационные нарушения и расстройства с разнообразной психопатологической симптоматикой → потенцирование психоэмоциональных перегрузок → усугубление патофизиологической декомпенсации на уровне более сложных процессов расстройств психического здоровья.

9. Построены прогностические модели риска развития адаптационных нарушений и расстройств, а также риска возникновения табакокурения у молодежи с анализом и оценкой влияния наиболее значимых факторных признаков, которые являются предикторами формирования указанной патологии. В качестве показателя-отзыва, который прогнозируется, использован риск развития адаптационных нарушений или расстройств. В качестве независимых факторов риска в модели включена совокупность из 17 значимых признаков, которые достоверно связаны с результатами проведенных социально-демографических, клинико-анамнестических, клинико-психопатологических, психодиагностических исследований. Основные факторы: медико-социальный – выражается в появлении чувства тревожной напряженности в новых условиях, психосоциальный – отражается в ощущении счастья и удовлетворенности жизнью, социальный (микросоциальный) – отражает трудности межличностных отношений с повышенной бдительностью, снижением адаптационных возможностей, вегетативными нарушениями, табакокурением. Модель прогнозирования риска развития адаптационных нарушений у лиц молодого возраста.

Диагностическая чувствительность данной модели составляет 93,4%; диагностическая специфичность – 88,3%. Модель прогнозирования риска развития расстройств адаптации у лиц молодого возраста. Диагностическая чувствительность данной модели составляет 90,3%; диагностическая специфичность – 91,5%. Модель прогнозирования риска возникновения табакокурения у лиц молодого возраста. Диагностическая чувствительность данной модели составляет 91,4%; диагностическая специфичность – 92,6%.

10. Обоснована, разработана и внедрена модель системы медико-социальной помощи с психолого-педагогическим сопровождением (наставничеством) для студенческой молодежи с адаптационными нарушениями и расстройствами, имеющей опыт употребления ПАВ (табакокурение), 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 модель включает следующие составляющие: 1) первичная психопревенция и психолого-педагогическое сопровождение (наставничество); 2) вторичная психопревенция и психолого-педагогическое сопровождение (наставничество); 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 межличностной коммуникации ($p < 0,05$) и психосоциального функционирования респондентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Абрамова, М. Г. Тьютор в дополнительном профессиональном образовании: необходимость или мода? [Текст] / М. Г. Абрамова // Дополнительное профессиональное образование в условиях модернизации : материалы восьмой всероссийской научно-практической интернет-конференции (с международным участием) / под науч. ред. М. В. Новикова. – Ярославль, 2016. – С. 107–110. 2.Абдрахманова, Э. В. Тьютор: понятие, функции и обязанности [Текст] / Э. В.

2.Абдрахманова, В. С. Рассоха, О. Д. Стародубец // Сфера знаний: вопросы продуктивного взаимодействия теории и практики : сборник научных трудов. – Казань, 2018. – С. 6–10.

3.Адаптации студентов первого курса в вузе [Текст] / А. А. Кузьмишкин [и др.] // Молодой ученый. – 2014. – № 3. – С. 933–935. Р1.1-10

4.Адаптация в образовании: состояние, проблемы, перспективы [Текст] / Л. А. Федотова, Е. В. Абраменко, А. В. Соловьев, Р. В. Яценко. – Волгоград : ВолгТГУ, 2015. – 150 с .

5.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.

6.Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский [и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8, № 6 (49). – С. 33–45.

7.Азарных, Т. Д. Алкогольное поведение при посттравматических стрессах в юношеском возрасте [Текст] / Т. Д. Азарных // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2014. – № 7. – С. 134–140.

8.Албитова, Е. П. Социальная адаптация студентов — условие формирования субъектной позиции, социального статуса «студент вуза»

[Текст] / Е. П. Албитова, Г. И. Рогалева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2015. – № 4 (13). – С. 90–93.

9.Александр, Ю. А. Социогенные психические расстройства [Текст] / Ю. А. Александр // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 3. – С. 21–24. Р1.4-2

10.Александров, И. А. Понятие адаптации с точки зрения психологии [Текст] / И. А. Александров // Молодой ученый. – 2018. – № 22. – С. 283–285. Р1.2-2

11. Александрова, Е. А. Теория и практика тьюторской деятельности в России [Текст] / Е. А. Александрова, Е. А. Андреева // Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития. – 2013. – № 2 (2). – С. 222–232. Р1.6-1

12. Александровский, Ю. А. Состояния психической адаптации и невротические расстройства [Текст] / Ю. А. Александровский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа; 2012. – 52 с. Р1.2-1

13. Алиханова, Б. А. Проблемы использования добровольческой деятельности студенческой молодежи в улучшении социально-экологической ситуации [Текст] / Б. А. Алиханова // Молодой ученый. – 2018. – № 22. – С. 82–85.

14. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [Текст] / Л. М. Барденштейн [и др.]. – Москва, 2015. – 96 с.

15. Алтынбекова, Г. И. Проблемы адаптации в профилактике наркологических и психических расстройств [Текст] / Г. И. Алтынбекова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 27–29.

16. Алмазов, Б. П. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних [Текст] : монография / Б. П. Алмазов. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 180 с. Р1.1 1

17. Андрух, П. Г. Принципы психотерапии и реабилитации специфических эмоциональных нарушений у лиц с зависимостью от

психоактивных веществ [Текст] / П. Г. Андрух, В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Міжнародний медичний журнал. – 2010. – Т. 16, № 4. – С. 14–20.

18. Аникеева, Д. А. Психолого-педагогическая помощь студентам, страдающим компьютерной зависимостью [Текст] / Д. А. Аникеева // Современные научные исследования: теория и практика : материалы Международной (заочной) научно-практической конференции / под общей редакцией А. И. Вострецова. – Нефтекамск, 2018. – С. 430–433.

19. Антилогова, Л. Н. Психологические особенности аддиктивного поведения студентов [Текст] / Л. Н. Антилогова, Д. В. Лазаренко // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2014. – № 2 (57). – С. 40–43.

20. Антилогова, Л. Н. Склонность студентов вузов к аддиктивному поведению и факторы, ее обуславливающие [Текст] / Л. Н. Антилогова, Д. В. Лазаренко // Психолого-педагогические исследования в Сибири : сборник трудов преподавателей и студентов факультета психологии и педагогики. – Омск, 2016. – С. 30–33.

21. Антипова, О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии [Текст] / О. С. Антипова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т. 14, № 6. – С. 22–27. P1.2-2

22. Артеменков, А. А. Комплексная программа оздоровления студентов с дезадаптивными расстройствами [Текст] / А. А. Артеменков // Российский медицинский журнал. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 142–147. P1.1 3-3

23. Ахромова, А. Г. Профилактика вредной привычки курение в студенческой среде [Текст] / А. Г. Ахромова, А. И. Величко // Вклад психологии и педагогики в социокультурное развитие общества : сборник статей Международной научно-практической конференции. – Уфа, 2018. – С. 16–19.

24. Балабанова, А. М. Особенности адаптации студентов в вузе [Текст] / А. М. Балабанова // Молодой ученый. – 2018. – № 14. – С. 254–256. P1.1-4

25. Бережная, Н. В. Особенности копинг-стратегий и жизнестойкости у студентов [Текст] / Н. В. Бережная // Тезисы докладов XLV научной

конференции студентов и молодых ученых вузов Южного федерального округа : материалы конференции. – Краснодар, 2018. – С. 146.

26. Березин, В. Г. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека [Текст] / В. Г. Березин. – Ленинград, 1988. – 270 с. Р1.3-1

27. Берестнева, О. Г. Основные этапы индивидуальной адаптации [Текст] / О. Г. Берестнева, А. М. Уразаев, И. Л. Шелехов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 711–717. Р1.4-10

28. Битенский, К. В. Психическая адаптация и тревога в клинике поведенческих расстройств у молодежи [Текст] / К. В. Битенский, Хамид Амин Бен // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 1. – С. 26–32.

29. Битенский, К. В. Механизмы индивидуально-психологической и психофизиологической адаптации и их роль в формировании невротических расстройств в юношеском возрасте [Текст] / К. В. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2011. – № 1. – С. 59–65.

30. Бобылев, И. С. О моделях первичной профилактики химических зависимостей в молодёжной среде [Текст] / И. С. Бобылев, М. А. Буксман, С. Б. Селезнёв // Здоровье населения - основа процветания России : материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Краснодар, 2016. – С. 31–34.

31. Божович, Л. И. Проблемы формирования личности: избранные психол. труды [Текст] / Л. И. Божович ; ред. Д. И. Фельдштейн. – Москва ; Воронеж, 1995. – 352 с. Р1.3-3

32. Большакова, П. Актуальные аспекты профилактики никотиновой зависимости у студентов медицинских вузов [Текст] / П. Большакова, С. Карапунарлы // International Conference on Healthcare, Applied Science and Engineering : conference Proceedings. – Atxess (Greece), 2017. – С. 78–83.

33. Боракс, Л. В. Особенности адаптации первокурсников к обучению в вузе [Текст] / Л. В. Боракс, А. С. Чабанюк, О. А. Похвалитова // Проблемы современного педагогического образования. – 2016. – Т. 50, № 2. – С. 206–212. Р1.4-11

34. Бохан, Н. А. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике [Текст] / Н. А. Бохан, И. В. Воеводин, Н. В. Асланбекова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. - Т. 114, вып. 5-2. – С. 29–32. P1.5-2

35. Бохан, Н. А. Организационные основы медико-психологической помощи студентам вузов [Текст] / Н. А. Бохан, И. В. Воеводин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 14–17. P1.5-1

36. Бохан, Н. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией [Текст] / Н. А. Бохан, А. Л. Катков, Ю. А. Россинский. – Павлодар : Изд-во РГКП «РНПЦ МСПН», 2005. – 287 с. P1.5-3

37. Боярин, Л. Н. Значение дефицита магния в формировании вегетативной дезадаптации детей и подростков с расстройствами желудочно-кишечного тракта [Текст] / Л. Н. Боярин, С. В. Горбачев, С. В. Потапенко // Запорожский медицинский журнал. – 2015. – № 6 (93). – С. 29–32. P1.4-21

38. Брюханов, А. В. Анализ вегетативных нарушений при дезадаптациях [Текст] / А. В. Брюханов, Е. В. Жовнерчук, И. Ю. Жовнерчук // Сборник материалов XI Всероссийской научно-практической конференции. – Москва, 2015. – С. 74–76. P1.2-3

39. Будукол, Л. К. Особенности социально-психологической адаптации и психоэмоционального статуса студентов-первокурсников некоторых факультетов университета [Текст] / Л. К. Будукол, А. М. Ховалыг, С. К. Сарыг // Вестник Тувинского государственного университета. Естественно- и сельскохозяйственные науки. – 2015. – № 2 (25). – С. 26–34. P1.4-8

40. Бурдин, М. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия и иррациональные установки больных алкогольной зависимостью с различными мотивами потребления алкоголя при анонимном амбулаторном лечении [Текст] / М. В. Бурдин, И. Ф. Обросов // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 54–61. P1.5-4

41. Вайберт, М. И. Деадаптивное поведение студенческой молодежи [Текст] / М. И. Вайберт, О. Н. Ежова // Психология и социальная педагогика: современное состояние и перспективы развития : сборник научных статей на основе материалов III Всероссийской заочной научно-практической конференции / отв. ред.: И. П. Иванова, Т. А. Пенькова. – Чебоксары, 2017. – С. 12–21.

42. Васина, В. В. Методы развития коммуникативной готовности аддиктивной личности как субъекта затрудненного взаимодействия в профессиональном образовании [Электронный ресурс] / В. В. Васина, А. М. Камалова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2014. – № 7. – С. 10. – URL: <http://journals.org/index.php/sisp/article/view/7201410>

43. Вербецкая, А. С. Социально-педагогическая профилактика употребления психоактивных веществ среди студенческой молодежи [Текст] / А. С. Вербецкая // Молодой ученый. – 2014. – № 6. – С. 681–684. Р1.5-5

44. Виевский, А. Н. Принципы и структура комплексной многоуровневой системы медико-социальной профилактики потребления детьми психоактивных веществ [Текст] / А. Н. Виевский // Міжнародний медичний журнал. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 119–124.

45. Витрищак, С. В. Маргинальность личности в контексте психогигиенических исследований подростков со сниженным уровнем социальной адаптации [Текст] / С. В. Витрищак // Укр. медичний альманах. – 2007. – Т. 10, № 5. – С. 32–34.

46. Влияние тревоги, стресса и психических травм на формирование и течение алкогольной зависимости [Текст] / С. С. Федорова // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2013. – Т. XLV, № 4. – С. 24–29. Р1.5-13

47. Воеводин, И. В. Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга) [Текст] / И. В. Воеводин,

Н. А. Бохан // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 2. – С. 42–50. P1.5-6

48. Возрастная и педагогическая психология [Текст] : учебное пособие для студентов вузов / под общ. ред. М. В. Гамезо. – Москва : Пед. общество России, 2003. – 512 с. P1.3-6

49. Войцех, В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи [Текст] / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 2. – С. 17–25.

50. Волошин, П. В. Стратегия охраны психического здоровья населения украины: современные возможности и препятствия [Текст] / П. В. Волошин, Н. А. Марута // Укр. вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 5–11.

51. Воробьева, О. А. Проблема адаптации студентов первокурсников из сельской местности к обучению в колледже [Текст] / О. А. Воробьева // Психология в России и за рубежом : материалы Международной научной конф., октябрь 2011 г. – Санкт-Петербург : Реноме, 2011. – С. 96–98.

52. Воронина, Е. В. Психолого-педагогические условия формирования профессиональной идентичности студентов [Электронный ресурс] / Е. В. Воронина, А. А. Ельцова // Научно-методический электронный журнал Концепт. – 2015. – № 5. – С. 196–200. – URL: <https://e-koncept.ru/2015/15168.htm>

53. Воспитательная среда университета: традиции и инновации [Текст] : монография / А. В. Пономарев [и др.]. – Екатеринбург : Издательство Уральского университета, 2015. – 408 с. P1.1-12

54. Гавенко, В. Л. Качество жизни как один из основных факторов развития расстройства адаптации и другой психической патологии у студентов [Текст] / В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, В. В. Бойко // Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3. – С. 119.

55. Гавенко, Н. В. Особенности личности и направления конфликтности при формировании расстройств психической адаптации у студентов-медиков,

обучающихся на младших курсах вуза [Текст] / Н. В. Гавенко // Медицина сьогодні і завтра. – 2006. – № 1. – С. 68–72.

56. Гавенко, В. Л. Особливості проведення масових обстежень студентської молоді [Текст] / В. Л. Гавенко, І. В. Лещина, Т. П. Мозгова // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 2 (55). – С. 8.

57. Ганин, В. В. Выбор копинг-стратегий и защитных механизмов у иностранных студентов российского вуза [Текст] / В. В. Ганин // Проблемы современной психологической теории и практики : сборник научных статей / отв. ред. Ж. М. Елисеева, Р. В. Осин. – Москва, 2018. – С. 13–15.

58. Герасименко, Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) [Текст] / Л. О. Герасименко // Укр. вісник психоневрології. – 2018. – № 1. – С. 62–65. P1.2-4

59. Геращенко, А. А. Оценка степени никотиновой зависимости и мотивации отказа от курения у студентов Смоленского государственного медицинского университета [Текст] / А. А. Геращенко, Ю. В. Капустина, Ю. В. Рачеева // Смоленский медицинский альманах. – 2018. – № 1. – С. 61–63.

60. Гилемханова, Э. Н. Проблемы социально -психологической адаптации студентов как факторы риска формирования склонности к зависимости от психоактивных веществ [Текст] / Э. Н. Гилемханова // Инклюзия в образовании. – 2016. – № 1 (1). – С. 156–165.

61. Гладкая, Е. С. Тьюторское сопровождение здоровьесбережения студентов педагогического вуза [Текст] / Е. С. Гладкая, З. И. Тюмасева // Вестник Федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования Московский государственный агроинженерный университет им. В. П. Горячкина. – 2014. – № 4. – С. 112–115. P1.6-2

62. Голованова, Т. Н. Особенности склонности к различным видам зависимости у студентов вузов [Текст] / Т. Н. Голованова // Вестник Марийского государственного университета. – 2016. – № 1 (21). – С. 69–73.

63. Голодный, С. В. Патогенные факторы, участвующие в формировании расстройств адаптации у подростков с резидуально-органическим психосиндромом и наличием или отсутствием наркозависимости [Текст] / С. В. Голодный, Е. Н. Кривулин, Н. А. Бохан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6 (63). – С. 40–42.

64. Голубцова, А. А. Состояние тревожности и дезадаптивности у студентов в сессионный и межсессионный периоды (теоретические аспекты) [Текст] / А. А. Голубцова // Развитие профессионализма. – 2017. – № 1 (3). – С. 10–12.

65. Городецкая, Н. И. Технология тьюторского сопровождения дистанционного повышения квалификации педагогов как открытая система [Текст] / Н. И. Городецкая, Г. А. Игнатьева // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2010. – № 2-1 – С. 11–17. Р1.6-3

66. Гречаный, С. В. Психическая адаптация подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ [Текст] / С. В. Гречаный // Наркология. – 2013. – № 8. – С. 76–81.

67. Грязнов, А. Н. Особенности студентов склонных к аддиктивному поведению [Текст] / А. Н. Грязнов, В. Е. Баскакова, Э. С. Шарафиев // Проблемы современного педагогического образования. – 2017. – № 54-5. – С. 320–326.

68. Давыдова, Н. С. Психофизиологический мониторинг как метод ранней диагностики исключения из школы [Текст] / Н. С. Давыдова // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 2. – С. 4–5. Р1.4-20

69. Демьяненко, Н. В. Понятие социальной адаптации студентов-первокурсников к обучению в высшем учебном заведении [Текст] / Н. В. Демьяненко, Я. В. Ермакова, В. Н. Куровский // Молодой ученый. – 2016. – № 8. – С. 942–944.

70. Деткова, И. В. Психолого-педагогическое сопровождение девиантных подростков с неконструктивными копинг-стратегиями [Текст] / И. В. Деткова, М. Ю. Щетинкина // Интегративный подход к психологии человека и

социальному взаимодействию людей: сборник научных работ. – Майкоп, 2012. – С. 91–99.

71. Днепров, Э. Д. Новейшая политическая история российского образования: опыт и уроки [Текст] / Э. Д. Днепров. – Москва : Мариос, 2011. – 472 с. Р1.6-4

72. Донева, О. В. Роль учебно-воспитательной работы в развитии социальной ответственности студентов технологического вуза [Текст] / О. В. Донева // Педагогика высшей школы. – 2017. – № 2. – С. 73–76.

73. Дугарова, Т. Ц. Особенности адаптации сельских студентов к обучению в вузе: проблемы и пути решения [Текст] / Т. Ц. Дугарова, И. Ж. Шахмалова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2016. – № 1 (166). – С. 57–62

74. Дунай, В. И. Курение в студенческой среде: мотивация, уровень никотиновой зависимости и психологические особенности [Текст] / В. И. Дунай, Н. Г. Аринчина, В. Н. Сидоренко // Медицинский журнал. – 2015. – № 3 (53). – С. 59–61.

75. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих [Электронный ресурс] // Система ГАРАНТ. – 2010. – URL: http://base.garant.ru/199499/#block_994#ixzz3GOqiMaMX (дата обращения : 14.05.2019) Р1.6-6

76. Ерофеева, Н. Е. Опыт реализации тьюторского сопровождения образовательного процесса в вузе [Текст] / Н. Е. Ерофеева, Г. А. Мелекесов, И. В. Чикова // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2015. – № 7 (182). – С. 98–104. Р1.6-5

77. Есауленко, И. Э. Профилактика психотравмирующих стрессовых расстройств, расстройств адаптации и меры противодействия суицидальных тенденций среди молодежи [Текст] / И. Э. Есауленко, Е. А. Семенова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 453–462.

78. Жиркова, И. С. Взаимосвязь склонности к интернет-аддикции и уровня значимости отношения окружающих у подростков и юношей [Текст] / И. С. Жиркова, Е. Д. Сергеева // Современная психология образования : проблемы и перспективы : материалы Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Воронеж, 2016. – С. 86–89.

79. Жихарева, Д. Н. Безопасная образовательная среда в инклюзивном профессиональном обучении студентов [Текст] / Д. Н. Жихарева, Р. Ф. Карпова, В. В. Кольцов // Молодой ученый. – 2016. – № 6.1. – С. 51–54.

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. Жупанова, Д. А. Улучшение комплайенса у пациентов с депрессиями (комплексная система терапии и оценка ее эффективности) [Текст] / Д. А. Жупанова // Укр. вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 3 (84). – С. 68–73. P1.2-5

82. Загвязинский, В. И. О перспективных подходах к подготовке педагогических кадров. Профессиональное образование [Текст] / В. И. Загвязинский // Столица. – 2016. – № 5. – С. 10–12. P1.6-7

83. Зволинская, Е. Ю. Результаты годичной профилактики поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов первого курса двух московских вузов [Текст] / Е. Ю. Зволинская, М. Г. Кимициди, А. А. Александров // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 2-1. – С. 40–47.

84. Зеленая, Л. В. Проблема адаптации в педагогической психологии [Текст] / Л. В. Зеленая // Современная психология: материалы IV Междунар. науч. конф., октябрь 2016 г. – Казань : Бук, 2016. – С. 43–45.

85. Зубова, О. М. Роль физических методов лечения в повышении адаптационных возможностей у студентов [Текст] / О. М. Зубова, В. В. Розанов, А. Е. Северин // Эколого-физиологические проблемы адаптации : материалы XVII Всероссийского симпозиума. – Москва, 2017. – С. 82–83.

86. Иванова, М. А. Взаимосвязь интернет-зависимости с тревожностью и копинг-стратегиями студентов [Текст] / М. А. Иванова, К. Д. Сычев // СМАЛЬТА. – 2017. – № 4. – С. 52–59.

87. Изучение особенностей пограничных психических расстройств у студентов медицинского вуза [Текст] / М. А. Рогозина [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2010. – № 41. – С. 59–62.

88. Ильченко, А. М. Социально-психологическая адаптация иностранных студентов: процесс, способность, результат [Текст] / А. М. Ильченко // Молодой ученый. – 2017. – № 5. – С. 394–396.

89. Исмаилов, Ш. О. Адаптация личности к экстремальным ситуациям [Текст] / Ш. О. Исмаилов, М. Г. Магомедов // Педагогика: традиции и инновации: материалы IV Междунар. науч. конф., декабрь 2013 г. – Челябинск : Два комсомольца, 2013. – С. 156–158.

90. Исследование социально-психологической адаптации, психосоматических расстройств и эмоционального статуса у подростков и лиц юношеского возраста [Текст] / Д. Б. Букатов [и др.] // Молодежный научный форум : Естественные и медицинские науки : электронный сборник статей по материалам XVIII студенческой международной заочной научно-практической конференции. – Москва, 2014. – С. 64–75. Р1.1-5

91. Казданян, С. Ш. К вопросу о мотивации подростка и его склонности к зависимостям [Текст] / С. Ш. Казданян, В. Г. Гукасян // Европейские научные исследования : сборник статей III Международной научно-практической конференции / под общей редакцией Г. Ю. Гуляева. – Пенза, 2017. – С. 177–179.

92. 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.

93. Камалова, А. М. Эмоциональный компонент социального интеллекта студентов, склонных к алкогольной и наркотической зависимостям [Текст] / А.

М. Камалова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – С. 656.

94. Каменская, В. С. Исследование связи между копинг-стратегиями и соционическими дихотомиями студентов вузов [Текст] / В. С. Каменская // Менеджмент и кадры : психология управления, соционика и социология. – 2017. – № 11-12 (179-180). – С. 15–22.

95. Каневская, Т. М. Склонность к аддиктивному поведению как особенность психологической адаптации первокурсников к образовательной среде [Текст] / Т. М. Каневская // Образование и саморазвитие. – 2011. – № 5 (27). – С. 140–145.

96. Капилевич, Л. В. Совершенствование навыков координации и равновесия у студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата за счет включения элементов лечебной физической культуры в структуру академических занятий по физическому воспитанию [Текст] / Л. В. Капилевич, К. В. Давлетьярова, Н. А. Овчинникова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2017. – № 1. – С. 36–40.

97. Капитанаки, В. Е. Оценка прогностичности экспресс-опросника диагностики расстройств адаптации "Адра-С" в ходе изучения психического здоровья обучающейся молодежи [Текст] / В. Е. Капитанаки, С. В. Чермянин // XXII Царскосельские чтения: материалы международной научной конференции. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 246–249.

98. Карих, Ю. С. Стратегии поведения в конфликте у старших подростков с различными механизмами психологической защиты и копинг-стратегиями [Текст] / Ю. С. Карих // Вестник Алтайской государственной педагогической академии. – 2010. – № 3. – С. 12–16.

99. Касаткина, Н. Е. Проблема старшеклассников адаптироваться к процессам обучения и сохранения здоровья [Текст] / Н. Е. Касаткина, Т. Н. Семенкова // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусства. – 2012. – № 1 (18). – С. 165–173. Р1.4-3

100. Квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих. Общеотраслевые квалификационные характеристики должностей руководителей, специалистов и служащих [Текст]. – Москва, 2010. – Вып. 1. – 224 с.

101. Кекелидзе, З. И. Клиническая картина психических расстройств, возникающих при чрезвычайных ситуациях [Текст] / З. И. Кекелидзе // Посттравматическое стрессовое расстройство / ред. : В. А. Солдаткина, З. И. Кекелидзе. – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 60–75. Р1.2-6

102. 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. Р1.1-7

103. Киосева, Е. В. Особенности жизнестойкости студентов младших курсов с расстройством адаптации [Текст] / Е. В. Киосева // Укр. вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 3 (88). – С. 55–61.

104. Киосева, Е. В. Проявления расстройства адаптации у молодых людей, употребляющих психоактивные вещества [Текст] / Е. В. Киосева // Медицинская психология. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 14–17.

105. Киосева, Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов [Текст] / Е. В. Киосева // Укр. вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 1 (86). – С. 60–63.

106. Кириллова, О. А. Поведенческие аддикции как социально-педагогическая проблема [Текст] / О. А. Кириллова, Н. Е. Коренкова // Высшее образование для XXI века : проблемы воспитания XIV Международная научная конференция: в 2-х частях. – Москва, 2017. – С. 240–249.

107. Кириченко, Д. Е. Гаджет-зависимость у современного студента [Текст] / Д. Е. Кириченко, О. В. Рябцева, О. Ю. Тришина // Сборник материалов IX Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием "Россия молодая" / отв. ред. С. Г. Костюк. – Кемерово, 2017. – С. 83003.

108. Киселёва, Т. Г. Индивидуальные особенности подростков, предрасположенных к интернет-зависимости [Текст] / Т. Г. Киселёва // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 46–50.

109. Кисенова, Р. Х. К проблеме исследования факторов адаптации личности [Текст] / Р. Х. Кисенова // Актуальные проблемы психологии личности : материалы межрегион. заочной научно-практ. конф. – Новосибирск : НГПУ НП «Сибирская Ассоциация Консультантов»; 2009. – С. 1–5. Р1.1-6

110. Кислая, Л. М. Социально-психологические аспекты вовлечения молодежи в употребление наркотиков (по результатам социологического опроса)

[Текст] / Л. М. Кислая, Ж. Н. Мисюкевич // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – № 4 (85). – С. 85–88.

111. Клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза алкоголизма и наркоманий в социально-организованных популяциях [Текст] / А. И. Мандель [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 53–63. Р1.5-8

112. Ковалева, Т. М. Оформление новой профессии тьютора в российском образовании [Текст] / Т. М. Ковалева // Вопросы образования. – 2011. – № 2. – С. 163–181.

113. Козлов, В. А. Никотиновая зависимость у студентов вузов [Текст] / В. А. Козлов, В. А. Голенкова, Е. С. Деомидов // Acta Medica Eurasica. – 2016. – № 2. – С. 12–17.

114. Колесов, Д. В. Отношение к жизни психология риска [Текст] : учебное пособие / Д. В. Колесов, В. А. Пономаренко. – Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2008. – 176 с. Р1.1-8

115. Комиссарова, Н. И. Социально-поведенческие характеристики аутоагрессивных проявлений среди студенческой молодежи [Текст] / Н. И. Комиссарова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 38–53.

116. Комплексная психотерапевтическая коррекция расстройств адаптации у учащихся [Текст] / А. Ю. Лобунец [и др.] // Укр. вісик психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (ч. 2). – С. 195

117. Компьютерная аддикция у подростков и превентивные подходы [Текст] / М. Ш. Джамантаева [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – № 2. – С. 128–130.

118. Кондратович, Я. В. Предрасположенность к зависимостям студентов университета Хельсинки [Текст] / Я. В. Кондратович, З. В. Сенук // Актуальные проблемы социологии культуры, образования, молодежи и управления : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Екатеринбург, 2016. – С. 537–541.

119. Константинов, В. В. Особенности связи механизмов психологической защиты с копинг-стратегиями у иностранных студентов российского вуза [Текст] / В. В. Константинов, В. В. Ганин // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. – № 12. – С. 93–96.

120. Кора, Н. А. Сравнительный анализ представлений студенческой молодежи и наркоманов о наркотизации [Текст] / Н. А. Кора, О. Д. Стародубец // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 2. – С. 111–113.

121. Коржова, Е. Ю. Развитие личности в контексте жизненной ситуации [Текст] / Е. Ю. Коржова // Психологические проблемы самореализации личности / сост. Л. А. Коростылева. – Санкт-Петербург, 2004. – Вып. 5. – С. 155–161. Р1.1-9

122. Коробкина, З. В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи [Текст] : учебное пособие для студ. высших пед. учебных заведений / З. В. Коробкина, В. А. Попов. – 4-е изд., стер. – Москва : Издательский центр «Академия», 2010. – 192с ISBN 978–5-7695–7365–1; Р1.5-11

123. Корчагина, М. В. Влияние депрессивных расстройств на социально-психологическую адаптацию у студентов медицинского университета [Текст] / М. В. Корчагина // Студенческая медицинская наука XXI века : материалы

XVII международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых и II Форума молодежных научных обществ. В 2-х частях. – Витебск, 2017. – С. 339–341.

124. Кочетков, Н. В. Социально-психологические аспекты зависимости от онлайн-игр и методика ее диагностики [Текст] / Н. В. Кочетков // Социальная психология и общество. – 2016. – Т. 7, № 3. – С. 148–163.

125. Кошелева, Е. Ю. Адаптация первокурсников к университетской жизни: факторы стресса и механизмы поддержки [Текст] / Е. Ю. Кошелева, Ю. А. Подворчан, А. Р. Яруллина // Молодой ученый. – 2015. – № 11. – С. 1362–1364.

126. Кравченко, С. В. Интернет-аддикция детей и подростков в современном обществе [Текст] / С. В. Кравченко // Фундаментальные и прикладные разработки естественных и гуманитарных наук : современные концепции, последние тенденции развития : материалы XV Всероссийской научно-практической конференции. В 4-х частях. – Орехово-Зуево, 2018. – С. 142–146.

127. Крамченкова, В. О. Системна сімейно-реконструктивна психокорекція тютюнової адикції [Текст] / В. О. Крамченкова // Мед. психология. – 2018. – Т. 13, № 2. – С. 71–76.

128. Краснова, В. В. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов [Текст] / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 4. – С. 50–53.

129. Краснова, В. В. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация [Текст] / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 1. – С. 140–150.

130. Краткий психологический словарь-хрестоматия [Текст] / сост. Б. М. Петров. – Москва : Высшая школа, 1974. – 134 с. Р1.3-

131. Кришталь, Е. В. Развитие сексуальности и мотивационное обеспечение сексуального поведения при обсессивно-компульсивном

расстройстве у мужчин [Текст] / Е. В. Кришталь, В. Г. Марченко // Медицинская психология. – 2012. – Т. 7, № 4. – С. 64–67.

132. Кришталь, Е. В. Мотивационный тренинг как одна из составляющих психотерапевтической коррекции нарушений здоровья семьи при задержке психосексуального развития у мужчин [Текст] / Е. В. Кришталь, В. Г. Марченко, Т. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 14–19.

133. Круковская, О. А. Социально-педагогический подход в профилактике аддиктивного поведения студентов колледжа [Текст] / О. А. Круковская // Вестник Бурятского государственного университета. – 2014. – № 1-2. – С. 63–68.

134. Кулагина, И. Ю. Возрастная психология: Развитие ребенка от рождения до 17 лет [Текст] : учебное пособие / И. Ю. Кулагина. – Москва : Изд-во УРАО, 1998. – 176 с. Р1.3-8

135. 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.

136. Ле-ван, Т. Н. Многоуровневое тьюторское сопровождение профессионального развития педагогов в области реализации ими здоровьесозидающей функции [Текст] / Т. Н. Ле-ван // Муниципальное образование : инновации и эксперимент. – 2016. – № 1. – С. 38–46. Р1.6-9

137. Ле-ван, Т. Н. Педагог как тьютор здорового образа жизни: концептуальные основы и системное решение [Текст] / Т. Н. Ле-ван // Инновации в профессиональном и профессионально-педагогическом образовании : материалы 20 Всероссийской научно-практической конференции, 22–23 апреля 2015 г. – Екатеринбург : ФГАОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун.-т», 2015. – Т. I. – С. 101–105. Р1.6-8

138. Леванова, Е. А. Педагог-тьютор и его роль в образовательной среде вуза на основе деятельностного подхода [Текст] / Е. А. Леванова, И. В. Шубина // Право и образование. – 2017. – № 2. – С. 32–38.

139. Лещина, І. В. Маркери ризику-антиризик у формування розладів адаптації у осіб молодого віку [Текст] / І. В. Лещина, Т. П. Мозгова // Укр. вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2. – С. 112–113.

140. Лозовой, В. В. Ассоциации подросткового табакокурения с самовоспринимаемыми стрессорами, эмоциональным дистрессом и копинг-стратегиями [Текст] / В. В. Лозовой, Т. В. Лозовая // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 78–84.

141. Лукьянцева, И. С. Аддиктивное поведение и алкогольная зависимость у студентов-медиков старших курсов (распространенность, коморбидность и лечение) [Текст] / И. С. Лукьянцева, В. А. Руженков, Д. О. Пономаренко // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2018. – Т. 26, № 3. – С. 380–387.

142. Лукьянцева, И. С. Медико-психологическая помощь при аддиктивном поведении у студентов-медиков (дифференцированные подходы и эффективность) [Текст] / И. С. Лукьянцева, В. А. Руженков // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 2. – С. 48.

143. Львова, А. С. Критерии оценки эффективности педагогических технологий тьюторской деятельности в современной образовательной организации [Текст] / / А. С. Львова, О. А. Любченко // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: педагогика и психология. – 2016. – № 1 (35) – С. 89–96.

144. Лысак, И. В. Компьютерная и интернет-зависимость: эволюция подходов к исследованию проблемы [Текст] / И. В. Лысак // Мир науки, культуры, образования. – 2017. – № 4 (65). – С. 206–208.

145. Макаров, А. В. Вузовский социум как пространство для формирования волонтерских инициатив [Текст] / А. В. Макаров, И. Ю. Луцева // Молодой ученый. – 2014. – № 12. – С. 285–287.

146. Макеева, Е. А. Студенческое самоуправление как особая форма общественной деятельности студентов [Текст] / Е. А. Макеева, К. Э.

Кондрашова, М. А. Литвинова // Молодой ученый. – 2016. – № 10. – С. 1238–1241.

147. Максинаева, М. Р. Волонтерская деятельность в высшем учебном заведении (на примере МПГУ) [Текст] / М. Р. Максинаева // Педагогика высшей школы. – 2016. – № 3.1. – С. 136–138.

148. Малярчук, Н. Н. Факторы, влияющие на эффективность здоровьесозидающей деятельности педагогов в современном социокультурном пространстве образования [Текст] / Н. Н. Малярчук, В. М. Чимаров // Вестник Тюменского государственного университета. Гуманитарные исследования. Humanitates. – 2011. – № 9. – С. 72–79. P1.6-10

149. Масік, О. І. Стан загальноадаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків [Текст] / О. І. Масік // Укр. неврологічний журнал. – 2016. – № 2. – С. 86–90

150. Матвеев, А. В. Психолого-педагогические особенности адаптации студентов к университетской среде : тревожно-депрессивные расстройства и их профилактика [Текст] / А. В. Матвеев // Медицинские основы жизнедеятельности организма в норме, патологии и эксперименте : сборник материалов Всероссийской молодежной конференции. – Омск, 2012. – С. 80–82.

151. Мельникова, С. А. Взаимосвязь стилей воспитания с копинг-стратегиями студентов [Текст] / С. А. Мельникова // Молодежь 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.

152. Мельникова, Н. Н. Диагностика социально-психологической адаптации личности [Текст] : учебное пособие / Н. Н. Мельникова. – Челябинск : Изд-во ЮурГУ, 2004. – 57 с. P1.1-11

153. Меморандум непрерывного образования Европейского Союза [Текст] // Адукатар. – 2006. – № 2 (8). – С. 24–27. P1.6-11

154. Миллер, Л. В. Взаимосвязь психологического благополучия и адаптации к вузу студентов с опытом психотравмирующего события [Текст] / Л. В. Миллер // Психологическая наука и образование. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 155–168.

155. Мироновская, И. К. Психологическое здоровье как адаптационный ресурс студентов вуза [Текст] / И. К. Мироновская, Е. И. Финогенко // Молодежный вестник ИрГТУ. – 2016. – № 1. – С. 36.

156. Мирошник, И. М. Информационно-энергетический язык продуктивного межличностного взаимодействия [Текст] / И. М. Мирошник, Е. В. Гаврилин, Б. В. Михайлов // Информоэнергетика третьего тысячелетия : материалы международной конф. – Киев ; Кривой Рог, 2003. – С. 128–130. Р1.2-7

157. Михайлов, Б. В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций [Текст] / Б. В. Михайлов // Укр. вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 2 (83). – С. 71–75. Р1.2-8

158. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 [Текст]. – Москва ; Санкт-Петербург : Смысл ; Речь, 2003. – 407 с. Р1.2-9

159. Модифицированный индекс Фехнера (МИФ) в изучении направления и силы влияния факторов приверженности табакокурению у студентов [Текст] / П. Н. Большакова [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 7. – С. 5–12.

160. Мозговая, Т. П. От лечения расстройств поведения - к охране психического здоровья подростков [Текст] / Т. П. Мозговая, И. В. Лещина, С. В. Федорченко // Укр. вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 1 (86). – С. 73–75.

161. Молодежь — национальное достояние России [Текст] / Л. А. Белова [и др.] // Молодой ученый. – 2015. – № 12.2. – С. 2–9.

162. 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.

163. Москвитин, П. Н. Изменение аддиктивной мотивировки у детей и подростков в процессе первичной профилактики [Текст] / П. Н. Москвитин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6. – С. 36–38. Р1.5-10

164. Москова, М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов в предэкзаменационный период [Текст] / М. В. Москова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2008. – № 49. – С. 136–141.

165. 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 ; Московский государственный психолого-педагогический университет. – Москва, 2008. – 26 с.

166. Муравьев, Д. А. Алкогольная зависимость среди студентов [Текст] / Д. А. Муравьев // Аллея науки. – 2018. – Т. 1, № 5 (21). – С. 178–183.

167. Мысина, Г. А. Социально-психологическое сопровождение студентов с особыми образовательными потребностями в рамках инклюзивного образования [Текст] / Г. А. Мысина // Живая психология. – 2016. – Т. 3, № 4. – С. 249–260.

168. Назарова, С. Р. Психолого-педагогические аспекты использования интернет-технологий в образовательной деятельности для коррекции интернет-аддикции подростков [Текст] / С. Р. Назарова // Проблемы современной науки и образования. – 2016. – № 34 (76). – С. 96–98.

169. 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.

170. 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.

171. Никулин, Д. И. Аудио-визуальная коррекция расстройств реакций адаптации у студентов [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.11 : защищена 27 октября 2011 г. / Никулин Денис Игоревич ; ФГУ "Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии". – Москва, 2011. – 21 с.

172. Никулина, А. В. Изучение реактивной и личностной тревожности студентов 1 курса как психофизиологических критериев адаптации к новой социально-экономической среде [Текст] / А. В. Никулина // Адаптация учащихся всех ступеней образования в условиях современного образовательного процесса : материалы XI Всероссийская научно-практической конференции с международным участием / под общ. ред. В. Н. Крылова. – Арзамас, 2015. – С. 14–17.

173. Новак, Н. Г. Состояние проблемы аддиктивного поведения в современной студенческой среде [Текст] / Н. Г. Новак, А. Е. Тихиня // Современные проблемы формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи : материалы Международной научно-практической интернет-конференции. – Минск, 2018. – С. 48–54.

174. Новиков, В. В. "Бегство в экстремизм". К вопросу об аддиктивном компоненте экстремизма и терроризма [Текст] / В. В. Новиков, С. В. Кулакова, К. Ф. Фадеева // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 3 (116). – С. 136–140.

175. Новоженина, В. С. Проблема психологической и социально-психологической адаптации студентов первого курса Южно-Уральского

государственного медицинского университета [Текст] / В. С. Новоженина // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2014. – № 5. – С. 104–108. Р1.4-5

176. О проблемах адаптации студентов [Текст] / М. М. Романова [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 99–103.

177. О Федеральной целевой программе развития образования на 2016-2020 гг. : Постановление Правительства Российской Федерации от 23 мая 2015 г. № 497. [Электронный ресурс]. – Москва, 2015. – 152 с. – URL: <https://base.garant.ru/71044750/>

178. Обухова, Л. Ф. Возрастная психология [Текст] : учебное пособие для студентов вузов / Л. Ф. Обухова. – 3-е изд. – Москва : Пед. общество России, 2000. – 444 с. Р1.3-9

179. Огородник, С. И. Особенности и трудности адаптации первокурсников в учреждениях среднего профессионального обучения [Текст] / С. И. Огородник, М. И. Масолова // Молодой ученый. – 2016. – № 20. – С. 649–651.

180. Огородник, С. И. Социально-психологические проблемы адаптации первокурсников к условиям обучения в профессиональном колледже [Текст] / С. И. Огородник, М. И. Масолова // Молодой ученый. – 2016. – № 2. – С. 1024–1026.

181. Окладников, В. И. Психологическая диагностика и терапия в лечении нейросоматических расстройств [Текст] / В. И. Окладников // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – № 8. – С. 120–122. Р1.4-22

182. Оконенко, Т. И. Оценка степени никотиновой зависимости студентов фармацевтического профиля Великого Новгорода [Текст] / Т. И. Оконенко, О. С. Петрова, К. А. Кузнецова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. – С. 146.

183. Опыт организации охраны психического здоровья и профилактики зависимого поведения среди школьников и студентов вузов [Текст] / Д. С. Киреева [и др.] // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы" : тезисы / отв. редактор Н. Г. Незнанов. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 201.

184. Основні клініко-психопатологічні феномени соціальної фобії та особливості їх суб'єктивної оцінки у студентської молоді [Текст] / Н. Г. Пшук [та ін.] // ScienceRise. – 2015. – Т. 8, № 3 (13). – С. 65–71.

185. Особенности эмоционально-оценочных психических состояний студентов, склонных к аддикциям, в профессиональной школе разных уровней [Текст] / А. Н. Грязнов [и др.] // Инклюзия в образовании. – 2016. – № 1 (1). – С. 165–174.

186. Остапенко, О. В. Расстройства адаптации у учащихся средних учебных заведений: клиничко- психопатологические и патопсихологические аспекты [Текст] / О. В. Остапенко // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, № 1 (58). – С. 27–31.

187. Остапенко, О. В. Клинические и патопсихологические проявления расстройств адаптации у учащихся средних образовательных учреждений [Текст] / О. В. Остапенко // Мед. психология. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 60–63.

188. Осуховская, Е. С. Адаптационные расстройства у лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением и употребляющих спиртные напитки [Текст] / Е. С. Осуховская // Мед. психология. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 80–83.

189. Осуховская, Е. С. Особенности расстройства адаптации у молодых людей, страдающих игровой аддикцией [Текст] / Е. С. Осуховская // Укр. медичний альманах. – 2011. – Т. 14, № 5. – С. 137–140

190. Осуховская, Е. С. Проявления тревожности в структуре расстройства адаптации у школьников Украины, здоровых и страдающих

лудоманией [Текст] / Е. С. Осуховская // Міжнародний неврологічний журнал. – 2012. – № 2. – С. 133–136.

191. Осуховская, Е. С. Химические и нехимические аддикции: ассоциированные проявления [Текст] / Е. С. Осуховская, С. И. Табачников // Архив психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 3. – С. 108–109

192. Официальный сайт экопсихологической фасилитации [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://ecofacilitation.ucoz.com/> (дата обращения: 15.09.2020). Р1.3-10

193. Оценка состояния личностной тревожности студентов сургутского медицинского колледжа [Текст] / Н. С. Ракшина [и др.] // Научный медицинский вестник Югры. – 2012. – № 1-2 (1-2). – С. 225–27.

194. Павлова, С. А. Аддиктивное поведение подростков и его профилактика [Текст] / С. А. Павлова // Actualscience. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 63–64.

195. Павлова, А. М. Субъективные особенности студентов с ограниченными возможностями здоровья, препятствующие их успешной адаптации [Текст] / А. М. Павлова // Молодой ученый. – 2016. – № 18. – С. 193–196.

196. Панова, В. Н. Роль куратора в адаптации студентов 1 курса колледжа (из опыта работы) [Текст] / В. Н. Панова // Молодой ученый. – 2015. – № 15. – С. 601–604.

197. Пережогин, Л. О. Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков [Текст] / Л. О. Пережогин // Наркология. – 2016. – Т. 15, № 8 (176). – С. 68–70.

198. Першина, А. В. Профилактика девиантного поведения молодежи через организацию волонтерской деятельности [Текст] / А. В. Першина, А. С. Артюхина // Молодой ученый. – 2016. – № 27. – С. 796–798.

199. 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. – Уфа, 2018. – С. 158–161.

200. Пиндюрин, В. А. Компьютерная аддикция подростков – проблема XXI века [Электронный ресурс] / В. А. Пиндюрин // Научно-методический электронный журнал Концепт. – 2016. – № 15. – С. 1801–1805. – URL : <https://e-koncept.ru/2016/96279.htm>, свободный.

201. Погонышева, И. А. Взаимосвязь уровней тревожности и дезадаптации студентов [Текст] / И. А. Погонышева, Д. А. Погонышев, Ю. Г. Лукьяненко // Вестник Сургутского государственного университета. – 2015. – № 3 (9). – С.65–69. P1.4-6

202. Подлегаева, С. Н. Аддикция как форма зависимого поведения подростков [Текст] / С. Н. Подлегаева // Молодежь и кооперация: инновации и творчество материалы международной студенческой научной конференции: в 4 частях. – Белгород, 2016. – С. 307–313.

203. Пономарев, П. А. Социально-психологическая адаптация студентов-первокурсников [Текст] / П. А. Пономарев, Д. Е. Штильников, А. П. Пономарева // Психологические науки : теория и практика : материалы V Международной научной конференции, июнь 2017 г. – Москва : Буки-Веди, 2017. – С. 3842. P1.1-13

204. Постнова, М. В. Система мероприятий по улучшению адаптации к университетской среде [Текст] / М. В. Постнова // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 11: Естественные науки. – 2013. – № 2 (6). – С. 69–78. P1.4-7

205. Проект профессионального стандарта «Специалист в области воспитания»; 2016 [Электронный ресурс] // Федеральный портал проектов нормативных правовых актов. – 2016. – URL: <http://regulation.gov.ru/projects#npa=48939>, свободный (дата обращения: 14.05.2019) P1.6-12

206. Профессия «тьютор» [Текст] / Т. М. Ковалева [и др.]. – Москва ; Тверь : СФК-офис, 2012. – 246 с. Р1.6-13

207. Психокоррекция дезадаптивных индивидуально-психологических характеристик больных с миопией [Текст] / К. В. Аймедов [и др.] // Офтальмология Восточная Европа. – 2014. – № 4 (23). – С. 21–30.

208. Психологическая диагностика ключевых образовательных компетентностей у студентов 1-го курса медицинского университета [Текст] : учебное пособие / Г. А. Игнатенко [и др.]. – Донецк, 2017. – 192 с.

209. Психологическая дезадаптация студентов среднего и высшего профессионального образования: сравнительный анализ [Текст] / В. А. Горчаков [и др.] // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 4. – С. 5–14. Р1.4-13

210. Психологическая составляющая успеха человека [Текст] / А. В. Носков [и др.] // Молодой ученый. – 2017. – № 2. – С. 703–706.

211. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов [Текст] / А. Б. Холмогорова [и др.] // Вопросы психологии. – 2009. – № 3. – С. 16–26.

212. Пшук, Н. Г. Клинико-психопатологические особенности и дифференциальная диагностика социальной фобии у студенческой молодежи [Текст] / Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк // Укр. вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 95–99.

213. Разводовский, Ю. Е. Распространенность злоупотребления психоактивными веществами в Беларуси [Текст] / Ю. Е. Разводовский, А. Г. Веницкая, В. В. Лелевич // Здравоохранение (Минск). – 2011. – № 6. – С. 25–27.

214. Резніченко, О. Г. Гігієнічні аспекти психодіагностики та корекції функціонального стану студентів вищих навчальних закладів [Текст] / О. Г. Резніченко // Експериментальна і клінічна медицина. – 2011. – № 3. – С. 170–172.

215. Рогалева, Г. И. Кураторство – профессиональная функция вузовского преподавателя [Текст] / Г. И. Рогалева // Молодой ученый. – 2016. – № 20. – С. 723–726.

216. Рогалева, Г. И. Социальная адаптация студентов на основе педагогической поддержки [Текст] / Г. И. Рогалева // Молодой ученый. – 2015. – № 1. – С. 479–484.

217. Рогозина, М. А. Моделирование и алгоритмизация ранней диагностики и терапии пограничных психических расстройств у студентов медицинского вуза [Текст] / М. А. Рогозина // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 5. – С. 42–50.

218. Рубченко, А. К. Социально-психологические факторы дезадаптации студентов [Текст] / А. К. Рубченко // Международный академический вестник. – 2014. – № 2. – С. 22–25. P1.4-4

219. Руженкова, В. В. Распространенность аддиктивного поведения у студентов-медиков [Текст] / В. А. Руженков, И. С. Лукьянцева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – № 9. – С. 14–19.

220. Руженкова, В. В. Учебный стресс как фактор риска формирования аддиктивного поведения, тревожных и депрессивных расстройств у иностранных студентов медиков [Текст] / В. В. Руженкова // Научный результат. Медицина и фармация. – 2018. – Т. 4, № 2. – С. 55–68. P1.1 14

221. Румянцев, А. О. Возможности биопсихосоциальной адаптации больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. подбор группы пациентов [Текст] / А. О. Румянцев, В. М. Рябцева, М. А. Омельченко // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии : материалы Всероссийской научно-практ. конф. с международным участием, посв. памяти профессора М. Я. Цуцукловской. – Москва, 2015. – С. 194–197.

222. Рыбалкина, Н. В. Размышления о тьюторстве [Текст] / Н. В. Рыбалкина. – Москва-Тверь : СФК-Офис, 1996. – 188 с. P1.6-15

223. Рыткис, И. С. Репертуар копинг-стратегий и его взаимосвязь с личностными особенностями и уровнем стрессоустойчивости у студентов с

привычным курением и на инициальном этапе формирования никотиновой зависимости [Текст] / И. С. Рыткис // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 1 (32). – С. 48–52.

224. Салгалов, Е. Д. Психологические особенности проявления жизнестойкости в стратегиях копинг-поведения у студентов [Текст] / Е. Д. Салгалов // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – 2016. – № 6. – С. 78–83.

225. Свечников, Д. В. Расстройства адаптации у военнослужащих (клиника, диагностика) [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 / защищена 15 июня 2015 г. / Свечников Дмитрий Владимирович ; Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. – Санкт-Петербург, 2015. – 18 с. Р1.2-

226. Сенокосов, Ж. Г. Социально-психологическая адаптация молодых солдат к воинской службе [Текст] : дис. ... канд. псих. наук : спец. 19.00.11 / Сенокосов Жорж Георгиевич ; Военно-политическая академия им. В. И. Ленина. – Москва : ВПА, 1990. – 264 с. Р1.1-16

227. Семкина, Г. И. Саморегуляция как фактор обеспечения личностной надежности специалиста инженерного профиля [Текст] / Г. И. Семикин, Г. А. Мысина, Ю. М. Пиканина // Наука и образование: научное издание МГТУ им. Н. Э. Баумана. – 2016. – № 7. – С. 90–98.

228. 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.

229. Симакова, Т. Н. Выявление типа курительного поведения у студентов [Текст] / Т. Н. Симакова, П. С. Павлов, С. С. Котова // Наука и молодежь : проблемы, поиски, решения : труды Всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых / под общей ред. проф. М. В. Темлянцева. – Новокузнецк, 2014. – С. 165–167.

230. Синдром вегетативной дистонии в период адаптации у студентов РУДН [Текст] / Р. В. Полянский [и др.] // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. – Т. 16, № 4. – С. 206–208.

231. Системная этиопатогенетическая психотерапия в лечении расстройств адаптации [Текст] / М. А. Вебер [и др.] // Труды Ижевской государственной медицинской академии : сборник научных статей. – Ижевск, 2018. – С. 140–141.

232. Скавинская, Е. Н. Исследование связи прокрастинации с копинг-стратегиями бдительности, сверхбдительности и избегания в студенческой среде [Текст] / Е. Н. Скавинская // Образование и наука в современных реалиях : сборник материалов международной научно-практ. конф. в 2 томах. – Чебоксары, 2017. – С. 239–243.

233. Сморкалова, Т. Л. Исследование связи социального интеллекта и копинг-стратегий у студентов высших и средних учебных заведений гуманитарного направления [Текст] / Т. Л. Сморкалова, А. А. Пупышева // Субъективное благополучие и эмоциональная безопасность личности : материалы IX международного симпозиума / под науч. ред. Е. Б. Перелыгиной. – Екатеринбург, 2018. – С. 261–265.

234. Смулевич, А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств [Текст] : учебное пособие / А. Б. Смулевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с. Р1.2-12

235. Собкин, В. С. Малые девиации: табакокурение и алкоголизация молодежи (EVIDENCE-BASED) [Текст] / В. С. Собкин, Д. В. Адамчук // Навигатор в мире науки и образования. – 2017. – № 2 (35). – С. 156.

236. Собольников, В. В. Коррекция девиантного поведения студентов в образовательном пространстве [Текст] / В. В. Собольников // Сибирский педагогический журнал. – 2014. – № 4. – С. 173–177.

237. Соколова, С. А. Влияние компьютерных игр на уровень агрессии у подростков [Текст] / С. А. Соколова // Таврический научный вестник. Педагогика и психология : сборник статей научно-практических семинаров

факультета психологии Таврической академии / под общ. ред. М. Р. Скоробогатовой. – Симферополь, 2018. – С. 106–108.

238. Социально-психологическая адаптация подростков в современной образовательной среде [Текст] / Л. С. Эверт [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2015. – Т. 18, № 6. – С. 14–19.

239. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях [Текст] / А. И. Мандель [и др.] // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2006. – Т. XII, № 1. – С. 63. P1.5-9

240. Специфіка адаптаційних реакцій студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі [Текст] / Г. М. Кожина [та ін.] // Мед. психологія. – 2011. – Т. 6, № 3. – С. 14–16.

241. Старик, В. А. Характеристика дисоціативних станів при подоланні психічної травми [Текст] / В. А. Старик // Молодий вчений. – 2018. – № 1(53). – С. 54–57. P1.2-13

242. Стресс-индуцированные расстройства [Текст] / ред. : В. С. Мякотных, М. Н. Торгашов, М. М. Дьяконов. – Санкт-Петербург : ЗАО «Моби Дик», 2015. – 216 с. P1.2-10

243. Структура, динамика и психологические характеристики мотивировок употребления психоактивных веществ у учащихся высших и средних учебных заведений [Текст] / И. В. Воеводин [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 37–42. P1.5-7

244. Судаков, К. В. Системная организация умственной деятельности [Текст] / К. В. Судаков // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34, № 6. – С. 72–81. P1.4-17

245. Сургучева, Н. В. Профилактика суицидального поведения молодежи в современном мире [Текст] / Н. В. Сургучева // Молодой ученый. – 2018. – № 13. – С. 286–289.

246. Сухарев, А. Е. Участие студентов в научных исследованиях факторов тревожности и адаптации [Текст] / Е. А. Сухарев, Т. Н. Ермолаева, Н. А. Булах // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 10. – С. 53–57.

247. Табакокурение как вариант аутодеструктивного поведения студентов медиков [Текст] / С. И. Табачников [и др.] // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, № 2. – С. 71.

248. Табачников, С. И. Аддиктивное поведение (игровая аддикция) у школьников и студентов Украины [Текст] / С. И. Табачников, Е. С. Осуховская // Архив психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 3. – С. 125–126.

249. Тараненко, О. Н. Суицидальная настроенность молодежи как социально-психологическая проблема общества [Текст] / О. Н. Тараненко, Я. А. Идрисова // Молодой ученый. – 2016. – № 6. – С. 710–713.

250. Темиров, А. Т. Тьютор как педагогическая специальность в системе профессионального образования [Текст] / А. Т. Темиров, К. М. Магомедова //

Русский язык в полилингвальной среде : материалы II Всероссийской научно-практической конференции, приурочена ко Дню Единства Народов Дагестана. – Махачкала, 2018. – С. 287–291. P1.6-15

251. Теория и практика тьюторской деятельности в России [Текст] // Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития. – 2013. – № 2 (2). – С. 222–232. P1.6-16

252. Трапезникова, М. В. Мониторинг и прогнозирование психофизиологического статуса и успеваемости студенток I-II курса медицинского вуза [Текст] / М. В. Трапезникова, В. В. Савкин // Гигиена и санитария. – 2015. – Т. 94, № 1. – С. 104–108.

253. Трофимова, Н. С. Исследование взаимосвязи социально-психологической адаптации и субъективности личности студента колледжа [Текст] / Н. С. Трофимова // Педагогическое обозрение в России. – 2013. – № 3. – С. 116–121. P1.4-14

254. Трофимова, Н. С. Типология характерна для первокурсников на этапе социально-психологической адаптации вуза [Текст] / Н. С. Трофимова // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 3. – С. 99–103. P1.4-15

255. Тьютор в образовательном пространстве [Текст] : учебное пособие / ред. В. П. Сергеева. – Москва : ИНФРА-М, 2016. – 192 с.

256. Тьютор в проблемно-ориентированном обучении при подготовке врачей интернов [Текст] / Д. О. Карибаева [и др.] // Образование: традиции и инновации : материалы IX международной научно-практической конференции. – Прага, 2015. – С. 236–238. P1.6-17

257. Углев, В. А. Когнитивная визуализация как инструмент сопровождения индивидуального обучения [Текст] / В. А. Углев, Т. М. Ковалева // Наука и образование: научное издание МГТУ им. Н. Э. Баумана. – 2014 – № 3. – С. 420–449.

258. Улюкин, И. М. Совладание со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями и слабовыраженные депрессивные расстройства у лиц молодого возраста в периоде адаптации [Текст] / И. М. Улюкин, С. Г. Григорьев // В мире научных открытий. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 168–183. P1.1-17

259. Фаляхов, И. И. Диверсификация моделей наставничества: ментор, тьютор, коуч, фасилитатор и идентификация их готовности к осуществлению наставнической деятельности [Текст] / И. И. Фаляхов // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 2-1(115). – С. 45–50. P1.6-20

260. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Система ГАРАНТ. – 2012. – URL:<http://ivo.garant.ru/#/document/70291362/paragraph/1:1> (дата обращения: 14.05.2019) P1.6-22

261. Федорова, С. С. О коморбидности алкоголизма и тревожных расстройств [Текст] / С. С. Федорова // Наркология. – 2013. – № 7. – С. 92–99. P1.5-12

262. Федосеева, О. А. Волонтерское движение «Школа добра». Уроки доброты [Текст] / О. А. Федосеева // Молодой ученый. – 2018. – № 11. – С. 200–202.

263. Финогенко, Е. И. Вегетативные расстройства как критерий дезадаптации студентов государственных вузов [Текст] / Е. И. Финогенко // Вестник Иркутского государственного технического университета. – 2015. – № 4 (99). – С. 341–345. P1.4-12

264. Финогенко, Е. И. Индивидуально-типологические аспекты учебной адаптации студентов [Текст] / Е. И. Финогенко // Вестник Иркутского государственного технического университета. – 2012. – № 1 (60). – С. 308–312.

265. Франкл, В. Э. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Э. Франкл ; ред. Л. Я. Гозман, Д. А. Леонтьев; пер. с англ. и нем. – Москва : Прогресс, 1990. – 368 с. P1.3-12

266. Хананашвили, М. М. Теория переходного состояния между нормой и патологией [Текст] / М. М. Хананашвили // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. – № 1. – С. 3–12. P1.4-

267. Харченко, Е. Н. Маскированные депрессии в клинике психосоматических заболеваний и зависимых состояний [Текст] / Е. Н. Харченко, Е. А. Хаустова, О. В. Чернышев // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 17, № 3 (64). – С. 49–53.

268. Хаустова, А. И. Социально-психологическая адаптация [Текст] / А. И. Хаустова // Молодой ученый. – 2016. – № 26. – С. 614–617

269. Холмогорова, А. Б. Социальная ситуация развития и динамика агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением [Текст] / А. Б. Холмогорова, Н. М. Евлашкина // Дефектология. – 2011. – № 2. – С. 71–81.

270. Холмогорова, А. Б. Стратегии преодоления и эмоциональная дезадаптация студентов с чертами пограничного расстройства личности [Текст] / А. Б. Холмогорова, И. Д. Климова // Консультационная психология и психотерапия. – 2014. – № 2 (81). – С. 153–167. P1.4-18

271. Чеверикина, Е. А. Особенности мотивационной направленности у студентов, склонных к зависимости от психоактивных веществ [Текст] / Е. А. Чеверикина // Наркология. – 2014. – Т. 13, № 9 (153). – С. 52–56.

272. Чеверикина, Е. А. Ранний алкоголизм как первичное проявление аддиктивности в студенческой среде [Текст] / Е. А. Чеверикина, А. Н. Грязнов // Современная педагогическая наука и образование в России: наследие, традиции, прогнозы : сборник материалов международной научно-практической конференции / под науч. ред. Ф. Ш. Мухаметзяновой. – Казань, 2016. – С. 263–267.

273. Челнокова, Е. А. Тьюторская деятельность педагога по обеспечению успешной адаптации студентов вуза [Электронный ресурс] / Е. А. Челнокова, Р. Б. Набиев // Вестник Мининского университета. – 2015. – № 3. – URL: <http://vestnik.mininuniver.ru/reader/search/tyutorskaya-deyatelnost-pedagoga-po-obespecheniyu/> (дата обращения: 14.05.2019) P1.6-19

274. Чернов, С. А. Изучение взаимосвязи личностных характеристик студентов со склонностью к наркотической зависимости [Текст] / С. А. Чернов, А. В. Чернова // Проблемы психологии и социальной педагогики. – Чебоксары, 2017. – С. 161–166.

275. Чернова, Е. П. Низкий самоконтроль среди подростков как фактор риска формирования и развития интернет - аддикции [Текст] / Е. П. Чернова // Научные революции: сущность и роль в развитии науки и техники : сборник статей по итогам международной научно-практической конференции. – Уфа, 2018. – С. 43–48.

276. Чуркин, А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии [Текст] / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – Москва : Триада – X, 2000. – 232 с. P1.2-14

277. Шакула, А. В. Исследование особенностей функциональных расстройств адаптации у студентов [Текст] / А. В. Шакула, М. Д. Дыбов, Д. И.

Никулин // Вестник восстановительной медицины. – 2011. – № 2(42). – С. 22–25. P1.1 20

278. Шакура, К. В. Взаимосвязь механизмов психологических защит с копинг-стратегиями у студентов психологов [Текст] / К. В. Шакура, К. А. Иващенко, Е. А. Талдыкина // Аллея науки. – 2017. – Т. 1, № 10. – С. 185–190.

279. Шаповалова, И. С. Анализ ситуации формирования наркотической зависимости студентов и школьников [Текст] / И. С. Шаповалова // International Forum on Contemporary Global Challenges of Interdisciplinary Academic Research and Innovation : conference Proceedings. – Boston, 2017. – С. 206–220.

280. Шведов, Д. Н. Профилактика риска нарушения адаптации студентов к учебной деятельности с учетом их психофизиологии [Текст] / Д. Н. Шведов // Вестник Орловского государственного университета. Серия: Новые гуманитарные исследования. – 2014. – № 6 (41). – С. 389–391.

281. Шифнер, Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов [Текст] / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки. – 2011. – Т. 18, № 4. – С. 64–66. P1.2-15

282. Шифнер, Н. А. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов [Текст] / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 43–61. P1.1 21

283. Шифнер, Н. А. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика) [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 : защищена 06 июня 2011 г. / Шифнер Нина Анатольевна ; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2011. – 25 с.

284. Шишлова, Е. Э. Психология управления человеческим потенциалом образовательной организации [Текст] / Е. Э. Шишлова // Психолого-педагогические аспекты работы преподавателя вуза : межкафедральный сборник научных статей. – Москва, 2015. – Вып. 1. — С. 43–50.

285. Шукуров, Ф. А. Межличностные отношения и вегетативный статус в оценке адаптационных возможностей студентов [Текст] / Ф. А. Шукуров //

Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2015. – № 4. – С. 65–68. Р1.4-16

286. Щедровицкий, Г. П. Начало системно-структурного исследования взаимоотношений людей в малых группах. Цикл лекций. Из архива Г. П. Щедровицкого [Текст] / Г. П. Щедровицкий. – Москва, 2013. – Т. 3. – 352 с. Р1.1-18

287. Юденкова, И. В. К вопросу об адаптации студентов-первокурсников к условиям вуза [Текст] / И. В. Юденкова, И. В. Бежаева // Молодой ученый. – 2015. – № 22. – С. 887–891.

288. Юркина, М. С. Разработка и апробация методики для экспрессдиагностики уровня адаптированности студентов к вузу [Текст] / М. С. Юркина, А. А. Смирнов // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2015. – Т. 21, № 1. – С. 82–87.

289. Якубенко, О. В. Влияние морфофункциональных особенностей юношей на адаптацию к условиям обучения в вузе [Текст] / О. В. Якубенко, И. Н. Путалова // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2011. – Т. 31, № 2. – С. 115–120.

290. Якунин, В. А. Педагогическая психология [Текст] : учебное пособие / В. А. Якунин. – Санкт-Петербург : Изд-во В.А. Михайлова, 2000. – 349 с. Р1.1-19

291. Яновский, Л. М. Тьютор в вузе: деятельность и компетенции [Текст] / Л. М. Яновский // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2016. – № 5. – С. 114–117.

292. 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. – Минск, 2017. – С. 335–340.

293. Янцев, А. В. Компьютерная аддикция как фактор, определяющий психофизиологическое состояние организма подростков [Текст] / А. В. Янцев, А. В. Кириллова, С. А. Панова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Биология. Химия. – 2016. – Т. 2 (68), № 3. – С. 65–75.
294. Яударова, Н. Ю. Психологические аспекты адаптации первокурсников к обучению в высшем учебном заведении [Текст] / Н. Ю. Яударова // Молодой ученый. – 2015. – № 19. – С. 634–637. P1.1 22
295. Ячнік, Ю. В. Дослідження соціально-психологічної адаптації та копінг-стратегій підлітків із психосоматичними розладами [Текст] / Ю. В. Ячнік // Арх. психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4. – С. 247–251.
296. A Longitudinal Examination of the Associations Between Shyness, Drinking Motives, Alcohol Use, and Alcohol-Related Problems [Text] / C. M. Young [et al.] // Alcohol Clin Exp Res. – 2015. – Vol. 39, N 9. – P. 1749–1755.
297. A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students [Text] / C. S. Conley [et al.] // J. Couns. Psychol. – 2017. – Vol. 64, N 2. – P. 121–140.
298. A randomised controlled trial of repeated filmed social contact on reducing mental illness-related stigma in young adults [Text] / S. Koike [et al.] // Epidemiol. Psychiatr. Sci. – 2018. – Vol. 27, N 2. – P. 199–208.
299. A school-based post-Katrina therapeutic intervention [Text] / E. E. Goldman [et al.] // Adm. Policy Ment Health. – 2015. – Vol. 42, N 3. – P. 363–372.
300. A study of adaptive reactions of the cardiorespiratory system in psychoemotional stress conditions. [Text] / L. Chernobay [et al.] // Georgian Med News. – 2018. – Vol. 274. – P. 60–63.
301. Acculturative stress, mental health symptoms, and the role of salivary inflammatory markers among a Latino sample [Text] / A. Maldonado [et al.] // Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. – 2018. – Vol. 24, N 2. – P. 277–283.

302. Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa [Text] / M. L. Parra-Fernandez [et al.] // PLoS One. – 2018. – Vol. 13, N 1. – e0190722.

303. Adaptation to the Spanish population of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) and psychometric properties [Text] / F. Fernández-Calderón [et al.] // Adicciones. – 2018. – Vol. 30, N 3. – P. 208–218.

304. Adaptation of the Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) to Spanish in a sample of adolescents [Text] / J. González-Cabrera [et al.] // Actas Esp. Psiquiatr. – 2017. – Vol. 45, N 4. – P. 137–144.

305. Adaptive behavior in Chinese children with Williams syndrome [Text] / C. Ji [et al.] // BMC Pediatr. – 2014. – Vol. 14. – P. 90.

306. Advantages and disadvantages of college drinking in students' own words: content analysis of the decisional balance worksheet [Text] / S. E. Collins [et al.] // Psychol. Addict Behav. – 2014. – Vol. 28, N 3. – P. 727–733.

307. Affective updating ability and stressful events interact to prospectively predict increases in depressive symptoms over time [Text] / M. L. Pe [et al.] // Emotion. – 2016. – Vol. 16, N 1. – P. 73–82.

308. Agarwal, N. An invisible student population: Accommodating and serving college students with lupus [Text] / N. Agarwal, V. Kumar // Work. – 2017. – Vol. 56, N 1. – P. 165-173.

309. Age-related changes of adaptive and neuropsychological features in persons with Down Syndrome [Text] / A. Ghezzi [et al.] // PLoS One. – 2014. – Vol. 9, N 11. – e113111.

310. Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect situations [Text] / A. A. Goldsmith [et al.] // Addictive Behaviors. – 2009. – Vol. 34, Iss. 6-7. – P. 505–513. P15-18

311. Alcohol-Specific Coping Styles of Adult Children of Individuals with Alcohol Use Disorders and Associations with Psychosocial Functioning [Text] / M. L. Drapkin [et al.] // Alcohol Alcohol. – 2015. – Vol. 50, N 4. – P. 463–469.

312. Allbaugh, L. J. The role of repetitive thought in determining posttraumatic growth and distress following interpersonal trauma [Text] / L. J. Allbaugh, M. O. Wright, S. F. Folger // *Anxiety Stress Coping*. – 2016. – Vol. 29, N 1. – P. 21–37.

313. Allen-Crooks, R. Naturalistic change in nonclinical paranoid experiences [Text] / R. Allen-Crooks, L. Ellett Behav // *Cogn. Psychother.* – 2014. – Vol. 42, N 5. –P. 634–639.

314. Almutary, H. Arabic translation, adaptation and modification of the Dialysis Symptom Index for chronic kidney disease stages four and five [Text] / H. Almutary, A. Bonner, C. Douglas // *BMC Nephrol.* – 2015. – Vol. 16. – P. 36.

315. An examination of distress intolerance in undergraduate students high in symptoms of generalized anxiety disorder [Text] / E. M. MacDonald [et al.] // *Cogn. Behav. Ther.* – 2015. – Vol. 44, N 1. – P.74–84.

316. An Integrated Model of Posttraumatic Stress and Growth [Text] / S. L. Lancaster // *J. Trauma Dissociation*. – 2015. – Vol. 16, N 4. – P. 399–418.

317. Anxiety's Effect on Muscle Activation and Fatigue in Trumpet Players: A Pilot Study [Text] / H. E. Rumsey [et al.] // *Med. Probl. Perform Art.* – 2015. – Vol. 30, N 4. – P. 203–210.

318. Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers [Text] / A. N. Howell [et al.] // *Addictive Behaviors*. – 2010. –Vol. 35, Iss 12. – P. 1144–1147. P1.5-19

319. Aradilla-Herrero, A. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students [Text] / A. Aradilla-Herrero, J. Tomás-Sábado, J. Gómez-Benito // *Nurse Educ. Today*. – 2014. – Vol. 34, N 4. – P. 520–525.

320. Arbeau, K. J. Drinking to enhance and to cope: A daily process study of motive specificity [Text] / K. J. Arbeau, D. Kuiken, T. C. Wild // *Addictive Behaviors*. –2011. – Vol. 36, Iss. 12. – P. 1174–1183. P1.5-15

321. Are childhood trauma exposures predictive of anxiety sensitivity in school attending youth? [Text] / L. Martin [et al.] // *J Affect Disord.* – 2014. – Vol. 168. – P. 5–12.

322. Are there differences in students' school success, biorhythm, and daytime sleepiness depending on their school starting times? [Text] / J. Milić [et al.] // *Coll. Antropol.* – 2014. – Vol. 38, N 3. – P. 889–894.

323. Argyrides, M. Validation of the factor structure of the Greek adaptation of the Situational Inventory of Body-Image Dysphoria-Short Form (SIBID-S) [Text] / M. Argyrides, N. Kkeli // *Eat Weight Disord.* – 2015. – Vol. 20, N 4. – P. 491–496.

324. Armeli, S. Drinking to Cope Motivation as a Prospective Predictor of Negative Affect [Text] / S. Armeli, T. P. Sullivan, H. Tennen // *J. Stud. Alcohol. Drugs.* – 2015. – Vol. 76, N 4. – P. 578–584.

325. Arslan, G. Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem [Text] / G. Arslan // *Child. Abuse Negl.* – 2016. – Vol. 52. – P. 200–209.

326. Assessing the efficacy of a culturally adapted cognitive behavioural internet-delivered treatment for depression: protocol for a randomised controlled trial. [Text] / A. Salamanca-Sanabria [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2018. – Vol. 18, N 1. – P. 53.

327. Assistive technology as a predictor of general or alternate assessment among elementary-aged students with autism spectrum disorders [Text] / L. Barnard-Brak [et al.] // *Assist Technol.* – 2014. – Vol. 26, N 2. – P. 81–87.

328. Association between personality traits and substance use in Spanish adolescents [Text] / M. T. González [et al.] // *Adicciones.* – 2016. – Vol. 28, N 2. – P. 108–115.

329. Association of lifestyle factors and suboptimal health status: a cross-sectional study of Chinese students [Text] / J. Bi [et al.] // *BMJ Open.* – 2014. – Vol. 4, N 6. –e005156.

330. Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students [Text] / Y. Wang [et al.] // *Behav. Neurol.* – 2015. – Vol. 2015. – N 846498.

331. Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities [Text] / I. Hasson-Ohayon [et al.] // *Rehabil. Psychol.* – 2014. – Vol. 59, N 2. – P. 236–241.

332. Azadeh, S. M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Problems and Psychological Flexibility in Female High School Students With Social Anxiety Disorder [Text] / S. M. Azadeh, H. Kazemi-Zahrani, M. A. Besharat // *Glob. J. Health Sci.* – 2015. – Vol. 8, N 3. – P. 131–138.

333. Bachrach, R. L. Peer alcohol behavior moderates within-level associations between posttraumatic stress disorder symptoms and alcohol use in college students [Text] / R. L. Bachrach, J. P. Read // *Psychol Addict Behav.* – 2017. – Vol. 31, N 5. – P. 576–588.

334. Bacon, A. K. Effects of ostracism and sex on alcohol consumption in a clinical laboratory setting [Text] / A. K. Bacon, A. N. Cranford, H. Blumenthal // *Psychol. Addict. Behav.* – 2015. – Vol. 29, N 3. – P. 664–672.

335. Baker, T. Bullying Victimization, Social Network Usage, and Delinquent Coping in a Sample of Urban Youth: Examining the Predictions of General Strain Theory [Text] / T. Baker, W. V. Jr. Pelfrey // *Violence Vict.* – 2016. – Vol. 31, N 6. – P. 1021–1043.

336. Barajas, S. Avoidance in Anxiety and Depression: Adaptation of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale in a Spanish Sample [Text] / S. Barajas, L. Garra, L. Ros // *Span. J. Psychol.* – 2017. – Vol. 20. – E18.

337. Benbassat, J. Changes in wellbeing and professional values among medicalundergraduate students: a narrative review of the literature [Text] / J. Benbassat // *Health Sci Educ. Theory Pract.* – 2014. – Vol. 19, N 4. – P. 597–610.

338. Berger, R. Reducing primary and secondary traumatic stress symptoms among educators by training them to deliver a resiliency program (ERASE-Stress)

following the Christchurch earthquake in New Zealand [Text] / R. Berger, H. Abu-Raiya, J. Benatov // *Am. J. Orthopsychiatry*. – 2016. – Vol. 86, N 2. – P. 236–251.

339. Bokhan, N. A. Dissociative model of addictions formation [Text] / N. A. Bokhan, A. A. Ovchinnikov. – Saint-Louis : MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p. P1.5-16, P1.3-14

340. Boulton, M. Nursing Students' Perceived Faculty Support, Stress, and Substance Misuse [Text] / M. Boulton, K. A. O'Connell // *J. Nurs Educ.* – 2017. – Vol. 56, N 7. – P. 404–411.

341. Bravo, A. J. In the process of drinking to cope among college students: An examination of specific vs. global coping motives for depression and anxiety symptoms [Text] / A. J. Bravo, M. R. Pearson // *Addict Behav.* – 2017. – Vol. 73. – P. 94–98.

342. Breakfast skipping is associated with cyberbullying and school bullying victimization. A school-based cross-sectional study [Text] / H. Sampasa-Kanyinga [et al.] // *Appetite*. – 2014. – Vol. 79. – P. 76–82.

343. Brondani, M. A. Tackling stress management, addiction, and suicide prevention in a predoctoral dental curriculum [Text] / M. A. Brondani, D. Ramanula, K. Pattanaporn // *J. Dent. Educ.* – 2014. – Vol. 78, N 9. – P. 1286–1293.

344. Brown, O. K. "My pet has passed": Relations of adult attachment styles and current feelings of grief and trauma after the event [Text] / O. K. Brown, D. K. Symons // *Death Stud.* – 2016. – Vol. 40, N 4. – P. 247–255.

345. Burchard, F. Crisis Intervention in a Health Care Hospital for Child and Adolescent Psychiatry [Text] / F. Burchard, T. Diebenbusch // *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* – 2017. – Bd. 66, N 1. – S. 5–25.

346. Burger, P. H. M. Gender as an underestimated factor in mental health of medical students. [Text] / P. H. M. Burger, M. Scholz // *Ann. Anat.* – 2018. – Vol. 218. – P. 1-6.

347. Cadigan, J. M. A Latent Profile Analysis of drinking motives among heavy drinking college students [Text] / J. M. Cadigan, M. P. Martens, K. C. Herman // *Addict. Behav.* – 2015. – Vol. 51. – P. 100–105.

348. Cardio-Metabolic Health Venezuelan Study (EVESCAM): Design and Implementation. [Text] / R. Nieto-Martínez [et al.] // *Invest Clin.* – 2017. – Vol. 58, N 1. – P. 56–69.

349. Castiajo, P. "Hearing" Voices and "Seeing" Things: Probing Hallucination Predisposition in a Portuguese Nonclinical Sample with the Launay-Slade Hallucination Scale-Revised [Text] / P. Castiajo, A. P. Pinheiro // *Front Psychol.* – 2017. – N 8. – P. 1138.

350. Characterization of Electrocardiographic Findings in Young Students [Text] / P. Vilardell [et al.] // *Rev. Esp. Cardiol. (Engl Ed).* – 2018. – pii: S1885-5857(18)30376-1.

351. Chaves, P. J. Incidence of postural changes and temporomandibular disorders in students [Text] / P. J. Chaves, F. E. M. de Oliveira, L. C. M. Damázio // *Acta Ortop. Bras.* – 2017. – Vol. 25, N 4. – P. 162–164.

352. Cheng, H. L. Racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and alcohol problems in a longitudinal study of Hispanic/Latino college students [Text] / H. L. Cheng, B. Mallinckrodt // *J. Couns Psychol.* – 2015. – Vol. 62, N 1. – P. 38–49.

353. Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools students: a moderated mediated model [Text] / M. Hébert [y. o.] // *Depress Anxiety.* – 2016. – Vol. 33, N 7. – P. 623–629.

354. Children With Type 1 Diabetes Mellitus: Self-Management Experiences in School [Text] / V. de Cássia [et al.] // *Sparapani J. Sch. Health.* – 2017. – Vol. 87, N 8. – P. 623–629.

355. Chiu, Y. C. Chinese adaptation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test and prevalence estimate of Internet gaming disorder among adolescents in Taiwan [Text] / Y. C. Chiu, Y. C. Pan, Y. H. Lin // *J. Behav. Addict.* – 2018. – Vol. 7, N 3. – P. 719–726.

356. Cicero, D. C. The role of ethnic identity, self-concept, and aberrant salience in psychotic-like experiences [Text] / D. C. Cicero, J. R. Cohn // *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* – 2018. – Vol. 24, N 1. – P. 101–111.

357. Clinical Management Guideline Group under the Korean Society of Neurogastroenterology and Motility. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Functional Constipation in Korea, 2015 Revised Edition [Text] / J. E. Shin [et al.] // J. Neurogastroenterol. Motil. – 2016. – Vol. 22, N 3. – P. 383–411.

358. Cognitive, adaptive, and psychosocial differences between high ability youth with and without autism spectrum disorder [Text] / A. F. Doobay [et al.] // J. Autism. Dev. Disord. – 2014. – Vol. 44, N 8. – P. 2026–2040.

359. Coiro, M. J. College students coping with interpersonal stress: Examining a control-based model of coping [Text] / M. J. Coiro, A. H. Bettis, B. E. Compas // J. Am. Coll. Health. – 2017. – Vol. 65, N 3. – P. 177–186.

360. College students with autism spectrum disorders: A growing role for adult psychiatrists [Text] / G. I. van Schalkwyk [Text] // J. Am. Coll. Health. – 2016. – Vol. 64, N 7. – P. 575–579.

361. Comparison of Voice Handicap Index Scores Between Female Students of Speech Therapy and Other Health Professions [Text] / D. Tafiadis [et al.] // J. Voice. – 2017. – Vol. 31, N 5. – P. 583–588.

362. Compounding risk: An examination of associations between spirituality/religiosity, drinking motives, and alcohol-related ambivalence among heavy drinking young adults [Text] / D. W. Foster [et al.] // Addict Behav. – 2016. – Vol. 63. – P. 1–11.

363. Coping, PTSD symptoms, and alcohol involvement in trauma-exposed college students in the first three years of college [Text] / J. P. Read [et al.] // Psychol. Addict Behav. – 2014. – Vol. 28, N 4. – P. 1052–1064.

364. Coping and the stages of psychosis: an investigation into the coping styles in people at risk of psychosis, in people with first-episode and multiple-episode psychoses [Text] / M. Kommescher [et al.] // Early Interv Psychiatry. – 2017. – Vol. 11, N 2. – P. 147–155.

365. Coping as a mediator of stress and psychotic-like experiences [Text] / A. Ered [et al.] // Psychiatry. – 2017. – N 43. – P. 9–13.

366. Coping self-efficacy and trauma-related shame mediate the association between negative social reactions to sexual assault and PTSD symptoms [Text] / C. R. DeCou [et al.] // *Psychol. Trauma.* – 2019. – Vol. 11, N 1. – P. 51–54.

367. Coping with college and inflammatory bowel disease: implications for clinical guidance and support [Text] / H. T. Schwenk [et al.] // *Inflamm Bowel Dis.* – 2014. – Vol. 20, N 9. – P. 1618–1627.

368. Cross-lagged relations between motives and substance use: Can use strengthen your motivation over time? [Text] / C. A. Lee [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2017. – Vol. 178. – P. 544–550.

369. Cumulative Bullying Experiences, Adolescent Behavioral and Mental Health, and Academic Achievement: An Integrative Model of Perpetration, Victimization, and Bystander Behavior [Text] / C. B. R. Evans [et al.] // *J. Child. Fam. Stud.* – 2018. – Vol. 27. doi: 10.1007/s10826-018-1078-4.

370. D'amico, M. 3D quantitative evaluation of spine proprioceptive perception/motor control through instinctive self-correction maneuver in healthy young subjects' posture: an observational study [Text] / M. D'amico, E. Kinel, P. Roncoletta // *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* – 2018. – Vol. 54, N 3. – P. 428–439.

371. Danzer, G. Improving medication adherence for severely mentally ill adults by decreasing coercion and increasing cooperation [Text] / G. Danzer, S. M. Rieger // *Bull. Menninger Clin.* – 2016. – Vol. 80, N 1. – P. 30–48.

372. Dental Students' Perceptions of Risk Factors for Musculoskeletal Disorders: Adapting the Job Factors Questionnaire for Dentistry [Text] / C. D. Presoto [et al.] // *J. Dent. Educ.* – 2018. – Vol. 82, N 1. – P. 47–53.

373. Depressive rumination and past depression in Japanese university students: comparison of brooding and reflection [Text] / A. Hasegawa [et al.] // *Psychol. Rep.* – 2014. – Vol. 114, N 3. – P. 653–654.

374. Depressive symptoms, ruminative thinking, drinking motives, and alcohol outcomes: A multiple mediation model among college students in three countries [Text] / A. J. Bravo [et al.] // *Addict. Behav.* – 2018. – Vol. 76. – P. 319–327.

375. Developing Partnerships in the Provision of Youth Mental Health Services and Clinical Education: A School-Based Cognitive Behavioral Intervention Targeting Anxiety Symptoms in Children [Text] / A. M. Waters [et al.] // *Behav. Ther.* – 2015. – Vol. 46, N 6. – P. 844–855.

376. Development and preliminary evaluation of a self-guided, internet-based tool for coping with stress and trauma: Life Improvement for Teens (LIFT) [Text] / L. H. Jaycox [et al.] // *Psychol. Serv.* – 2019. – Vol. 16, N 1. – P. 85–94.

377. Development and testing of study tools and methods to examine ethnic bias and clinical decision-making among medical students in New Zealand: The Bias and Decision-Making in Medicine (BDMM) study [Text] / R. Harris [et al.] // *BMC Med. Educ.* – 2016. – Vol. 16. – P. 173.

378. Development and validation of the opioid prescription medication motives questionnaire: a four-factor model of reasons for use [Text] / R. E. Jones [et al.] // *Psychol. Addict Behav.* – 2014. – Vol. 28, N 4. – P. 1290–1296.

379. Development of a self-report format of ASSIST with university students [Text] / H. A. Barreto [et al.] // *Addict Behav.* – 2014. – Vol. 39, N 7. – P. 1152–1158.

380. Development of the Arabic version of the "Sniffin' Sticks" odor identification test [Text] / A. Oleszkiewicz [et al.] // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* – 2016. – Vol. 273, N 5. – P. 1179–1184

381. Dever, B. V. Factor structure and differential item functioning of the BASC-2 BESS Spanish Language Parent Form [Text] / B. V. Dever, T. C. Raines, E. Dowdy // *Sch. Psychol. Q.* – 2016. – Vol. 31, N 2. – P. 213–225.

382. Differences in coping strategies of preadolescents with and without exposure to the L'Aquila (Central Italy) 2009 earthquake [Text] / L. Piccardi [et al.] // *Epidemiol. Prev.* – 2016. – Vol. 40, N 2, Suppl. 1. – P. 53–58.

383. Different pathways explain alcohol-related problems in female and male college students [Text] / P. Pedrelli [et al.] // *J. Am. Coll. Health.* – 2016. – Vol. 64, N 7. – P. 535–535.

384. Direct and indirect effects of alcohol expectancies through drinking motives on alcohol outcomes among students in Vietnam [Text] / P. B. Diep [et al.] // *Addict Behav.* – 2016. – Vol. 52. – P. 115–122.

385. Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample [Text] / G. Panayiotou [et al.] // *Compr. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 56. – P. 206–216.

386. Does defending come with a cost? Examining the psychosocial [Text] / L. J. Lambe [et al.] // *Child Abuse Negl.* – 2017. – Vol. 65. – P. 112–123.

387. Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking [Text] / Z. W. Adams [et al.] // *Addictive Behaviors.* – 2012. – Vol. 37, Iss. 7. – P. 848–855. P1.5-14, P1.3-13

388. Drinking to cope with depression mediates the relationship between social avoidance and alcohol problems: A 3-wave, 18-month longitudinal study [Text] / J. L. Collins [et al.] // *Addict Behav.* – 2018. – Vol. 76. – P. 182–187.

389. Ebigbo, P. O. Brain fog: New perspectives from case observations [Text] / P. O. Ebigbo, E. C. Lekwas, N. F. Chukwuneniyem // *Transcult Psychiatry.* – 2015. – Vol. 52, N 3. – P. 311–330.

390. Effectiveness of an Adaptation of the Project Connect Health Systems Intervention: Youth and Clinic-Level Findings [Text] / P. S. Loosier [et al.] // *J. Sch. Health.* – 2016. – Vol. 86, N 8. – P. 595–603.

391. Effect of delayed sleep phase during university life on the daytime functioning in work life after graduation [Text] / S. Asaoka [et al.] // *Sleep Med.* – 2014. – Vol. 15, N 9. – P. 1155–1158.

392. Effects of inflammatory bowel disease on students' adjustment to college [Text] / S. B. Almadani [et al.] // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2014. – Vol. 12, N 12. –P. 2055–2062.e1.

393. Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health [Text] / L. Toussaint [et al.] // J. Health Psychol. – 2016. – Vol. 21, N 6. – P. 1004–1014.

394. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Clinical Clerkship Students: A Cluster-Randomized Controlled Trial [Text] / I. van Dijk [et al.] // Acad. Med. – 2017. – Vol. 92, N 7. – P. 1012–1021.

395. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness [Text] / E. V. Kroska [et al.] // J. Affect Disord. – 2018. – Vol. 225. – P. 326–336.

396. Efficacy of a mobile phone-based life-skills training program for substance use prevention among adolescents: study protocol of a cluster-randomised controlled trial [Text] / S. Haug [et al.] // BMC Public Health. – 2018. – Vol. 18, N 1. – P. 1102.

397. El Ansari, W. Predictors of illicit drug/s use among university students in Northern Ireland, Wales and England [Text] / W. El Ansari, L. Vallentin-Holbech, C. Stock // Glob. J Health Sci. – 2014. – Vol. 7, N 4. – P. 18–29.

398. Emotionally Up and Down, Behaviorally To and Fro: Drinking Motives Mediate the Synergistic Effects of Urgency and Emotional Instability on Alcohol Outcomes [Text] / R. D. Dvorak [et al.] // J. Drug Educ. – 2015. – Vol. 45, N 3-4. – P. 156–184.

399. European Portuguese Adaptation of Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): Psychometric Characterization in Higher Education Students [Text] / D. R. Marques // Behav. Med. – 2018. – Vol. 44, N 1. – P. 11–18.

400. European Psychiatric Association (EPA) guidance on postgraduate psychiatric training in Europe [Text] / S. Mayer [et al.] // Eur. Psychiatry. – 2014. – Vol. 29. – P. 101–106. P1.2-20

401. Evaluating age differences in coping motives as a mediator of the link between social anxiety symptoms and alcohol problems [Text] / E. M. Clerkin [et al.] // Psychol Addict Behav. – 2014. – Vol. 28, N 3. – P. 880–886.

402. Evidence for the effectiveness of a national school-based mental health program in Chile [Text] / J. Guzmán [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2015. – Vol. 54, N 10. – P. 799–807.

403. Examining the impact of a family treatment component for CBITS: when and for whom is it helpful? [Text] / C. D. Santiago [et al.] // J. Fam. Psychol. – 2014. – Vol. 28, N 4. – P. 560–570.

404. Experiences of Individuals With Liver Cirrhosis: A Qualitative Study [Text] / F. Adbi [et al.] // Gastroenterol. Nurs. – 2015. – Vol. 38, N 4. – P. 252–257.

405. Feinstein, B. A. A weekly diary study of minority stress, coping, and internalizing symptoms among gay men [Text] / B. A. Feinstein, J. Davila, C. Dyar // J. Consult. Clin. Psychol. – 2017. – Vol. 85, N 12. – P. 1144–1157.

406. First adaptation of coping power program as a classroom-based prevention intervention on aggressive behaviors among elementary school children [Text] / P. Muratori [et al.] // Prev Sci. – 2015. – Vol. 166, N 3. – P. 432–439.

407. Flexible parasympathetic responses to sadness facilitate spontaneous affect regulation [Text] / J. P. Stange [et al.] // Psychophysiology. – 2017. – Vol. 54, N 7. – P. 1054–1069.

408. Foster, D. W. Drinking identity as a mediator of the relationship between drinking motives and weekly alcohol consumption among heavy drinking undergraduate students [Text] / D. W. Foster // Addict Behav. – 2014. – Vol. 39, N 12. – P. 1811–1815.

409. Function of Personal Growth Initiative on Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress, and Depression Over and Above Adaptive and Maladaptive Rumination [Text] / Y. Shigemoto [et al.] // J. Clin. Psychol. – 2017. – Vol. 73, N 9. – P. 1126–1145.

410. Galla, B. M. Trait self-control predicts adolescents' exposure and reactivity to daily stressful events [Text] / B. M. Galla, J. J. Wood // Pers. – 2015. – Vol. 83, N 1. – P. 69–83.

411. Gender differences in adverse childhood experiences, collective violence, and the risk for addictive behaviors among university students in Tunisia [Text] / S. El Mhamdi [et al.] // *Prev. Med.* – 2017. – Vol. 99. – P. 99–104.

412. Gender differences in coping responses and bulimic symptoms among undergraduate students [Text] / M. Y. Kwan [et al.] // *Eat Behav.* – 2014. – Vol. 15, N 4. – P. 632–637.

413. Gender differences in the prevalence and impact factors of hysterical tendencies in adolescents from three eastern Chinese provinces. [Text] / Q. Cheng [et al.] // *Environ Health Prev Med.* – 2018. – Vol. 23, N 1. – P. 5.

414. Gil, S. Coping strategies and internal resources of dispositional optimism and mastery as predictors of traumatic exposure and of PTSD symptoms: A prospective study [Text] / S. Gil, M. Weinberg // *Psychol. Trauma.* – 2015. – Vol. 7, N 4. – P. 405–411.

415. Goldberg, M. From patient to therapatient: social work students coping with mental illness [Text] / M. Goldberg, N. Hadas-Lidor, O. Karnieli-Miller // *Qual. Health Res.* – 2015. – Vol.25, N 7. – P. 887–898.

416. Gray, S. Exploring Gender and Racial/Ethnic Differences in the Effects of Child Sexual Abuse [Text] / S. Gray, S. Rarick // *J. Child. Sex. Abus.* – 2018. – Vol. 27, N 5. – P. 570–587.

417. Greene, E. Affective forecasting about hedonic loss and adaptation: Implications for damage awards [Text] / E. Greene, K. A. Sturm, A. J. Evelo // *Law Hum. Behav.* – 2016. – Vol. 40, N 3. – P. 244–256.

418. Griggs, S. Hope and Mental Health in Young Adult College Students: AnIntegrative Review [Text] / S. Griggs // *J. Psychosoc. Nurs Ment. Health Serv.* – 2017. – Vol. 55, N 2. – P. 28–35.

419. Group CBT for Externalizing Disorders in Urban Schools: Effect of Training Strategy on Treatment Fidelity and Child Outcomes [Text] / R. Eiraldi [et al.] // *Behav. Ther.* – 2018. – Vol. 49, N 4. – P. 538–550.

420. Gururatana, O. Determinants of children's oral-health-related quality of life over time [Text] / O. Gururatana, S. R. Baker, P. G. Robinson // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2014. – Vol. 42, N 3. – P. 206–215.

421. Hair cortisol: A new tool for evaluating stress in programs of stress management [Text] / S. Iglesias [et al.] // *Life Sci.* – 2015. – Vol. 141. – P. 188–192.

422. Hanley, A. W. Relating dispositional mindfulness, contemplative practice, and positive reappraisal with posttraumatic cognitive coping, stress, and growth [Text] / A. W. Hanley, E. L. Garland, R. G. Tedeschi // *Psychol. Trauma.* – 2017. – Vol. 9, N 5. – P. 526–536.

423. High cortisol awakening response is associated with impaired error monitoring and decreased post-error adjustment [Text] / L. Zhang [et al.] // *Stress.* – 2015. – Vol. 18, N 5. – P. 561–568.

424. Hoelterhoff, M. Death Anxiety Resilience; a Mixed Methods Investigation [Text] / M. Hoelterhoff, M. C. Chung // *Psychiatr. Q.* – 2017. – Vol. 88, N 3. – P. 635–651.

425. Hormes, J. M. Under the influence of Facebook? Excess use of social networking sites and drinking motives, consequences, and attitudes in college students [Text] / J. M. Hormes // *J. Behav. Addict.* – 2016. – Vol. 5, N 1. – P. 122–129.

426. How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model [Text] / K. S. Jennings [et al.] // *Psychiatr. Rehabil. J.* – 2015. – Vol. 38, N 2. – P. 109–116.

427. How Personality Affects Vulnerability among Israelis and Palestinians following the 2009 Gaza Conflict [Text] / D. Canetti [et al.] // *PLoS One.* – 2016. – Vol. 11, N 7. – e0156278.

428. Identification and association of relationships between selected personal and environmental factors and formal components of temperament and strategies of coping with stress in asthmatic patients [Text] / M. Panek [et al.] // *Physiol. Behav.* – 2015. – Vol. 149. – P. 269–278.

429. Imagery-based treatment for test anxiety: A multiple-baseline open trial [Text] / J. N. Prinz [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2019. – Vol. 244. – P. 187–195.

430. Impact of chronic and acute academic stress on lymphocyte subsets and monocyte function [Text] / V. Maydych [et al.] // PLoS One. – 2017. – Vol. 12, N 11. – e0188108.

431. Impact of occupation on stress and anxiety among Indian women [Text] / P. A. Patel [et al.] // Women Health. – 2017. – Vol. 57, N 3. – P. 392–401.

432. Implementing the Bounce Back trauma intervention in urban elementary schools: A real-world replication trial [Text] / C. D. Santiago [et al.] // Sch. Psychol Q. – 2018. – Vol. 33, N 1. – P. 1-9.

433. Impostor phenomenon and mental health: The influence of racial discrimination and gender [Text] / D. L. Bernard [et al.] // J. Couns. Psychol. – 2017. – Vol. 64, N 2. – P. 155–166.

434. Insight and satisfaction with life among adolescents with mental disorders: assessing associations with self-stigma and parental insight [Text] / M. Gaziel [et al.] // Eur. Psychiatry. – 2015. – Vol. 30, N 2. – P. 329–333.

435. Inclusion and Exclusion Criteria of Clinical Trials for Insomnia [Text] / H. Huls [et al.] // J. Clin. Med. – 2018. – Vol. 7, N 8. – pii: E206.

436. Increased objectively assessed vigorous-intensity exercise is associated with reduced stress, increased mental health and good objective and subjective sleep in young adults [Text] / M. Gerber [et al.] // Physiol Behav. – 2014. – Vol. 135. – P. 17–24.

437. Increased tobacco and alcohol use among women with joint hypermobility: a way to cope with anxiety? [Text] / C. Baeza-Velasco [et al.] // Rheumatol Int. – 2015. – Vol. 35, N 1. – P. 177–181.

438. Integrated health messaging for multiple neglected zoonoses: Approaches, challenges and opportunities in Morocco [Text] / M. J. Ducrotoy [et al.] // Acta Trop. – 2015. – Vol. 152. – P. 17–25.

439. Internalizing Risk Factors for College Students' Alcohol use: A Combined Person and Variable-Centered Approach [Text] / S. E. Wemm [et al.] // Subst. Use Misuse. – 2018. – Vol. 53, N 4. – P. 629–640.

440. Interpretive bias, repressive coping, and trait anxiety [Text] / J. J. Walsh [et al.] // *Anxiety Stress Coping*. – 2015. – Vol. 28, N 6. – P. 617–633.

441. Jeyashree, K. Cross-cultural adaptation of Jefferson scale of empathy-health professions students version: An experience with developing the Tamil translation [Text] / K. Jeyashree, S. Kathirvel, M. K. Prathibha // *Educ. Health (Abingdon)*. – 2017. – Vol. 30, N 2. – P. 169–171.

442. Jounger, M. Adjustment disorders – nosological state and treatment options[Text] / M. Jounger, K. Frasch, T. Becker // *Psychiat. Prax.* – 2008. – Vol. 35, N 5. – P. 219–225. P1.2-17

443. Kasper S. Understanding and treating depression [Text] / S. Kasper // *Eur. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27, N 1. – P. 03-01. P1.2-18

444. Kato, T. Effects of Flexibility in Coping with Chronic Headaches on Depressive Symptoms [Text] / T. Kato // *J. Behav. Med.* – 2015. – Vol. 22, N 4. – P. 506–511.

445. Kawa, S. A brief historicity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice [Text] / S. Kawa, J. Giordano // *Philos Ethics Humanit Med.* – 2012. – Vol. 13, N 7. – P. 2–10. P1.2-19

446. Khamis, V. Bullying among school-age children in the greater Beirut area:risk and protective factors. [Text] / V. Khamis // *Child. Abuse Negl.* – 2015. – Vol. 39. – P. 137–146.

447. Kim, J. Association between protective behavioral strategies and problem drinking among college students in the Republic of Korea [Text] / J. Kim, S. Park // *Addict Behav.* – 2015. – Vol. 51. – P. 171–176.

448. Knight, V. Evaluating visual activity schedules as evidence-based practice for individuals with autism spectrum disorders [Text] / V. Knight, E. Sartini, A. D. Spriggs // *J. Autism Dev. Disord.* – 2015. – Vol. 45, N 1. – P. 157–178.

449. Koczorowski, R. The usefulness of psychometric tests in dental treatment of patients aged above 65 [Text] / R. Koczorowski, E. Jundziłł-Bieniek, M. Gałczyńska-Rusin // *Acta Odontol. Scand.* – 2014. – Vol. 72, N 3. – P. 209–215.

450. Kourkounasiou, M. A. Validity and reliability evidence of the TOCA-C in a sample of Greek students [Text] / M. A. Kourkounasiou, E. K. Skordilis // Psychol. Rep. – 2014. – Vol. 115, N 3. – P.766–783.

451. Krause, M. Prevalence of traumatic brain injury and access to services in an undergraduate population: a pilot study [Text] / M. Krause, S. Richards // Brain Inj. – 2014. – Vol. 28, N 10. – P. 1301–1310.

452. Kulis, S. S. Substance Use Prevention for Urban American Indian Youth: A Efficacy Trial of the Culturally Adapted Living in 2 Worlds Program [Text] / S. S. Kulis, S. L. Ayers, M. L. Harthun // J. Prim. Prev. – 2017. – Vol. 38, N 1-2. – P. 137–158.

453. Learning about the experience of living with chronic conditions: A framework analysis of nursing students' reflections on their conversations with older adults [Text] / A. Olson [et al.] // Gerontol. Geriatr. Educ. – 2018. – Vol. 39, N 3. – P. 295–315.

454. Lee, H. P. Effects of Different Genres of Music on the Psycho-Physiological Responses of Undergraduates [Text] / H. P. Lee, Y. C. Liu, M. F. Lin // Hu Li Za Zhi. – 2016. – Vol. 63, N 6. – P. 77–88.

455. Lee, S. A. School and religious factors impact the neuroticism-grief link in adolescents [Text] / S. A. Lee, S. M. Callan, J. A. Gibbons // Death Stud. – 2016. – Vol. 40, N 10. – P. 601–606.

456. Lee, S. The effect of a resilience improvement program for adolescents with complex congenital heart disease [Text] / S. Lee, J. Lee, J. Y. Choi // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. – 2017. – Vol. 16, N 4. – P. 290–298.

457. Links between teacher assessment and child self-assessment of mental health and behavior among children affected by HIV/AIDS. [Text] / H. Du [et al.] // AIDS Care. – 2015. – Vol. 27, N 7. – P. 876–884.

458. Liu, S. R. Hope and adjustment to college in the context of collective trauma [Text] / S. R. Liu, M. Kia-Keating, S. Modir // J. Am. Coll. Health. – 2017. – Vol. 65, N 5. –P. 323–330.

459. Long-term effects of filmed social contact or internet-based self-study on mental health-related stigma: a 2-year follow-up of a randomized controlled trial [Text] / S. Yamaguchi [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2019. – Vol. 54, N 1. – P. 33–42.

460. Longitudinal effects of psychological symptoms on non-suicidal self-injury: a difference between adolescents and young adults in China [Text] / Y. H. Wan [et al.] // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2015. – Vol. 50, N 2. – P. 237–247.

461. Loose, T. Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people [Text] / T. Loose, D. Acier // Addict Behav. – 2017. – Vol. 72. – P. 120–125.

462. Lumb, A. B. Posttraumatic Growth and Bereavement: The Contribution of Self-Determination Theory [Text] / A. B. Lumb, M. Beaudry, C. Blanchard // Omega (Westport). – 2017. – Vol. 75, N 4. – P. 311–336.

463. Macaskill, A. Undergraduate mental health issues: the challenge of the second year of study [Text] / A. Macaskill // J. Ment. Health. – 2018. – Vol. 27, N 3. – P. 214–221.

464. Marijuana use motives and social anxiety among marijuana-using young adults [Text] / J. D. Buckner [et al.] // Addictive Behaviors. – 2007. – Vol. 32, Iss. 10. – P. 2238–2252. P1.5-17

465. Marijuana use trajectories during college predict health outcomes nine years post-matriculation [Text] / A. M. Arria [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2016. – Vol. 159. – P. 158–165.

466. Medical school predictors of later perceived mastery of clinical work among Norwegian doctors: a cohort study with 10-year and 20-year follow-up [Text] / A. Belfrage [et al.] // BMJ Open. – 2017. – Vol. 7, N 9. – e014462.

467. Medical student stress: an elective course as a possibility of help [Text] / M. A. Pereira [et al.] // BMC Res. Notes. – 2015. – N 8. – P. 430.

468. Medical Students' Stress, Psychological Morbidity, and Coping Strategies: a Cross-Sectional Study from Pakistan [Text] / N. Imran [et al.] // Acad. Psychiatry. – 2016. – Vol. 40, N 1. – P. 92–96.

469. Mental health and psychosocial functioning in adolescence: an investigation among Indian students from Delhi [Text] / K. Singh [et al.] // J. Adolesc. – 2015. – Vol. 39. – P. 59–69.

470. Mihandoost, Z. Treatment Programs for Students With Attention DeficitHyperactivity Disorder: A Meta-Analysis Study [Text] / Z. Mihandoost // Iran. J. Psychiatry Behav. Sci. – 2015. – Vol. 9, N 3. – e1840.

471. Mindfulness Practice for Communication Sciences and Disorders Undergraduate and Speech-Language Pathology Graduate Students: Effects on Stress, Self-Compassion, and Perfectionism [Text] / A. R. Beck [et al.] // Am. J. Speech Lang Pathol. – 2017. – Vol. 26, N 3. – P. 893–907.

472. Moderating Role of Spirituality in the Association between Stress and Substance Use among Adolescents: Differences by Gender [Text] / K. J. Debnam [et al.] // J. Youth Adolesc. – 2018. – Vol. 47, N 4. – P. 818–828.

473. Mokma, T. R. Contributions of Child Sexual Abuse, Self-Blame, Posttraumatic Stress Symptoms, and Alcohol Use to Women's Risk for Forcible and Substance-Facilitated Sexual Assault [Text] / T. R. Mokma, L. R. Eshelman, T. L. Messman-Moore // J. Child. Sex Abus. – 2016. – Vol. 25, N 4. – P. 428–448.

474. More, S. J. An investigative framework to facilitate epidemiological thinking during herd problem-solving [Text] / S. J. More, M. L. Doherty, L. O'Grady // Ir. Vet. J. – 2017. – Vol. 70. – P. 11.

475. Moser, J. S. Manipulating Attention to Nonemotional Distractors Influences State Anxiety: A Proof-of-Concept Study in Low- and High-Anxious College Students [Text] / J. S. Moser, T. P. Moran, A. B. Leber // Behav. Ther. – 2015. – Vol. 46, N 6. – P. 834–843.

476. Motives for eating tasty foods associated with binge-eating. Results from a student and a weight-loss seeking population [Text] / M. M. Boggiano [et al.] // Appetite. – 2014. – Vol. 83. – P. 160–166.

477. Nelson, C. Increasing Self-Regulation and Classroom Participation of a Child Who Is Deafblind [Text] / C. Nelson, H. A. Hyte, R. Greenfield // Am. Ann. Deaf. – 2016. – Vol. 160, N 5. – P. 496–509.

478. Neurotic Personality Traits and Risk for Adverse Alcohol Outcomes: Chained Mediation through Emotional Disorder Symptoms and Drinking to Cope [Text] / A. Chinneck [et al.] // *Subst. Use Misuse*. – 2018. – Vol. 53, N 10. – P. 1730–1741.

479. Nevins, C. M. Self-Care Practices of Baccalaureate Nursing Students [Text] / C. M. Nevins, J. Sherman // *J. Holist. Nurs.* – 2016. – Vol. 34, N 2. – P. 185–192.

480. Olagundoye, O. Adaptation and validation of the disruptive behaviour disorders teacher rating scale as a screening tool for early detection of disruptive behaviour disorders in schools in a lower-middle income setting. [Text] / O. Olagundoye, A. Igundunasse, M. Alugo // *Int. J. Adolesc. Med. Health*. – 2018. doi:10.1515/ijamh-2017-0134.

481. Olivari, C. Validation of the general help-seeking questionnaire for mental health problems in adolescents [Text] / C. Olivari, M. Guzmán-González // *Rev. Chil. Pediatr.* – 2017. – Vol. 88, N 3. – P. 324–331.

482. On the University of Recovery [Text] / J. F. Pelletier [et aut.] // *Sante Ment. Que. Spring*. – 2016. – Vol. 41, N 1. – P. 241–250.

483. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students [Text] / A. Brytek-Matera [et al.] // *J. Eat. Disord.* – 2015. – N 3. – P. 2.

484. Owens, G. P. Predictors of Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Symptom Severity in Undergraduates Reporting Potentially Traumatic Events [Text] / G. P. Owens // *J. Clin. Psychol.* – 2016. – Vol. 72, N 10. – P. 1064–1076.

485. Öztekin, C. Effects of parental attitudes on the use of addictive substances in high school students [Text] / C. Öztekin, T. Şengezer, A. Özkara // *Niger. J. Clin. Pract.* – 2017. – Vol. 20, N 9. – P. 1112–1121.

486. Ozturk, O. The Relation of Religious Attitudes and Behaviours with Depression in Boarding Quran Course Students [Text] / O. Ozturk, A. M. Celik, E. I. Uyar // *Psychiatr. Danub.* – 2016. – Vol. 28, N 4. – P. 379–385.

487. Panayiotou, G. Direct and indirect predictors of social anxiety: The role of anxiety sensitivity, behavioral inhibition, experiential avoidance and self-

consciousness [Text] / G. Panayiotou, M. Karekla, M. Panayiotou // Compr. Psychiatry. – 2014. – Vol. 55, N 8. – P. 1875–1882.

488. Parenteau, S. C. Religious Coping and Substance Use: The Moderating Role of

Sex [Text] / S. C. Parenteau // J. Relig. Health. – 2017. – Vol. 56, N 2. – P. 380–387.

489. Partnership, knowledge translation, and substance abuse prevention with a First Nations community [Text] / L. Baydala [et al.] // Prog Community Health Partnersh. – 2014. – Vol. 8, N 2. – P. 145–155.

490. Peng, A. C. When confidence comes and goes: How variation in self-efficacy moderates stressor-strain relationships [Text] / A. C. Peng, J. M. Schaubroeck, J. L. Xie // J. Occup. Health Psychol. – 2015. – Vol. 20, N 3. – P. 359–3576.

491. Pikó B. Correlations of stress, coping and psychological well-being amongpreclinical medical students [Text] / B. Pikó // Orv Hetil. – 2014. – Vol. 155, N 33. – P. 1312–1318.

492. Pierre, J. M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future [Text] / J. M. Pierre // J. Psychiat. Pract. – 2010. – Vol. 16, N 6. – P. 375–386. P1.2-21

493. Pinciotti, C. M. Psychometric properties of the PACT Scale and relations with symptoms of PTSD [Text] / C. M. Pinciotti, A. V. Seligowski, H. K. Orcutt // Psychol. Trauma. – 2017. – Vol. 9, N 3. – P. 362–369.

494. Ponce-Garcia, E. The Development of the Scale of Protective Factors: Resilience in a Violent Trauma Sample [Text] / E. Ponce-Garcia, A. N. Madewell, S. M. Kennison // Violence Vict. – 2015. – Vol. 30, N 5. – P. 735–755.

495. Post-traumatic growth, stressful life events, and relationships with substance

use behaviors among alternative high school students: a prospective study [Text] / T. E. Arpawong [et al.] // Psychol Health. – 2015. – Vol. 30, N 4. – P. 475–494.

496. Posttraumatic Stress, Coping Flexibility, and Risky Drinking Among Trauma-Exposed Male and Female College Students: The Mediating Effect of Delay

of Gratification [Text] / G. Boyraz [et al.] // *Subst. Use Misuse*. – 2018. – Vol. 53, N 3. – P. 508–520.

497. Posttraumatic stress disorder symptoms, anxiety sensitivity, and alcohol-use motives in college students with a history of interpersonal trauma [Text] / E. C. Berenz [et al.] // *Psychol. Addict Behav.* – 2016. – Vol. 30, N 7. – P. 755–763.

498. Pourghaznein, T. Iranian mothers' Experiences with Children Undergoing Hemodialysis: A Hermeneutic Phenomenological Study [Text] / T. Pourghaznein, A. Heydari, Z. S. Manzari // *J. Pediatr. Nurs.* – 2018. – Vol. 42. – e19-e25.

499. Predictors of psychological resilience amongst medical students following major Earthquakes [Text] / F. Carter [et al.] // *N Z Med J.* – 2016. – Vol. 129, N 1434. – P. 17–22.

500. Prevalence and correlates of common mental disorders among dental students in Brazil [Text] / K. M. Graner [et al.] // *PLoS One*. – 2018. – Vol. 13, N 9. – e0204558.

501. Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training [Text] / V. Velasco [et al.] // *Prev Sci.* – 2017. – Vol. 18, N 4. – P. 394–405.

502. Preventing anxiety problems in children with Cool Little Kids Online: study protocol for a randomised controlled trial [Text] / A. J. Morgan [et al.] // *Trials*. – 2015. – Vol. 16. – P. 507.

503. Priolo-Filho, S. R. Child Abuse as a Predictor of Alcohol Consumption Among Brazilian University Students [Text] / S. R. Priolo-Filho, L. C. A. Williams // *J. Interpers Violence*. – 2019. – Vol. 34, N 2. – P. 270–286.

504. Promoting action control and coping planning to improve hand hygiene [Text] / B. Reyes Fernández [et al.] // *BMC Public Health*. – 2015. – Vol. 15. – P. 964.

505. Protective Factors, Coping Appraisals, and Social Barriers Predict Mental Health Following Community Violence: A Prospective Test of Social Cognitive Theory [Text] / A. J. Smith [et al.] // *J. Trauma Stress*. – 2017. – Vol. 30, N 3. – P. 245–253.

506. Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion [Text] / C. Deasy [et al.] // *Health Promot Int.* – 2015. – Vol. 30, N 1. – P. 77–87.

507. Psychometric properties of a Polish version of the Inventory of Cognitive Affect Regulation Strategies (ICARUS) [Text] / U. Barańczuk [et al.] // *Psychol. Assess.* – 2017. – Vol. 29, N 3. – e1-e12.

508. Psychosocial and Adaptive Deficits Associated With Learning Disability Subtypes [Text] / E. M. Backenson [et al.] // *J. Learn Disabil.* – 2015. – Vol. 48, N 5. – P. 511–522.

509. Psychosocial outcome in adult men born with hypospadias [Text] / L. Örtqvist [et al.] // *J. Pediatr. Urol.* – 2017. – Vol. 13, N 1. – P. 79.e1–79.e7.

510. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V [Text] / L. Grassi [et al.] // *J. Affect Dis.* – 2007. – Vol. 101, N 13. – P. 251–254. P1.2-16

511. Psychotic Experiences in the Adaptation Process to a New Social Environment [Text] / T. Binbay [et al.] // *Türk Psikiyatri Derg.* – 2017. – Vol. 28, N 1. – P. 1-10.

512. Reading from an iPad or from a book in bed: the impact on human sleep. A randomized controlled crossover trial [Text] / J. Grønli [et al.] // *Sleep Med.* – 2016 – Vol. 21. – P. 86–92.

513. Relationship of sub-health status to social support and coping styles of left-behind middle school students in a reservoir area of Chongqing [Text] / J. Li [et al.] // *Wei Sheng Yan Jiu.* – 2014. – Vol. 43, N 5. – P 759–763.

514. Respiratory sinus arrhythmia as a predictor of eating disorder symptoms in college students: Moderation by responses to stress and parent psychological control [Text] / J. L. Abaied [et al.] // *Eat. Behav.* – 2016. – Vol. 21. – P. 109–115.

515. Revenge and psychological adjustment after homicidal loss [Text] / M. van Denderen [et al.] // *Aggress Behav.* – 2014. – Vol. 40, N 6. – P. 504–511.

516. Reward sensitivity predicts ice cream-related attentional bias assessed by inattentive blindness [Text] / X. Li [et al.] // *Appetite*. – 2015. – Vol. 89. – P. 258–264.

517. Ribeiro de Andrade Previato, H. D. Translation and validation of the food neophobia scale (fns) to the Brazilian Portuguese [Text] / H. D. Ribeiro de Andrade Previato, J. Herman Behrens // *Nutr. Hosp.* – 2015. – Vol. 32, N 2. – P. 925–930.

518. Risk Factors Measured During Medical School for Later Hazardous Drinking: A 10-year, Longitudinal, Nationwide Study (NORDOC) [Text] / J. I. Mahmood [et al.] // *Alcohol Alcohol.* – 2016. – Vol. 51, N 1. – P. 71–76.

519. Rodgers, J. Exertional Heat Illness Among Secondary School Athletes: Statewide Policy Implications [Text] / J. Rodgers, P. Slota, B. Zamboni // *J. Sch. Nurs.* – 2018. – Vol. 34, N 2. – P. 156–164.

520. Rogers, R. Hydration Status in US Military Officer Students [Text] / R. Rogers, R. Cole // *US Army Med. Dep. J.* – 2016. – Vol. 24-9. – PMID: 26874093.

521. Rosebrock, L. Affective reactivity differences in pregnant and postpartum women [Text] / L. Rosebrock, D. Hoxha, J. Gollan // *Psychiatry Res.* – 2015. – Vol. 227, N 2-3. – P. 179–184.

522. Queiroz de Medeiros, A. C. Exploring the structural and construct validity of the Brazilian Food Cravings Questionnaire-Trait-reduced (FCQ-T-r) [Text] / A. C. Queiroz de Medeiros, L. F. C. Pedrosa, M. E. Yamamoto // *Braz. J. Psychiatry.* – 2019. – Vol. 41, N 1. – P. 66–69.

523. Sanscartier, M. D. A Latent Class Analysis of Gambling Activity Patterns in a Canadian University Sample of Emerging Adults: Socio-demographic, Motivational, and Mental Health Correlates [Text] / M. D. Sanscartier, J. D. Edgerton, L. W. Roberts // *J. Gambl. Stud.* – 2018. – Vol. 34, N 3. – P. 863–880.

524. Santos, M. I. Brief Report: Preliminary Proposal of a Conceptual Model of a Digital Environment for Developing Mathematical Reasoning in Students with Autism Spectrum Disorders. [Text] / M. I. Santos, A. Breda, A. M. Almeida // *J. Autism. Dev. Disord.* – 2015. – Vol. 45, N 8. – P. 2633–2640.

525. Seeger, M. W. Communication, organization and crisis / M. W. Seeger, T. L. Sellnow, R. R. Ulmer // *Communication Yearbook*. – 1998. – Vol. 21. – P. 231–275. P1.3-15

526. Schizotypy Personality Questionnaire Brief Revisited (SPQ-BR) Hungarian adaptation and interpretation of factors [Text] / J. Kállai [et al.] // *Psychiatr. Hung.* – 2018. – Vol. 33, N 3. – P. 205–221.

527. School engagement mediates long-term prevention effects for Mexican American adolescents [Text] / N. A. Gonzales [et al.] // *Prev. Sci.* – 2014. – Vol. 15, N 6. – P. 929–939.

528. School-related adjustment in children and adolescents with CHD. [Text] / Y. M. Im [et al.] // *Cardiol Young.* – 2017. – Vol. 27, N 7. – P.1349–1355.

529. Schütte, U. Culturally sensitive adaptation of the concept of relational communication therapy as a support to language development: An exploratory study in collaboration with a Tanzanian orphanage [Text] / U. Schütte // *S. Afr. J. Commun. Disord.* – 2016. – Vol. 63, N 1. – e1-e13.

530. Seidler, C. The relationship between a sense of security and psychological problems in adolescents living in boarding schools and youth-welfare institutions [Text] / C. Seidler, T. Rau, M. Allroggen // *Z. Kinder. Jugendpsychiatr. Psychother.* – 2018. – Vol. 46, N 3. – P. 230–237.

531. Sellaro, R. High body mass index is associated with impaired cognitive control. [Text] / R. Sellaro, L. S. Colzato // *Appetite.* – 2017. – Vol. 113. – P. 301–309.

532. Sexual victimization, childhood emotional abuse, and distress: Daily coping and perceived control as mediators [Text] / V. N. Nguyen-Feng [et al.] // *J. Couns. Psychol.* – 2017. – Vol. 64, N 6. – P. 672–683.

533. Shallcross, S. L. Social resources mediate the relations between attachment dimensions and distress following potentially traumatic events [Text] / S. L. Shallcross, P. A. Frazier, S. L. Anders // *J. Couns. Psychol.* – 2014. – Vol. 61, N 3. – P. 352–362.

534. Shinde, S. B. Review of the systems biology of the immune system using agent-based models [Text] / S. B. Shinde, M. P. Kurhekar // IET Syst Biol. – 2018. – Vol. 12, N 3. – P. 83–92.

535. Short-term effects on substance use of the keepin' it real pilot prevention program: linguistically adapted for youth in Jalisco, Mexico [Text] / F. F. Marsiglia [et al.] // Prev. Sci. – 2014. – Vol. 15.

536. Simon, J. E. The Impact of Previous Athletic Experience on Current Physical Fitness in Former Collegiate Athletes and Noncollegiate Athletes [Text] / J. E. Simon, C. L. Docherty // Sports Health. – 2017. – Vol. 9, N 5. – P. 462–468.

537. Skrastins, O. "It Just Is What It Is": The Positive and Negative Effects of Living With Inflammatory Bowel Disease and Irritable Bowel Syndrome [Text] / O. Skrastins, P. C. Fletcher // Clin. Nurse Spec. – 2018. – Vol. 32, N 1. – P. 43–51.

538. Skrastins, O. "One Flare at a Time": Adaptive and Maladaptive Behaviors of Women Coping With Inflammatory Bowel Disease and Irritable Bowel Syndrome [Text] / O. Skrastins, P. C. Fletcher // Clin. Nurse Spec. – 2016. – Vol. 30, N 5. – E1-E11.

539. Sleep restriction undermines cardiovascular adaptation during stress, contingent on emotional stability [Text] / W. Lü [et al.] // Biol. Psychol. – 2018. – Vol. 132. – P. 125–132.

540. Smith, K. Z. Childhood sexual abuse, distress, and alcohol-related problems: Moderation by drinking to cope [Text] / K. Z. Smith, P. H. Smith, E. R. Grekin // Psychol. Addict Behav. – 2014. – Vol. 28, N 2. – P. 532–537.

541. Social anxiety symptoms and drinking behaviors among college students: the mediating effects of drinking motives [Text] / M. C. Villarosa [et al.] // Psychol. Addict Behav. – 2014. – Vol. 28, N 3. – P. 710–718.

542. Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors [Text] / E. R. Dworkin [et al.] // J. Affect. Disord. – 2018. – Vol. 229. – P. 135–140.

543. Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A) [Text] / V. Martínez-Loredo [et al.] // *Int. J. Clin. Health Psychol.* – 2015. – Vol. 15, N 3. – P. 274–282.

544. Spanish Adaptation and Validation of the Posttraumatic Growth Inventory-Short Form [Text] / M. C. Castro [et al.] // *Violence Vict.* – 2015. – Vol. 30, N 5. – P. 756–769.

545. Spanish Validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) [Text] / S. Valdivia-Salas [et al.] // *Assessment.* – 2017. – Vol. 24, N 7. – P. 919–931.

546. Stacey, D. G. Noncognitive Indicators as Critical Predictors of Students' Performance in Dental School [Text] / D. G. Stacey, T. M. Kurunathan // *J. Dent. Educ.* – 2015. – Vol. 79, N 12. – P. 1402–1410.

547. Stress, active coping, and problem behaviors among Chinese adolescents [Text] / H. F. Hsieh [et al.] // *Am. J. Orthopsychiatry.* – 2014. – Vol. 84, № 4. – P. 364–376.

548. Stress In An Oncologist's Life: Present But Not Insurmountable : (Students Should Not Be Discouraged Choosing Oncology as Their Future Specialisation) [Text] / J. Nowakowski [et al.] // *J. Cancer Educ.* – 2017. – Vol. 32, N 1. – P. 198–205.

549. Stress is 80 Years Old: From Hans Selye Original Paper in 1936 to Recent Advances in GI Ulceration [Text] / S. Szabo [et al.] // *Curr. Pharm. Des.* – 2017. – Vol. 23, N 27. – P. 4029–4041.

550. Student Veterans Reintegrating From the Military to the University With Traumatic Injuries: How Does Service Use Relate to Health Status? [Text] / C. A. Elnitsky [et al.] // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2018. – Vol. 99, N 2S. – S58-S64.

551. Students' Perceptions of Trigger Warnings in Medical Education [Text] / E. A. Beverly [et al.] // *Teach Learn Med.* – 2018. – Vol. 30, N 1. – P. 5–14.

552. Su, Y. J. Emerging posttraumatic growth: a prospective study with pre- and posttrauma psychological predictors [Text] / Y. J. Su, S. H. Chen // *Psychol. Trauma.* – 2015. – Vol. 7, N 2. – P. 103–111.

553. Subjective memory complaints, perceived stress and coping strategies in young Adults [Text] / S. Molina-Rodriguez [et al.] // *Rev. Neurol.* – 2016. – Vol. 62, N 8. – P. 344–350.

554. Szabo, S. Naming and classification of steroids and human stress ulcers. Articles of historic significance published by Hans Selye 70 years ago [Text] / S. Szabo, K. Gyires // *Orv. Hetil.* – 2015. – Vol. 156, N 35. – P. 1406–1414. P1.4-23

555. Tache, Y. Hans Selye and the stress response: from «the first mediator» to the identification of the hypothalamic corticotropin-releasing factor [Text] / Y. Tache // *Ideggyogy Sz.* – 2014. – Vol. 67, N 3-4. – P. 95-98. P1.4-24

556. Tavares, L. Assessment of cardiovascular risk and social framework of Cape Verdean university students studying in Portugal [Text] / L. Tavares, C. Calhau, J. Polónia // *Rev. Port. Cardiol.* – 2018. – Vol. 37, N 7. – P. 577–582.

557. Tavernier, R. Perceived morningness-eveningness predicts academic adjustment and substance use across university, but social jetlag is not to blame [Text] / R. Tavernier, M. Munroe, T. Willoughby // *Chronobiol. Int.* – 2015. – Vol. 32, N 9. – P. 1233–1245.

558. Taylor, J. V. Crisis on campus: Eating disorder intervention from a developmental-ecological perspective [Text] / J. V. Taylor, D. M. Gibson // *J. Am. Coll. Health.* – 2016. – Vol. 64, N 3. – P. 251–255.

559. Teaching to Relax: Development of a Program to Potentiate Stress-Results of a Feasibility Study with Medical Undergraduate Students [Text] / M. Scholz [et al.] // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* – 2016. – Vol. 41, N 3. – P. 275–281.

560. Terlecki, M. A. College drinking problems and social anxiety: The importance of drinking context [Text] / M. A. Terlecki, A. H. Ecker, J. D. Buckner // *Psychol. Addict Behav.* – 2014. – Vol. 28, N 2. – P. 545–552.

561. Terlecki, M. A. Social anxiety and heavy situational drinking: coping and conformity motives as multiple mediators [Text] / M. A. Terlecki, J. D. Buckner // *Addict Behav.* – 2015. – Vol. 40. – P. 77–83.

562. The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth [Text] / G. Arikan [et al.] // *Anxiety Stress Coping*. – 2016. – Vol. 29, N 1. – P. 1–20.

563. The association between changes in depression/anxiety and trajectories of psychotic-like experiences over a year in adolescence [Text] / S. Yamasaki [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2018. – Vol. 195. – P. 149–153.

564. The experience of parental cancer among emerging adult university students [Text] / C. McPhail [et al.] // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2017. – Vol. 35, N 2. – P. 202–219.

565. The development and evaluation of a sub-health self-rating scale for university students in China [Text] / L. J. Bi [et al.] // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19, N 1. – P. 330.

566. The effect evaluation of advanced penlight [Text] / P. Y. Chiou [et al.] // *PLoS One*. – 2018. – Vol. 13, N 11. – e0205978.

567. The green eyed monster in the bottle: Relationship contingent self-esteem, romantic jealousy, and alcohol-related problems [Text] / A. M. DiBello [et al.] // *Addict. Behav.* – 2015. – Vol. 49. – P. 52–58.

568. The impact of major earthquakes on the psychological functioning of medical students: a Christchurch, New Zealand study [Text] / F. A. Carter [et al.] // *N Z Med J*. – 2014. – Vol. 127, N 1398. – P. 54–66.

569. The lived experiences of adolescents with sickle cell disease in Kingston, Jamaica [Text] / A. B. Forrester [et al.] // *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*. – 2015. – N 10. – P. 28104.

570. The mediating role of anger in the relationship between PTSD symptoms and impulsivity [Text] / A. A. Contractor [et al.] // *Psychol. Trauma*. – 2015. – Vol. 7, N 2. – P. 138–145.

571. The Polish adaptation of the Life Events Checklist (LEC-5) for PTSD criteria from DSM-5 [Text] / M. Rzeszutek [et al.] // *Psychiatr. Pol.* – 2018. – Vol. 52, N 3. – P. 499–510.

572. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study / R. Mazurkiewicz [et al.] // *Psychol. Health Med.* – 2012. – Vol. 17, N 2. – P. 188–195. P1.4-9

573. The psychological problems and related influential factors of left-behind adolescents (LBA) in Hunan, China: a cross sectional study [Text] / Y. Man [et al.] // *Int. J. Equity Health.* – 2017. – Vol. 16, N 1. – P. 163.

574. The relationship between assault and physical health complaints in a sample of female drinkers: roles of avoidant coping and alcohol use [Text] / M. Bedard-Gilligan [et al.] // *J. Interpers Violence.* – 2014. – Vol. 29, N 8. – P. 1359–1379.

575. The relationship between mental toughness, stress, and burnout among adolescents: a longitudinal study with swiss vocational students [Text] / M. Gerber [et al.] // *Psychol. Rep.* – 2015. – Vol. 117, N 3. – P. 703–723.

576. The risk and protective factors in the development of childhood social anxiety symptoms among Chinese children [Text] / Y. L. Wu [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2016. – Vol. 240. – P. 103–109.

577. The Role of Distress Tolerance in the Use of Specific Emotion Regulation Strategies [Text] / E. R. [et al.] // *Behav. Modif.* – 2016. – Vol. 40, N 3. – P. 439–451.

578. The role of posttraumatic fear and social support in the relationship between trauma severity and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Yaan earthquake [Text] / X. Zhou [et al.] // *Int. J. Psychol.* – 2018. – Vol. 53, N 2. – P. 150–156.

579. The roles of needs satisfaction, cognitive appraisals, and coping strategies in promoting posttraumatic growth: A stress and coping perspective [Text] / N. C. Yeung [et al.] // *Psychol. Trauma.* – 2016. – Vol. 8, N 3. – P. 284–292.

580. Trajectories of schizotypy and their emotional and social functioning: An 18-month follow-up study [Text] / Y. Wang [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2018. – Vol. 193. – P. 384–390.

581. Transcultural Adaptation of Questionnaire to Evaluate Drug Use Among Students: The Use of the EU-Dap European Questionnaire in Brazil [Text] / M. C. Prado [et al.] // *Subst Use Misuse.* – 2016. – Vol. 51, N 4. – P. 449–458.

582. Translation, Adaptation, and Validation of the Brazilian Version of the Dickman Impulsivity Inventory (Br-DII) [Text] / A. K. V. Gomes [et al.] // Front. Psychol. – 2017. – N 8. – P. 1992.

583. Translation and validation of a Chinese version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale with undergraduate nursing trainees [Text] / A. Dong [et al.] // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. – 2016. – Vol. 23, N 9-10. – P. 554–560.

584. Trauma and event centrality: Valence and incorporation into identity influence well-being more than exposure [Text] / J. D. Bernard [et al.] // Psychol Trauma. – 2015. – Vol. 7, N 1. – P. 11–17.

585. Trend Of Irrational Medication Among The Students Of Department Of Pharmacy Abbottabad University Of Science And Technology In Common Cold And Flu [Text] / M. U. Rehman [et al.] // J. Ayub. Med Coll Abbottabad. – 2017. – Vol. 29, N 1. – P. 87–89.

586. Twelve Steps, Two Factors: Coping Strategies Moderate the Association Between Craving and Daily 12-Step Use in a College Recovery Community [Text] / R. P. Wiebe [et al.] // Subst Use Misuse. – 2018. – Vol. 53, N 1. – P. 114–127.

587. Twinley, R. Woman-to-woman rape and sexual assault, and its impact upon the occupation of work: Victim/survivors' life roles of worker or student as disruptive and preservative [Text] / R. Twinley // Work. – 2017. – Vol. 56, N 4. – P. 505–517.

588. Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: a systematic meta-review [Text] / A. Lum [et al.] // Child. Care Health. – 2017. – Vol. 43, N 5. – P. 645–662.

589. Validation of ORTO-15 Questionnaire in the group of urban youth aged 15-21 [Text] / M. Stochel [et al.] // Psychiatr Pol. – 2015. – Vol. 49, N 1. – P. 119–134.

590. Venette, S. J. Risk communication in a High Reliability Organization: APHIS PPQ's inclusion of risk in decision making [Electronic resource] // Wikipedia, the free encyclopedia. – URL : <http://en.wikipedia.org/wiki/Crisis>. P.1.3-16

591. Villardefrancos, E. Compulsive buying in university students: its prevalence and relationships with materialism, psychological distress symptoms, and

subjective well-being. [Text] / E. Villardefrancos, J. M. Otero-López // Compr. Psychiatry. – 2016. – Vol. 65. – P. 128–135.

592. Vineland-II adaptive behavior profile of children with attention-deficit/hyperactivity disorder or specific learning disorders [Text] / C. Balboni [et al.] // Res. Dev. Disabil. – 2017. – Vol. 61. – P. 55–65.

593. Walker, R. Protective behavioral strategies mediate problem-focused coping and alcohol use in college students [Text] / R. Walker, R. S. Stephens // Addict Behav. – 2014. – Vol. 39, N 6. – P. 1033–1037.

594. Ward, R. M. Depression, coping, hassles, and body dissatisfaction: factors associated with disordered eating [Text] / R. M. Ward, M. C. Hay // Eat Behav. – 2015. – Vol. 17. – P. 14–18.

595. Watson, F. A. Lessons learned on approaches to data collection and analysis from a pilot study [Text] / F. A. Watson // Nurse Res. – 2016. – Vol. 24, N 1. – P. 32–36.

596. When seeking influences believing and promotes posttraumatic adaptation [Text] / A. J. Smith [et al.] // Anxiety Stress Coping. – 2015. – Vol. 28, N 3. – P. 340–356.

597. Willging, C. E. Implementing school nursing strategies to reduce LGBTQ adolescent suicide: a randomized cluster trial study protocol [Text] / C. E. Willging, A. E. Green, M. M. Ramos // Implement. Sci. – 2016. – Vol. 11, N 1. – P. 145.

598. Williams, C. L. Distress tolerance in social versus solitary college student drinkers [Text] / C. L. Williams, P. W. Vik, M. M. Wong // Addict. Behav. – 2015ю – Vol. 50. – P. 89–95.

599. Wilson, L. C. The unique associations between rape acknowledgment and the DSM-5 PTSD symptom clusters [Text] / L. C. Wilson, A. Scarpa // Psychiatry Res. – 2017. – Vol. 257. – P. 290–295.

600. Winstok, Z. Effects of Childhood Experience of Violence Between Parentsand/or Parent-to-Child Violence on Young Israeli Adults' Global Self-Esteem [Text] / Z. Winstok // Violence Vict. – 2015. – Vol. 30, N 4. – P. 699–713.

601. Woolman, E. O. PTSD Symptoms Mediate Academic Stress and Drinking to Cope in College Students [Text] / E. O. Woolman, M. M. Becker, A. K. Klanecky // J. Drug Educ. – 2015. – Vol. 45, N 2. – P. 96–112.

602. Yeager, D. S. How to Improve Adolescent Stress Responses: Insights From Integrating Implicit Theories of Personality and Biopsychosocial Models [Text] / D. S. Yeager, H. Y. Lee, J. P. Jamieson // Psychol. Sci. – 2016. – Vol. 27, N 8. – P. 1078–1091.

603. Young, D. Avoidant coping moderates the relationship between stress and depressive emotional eating in adolescents [Text] / D. Young, C. A. Limbers // Eat. Weight Disord. – 2017. – Vol.22, N 4. – P. 683–691.

604. Zhang, Y. Relationships among sleep quality, coping styles, and depressive symptoms among college nursing students: A multiple mediator model [Text] / Y. Zhang, A. Peters, J. Bradstreet // J. Prof. Nurs. – 2018. – Vol. 34, N 4. – P. 320–325.

605. Zhang, J. Reliability, validity and preliminary hypothesis tests for the English version of the Psychological Strain Scales (PSS) [Text] / J. Zhang, J. Lyu // J. Affect Disord. – 2014. – Vol. 164. – P. 69–75.

606. Zhou, X. The relationship between rumination, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after earthquake: A longitudinal study [Text] / X. Zhou, X. Wu // J. Affect. Disord. – 2016. – Vol. 193. – P. 242–248.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

**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 друг!

Первоочередной задачей нашего ВУЗа является обеспечение адаптации студентов первого курса к учебному процессу в университете. Мы работаем над созданием модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста при расстройствах адаптации, дающей возможность молодежи укрепить свой адаптационный потенциал и приобрести навыки жизни в свободном от психоактивных веществ (ПАВ) пространстве.

Предлагаем Вам принять участие в научном исследовании!

Ваша точка зрения очень важна для медико-социального исследования, проводимого с целью преодоления негативных процессов распространения и употребления в молодежной среде ПАВ и адаптационных расстройств.

Опрос проводится конфиденциально и добровольно.

Ваше участие и искренние ответы очень важны для исследователей.

В ходе исследования будет проведено анкетирование о социально-демографических данных Вашей жизни, отношения к различным видам ПАВ, которые могут вызвать привыкание а в последствии и зависимость, а также особенностей Вашего характера и личности.

Исследование безопасно для здоровья.

У Вас будет возможность ознакомиться с его результатами, лучше узнать себя и получить при желании соответствующую консультацию высококвалифицированных специалистов.

Ответы войдут в единую базу данных и будут анализироваться в обобщенном виде. Это 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: Пацкань Игорь Иванович

Телефон: 071 319 59 26

Благодарим Вас за сотрудничество!

Информированное согласие на участие в научном исследовании

Я, нижеподписавшийся (аяся) согласен (а) принять участие в научном исследовании, целью которого является изучение социально-демографических и психологических факторов аддиктивных форм поведения молодежи и подростков. Я полностью проинформирован (а) исследователем о цели, содержании, сроках и возможных последствиях исследования. Я подробно ознакомился (ась) с содержанием Информированного согласия на участие в научном исследовании. Получив разъяснения, я полностью согласен (а) сотрудничать с исследователем. Я информирован (а) о том, что могу прекратить исследования на любом его этапе.

Я знаю, что данные о моем участии в исследовании остаются конфиденциальными, а результаты исследований могут быть использованы в научных отчетах, публикациях и представлены на научных конференциях, симпозиумах, конгрессах и т.д., но мои личные данные останутся конфиденциальными.

«Прочитал (а) и согласен»

Дата «___» _____ 201__ г.

Место проведения _____

Время проведения _____

Участник _____ (подпись участника)

Исследователь _____ (подпись исследователя)

КОД

РАЗДЕЛ 1.

Заполнить анкету легко. Это не тест, так что здесь нет правильных или неправильных ответов. Ответы на все вопросы должны быть помечены в местах для ответов. Если вы не нашли такого варианта ответа, пометьте тот, который вам ближе всего.

*Желаем успеха!***СНАЧАЛА НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАС**

№1	Ваш пол	
1.	мужской	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(братями)	1	2	3	4	5
6.	С старшей(ими) сестрой(сестрами)	1	2	3	4	5
7.	С лучшими друзьями	1	2	3	4	5
8.	С друзьями того же пола, что и ты	1	2	3	4	5
9.	С друзьями противоположного пола	1	2	3	4	5

ВАШИ БЛИЗКИЕ

№5	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: заводе, рынке)_____	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 болен, 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: в больнице, рынке)_____	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):	
	он болеет, или на пенсии, или учится	6
	он ищет работу	7
	он занят уходом за членами семьи	8
7.	уровень образования мамы:	
	среднее	9
	среднее специальное	10
	высшее	11

РОДИТЕЛЬСКИЙ КОНТРОЛЬ

№7	Насколько Ваша мать осведомлена?	Осведомлена достаточно	Осведомлена недостаточно	Ничего не знает
1.	Кто Ваши друзья	1	2	3
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
5.	Нет матери	4		
6.	Не встречаюсь с матерью	5		

№8	Насколько Ваш отец осведомлен?	Осведомлен достаточно	Осведомлен недостаточно	Ничего не знает
1.	Кто Ваши друзья	1	2	3
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
5.	Нет отца	4		
6.	Не встречаюсь с отцом	5		

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ

№9	Моя мать (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, когда я сам (а) принимаю решение	1	2	3
6.	старается контролировать меня во всем	1	2	3
7.	помогает мне почувствовать себе лучше, когда я расстроенный (а)	1	2	3
8.	нет матери	4		
9.	не встречаюсь с матерью	5		

№10	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 решение	1	2	3
6.	старается контролировать меня во всем	1	2	3
7.	помогает мне почувствовать себе лучше, когда я расстроенный (а)	1	2	3
8.	нет отца	4		
9.	не встречаюсь с отцом	5		

СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ

№11	Как реагирует Ваша мать, когда Вы поступаете неправильно, с ее точки зрения? (укажите только один вариант ответа)	Очень часто	Часто	Иногда	Редко	Никогда
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 матери	6				
6.	Не встречаюсь с матерью	7				

№12	Как реагирует Ваш отец, когда Вы поступаете неправильно, с его точки зрения? (укажите только один вариант ответа)	Очень часто	Часто	Иногда	Редко	Никогда

1.	Мой отец не замечает этого и не наказывает меня	1	2	3	4	5
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				

№13	Насколько серьезно принимается во внимание Ваше мнение, когда Вы и Ваши родители решаете, как Вам проводить свободное время вне университета? <i>(пожалуйста, отметьте только один вариант ответа)</i>	
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

№14	Ниже представлен перечень некоторых дел, которыми члены одной семьи могут заниматься вместе. Насколько часто Вы и члены Вашей семьи занимаетесь вместе чем-либо из перечисленного ниже?	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	

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, которое Вы тратите на компьютерные игры?	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

О ВАШИХ ДРУЗЬЯХ

№19	Много ли у вас в настоящее время близких	Ни одного	Один	Двое(две)	Три (трое) и

	друзей и подруг?				больше
1.	Друзья	1	2	3	4
2.	Подруги	1	2	3	4

№20	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
1.	Слушаете музыку / танцуете	1	2	3	4
2.	Занимаетесь / выполняете домашние задания	1	2	3	4
3.	Занимаетесь спортом	1	2	3	4
4.	Играете (в настольные, компьютерные игры, игры в галереях игровых автоматов)	1	2	3	4
5.	Общаетесь с друзьями «один на один» (наедине)	1	2	3	4
6.	Общаетесь в Интернете	1	2	3	4
7.	Гуляете на улице	1	2	3	4
8.	Едете куда-нибудь повеселиться (в бары, кафе, на дискотеку, в парк)	1	2	3	4
9.	Ходите в кино, театры или на концерты	1	2	3	4
10.	Занимаетесь художественной самодеятельностью (играете на музыкальных инструментах, рисуете и т.д.)	1	2	3	4
11.	Работаете как волонтер (участвуете в общественно-полезной деятельности за которую не платят)	1	2	3	4
12.	Ничего особенного не делаете, «бьете баклуши»	1	2	3	4
13.	Другое (что именно) _____)	1	2	3	4
14.	Проводите свободное время дома или в гостях	1	2	3	4

№21	Вспомните, что Вы думаете о компании своих друзей, с которыми проводите большую часть своего времени. БОЛЬШЕНСТВО ДРУЗЕЙ В ВАШЕЙ КОМПАНИИ	Никогда или редко	Иногда	Часто	Не знаю
1.	Хорошо учатся	1	2	3	4
2.	Курят сигареты, кальян	1	2	3	4
3.	Напиваются	1	2	3	4
4.	Принимают наркотики, чтобы быть «под кайфом»	1	2	3	4
5.	Носят холодное оружие, например, нож	1	2	3	4
6.	Занимаются организованным спортом (например, члены спортивных команд, клубов и т.д.)	1	2	3	4
7.	Участвуют в культурных мероприятиях не связанных со	1	2	3	4

	спортом (например, в клубах, музыкальных группах, поэтических лигах и т.д.)				
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.	Молодежного клуба	1	2
7.	Я не являюсь членом какого-либо кружка / клуба или организации	1	2

ПРО ВУЗ

№26	Как, по Вашему мнению, преподаватель (и) оценивает (ют) уровень Вашей успешности по сравнению с одногруппниками (цами) (однокурсниками (цами))	
1.	Высокий	1
2.	Средний	2
3.	Ниже среднего	3

№27	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

№28	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)
1.	Мои отношения с одногруппниками доброжелательные (благоприятные)	1	2	3	4
2.	Мои отношения с одногруппниками формальные (отстраненные)	1	2	3	4
3.	Остальные одногруппники воспринимают меня таким (ой), какой (ой) я есть	1	2	3	4
4.	Обучение кажется мне сложным	1	2	3	4
5.	Я устаю от занятий	1	2	3	4

ПОДДЕРЖКА ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

№29	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)
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

№30	Пожалуйста, укажите насколько Вы согласны со следующими утверждениями.)МОИ РОДИТЕЛИ:	Полностью согласен (а)	Согласен(а)	Частично согласен (а)	Полностью не согласен(а)
1.	Всегда готовы помочь	1	2	3	4
2.	Готовы прийти в университет и поговорить с преподавателями	1	2	3	4
3.	Поощряют меня хорошо учиться	1	2	3	4
4.	Интересуются, как обстоят мои дела в университете	1	2	3	4

№31	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

№32	Есть ли в вашей семье машина, микроавтобус или грузовик?	
1.	Нет	1
2.	Да, одна	2
3.	Да, две или больше	3

№33	Есть ли у Вас собственная комната (в которой кроме Вас, никто не живет)?	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№34	Как часто в течение последних 12 месяцев Вы выезжали из своего населенного пункта вместе с семьей на праздники (каникулы)?	
1.	Не выезжал (а) вообще	1
2.	Один раз	2
3.	Два раза	3
4.	Больше двух раз	4

№35	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

№36	Как Вы думаете, какой уровень материального	

	благополучия Вашей семьи	
1.	Высокий	1
2.	Выше среднего	2
3.	Средний	3
4.	Ниже среднего	4
5.	Низкий	5

№37	В целом, можете сказать, что Вы...	
1.	Очень счастлив (а)	1
2.	Довольно счастлив (а)	2
3.	Не очень счастлив (а)	3
4.	Совсем несчастлив (а)	4

№38	Как Вы считаете, что является предметом уважения или зависти у других среди окружения сверстников? (выберите не более трех вариантов ответа, которые Вам подходят)	
1.	Место жительства (престижный район, квартира в элитном доме, большой дом и др.)	1
2.	Обучение в престижном ВУЗе	2
3.	Высокая успеваемость в обучении	3
4.	Положение родителей в обществе	4
5.	Поездки за границу	5
6.	Модная одежда	6
7.	Возможность «красиво» отдыхать, проводить свободное время	7
8.	Физическое развитие (красивое тело, накаченная фигура)	8
9.	Высокий уровень материальной обеспеченности семьи	9
10.	Наличие свободных карманных денег в достаточном количестве	10
11.	Интересные увлечения, хобби	11
12.	Эрудированность, начитанность, большой багаж знаний по широкому кругу вопросов	12
13.	Личные достижения в спорте, музыке, танцах, олимпиадах	13
14.	Наличие личного заработка (постоянный или во время каникул оплачиваемая работа)	14

КОД

РАЗДЕЛ 2.**АЛКОГОЛЬ И ДРУГИЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА**

№39	Пробовали ли Вы когда-нибудь курить? (хотя бы одну сигарету, сигару или трубку)	
1.	да	1
2.	нет	2

№40	Как часто Вы курите в настоящее время?	
1.	Ежедневно	1
2.	Хотя бы раз в неделю, но не каждый день	2
3.	Менее одного раза в неделю	3
4.	Я вообще не курю	4

№41	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
7.	Любые другие напитки, содержащие алкоголь	1	2	3	4	5

№42	Выпивали ли Вы когда-нибудь так много алкоголя, чтобы быть по-настоящему пьяным (ной)?	
1.	Нет, никогда	1
2.	Да, 1 раз	2
3.	Да, 2-3 раза	3
4.	Да, 4-10 раз	4
5.	Да, больше 10 раз	5

№43	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 (сделал(а) больше одной затяжки)	1	2	3	4	5	6	7

№44	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

№45	Сколько раз (если такое случилось) Вы употребляли марихуану («травку», «план») или гашиш?	Никогда	1-2 раза	3-5 раз	6-9 раз	10-19 раз	20-39 раз	40 раз и больше
1.	В своей жизни	1	2	3	4	5	6	7
2.	За последние 12 месяцев	1	2	3	4	5	6	7
3.	За последние 30 дней	1	2	3	4	5	6	7

№46	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

№47	Есть ли среди близких Вам людей (друзья, члены семьи, родственники) те, кто употребляет наркотики?	
1.	да	1
2.	нет	2

№48	Попадали ли Вы в ситуацию, когда в Вашем присутствии употреблялись наркотики?	
1.	да	1
2.	нет	2

№49	Если да, то как часто это случалось?	
1.	Один раз	1
2.	Несколько раз	2
3.	Много раз	3

№50	Если Вы сталкивались с употреблением другими людьми психоактивных веществ, то что это было? (можно сделать несколько отметок)	
1.	Вдыхание химических препаратов	1
2.	Прием вовнутрь (таблеток, капсул, марок)	2
3.	Укол в вену, инъекции	3
4.	Курение «травки»	4
5.	Нюхание порошка	5

№51	Вам предлагали «присоединиться»?	
1.	да	1
2.	нет	2

№52	Если да, то когда в последний раз Вы употребляли наркотики?)	
1.	Год назад или больше	1
2.	В течение года	2
3.	В течение месяца	3
4.	В течение недели	4
5.	Вчера (сегодня)	5

№53	Как часто вы обсуждаете проблему наркотиков в кругу друзей, знакомых?	
1.	Никогда	1
2.	Иногда	2
3.	Часто	3

№54	От кого и как часто Вы получаете информацию о наркотиках?	Никогда	Редко	Часто	Регулярно
1.	От преподавателей, психологов (в университете), врачей	1	2	3	4
2.	От друзей, в компании	1	2	3	4
3.	От знакомых, которые употребляют наркотики	1	2	3	4
4.	Из средств массовой информации	1	2	3	4
5.	Из специальной литературы	1	2	3	4

№55	Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде наркотиков?	
1.	Да	1
2.	Скорее да, чем нет	2
3.	Затрудняюсь ответить	3
4.	Скорее нет, чем да	4
5.	Нет	5

№56	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

№57	Какие эмоции у вас вызывает общение с потребителями наркотиков?	
1.	Позитивные	1
2.	Скорее позитивные, чем негативные	2
3.	Затрудняюсь ответить	3
4.	Скорее негативные, чем позитивные	4
5.	Негативные	5

№58	Каково Ваше поведение по отношению к потребителям наркотиков?	
1.	Стараюсь свести контакты с ними к минимуму	1
2.	Общаюсь с ними неохотно	2
3.	Веду себя с ними как со всеми другими людьми	3
4.	Стремлюсь к общению с ними	4
5.	Выбираю себе друзей по этому признаку	5
6.	С потребителями наркотиков никогда не сталкивался(ась)	6

№59	Есть ли у Вас причины, мотивы употреблять (или по крайней мере попробовать) наркотики?	
1.	Да	1
2.	Возможно	2
3.	Сейчас нет, но такое исключить нельзя	3
4.	Нети быть не может	4

№60	Если Вы употребляете наркотики, то, что Вас побуждает к этому? Если Вы не употребляете наркотики, то, что, на Ваш взгляд, побуждает молодых людей это делать? (сделайте не более 5 отметок)	
1.	Влияние друзей, компании	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 молодежной 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

№61	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

№62	Какое поведение человека по отношению к наркотикам Вы считаете нормальным?	
1.	Наркотики можно употреблять любые, если они тебе доступны	1
2.	Иногда можно употреблять «крепкие» наркотики (укол, «колеса» и т. п.)	2
3.	Курить «травку» можно довольно часто	3
4.	Иногда можно курнуть «травку»	4
5.	Никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять	5

№63	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
64.	Считаете ли вы возможным отстаивать свои интересы с применением физической силы?	1	2	3	4
65	Согласны ли вы с утверждением, что цель оправдывает средства?	1	2	3	4
66	Я часто делаю противоположное тому, что говорят мне родители, для того, чтобы разозлить их.	1	2	3	4
67	В моем ВУЗе студентам предоставлена возможность самоуправления	1	2	3	4
68	Преподаватели привлекают меня к общественной работе	1	2	3	4
69	Мой декан отмечает мою хорошую учебу и дает мне это понять	1	2	3	4
70	В моем ВУЗе открыты широкие возможности для участия в спортивной, клубной и др. общественной жизни	1	2	3	4
71	В моем ВУЗе студенты могут свободно разговаривать один на один с преподавателем	1	2	3	4
72	В моем ВУЗе я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
73	Ректорат информирует моих родителей о моих успехах	1	2	3	4
74	Деканат поощряет мои старания	1	2	3	4

75	Ваши оценки лучше, чем у большинства ваших одноклассников?	1	2	3	4
76	Мне представляются возможности участвовать в деятельности ВУЗа	1	2	3	4

№77	Как часто ваши родители говорят, что гордятся вашими поступками?	
1.	Никогда или почти никогда;	1
2.	Иногда	2
3.	Часто	3

№		Да	Скорее нет	Скорее да	Да
78	Члены моей семьи часто обижают и кричат друг на друга	1	2	3	4
79	Один из моих родителей всегда знает, где и с кем я провожу время	1	2	3	4
80	Мои родители хотят, чтобы я звонил, когда собираюсь прийти поздно домой	1	2	3	4
81	Заметят ли ваши родители, если вы выпьете пива, вина или крепких алкогольных напитков без их разрешения?	1	2	3	4
82	В моей семье существуют правила в отношении употребления алкоголя и наркотиков	1	2	3	4

Решая свои проблемы, учитываете ли вы мнение ...

№		Да	Иногда	Нет
83	Родителей			
84	Педагогов			
85	Друзей			

86 Мое основное увлечение: _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СЕБЕ

87. Средний балл при поступлении _____

88. Оценка по предмету «История Отечества» _____

№89	Участие в олимпиадах:	
1.	Школьной	1
2.	Муниципальной	2
3.	Республиканской	3
4.	Международной	4

№90	Призер олимпиады:	
1.	Школьной	1
2.	Муниципальной	2
3.	Республиканской	3
4.	Международной	4

№91	Участие в МАН (малой академии наук):	

1.	Да	1
2.	Нет	2

№92	Призер МАНа(малой академии наук):	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№93	Опыт общественно-организаторской работы в школе:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№94	Окончил(ла) медицинский лицей:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№95	Являлись ли слушателем народного университета «Юный медик»:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№96	Обучение на подготовительных курсах в центре довузовского образования:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№97	Легко ли было коммуницировать с одноклассниками в школе:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№98	Согласны Вы с тем, что учителя старших классов относились к Вам положительно:	
1.	Да, согласен	1
2.	Частично согласен	2
3.	Нет, не согласен	3

№99	Какие предметы нравились больше в школе:	
1.	Литература	1
2.	Математика	2

№100	Участие в культурно- массовой работе школы:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№101	Есть ли у Вас достижения в	
1.	танцах	1
2.	вокале	2
3.	КВН	3

№102	Участие в волонтерском	

	движении:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№103	Имеете ли группу инвалидности:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№104	Занимаетесь спортом:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№105	Если, да, Ваши достижения:	
1.	к.м.с	1
2.	мастер спорта	2

№106	Уровень владения иностранным языком:	
1.	базовый (начальный)	1
2.	чтение со словарем	2
3.	средний (разговорный)	3
4.	свободно (в совершенстве)	4

№107	Участие в турнирах по кибер- спорту (компьютерные игры):	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№108	Есть ли достижения в кибер - спорте:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№109	Проживаю с:	
1.	мамой и папой	1
2.	мамой	2
3.	папой	3
4.	дедушкой /бабушкой	4

№110	Наличие брата\сестры (родные, сводные):	
1.	брат и сестра	1
2.	брат	2
3.	сестра	3
4.	братья	4
5.	сестры	5

№111	Кто посещал родительские собрания в школе?	

1.	мама и папа	1
2.	мама	2
3.	папа	3
4.	дедушка /бабушка	4
5.	другое	5

№112	Утром Вы предпочитаете:	
1.	горячий завтрак	1
2.	чай\кофе	2
3.	ничего	3

№113	Питание в школе:	
1.	горячий обед	1
2.	бутерброд	2
3.	ничего	3

№114	Проводились ли в школе беседы о вреде курения и алкоголя:	
1.	Да	1
2.	Нет	2

№115	Выбор ВУЗа:	
1.	мой выбор	1
2.	родителей	2
3.	совместно	3
4.	другое	4

КОД
РАЗДЕЛ 3.

ПРО ЗДОРОВЬЕ

№116	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

№117	Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?	
1.	Замечательное	1
2.	Хорошее	2
3.	Посредственное	3
4.	Плохое	4

№118	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

КОД

РАЗДЕЛ 4

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
	0баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы употребляете табачные изделия?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
2. Сколько сигарет (или иных порций табаку) Вы выкуриваете за сутки (Если Вы курите не каждый день, укажите, сколько сигарет Вы выкуриваете в день употребления).	1-2	3-4	5-6	7-9	10 и более	
3. Как часто Вы выкуриваете шесть и более сигарет или иных порций табаку (за одни сутки)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
4. Как часто за последний год Вы обращали внимание на то, что, начав курить, не можете остановиться (курите "сигарету за сигаретой")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5. Как часто за последний год из-за потребности в курении Вам приходилось прерывать начатое дело (идти на перекур) или совмещать его с курением?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью о курении и/или Вам приходилось начинать свой день с выкуривания "утренней" сигареты (сигары, трубки)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности прекращения (ограничения) употребления табачных изделий или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год Вам доводилось ощущать "разбитость", или иной дискомфорт из-за того, что накануне Вы выкурили слишком много сигарет, больше чем следовало (передозировали, "перекурили")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	

9. Не стало ли употребление Вами табачных изделий причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов или заболеваний (одышка, сердцебиение, боли в животе и/или в конечностях и т.п.)?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего курения, предлагал Вам отказаться от курения или уменьшить количество выкуриваемых сигарет?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, только один вариант ответа.

Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке каждой строки.

Вопросы		Варианты ответов и соответствующие им баллы					Балл, выбранного варианта ответа
		0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
2. В каком количестве Вы обычно употребляете алкогольные напитки, когда выпиваете (за одни сутки)?		1-2 СДА	3-4 СДА	5-6 СДА	7-9 СДА	10 и более СДА	
СДА - стандартная доза алкоголя равна	~ 13гр. этанола или ~ 40мл 40 % водки или ~ 70мл 25% ликера или ~ 90мл 18 % вина или ~ 140мл 12% вина или ~ 330мл 5 % пива.						
3. Как часто Вы выпиваете спиртные напитки шесть и более СДА (за одни сутки)?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться (выпиваете больше, чем планировали или пьете дольше, чем планировали)?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вам было необходимо опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?		Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения		Никогда	1 раз в месяц и	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	

совест после выпивки?		реже				
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 !!! ВНИМАНИЕ !!! Баллы для ответов на вопрос №1 и на вопросы №№ 4-10 РАЗНЫЕ! *					Балл, выбранного варианта ответа
	Никогда (0 баллов)	1 раз в месяц и реже (3 балла)	2-4 раза в месяц (6баллов)	2-3 раза в неделю (9баллов)	4 и более раз в нед. (12баллов)	
1. Как часто Вы употребляете психостимуляторы (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина (в т. ч. получаемые из препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и т. п.)?						
БАЛЛЫ ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ №№ 4-10						
	0баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав употреблять психостимуляторы, не можете остановиться ("доза за дозой", или "день за днем")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5.Как часто за последний год из-за употребления психостимуляторов Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью о психостимуляторах или Вам было необходимо принять их утром, чтобы нормализовать свое состояние ?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности ограничения употребления психостимуляторов или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это (чувство вины)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год Вам доводилось ощущать "разбитость", или иной дискомфорт, из-за того, что накануне Вы употребили слишком много психостимуляторов ("передозировали")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли Ваше употребление психостимуляторов причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов (сердцебиение, судороги, повышение температуры тела, нарушения сна, изменения характера и т.п.)?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего употребления психостимуляторов, или предлагал Вам отказаться от них или уменьшить их употребление?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, **только один вариант ответа**.

Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в **последней ячейке каждой строки**.

Вопросы	Варианты ответов и соответствующие им баллы !!! ВНИМАНИЕ !!! Баллы для ответов на вопрос №1 и на вопросы №№ 4-10 РАЗНЫЕ! *					Балл, выбранного варианта ответа
1. Как часто Вы употребляете опиоиды(вытяжка из мака, героин, трамадол и т.п.)?	Никогда (0 баллов)	1 раз в месяц и реже (3 балла)	2-4 раза в месяц (6 баллов)	2-3 раза в неделю (9 баллов)	4 и более раз в нед. (12баллов)	
	БАЛЛЫ ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ №№ 4-10					
	0баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
4. * Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав употреблять опиоиды, не можете остановиться ("доза за дозой", или "день за днем")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5.Как часто за последний год из-за употребления опиоидов Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью об опиоидах и/или Вам было необходимо принять опиоиды утром, чтобы нормализовать свое состояние (избавится от "ломки")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности ограничения употребления опиоидов или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это (чувство вины)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год у Вас случались передозировки опиоидов?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли Ваше употребление опиоидов причиной полученных Вами (или кем-то другим травм) или каких-либо тревожащих Вас симптомов (потеря аппетита и веса тела, потливость, нарывы (абсцессы), повышение температуры тела, нарушения сна, изменения характера и т.п.)?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего употребления опиоидов, предлагал Вам отказаться от них или уменьшить потребляемое количество?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

КОД

Для каждого вопроса выбирайте, пожалуйста, только один вариант ответа.
 Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке каждой строки.

Вопросы	Варианты ответов и соответствующие им баллы !!! ВНИМАНИЕ !!! Баллы для ответов на вопрос №1 и на вопросы №№ 4-10 РАЗНЫЕ! *					Балл, выбранно го варианта ответа
1. Как часто Вы употребляете летучие органические растворители (эфира, бензина, ацетона, клея «Момент» и т. п.)?	Никогда (0баллов)	1 раз в месяц и реже (3 балла)	2-4 раза в месяц (6баллов)	2-3 раза в неделю (9баллов)	4 и более раз в нед. (12баллов)	
	БАЛЛЫ ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ№№ 4-10					
	0баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что, начав употреблять летучие органические растворители, не можете остановиться ("доза за дозой", или "день за днем")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5.Как часто за последний год из-за употребления летучих органические растворителей Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебой, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вам было необходимо принять летучие органические растворители утром, чтобы нормализовать свое состояние ?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вас посещали мысли о желательности ограничения употребления летучих органических растворителей или сожаления по поводу Вашей неспособности сделать это (чувство вины)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год у Вас случались передозировки летучих органических растворителей?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли употребление Вами летучих органических растворителей причиной полученных Вами или кем-то другим травм или каких-либо тревожащих Вас симптомов (одышка, сердцебиение, нарушения памяти, изменения характера и т.п.)??	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего употребления летучих органических растворителей, или предлагал Вам отказаться от них или уменьшить их употребление?	Нет	-	Да, но не в прошлом году	-	Да, в прошлом году	

РАЗДЕЛ 5.

КОД

Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте 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.	У Вас чаще - веселое и беззаботное настроение.	1	2
2.	Вы чувствительны к оскорблениям.	1	2
3.	Бывает ли так, что у Вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе и т.п.	1	2
4.	Сделав что-то, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в том, что все сделано правильно.	1	2
5.	В детстве Вы были так же смелы, как и Ваши сверстники.	1	2
6.	Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отворачивания к жизни, к себе.	1	2
7.	Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании?	1	2
8.	Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?	1	2
9.	Вы серьезный человек.	1	2
10.	Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-то?	1	2
11.	Предприимчивы ли Вы?	1	2
12.	Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидел?	1	2
13.	Мягкосердечны ли Вы?	1	2
14.	Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?	1	2
15.	Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников?	1	2
16.	Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте)?	1	2
17.	Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?	1	2
18.	Зависит ли Ваше настроение от внешних факторов?	1	2
19.	Любят ли Вас Ваши знакомые?	1	2
20.	Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?	1	2
21.	У Вас часто несколько подавленное настроение?	1	2
22.	Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерика или нервный срыв?	1	2
23.	Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте?	1	2
24.	Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?	1	2
25.	Можете ли Вы резать курицу или овцу?	1	2
26.	Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, или Вы сразу же стараетесь поправить их?	1	2
27.	Вы в детстве боялись оставаться один в доме?	1	2
28.	Часто ли у Вас бывают колебания настроения?	1	2
29.	Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?	1	2

30.	Быстро ли Вы начинаете сердиться или впадать в гнев?	1	2
31.	Можете ли Вы быть абсолютно, беззаботно веселым?	1	2
32.	Бывает ли так, что ощущение безграничного счастья буквально пронизывает Вас?	1	2
33.	Как вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле?	1	2
34.	Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно?	1	2
35.	Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений?	1	2
36.	Вы любите работу с высокой личной ответственностью?	1	2
37.	Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступили несправедливо?	1	2
38.	В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться?	1	2
39.	Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки?	1	2
40.	Общительны ли Вы?	1	2
41.	В школе Вы охотно декламировали стихи?	1	2
42.	Убегали ли Вы в детстве из дома?	1	2
43.	Кажется ли Вам жизнь трудной?	1	2
44.	Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось невыносимым?	1	2
45.	Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?	1	2
46.	Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если Вас кто-то обидел?	1	2
47.	Вы очень любите животных?	1	2
48.	Возвращаетесь ли Вы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случится?	1	2
49.	Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное?	1	2
50.	Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?	1	2
51.	Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей?	1	2
52.	Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит?	1	2
53.	У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми?	1	2
54.	Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние?	1	2
55.	Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?	1	2
56.	Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?	1	2
57.	Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы?	1	2
58.	Часто ли бывает Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях?	1	2
59.	В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать?	1	2
60.	Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище?	1	2
61.	Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была всегда на одном и том же месте?	1	2
62.	Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном, дряхлом состоянии несколько часов?	1	2
63.	Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?	1	2
64.	Бывают ли у Вас головные боли?	1	2
65.	Вы часто смеетесь?	1	2
66.	Можете ли Вы быть приветливым даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не	1	2

	уважаєте?		
67.	Вы подвижный человек?	1	2
68.	Вы очень переживаете из-за несправедливости?	1	2
69.	Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом?	1	2
70.	Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?	1	2
71.	Вы очень боязливы?	1	2
72.	Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?	1	2
73.	В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности?	1	2
74.	Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости?	1	2
75.	Часто ли Вас тянет путешествовать?	1	2
76.	Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным?	1	2
77.	Легко ли Вам поднять настроение друзей в компании?	1	2
78.	Долго ли Вы переживаете обиду?	1	2
79.	Долго ли Вы переживаете горести других людей?	1	2
80.	Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу?	1	2
81.	Относитесь ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?	1	2
82.	Часто ли Вы видите страшные сны?	1	2
83.	Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна?	1	2
84.	В веселой компании Вы обычно веселы?	1	2
85.	Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения?	1	2
86.	Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь?	1	2
87.	В беседе Вы скудны на слова?	1	2
88.	Если бы Вам необходимо играть на сцене. Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра?	1	2

РАЗДЕЛ 6.

КОД

Вам предлагается описать свое состояние, которое Вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы. Вы должны выбрать в каждой паре ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить ту цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики. Необходимо соотнести свое состояние со шкалой 3 2 1 0 1 2 3 каждой пары признаков. Например, между парой утверждений "Самочувствие хорошее" и "Самочувствие плохое" расположены цифры 3 2 1 0 1 2 3. Цифра "0" соответствует среднему самочувствию, которое человек не может отнести ни к плохому, ни к хорошему. Находящаяся слева от "0" единица отражает самочувствие — выше среднего, а цифра три — соответствует прекрасному самочувствию. Те же цифры в этой строке, стоящие справа от цифры "0", аналогичным образом характеризуют самочувствие человека, если оно ниже среднего. Таким образом, последовательно рассматривается и оценивается каждая строка данного опросника. В каждом случае, в отношении каждой пары утверждений Вы осуществляете свой выбор, отмечая необходимое значение шкалы "3 2 1 0 1 2 3".

1. Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3. Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4. Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5. Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6. Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7. Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8. Полон сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9. Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10. Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11. Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12. Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13. Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14. Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15. Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16. Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17. Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18. Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19. Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20. Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21. Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22. Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23. Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24. Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25. Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый
26. Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27. Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28. Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29. Полон надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30. Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

РАЗДЕЛ 7.

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 - Немного	2 Умеренно	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 Вашиими 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 дому 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	0	1	2	3	4

	сочувствуют Вам					
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 действий, так как они Вас пугают	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 или	0	1	2	3	4
62	То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64	Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66	Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67	Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68	Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69	Чрезмерная застенчивость	0	1	2	3	4
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах).	0	1	2	3	4
71	Чувство, что все, чтобы Вы не делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72	Приступы ужаса и паники	0	1	2	3	4
73	Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4
74	То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75	Нервозность, когда Вы оставались одни	0	1	2	3	4

76	То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4
77	Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	0	1	2	3	4
78	Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79	Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80	Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81	То, что Вы кричите или швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83	Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите	0	1	2	3	4
84	Нервировавшие Вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85	Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи	0	1	2	3	4
86	Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87	Мысли, о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88	То, что Вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89	Чувство вины	0	1	2	3	4
90	Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

РАЗДЕЛ 8.

КОД

Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов о себе. Выбирайте тот ответ, который наилучшим образом отражает Ваше мнение. Здесь нет правильных или неправильных ответов, так как важно только Ваше мнение. Просьба работать в темпе, подолгу не задумываясь над ответами. Работайте последовательно, не пропуская вопросов. (ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ)

Утверждение	Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
1. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела	1	2	3	4
2. Мои мечты редко сбываются	1	2	3	4
3. Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны	1	2	3	4
4. Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей	1	2	3	4
5. Я часто сожалею о том, что уже сделано	1	2	3	4
6. Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми	1	2	3	4
7. Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль	1	2	3	4
8. Иногда меня пугают мысли о будущем	1	2	3	4
9. Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются	1	2	3	4
10. Мне кажется, жизнь проходит мимо меня	1	2	3	4
11. Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете	1	2	3	4
12. Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал	1	2	3	4

РАЗДЕЛ 9.

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. **(ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ)**

1.	Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу	
1.	Совершенно не согласен	1
2.	Не согласен	2
3.	Немного не согласен	3
4.	Неопределенно (и согласен, и не согласен)	4
5.	Немного согласен	5
6.	Согласен	6
7.	Совершенно согласен	7
2.	Условия моей жизни превосходные	
1.	Совершенно не согласен	1
2.	Не согласен	2
3.	Немного не согласен	3
4.	Неопределенно (и согласен, и не согласен)	4
5.	Немного согласен	5
6.	Согласен	6
7.	Совершенно согласен	7
3.	Я удовлетворен своей жизнью	
1.	Совершенно не согласен	1
2.	Не согласен	2
3.	Немного не согласен	3
4.	Неопределенно (и согласен, и не согласен)	4
5.	Немного согласен	5
6.	Согласен	6
7.	Совершенно согласен	7
4.	Пока я достигал в главном всего, чего хотел в жизни.	
1.	Совершенно не согласен	1
2.	Не согласен	2
3.	Немного не согласен	3
4.	Неопределенно (и согласен, и не согласен)	4
5.	Немного согласен	5
6.	Согласен	6
7.	Совершенно согласен	7

5.	Если бы я мог прожить свою жизнь еще раз, я бы почти ничего в ней не изменил.	
1.	Совершенно не согласен	1
2.	Не согласен	2
3.	Немного не согласен	3
4.	Неопределенно (и согласен, и не согласен)	4
5.	Немного согласен	5
6.	Согласен	6
7.	Совершенно согласен	7

РАЗДЕЛ 10. 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)**

	Утверждение	Нет	Изредка	Иногда	Часто
1	Я стараюсь найти плюсы в произошедшем	1	2	3	4
2	Я погружаюсь в работу или другие дела, чтобы отключиться от проблем	1	2	3	4
3	Я расстраиваюсь и даю выход своим эмоциям	1	2	3	4
4	Я ищу совета у других людей, что делать дальше	1	2	3	4
5	Я сосредоточиваю усилия на том, чтобы как-то решить проблему	1	2	3	4
6	Я говорю себе: «Этого не может быть»	1	2	3	4
7	Я надеюсь на то, что Бог мне поможет	1	2	3	4
8	Я стараюсь воспринимать произошедшее с юмором	1	2	3	4
9	Я признаюсь себе, что ничего не могу поделать с проблемой, и перестаю пытаться	1	2	3	4
10	Я стараюсь удерживать себя от скоропалительных шагов	1	2	3	4
11	Я обсуждаю с кем-то то, что я сейчас чувствую	1	2	3	4
12	Я принимаю успокоительные или выпиваю, чтобы мне стало лучше	1	2	3	4
13	Я стараюсь привыкнуть к мысли, что это случилось, адаптироваться к ситуации	1	2	3	4
14	Я обсуждаю случившееся, чтобы лучше понять ситуацию	1	2	3	4
15	Я стараюсь решать проблему, не отвлекаясь на другие дела и мысли	1	2	3	4
16	Я предаюсь фантазиям на другие темы, чтобы отвлечься	1	2	3	4
17	Я расстраиваюсь, нервничаю, переживаю	1	2	3	4
18	Я прошу помощи у Бога	1	2	3	4
19	Я стараюсь спланировать и обдумать свои дальнейшие действия	1	2	3	4
20	Я перевожу случившееся в шутку	1	2	3	4
21	Я стараюсь принять то, что случилось, привыкнуть к этом	1	2	3	4
22	Я стараюсь ничего не предпринимать, пока ситуация не улучшится	1	2	3	4

23	Я стараюсь получить эмоциональную поддержку у друзей или родных	1	2	3	4
24	Я не предпринимаю активных действий	1	2	3	4
25	Я предпринимаю какие-то еще действия, стараясь преодолеть сложившуюся ситуацию	1	2	3	4
26	Я стараюсь отключиться на какое-то время, принимая алкоголь или лекарства	1	2	3	4
27	Мне не хочется верить, что это произошло	1	2	3	4
28	Я даю выход своим переживаниям	1	2	3	4
29	Я пытаюсь посмотреть на ситуацию с более позитивной стороны, в ином свете	1	2	3	4
30	Я говорю с кем-нибудь, кто мог бы конкретно помочь решить мою проблему	1	2	3	4
31	Я сплю больше обычного, стараясь забыть о проблеме	1	2	3	4
32	Я придумываю, как имеет смысл дальше действовать	1	2	3	4
33	Я полностью концентрируюсь на решении этой проблемы и, если необходимо, откладываю в сторону другие дела	1	2	3	4
34	Я ищу сочувствия и понимания у других людей	1	2	3	4
35	Я выпиваю или принимаю лекарства, чтобы поменьше думать о проблеме	1	2	3	4
36	Я шучу по поводу случившегося	1	2	3	4
37	Я перестаю пытаться добиться своего (получить то, что я хочу)	1	2	3	4
38	Я ищу что-то хорошее в том, что произошло	1	2	3	4
39	Я думаю, как лучше всего я могу справиться с этой проблемой	1	2	3	4
40	Я делаю вид, что ничего не произошло	1	2	3	4
41	Я стараюсь не действовать слишком поспешно, чтобы не ухудшить ситуацию	1	2	3	4
42	Я стараюсь, чтобы другие дела не мешали мне прилагать максимум усилий, чтобы справиться с проблемой	1	2	3	4
43	Я иду в кино или смотрю телевизор, чтобы меньше думать о проблеме	1	2	3	4
44	Я стараюсь принять ситуацию, сжиться с ней	1	2	3	4
45	Я спрашиваю людей, у которых была аналогичная проблема, как они ее решали	1	2	3	4
46	Я переживаю и активно проявляю свои чувства	1	2	3	4
47	Я предпринимаю активные действия, чтобы справиться с проблемой	1	2	3	4
48	Я пытаюсь найти утешение в вере (религии)	1	2	3	4
49	Я заставляю себя ждать, когда наступит подходящий	1	2	3	4

	момент и можно будет действовать				
50	Я нахожу в случившемся забавные моменты	1	2	3	4
51	Я снижаю количество усилий, направленных на решение этой проблемы	1	2	3	4
52	Я обсуждаю свои переживания с кем-то из моих близких	1	2	3	4
53	Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему	1	2	3	4
54	Я учусь жить с этим	1	2	3	4
55	Я откладываю другие дела в сторону, чтобы сосредоточиться на решении проблемы	1	2	3	4
56	Я тщательно обдумываю шаги, которые буду предпринимать для решения проблемы	1	2	3	4
57	Я просто делаю вид, что ничего не случилось	1	2	3	4
58	Я последовательно, шаг за шагом делаю то, что нужно	1	2	3	4
59	Я стараюсь, чтобы этот опыт чему-то меня научил	1	2	3	4
60	Я молюсь (больше, чем обычно)	1	2	3	4

**ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ,
В МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ
ФАКУЛЬТЕТ**



РЕКТОР УНИВЕРСИТЕТА



Игнатенко Григорий Анагольевич
Ректор, чл.-корр. НАМНУ, д.мед.н., профессор

ИСТОРИЯ УНИВЕРСИТЕТА



Здравоохранение Донбасса берет свое начало с 1873 года, когда в рабочем поселке Юзовка, была открыта первая больница на 10 коек. На протяжении многих лет инфраструктура развивалась всё больше, увеличивалось количество жителей и медицинских работников катастрофически не хватало.

В то время в Украине подготовку врачей кадров осуществляли всего 4 медицинских института – Киевский, Харьковский, Одесский и Днепропетровский. Нужен был пятый вуз. 12 июня 1930 года было принято решение об открытии в городе Сталино медицинского института. Необходимое оборудование для кафедр ВУЗа привезли из Киева, Харькова, Одессы и Москвы.

Днем рождения Сталинского (Донецкого) медицинского института считается 28 ноября 1930 года, когда Николай Дмитриевич Довгялло прочел первую лекцию по анатомии для студентов 1 курса.

В 1933 году срок обучения был увеличен до 5 лет. В 1936 году были введены государственные экзамены для выпускников и экзаменационная система в течение всего периода обучения, повысившие ответственность студентов за качество обучения.

Решение о том, что вуз будет носить имя пролетарского писателя-гуманиста Максима Горького, было принято в 1934 году на общестудентском комсомольском собрании.

В 1939 году к лечебно-профилактическому факультету прибавили педиатрический и санитарно-гигиенический. Их деканами соответственно были назначены профессора А.В. Анучин и Н.Л. Кричевский.

За время существования вуза им руководили 10 ректоров. С февраля 2017 года университетом руководит член-корреспондент НАМН Украины, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, Заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Григорий Анатольевич Игнатенко.

О ФАКУЛЬТЕТЕ

На медико-фармацевтическом факультете обучаются студенты по двум специальностям: фармацевция и медико-профилактическое дело. Поэтому с полным правом можно считать, что наш факультет является преемником фармацевтического и санитарно-гигиенического факультетов Университета.

Факультет создан решением Ученого совета Университета 01 сентября 2019 года.

Санитарно-гигиенический факультет были открыты в Сталинском медицинском институте в 1939 г.

Санитарно-гигиенический факультет начал свою биографию с 1 сентября 1939 г. Становление факультета неразрывно связано с образованием кафедр гигиены, эпидемиологии, микробиологии, профпатологии и инфекционных болезней. В послевоенные годы деятельность санитарно-гигиенического факультета была восстановлена в начале 1944 г., когда из эвакуации вернулся профессор Л.И.Майзельс, который исследовал влияние фашистской оккупации на физическое развитие детей Донецкой области.

Первым деканом был назначен доцент кафедры биологии и медицинской паразитологии А.О.Слюсарев. В 1956-57 гг. были организованы профильные кафедры — коммунальной гигиены и гигиены питания. В феврале 1958 г. появились кафедры эпидемиологии и гигиены труда, а в сентябре 1958 г. — гигиены детей и подростков. В 1972 г. был сдан в эксплуатацию 3-й учебный корпус, в котором разместились все гигиенические кафедры.

Гигиеническая школа нашего вуза может по праву гордиться выдающимися учеными, которые внесли весомый вклад в развитие отечественной медицинской науки: профессора В.Я.Уманский, И.И.Солдак, И.П.Гребняк, Д.О.Ластков, В.И.Агарков, Г.А.Бондаренко, А.С.Прилуцкий, Г.К.Кривобок, М.И.Тарапата, А.А.Сохин, Н.В.Гринь, В.Д.Ванханен, Г.А.Анищенко, Ю.Н.Талакин, В.К.Патратий, А.Б.Ермаченко, А.П.Селиванов, А.А.Калашников, В.С.Сауткин, Г.П.Кондратенко, Ю.И.Николенко, О.А.Ластков, А.О.Слюсарев, В.Е.Любомудров, З.В.Крюкова, В.В.Мухин, В.Ф.Мариевский, А.А.Шаптала, Е.А.Деркачев и др.

В 1991 года произошло объединение двух факультетов (педиатрического и медико-профилактического) в медицинский факультет № 3. Его возглавляли проф. В.Н. Грона, затем проф. А.И.Герасименко, после него доц. И.В.Коктышев и доц. О.А.Лихобабина.

Фармацевтический факультет основан в 2001 г., когда был проведен первый набор студентов по специальности «Фармация». Деканом был назначен к.фарм.н. В.Н.Хоменко. Весомый вклад в процесс создания и становления фармацевтического факультета внес профессор Н.В. Антипов, работавший заместителем декана с момента основания факультета до 2008 г. С сентября 2011 г. фармацевтический факультет возглавила доцент И.П.Бухтиярова.

В 2001 г. были основаны профильные кафедры: кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники (первый зав. профессор В.М.Остапко); кафедра фармацевтической и токсикологической химии (первый зав. д.хим.н. А.Г.Матвиенко); кафедра управления и экономики фармации (первый зав. д.фарм.н. В.Н. Хоменко); кафедра клинической фармакологии, клинической фармации и фармакотерапии (зав. с момента основания и по настоящее время профессор С.В.Налегов). В создании материально-технической базы кафедр оказали помощь предприятия фармацевтической отрасли Донбасса.

В 2007 г. выпускники фармацевтического факультета получили первые дипломы. В 2011 г. открыта интернатура по специальности «Общая фармация». В 2013 г. начата подготовка провизоров по заочной форме обучения.

На сегодняшний день факультет возглавляют: декан — доц. И.И. Пацкань, заместители декана: доц. А.А. Потапов и М.И. Ежелева.

ДЕКАНАТ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА



Потапов Александр Анатольевич

Заместитель декана по подготовке фармацевтов, очной и заочной форм обучения, к.мед.н., доцент



Пацкань Игорь Иванович

Декан медико-фармацевтического факультета, к.мед.н., доцент



Ежелева Марина Игоревна

Заместитель декана по подготовке студентов медико-профилактического дела, к.мед.н., доцент



**Евгений Кириллович
Буканов**

Помощник декана по воспитательной
работе



**Владислав
Владимирович Остренко**

Помощник декана по производственной
практике студентов



**Елена Ивановна
Гордынская**

Старший инспектор по специальностям
«Медико-профилактическое дело» и
«Фармация» очная форма обучения.



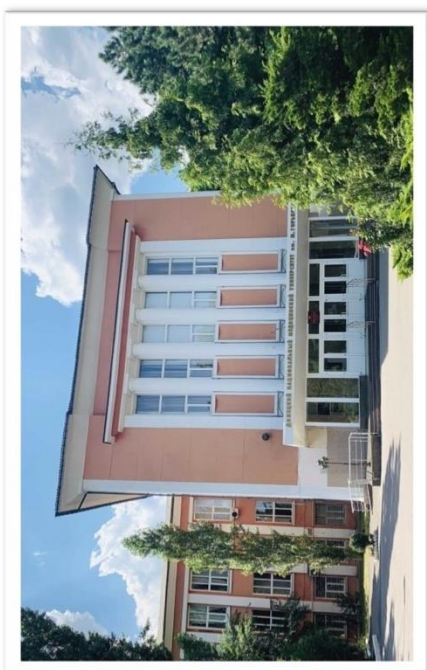
**Наталья Геннадьевна
Барыбина**

Диспетчер по специальности
«Фармация» заочная форма обучения.

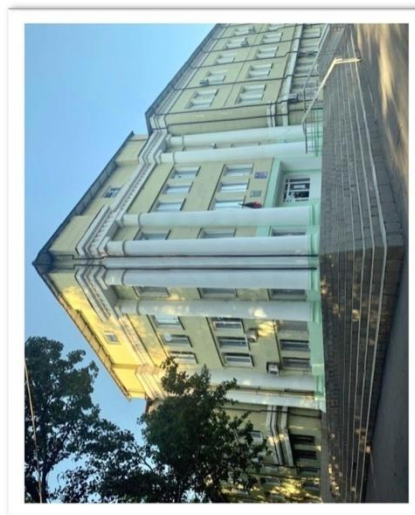
Адрес: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16, общежитие № 1, этаж 1
Телефон: (062) 344-36-49
e-mail: farm-dekanat@dnpmu.ru

Время работы: Пн - пт с 8:00 — до 16.30; перерыв 12:00 — 12:30

Расположение кафедр (дисциплин) по корпусам университета



Учебный корпус №1
= Главный корпус = Морфологический
= Морфик = «Розовый, Персииковый»



Учебный корпус №2
= Химический корпус = Зелёный корпус
= «Зелёнка» = «за остановкой»



Учебный корпус №3
= Санитарно-гигиенический корпус = СанГиг
= «высотный»

План территории университета

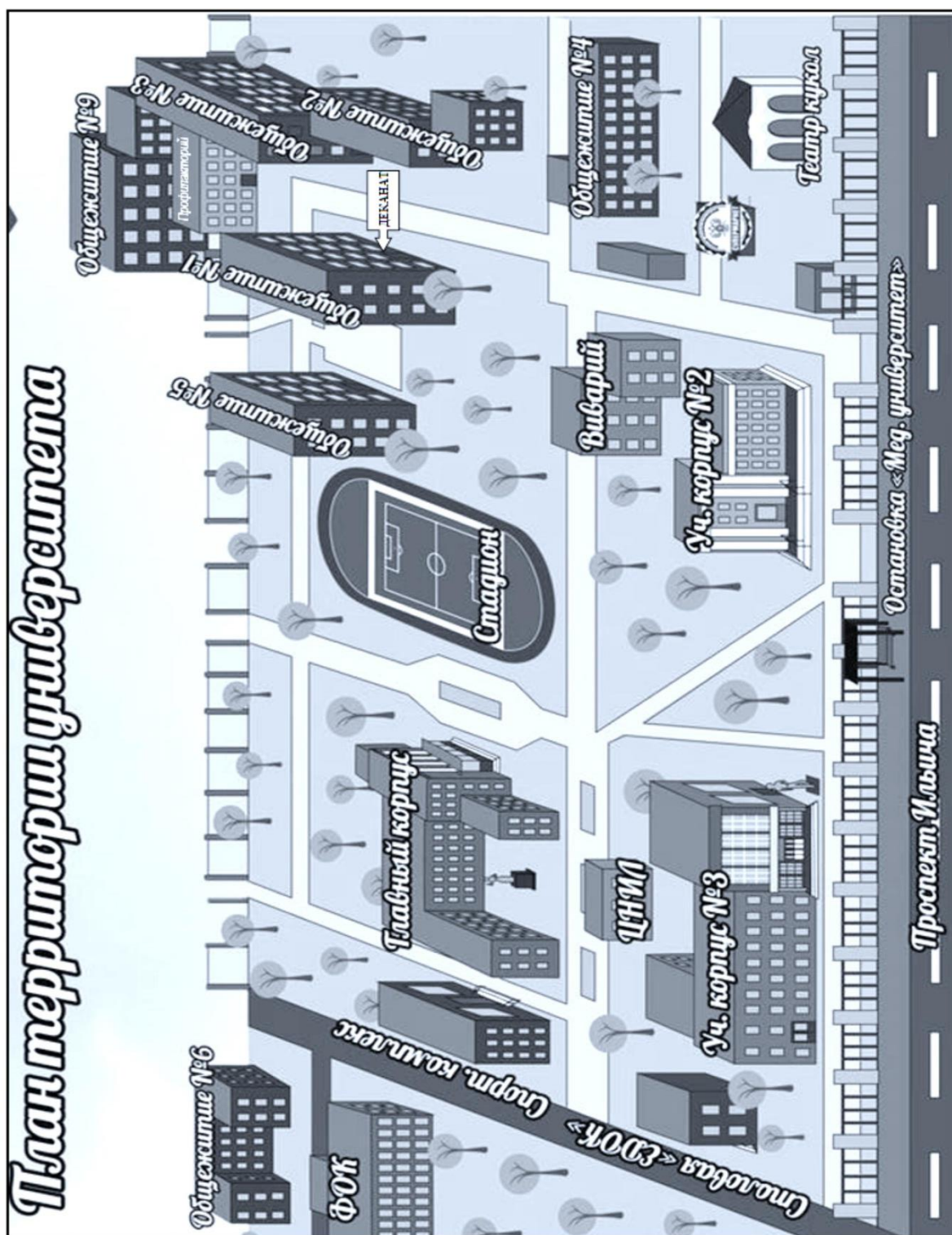


Схема расположения корпусов ДОКТМО (б-да Калинина)



КАФЕДРЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

№ п/п	Дисциплина	Название кафедры	Заведующий кафедрой	Местоположение	
				Здание	Этаж
1.	Анатомия	Анатомия человека	Басий Раиса Васильевна	Учебный корпус №1	1-й и 2-й этаж (дальнее правое крыло)
2.	Физика	Математика	Выхванец Юрий Георгиевич	Учебный корпус №1, Общежитие №5	3-й этаж (дальнее левое крыло)
3.	Гистология	Медицинской физики, математики и информатики		Учебный корпус №1	3-й этаж (центральная лестница правое крыло)
4.	Физиология	Гистологии, цитологии и эмбриологии	Баринев Эдуард Федорович	Учебный корпус №1	2-й этаж (центральная лестница правое крыло)
4.	Химия	Физиологии с лабораторией теоретической и прикладной нефрофизиологии им. акад. В.Н. Казакова	Прокофьева Наталья Валентиновна	Учебный корпус №1	2-й этаж (центральная лестница правое крыло)
5.	Иностранный язык	Фармацевтической и медицинской химии	Игнатьева Виктория Владимировна	Учебный корпус №2	1-й этаж
6.	Русский язык	Иностранных языков	Пузык Андрей Анатольевич	Учебный корпус №2	3-й этаж
	Латинский язык	Русского и Латинского языков	Кашикин Валерий Михайлович	Общежитие №1,	1-й, 2-й этаж
7.	Биология	Медицинской биологии	Учебный корпус №2	Учебный корпус №2	3-й этаж
8.	Правоведение	Медицинской биологии	Степанова Марина Геннадьевна	Учебный корпус №3	6-й этаж (левое крыло)
	История Отечества	Правоведения и биотехники	Шестак Валентин Сергеевич	Учебный корпус №3	6-й этаж (центральная лестница)
9.	История медицины и фармации	Социально-гуманитарных дисциплин	Смирничевский Эдуард Францевич	Общежитие №5	Цокольный этаж (подвал) вход с торца
	Экономика/ Экономическая теория				
	Основы научно-исследовательской деятельности				
	Спецкурс Учимся учиться в вузе				
	Психология и педагогика				
11.	Социология	Философии и психологии	Александровская Валентина Николаевна	Общежитие №1	2-й этаж
	Культурология				
	Философия				
12.	Физвоспитание	Физвоспитания	Добровольская Нонна Александровна	Спортивный корпус	1-й, 2-й этаж
	ФОК				
13.	Терапия	Пропедевтической и внутренней медицины	Игнатенко Григорий Анатольевич	Университетская клиника	4-й этаж
	ДОКТМО (б-да Кадичина), Корп. №4			4-й этаж	

ДРУГИЕ ПОМЕЩЕНИЯ И ОТДЕЛЫ ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

№ п/п	Помещение или отдел университета		Месторасположение	
			№ корпуса	Этаж
1.	Здравпункт		Общекитие №9	1-й, правое крыло, вход с улицы
2.	Музей нормальной анатомии человека		Учебный корпус №1	2-й, кафедра анатомии (дальнее правое крыло)
3.	БИБЛИОТЕКА	Электронный/компьютерный читальный зал	Учебный корпус №1	1-й (дальнее левое крыло)
4.		Научный отдел	Учебный корпус №1	1-й (дальнее левое крыло)
5.		Учебный отдел	Общекитие №2	1-й (2-й подъезд)
6.		Абонемент учебной литературы	Общекитие №2	1-й (2-й подъезд)
7.		Читальный зал	Учебный корпус №3	4-й (правое крыло)
8.		1М	Учебный корпус №1	1-й (левое крыло)
9.		2М	Учебный корпус №1	1-й (дальнее правое крыло, кафедра анатомии)
10.	ЛЕКЦИОННЫЕ АУДИТОРИИ	3М	Учебный корпус №1	3-й (дальнее правое крыло, кафедра топонатомии)
11.		БНЗ (Большой наклонный зал)	Учебный корпус №1	2-й (центральная лестница)
12.		1СГ, 2СГ	Учебный корпус №3	4-й (левое крыло)
13.		3СГ	Учебный корпус №3	6-й (правое крыло, лестница за актовым залом)
14.		Акттовый зал	Учебный корпус №3	1-й (правое крыло)
15.		Лечебный факультет №1	Общекитие №5	1-й этаж
16.		Лечебный факультет №2	Общекитие №9	2-й этаж
17.	ФАКУЛЬТЕТЫ	Педиатрический факультет	Общекитие №6	1-й этаж (напротив ФОКа)
18.		Медцинский факультет	Учебный корпус №1	3-й этаж (центральная лестница, левое крыло)
19.		Стоматологический факультет	Общекитие №3	1-й этаж
20.		Медико-фармацевтический факультет	Общекитие №1	1-й этаж
21.		Факультет довузовского образования	Общекитие №1	2-й этаж
22.		Интернатуры и последипломного образования (ФИПО)	Учебный корпус №3	1-й этаж



СТУДЕНТЫ, ПОМНИТЕ ВСЕГДА!

Вы поступили и учитесь в одном из самых престижных медицинских вузов. Впереди у вас многообещающая карьера, исключительный опыт, тысячи спасённых жизней. Все это ко многому обязывает, и очень скоро жизнь начнет строго спрашивать с вас за каждый промах. Прежде чем переступить через порог университета, остановитесь, оглянитесь и задумайтесь: всегда ли и во всё вы поступаете в соответствии с правилами хорошего тона? Задумайтесь сейчас, через шесть лет может быть поздно. А мы расскажем вам, как принято вести себя в стенах нашего вуза.

В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО ПРИНЯТО:

1. Здороваться и прощаться с однокурсниками, профессорско-преподавательским составом, сотрудниками университета.
2. Приходить в университет опрятным, аккуратно одетым, всегда помнить, что идёте вы не на дискотеку и не на спортплощадку. Преподаватель имеет право попросить студента покинуть занятие, если он одет не по форме, например, в спортивном костюме, в пляжных шортах или без халата. В университете обязательен деловой стиль одежды и медицинская форма. Девиз преподавателей: «Нет халата – нет студента».
3. Считать, что студент готов к занятиям, если у него в сумке лежит чистый, глаженный халат, медицинская шапочка, сменная обувь, маска, перчатки, тетради, альбомы, ручки и цветные карандаши.
4. Видеть у девушек сдержанный макияж, неброские украшения, ухоженные недлинные ногти.
5. Соблюдать пропускной режим: при входе в любые здания вуза предъявлять студенческий билет без напоминания со стороны охраны и дежурных.
6. Помнить, что если у входных дверей в корпуса образовалась очередь, то студенты должны пропускать преподавателей, мужчины – женщин.
7. Помнить, что войдя в здание, мужчины должны снять головные уборы (любые, от меховых шапок до бейсболок).
8. Сдавать верхнюю одежду в гардероб, надевать сменную обувь перед входом на кафедру.
9. Следить за своей речью. Помните: не все, что вы можете себе позволить, общаясь со сверстниками, уместно в разговоре с преподавателями. Не допускайте фамильярности, нецензурных и жаргонных выражений.
10. Вставать при появлении преподавателя.
11. Приходить на занятия за несколько минут до их начала, чтобы успеть надеть медицинскую форму и сменить обувь. Опоздавшие на занятия не допускаются.
12. Прежде чем войти в аудиторию, отключать все средства мобильной связи или включать режим «Тишина» (это международное правило этикета).
13. Не допускать на занятиях никаких лишних звуков, начиная от посторонних разговоров и прочее.
14. Обращать на себя внимание преподавателя, чтобы иметь возможность задать ему вопрос, с помощью старого доброго способа – поднятой руки.
15. Принимать пищу в предназначенных для этого местах: в буфетах и столовой. Никаких булочек и стаканчиков в аудиториях быть не должно. В университете достаточно урн, чтобы донести до ближайшей из них любой мусор, а плевать и сорить себе под ноги, лепить куда попало жевательную резинку – это даже не неприличие, а просто невоспитанность.
16. Не курить на всей территории университета, не употреблять спиртные и слабоалкогольные напитки – это запрещено приказом ректора.
17. Не демонстрировать близкие отношения на людях. Это вопиющее неуважение не только к окружающим, но и друг к другу.

Теперь остановитесь и задумайтесь. Если вы знаете все эти правила поведения и собираетесь им следовать в повседневной жизни, то вас можно поздравить – вы уже на полпути к овладению профессией врача.

Университет – это дом, в котором вам предстоит прожить пять/шесть лет. А дом украшают не только стены, но и – в первую очередь – люди. Впечатление об университете, которое складывается у его гостей, будь то случайные посетители или руководители крупных министерств и клиник, во многом зависит и от вас. В конечном итоге от вас зависит и ваше собственное будущее. Будьте же достойны и своего вуза, и выбранного вами жизненного пути.

ЗАПОМНИТЕ! ВЫСОКАЯ КУЛЬТУРА ПОВЕДЕНИЯ И УВАЖЕНИЯ К ОКРУЖАЮЩИМ – ПОВСЕДНЕВНАЯ НОРМА БУДУЩЕГО ВРАЧА!

ГИМН УНИВЕРСИТЕТА

Вива, вива, альма-матер,
Храм науки, знаній світ,
Наш Донецький медичинський
Слався університет!
Вива, вива альма-матер
Слався університет.

Гипократа с Авиценой
Продолжаем жизни миг.
Клятвой связаны священной
Людам преданно служить.

Вива, вива, альма-матер,
Храм науки, знаній світ,
Наш Донецький медичинський
Слався університет!
Вива, вива альма-матер,
Слався університет!

Ты маяк, ты наш фарватер,
Путеводная звезда,
Дорогая альма-матер,
Не погаснешь никогда.

Вива, вива, альма-матер,
Храм науки, знаній світ,
Наш Донецький медичинський
Слався університет!
Вива, вива альма-матер,
Слався університет!

Пусть еще пройдут столетия,
Жизнь окажется права —
Наши внуки, внуков дети
Будут повторять слова:

Вива, вива, альма-матер,
Храм науки, знаній світ,
Наш Донецький медичинський
Слався університет!
Вива, вива альма-матер,
Слався університет!

ГЕРБ УНИВЕРСИТЕТА

