

УДК 159.97

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКИХ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ПРОБЛЕМАМ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ

Здоровье традиционно является сферой медицинской деятельности. Однако вопросы, связанные с психическим здоровьем, исторически также относятся к одним из основных проблем психологической науки и практики, во многом определяют современное состояние психологии и ее образ в представлении широких масс. Первоначально исследования в области психического здоровья появляются в клинической психологии, а затем в других областях психологического знания, а на современном этапе, например в американской психологии, уже продолжительное время развивается область – на стыке социальной и клинической психологии, – в рамках которой разрабатываются концепции депрессии, тревожности, одиночества, счастья и благополучия [7]. В 50–60-е годы прошлого века проникновение психологии в медицинскую сферу усиливается через активное исследование психологических факторов телесного здоровья и происходит становление новой науки – психологии здоровья [15]. Произшедшие в понимании здоровья и болезни изменения, в том числе благодаря предложенной Дж. Энгелом биопсихосоциальной модели, можно обнаружить в Уставе ВОЗ, согласно которому «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [10]; в свою очередь, «психическое здоровье – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество» [10].

Уже в начале XXI в. представители ВОЗ указывают на происходящее в популяции увеличение распространенности психических расстройств, в частности депрессивного спектра, и на все более частое возникновение депрессии в юношеском возрасте. Около 800 тысяч человек в год заканчивают жизнь суицидом, что является второй по значимости причиной смерти среди молодежи в возрасте от 15 до 29 лет [2]. В свою очередь, клинически значимая тревога в популяции встречается в 5–7 % случаев, в течение жизни от тревожных расстройств страдают более 30 % людей [1]. Причем коморбидность является типичной особенностью тревожных расстройств. Так, депрессия более чем в 50 % случаев сочетается с патологической тревогой, в 55,6 % случаев – с паническим расстройством, в 62 % случаев – с генерализованным тревожным расстройством [16].

Оставляя за рамками обсуждения биологические и индивидуально-психологические детерминанты, обозначим некоторые социальные факторы, которые напрямую или косвенно могут негативно влиять на психическое здоровье студентов как представителей большой социальной группы. Среди факторов микросоциального уровня исследователи выделяют значительное интеллектуальное и психоэмоциональное напряжение при низкой физической активности в связи с перманентной информационной нагрузкой [13; 18]; трудности вузовской адаптации (формальной, общественной и дидактической), освоение новых социальных ролей [12]; трудности с самоопределением и формированием профессиональной идентичности, возникновение конфликта между ожиданиями от обучения и реальной концепцией обучения профессии [4; 8; 11; 17]; кризис окончания обучения и сопутствующие переживания о будущей профессиональной карьере, финансовом благополучии [3]. Среди причин макросоциального уровня можно выделить политико-административные изменения в стране: как целостные изменения в политической жизни, так и частные изменения, например реформирование системы высшего образования и науки; экономические изменения в стране и мире: изменение структуры рынка труда и постоянно возрастающая

конкуренция, существенное подорожание стоимости обучения в вузе и др.; непредвиденные глобальные факторы, например, пандемия COVID-19.

Наш интерес к проблеме психического здоровья студентов определяется частыми наблюдениями за трудностями, с которыми сталкиваются студенты во время обучения в вузе и которые сложно свести лишь к их личностным свойствам, способностям или интеллектуальному развитию. Исследователи подтверждают, что вузовская среда оказывает существенное влияние на психическое здоровье студентов и предполагает высокую частоту депрессивных проявлений, при этом в редких исследованиях тщательно прослеживается динамика состояния психического здоровья обучающихся [5].

Цель исследования и процедура отбора публикаций

Целью нашего исследования является количественный анализ отечественных публикаций, в которых исследуются депрессия и клинические проявления тревоги среди студентов.

Задачи исследования:

1. Собрать выборку публикаций по проблеме.
2. Основываясь на информации из публикаций, представить распределение публикационной активности по годам; распределение вузов, на базе которых проводились исследования; распределение размеров и параметров выборок, задействованных в исследованиях; распределение примененных психодиагностических методик.
3. Провести оценку различий таблиц сопряженности частот по уровню депрессии и тревожности в зависимости от года исследования.

Данные были собраны в марте 2021 года с помощью поисковой научной системы «Google Scholar» (за период с 2001 по 2021 годы, более ранние публикации не были обнаружены). Для поиска публикаций использовались следующие поисковые запросы: «психическое здоровье студенты», «психоэмоциональное состояние студенты», «депрессия студенты», «тревожность студенты», «тревога студенты», «психическое состояние

студенты». В процессе отбора часть публикаций была исключена из дальнейшего анализа по следующим причинам:

- не отражены значимые характеристики исследования (размер выборки, описание выборки, используемые методики);
- данные и результаты исследования не приведены, приведены частично или противоречиво;
- мизерный объем выборки (5–10 человек);
- автоплагиат (публикация результатов одного исследования в нескольких статьях);
- не применяются клинические шкалы при исследовании тревоги (в нашем исследовании не предполагается проведение анализа публикаций, в которых тревожность рассматривается только как личностное свойство).

Математико-статистическая обработка проводилась в Jamovi 1.8.1, Excel 2016.

Результаты и их обсуждение

В соответствии с поставленными задачами, в таблице 1 приводится распределение междугодичной публикационной активности.

Таблица 1

Распределение по годам публикационной активности по проблемам депрессии и тревожности среди студентов

Год	Количество исследований депрессии	Количество исследований тревоги	Общее количество статей*
2001	1	0	1
2007	1	1	1
2008	2	1	2
2009	1	0	1
2011	2	2	3
2012	1	0	1
2013	1	0	1

2014	1	0	1
2015	2	1	2
2016	1	0	1
2017	1	1	1
2018	3	0	3
2019	4	3	4
2020	2	2	2
2021	1	1	2
Всего	24	12	26

*В ряде публикаций излагаются совместные результаты исследований тревоги и депрессии, поэтому общее количество статей меньше, чем сумма исследований тревоги и депрессии по отдельности

Приведенные данные демонстрируют, во-первых, почти полное отсутствие интереса к проблеме депрессии и тревоги среди студентов вплоть до 2007 г., но такие результаты могут быть связаны с низким уровнем распространения электронных научных ресурсов на тот момент времени; во-вторых, отражают, что, начиная с 2011 года, появляется и сохраняется до настоящего времени стабильный, хотя и незначительный интерес к проблеме. Обращает на себя внимание, что депрессия изучается чаще, чем проявления тревоги. Фактически, как уже было сказано, нами исключены из рассмотрения (многие) исследования, в которых используются только неклинические методики, а тревожность изучается как личностное свойство.

Далее рассмотрим, с какой частотой проводились исследования депрессии и тревоги среди студентов в различных вузах (рисунок 1).

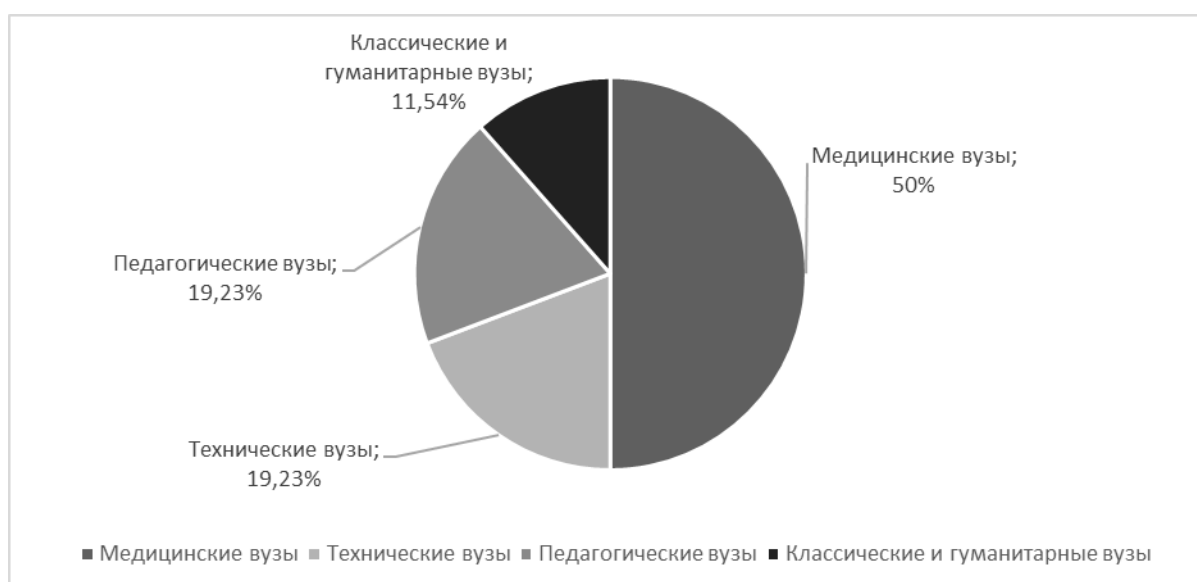


Рисунок 1. Распределение вузов, на базе которых проводились исследования депрессии и тревоги среди студентов

Структура распределения данных демонстрирует доминирование медицинских вузов в изучении депрессии и тревоги среди студентов. Такие результаты могут казаться достаточно предсказуемыми, учитывая предмет нашего исследования. Однако, количество классических, гуманитарных и педагогических вузов в стране в разы больше, чем медицинских (предполагаем, что практически в каждом российском классическом, гуманитарном или педагогическом вузе функционируют кафедры психологии, часто – факультеты). Поэтому на основании данных рассматриваемого распределения и суммарного количества публикаций по теме возможно допустить, что в настоящее время отечественными психологами исследование проблем психического здоровья студентов не воспринимается в качестве приоритетного направления.

Рассмотрение распределения объема выборок в опубликованных материалах также является одной из задач нашего исследования. В таблице 2 представлены параметры распределения объема выборок, а на рисунке 2 – гистограмма распределения.

Таблица 2

Параметры распределения объема выборок в исследованиях депрессии и тревоги среди студентов

Минимум	1 квартиль	Медиана	3 квартиль	Максимум
30	77	115	208	976

Параметры распределения указывают на достаточно большой разброс данных, а само распределение отличается явной правосторонней асимметрией.

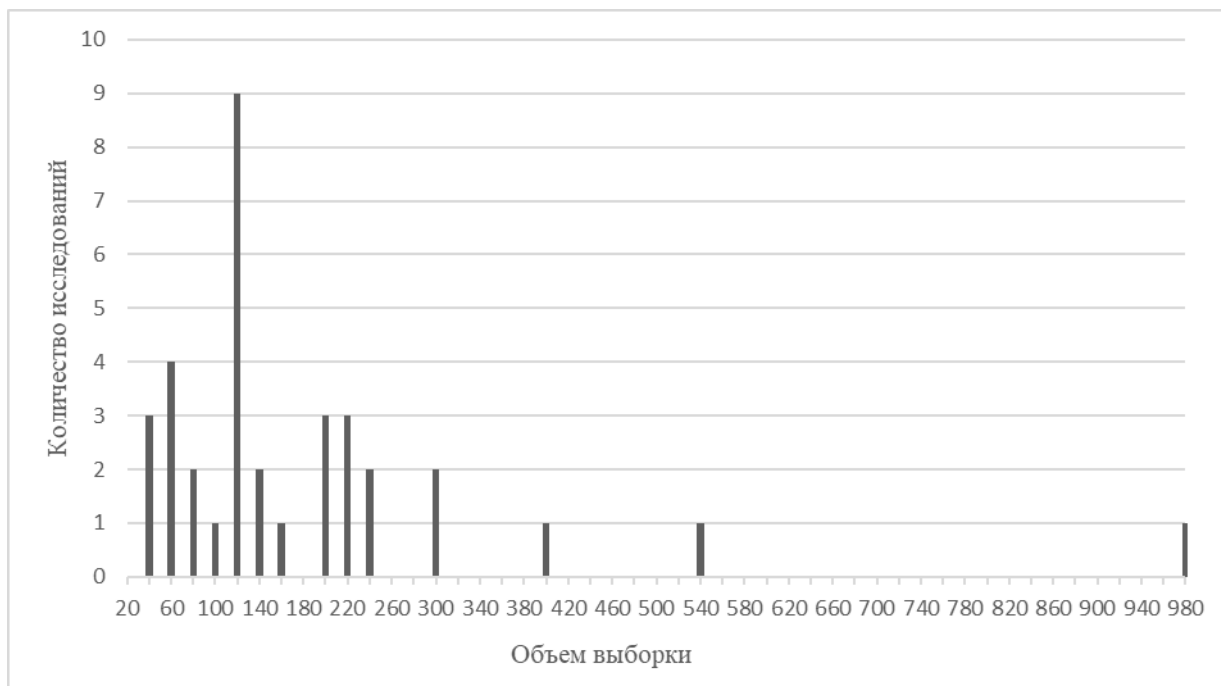


Рис. 2. Распределение объема выборок в исследованиях депрессии и тревоги среди студентов

Необходимо заметить, что в количественных исследованиях объем выборки влияет на максимальную ошибку выборки с учетом определенной доверительной вероятности. Представленные данные демонстрируют, что многие исследования проведены на небольших выборках, а в таких случаях исследователю необходимо быть особенно внимательным, применяя статистические методы для тестирования научных гипотез. Например, для выборки из 30 объектов (доверительная вероятность 95 %) ошибка выборки может достигать 17 %, для выборки из 77 объектов (доверительная вероятность 95 %) – 11 %, для выборки из 115 объектов (доверительная вероятность 95 %) – 9 %.

Другая поставленная нами задача – анализ диагностических методик, используемых в исследованиях. Результаты представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3

Распределение шкал депрессии в исследуемых публикациях

Название методики	Количество использований	Частота использования
Шкала депрессии Бека (BDI)	11	45.9 %
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	7	29 %
Шкала самооценки депрессии Цунга (SDS)	4	16.7 %
Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS)	1	4.2 %
Шкала-опросник для выявления депрессии CES-D	1	4.2 %

В изучаемых публикациях используются 5 шкал депрессии, только одна из которых относится к числу объективных тестов – «Шкала Монтгомери-Асберга». Необходимость заполнения опросника специалистом в области психического здоровья является, вероятно, причиной низкой встречаемости данной шкалы в исследованиях (применение шкалы в массовом опросе может оказаться весьма трудоемким). «Шкала депрессии Гамильтона» (альтернативный объективный тест) и вовсе не используется авторами в анализируемых нами работах.

Оставшиеся 4 шкалы являются субъективными тестами (опросниками самооценки). Частота использования «Шкалы депрессии Бека», полагаем, связана, с одной стороны, с активным развитием когнитивно-поведенческой терапии и ее доказанной высокой эффективностью в лечении депрессии и тревожных расстройств [9], а с другой – с высокой валидностью опросника и простотой в использовании. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» также является валидным, но менее чувствительным инструментом, чем рассмотренные выше опросники [6]. Вероятно, по причине своей краткости и простоты широко применяется в исследованиях. Еще одной весомой причиной популярности данной шкалы может являться возможность с помощью короткого опросника собрать данные сразу по двум шкалам.

Таблица 4

Распределение шкал тревоги в исследуемых публикациях

Название методики	Количество	Частота использования
-------------------	------------	-----------------------

	использований	
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	7	58.33 %
Шкала тревоги Бека (BAI)	4	33.33 %
Шкала тревоги Гамильтона (HARS)	1	8.33 %

Распределение по шкалам тревоги во многом аналогично распределению по шкалам депрессии: закономерно наиболее часто встречаются субъективные опросники («Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Шкала тревоги Бека»), чем объективные («Шкала тревоги Гамильтона»); в исследованиях используется шкала, разработанная в русле когнитивно-поведенческого подхода.

Дальнейшая логика изложения статьи связана с рассмотрением вторичных данных в собранных публикациях по шкалам депрессии и тревоги. Сначала по годам рассматриваются частоты уровней депрессии по «Шкале депрессии Бека», «Шкале самооценки депрессии Цунга» и «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (рисунки 3–5). Затем приводятся частоты уровней тревоги по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» и «Шкале тревоги Бека» (рисунки 6 и 7). На рисунке 8 приведены результаты исследования по «Шкале Монтгомери-Асберга» и «Шкале тревоги Гамильтона». Результаты по «Шкале-опроснику для выявления депрессии CES-D» исключены из дальнейшего рассмотрения, т. к. в анализируемых исследованиях данная шкала использовалась лишь единожды.

Необходимо обратить внимание минимум на два ограничения, которые появляются при описании и оценке представленных далее результатов. Во-первых, в большинстве случаев авторы не указывают учебные периоды (начало семестра, сессия и т. д.), во время которых проводились исследования. Момент проведения может значимо влиять на психоэмоциональное состояние студентов и, следовательно, на результаты исследования. Во-вторых, в публикациях 2020 и 2021 годов также не указываются периоды проведения исследований и не сопоставляются с волнами пандемии COVID-19, периодами вынужденной изоляции и пр. Данные обстоятельства являются существенными средовыми

факторами, которые важно учитывать для более объективной оценки результатов исследования.

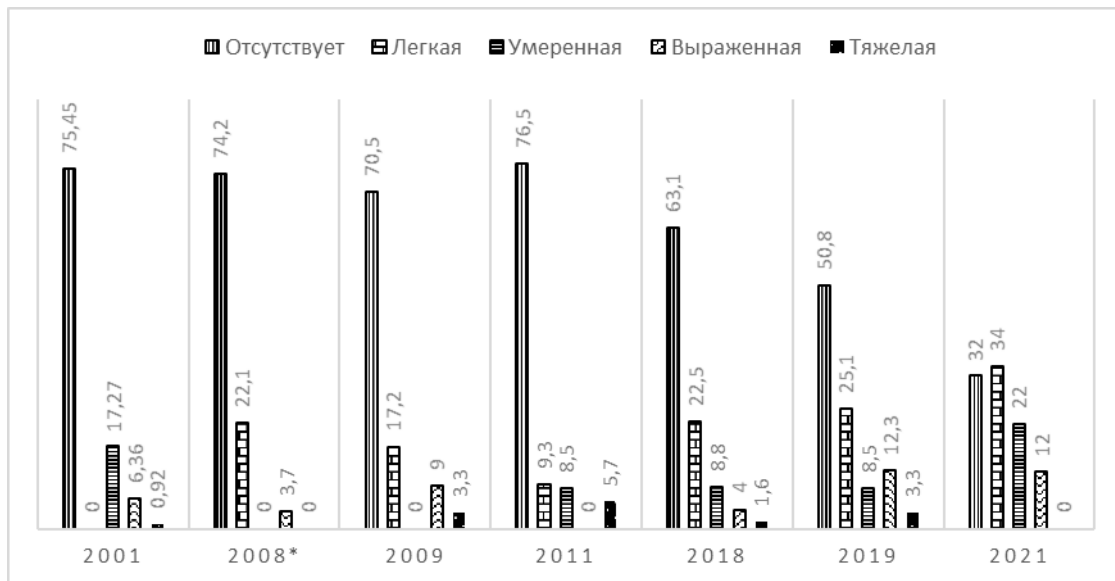


Рисунок 3. Распределение уровней депрессии по Шкале депрессии Бека (*– отмечены результаты исследования перед сессией)

Прежде чем перейти к описанию представленных выше данных, важно заметить, что нами были исключены из рассмотрения вторичные данные по «Шкале депрессии Бека» за 2012, 2015 и 2016 годы, т. к. в этих исследованиях были использованы маленькие выборки (42, 30 и 41 респондент соответственно). Кроме того, данные двух исследований 2018 года были объединены, т. к. исследования были проведены в один год (В дальнейшем мы продолжим объединять выборки исследований, если они проводились в один год).

С 2001 по 2011 год видна определенная стабильность результатов – во всех случаях отсутствие депрессии наблюдается более чем у 70 % респондентов, а уровни наличия депрессии колеблются. С 2018 года начинается спад частоты по показателю отсутствия депрессии и рост частот по показателям депрессии разной степени выраженности. В дальнейшем тенденция сохраняется. Наиболее высокие частоты по легкой, умеренной и выраженной депрессии – в сравнении со всеми представленными наблюдениями – приходятся на 2021 год, что, вероятно, связано с пандемией COVID-19. При

этом факторами негативного влияния пандемии, полагаем, являются не только вынужденная изоляция и страх заболеть, но и резкое увеличение информатизации в образовательном процессе. В частности, А. Ш. Тхостов и соавторы [14] указывают на негативный потенциал информационных технологий для психического здоровья людей.

(Вторичные данные 2008 года исключены из последующей оценки таблиц сопряженности, т. к. известно, что исследование проводилось перед сессией, но подобного рода исследований за другие годы, где использовалась бы «Шкала депрессии Бека», нет).

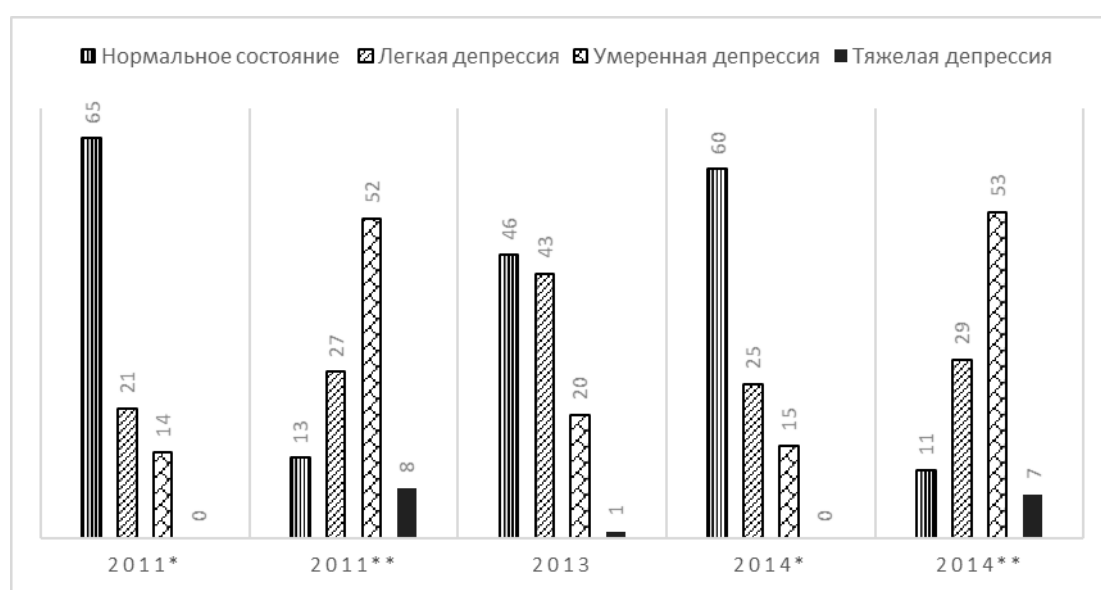


Рис. 4. Распределение уровней депрессии по Шкале самооценки депрессии Цунга (*– отмечены результаты перед сессией, **– отмечены результаты во время сессии)

Исследования, проведенные в 2011 и 2014 годах, были направлены на сравнение результатов перед и во время сессии. В обоих исследованиях наблюдается увеличение частот по показателям легкой, умеренной и тяжелой депрессии во время сессии.

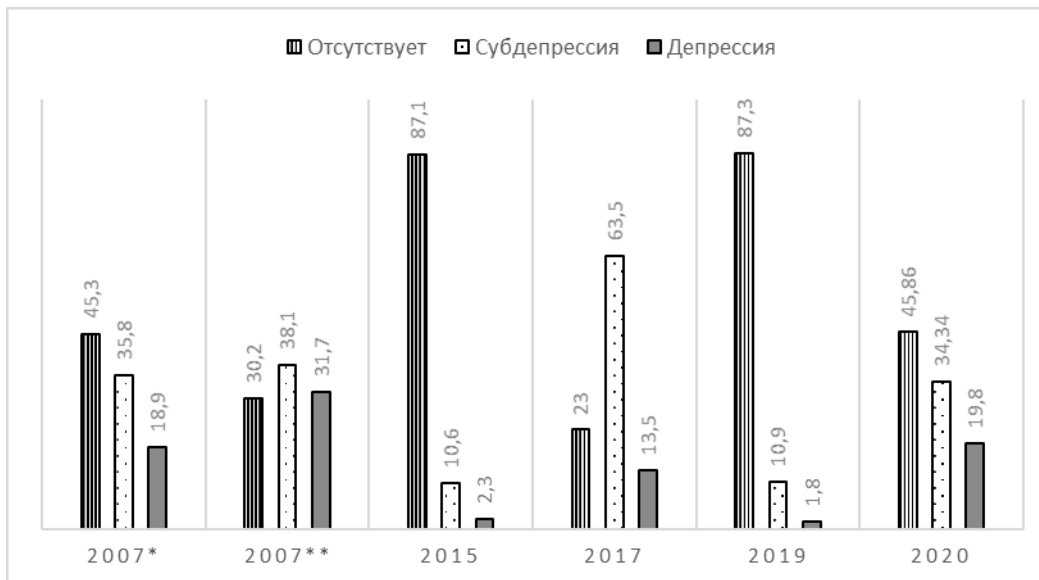


Рисунок 5. Распределение уровней депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (*– отмечены результаты перед сессией, **– отмечены результаты во время сессии)

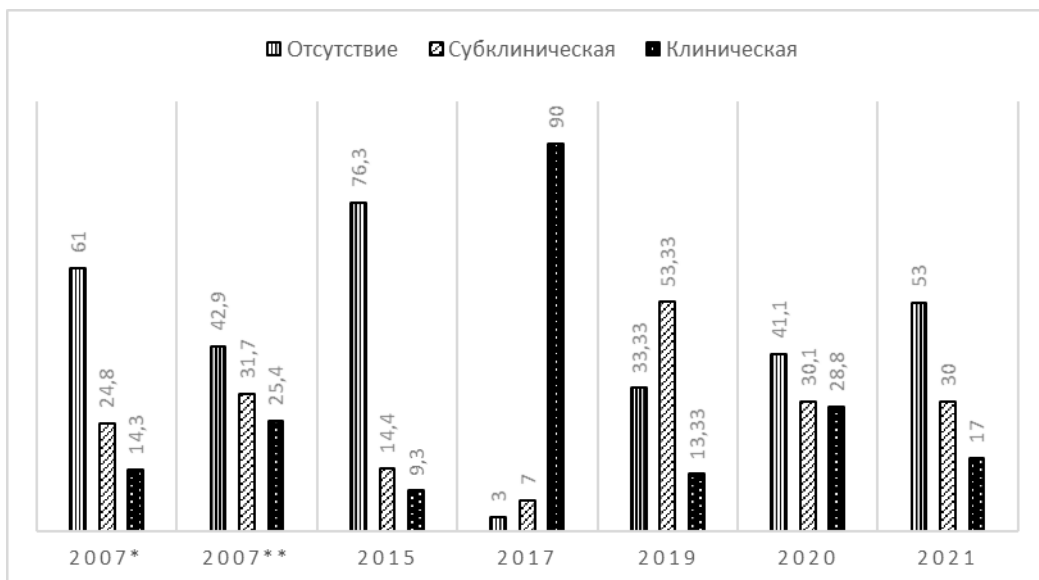


Рис. 6. Распределение уровней тревоги по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (*– отмечены результаты перед сессией, **– отмечены результаты во время сессии)

Заметим, что вторичные данные по двум исследованиями депрессии и тревоги за 2019 г., как и по двум исследованиям за 2020 г., были объединены. Две группы вторичных данных, которые получены в 2007 г. на одной выборке, демонстрируют разницу частот в выраженности депрессии и тревоги в зависимости от учебного периода (перед сессией и во время сессии). Данные 2017 г. как по депрессии (63,5 % – студенты с субдепрессией, 13,5 % – с депрессией), так и по тревоге (90 % – студенты с клинической тревогой, 7 % – с

субклинической) представляются нам аномальными, и из дальнейшего анализа (оценки таблиц сопряженности) исключены. Частоты показателей за 2015 и 2019 годы по депрессии схожи, а по тревоге отличаются. В 2020 году заметен существенный рост частот по показателям субдепрессии, депрессии, при этом сопоставимы результаты по субклинической и клинической тревоге. Такая динамика, вероятно, связана с пандемией COVID-19. В 2021 году частоты по показателям клинической тревоги падают в сравнении с прошлым годом (результаты по депрессии в исследовании не приводятся).

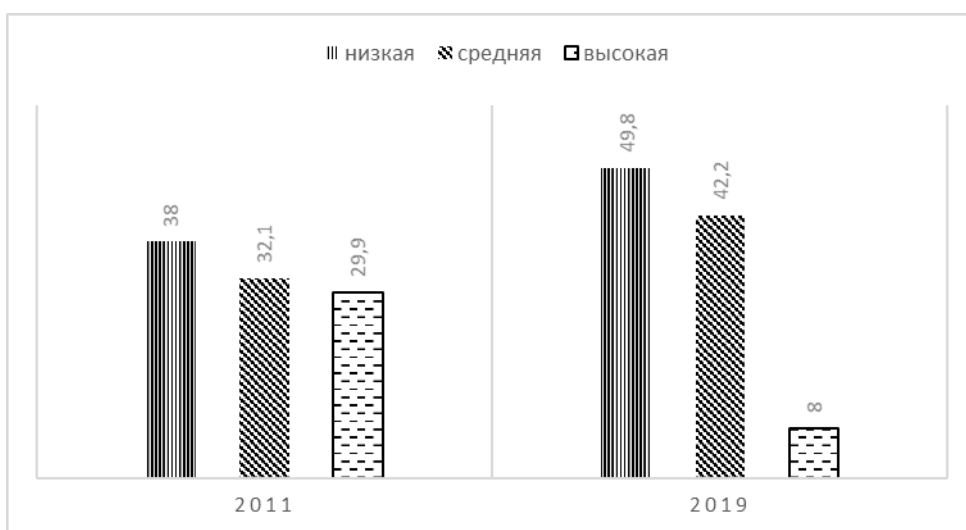


Рис. 7. Распределение уровней тревоги по Шкале тревоги Бека

Также заметим, что вторичные данные по двум исследованиям тревоги за 2011 год были объединены. Частоты показателей за 2011 и 2019 годы несколько отличаются, однако, ввиду малого количества исследований, сложно найти какой-то порядок в представленных данных.

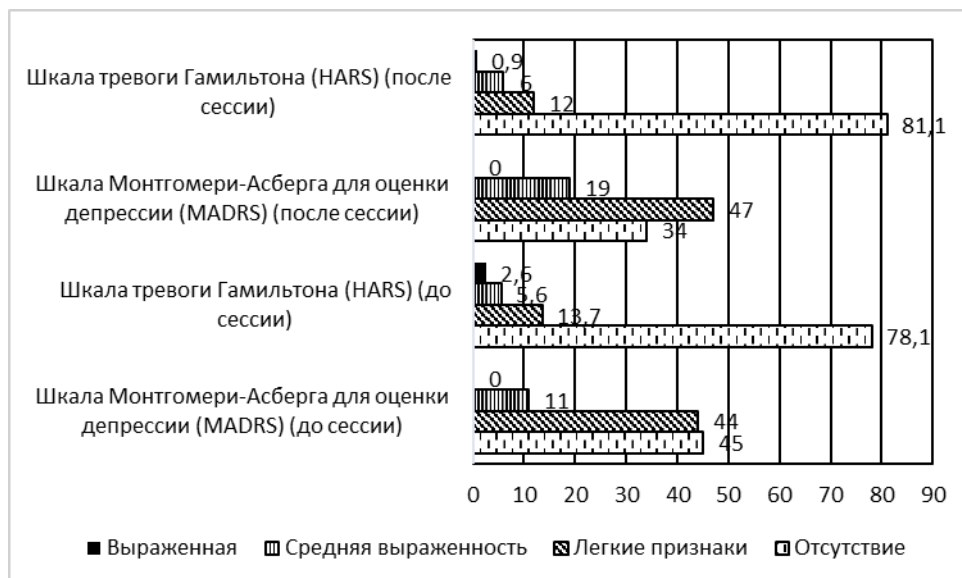


Рис. 8. Распределение уровней депрессии по шкале депрессии Монтгомери-Асберга и тревоги по шкале тревоги Гамильтона

Судя по представленным вторичным данным по шкалам Монтгомери-Асберга и Гамильтона (исследование 2008 года), вероятно, существует некоторая динамика в сторону увеличения депрессии среди студентов после сессии в сравнении с периодом до сессии, при этом показатели по тревоге остаются почти неизменными.

Последняя поставленная в нашей работе задача – выявление наличия междугодичной изменчивости показателей депрессии и тревоги в зависимости от года. Для решения этой задачи (сравнения таблиц сопряженности) нами используется критерий χ^2 Пирсона. Однако, в процессе изучения публикаций мы обнаружили, что во всех исследованиях, где сравнивались показатели депрессии и тревоги до сессии и во время сессии, перед сессией и после сессии, авторы ограничивались описанием данных и не использовали какие-либо сравнительные критерии для выявления значимости различий; поэтому было принято решение также произвести сравнение вторичных данных и этих исследований. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5

Результаты применения критерия χ^2 Пирсона к шкалам депрессии и тревоги

	Шкала	χ^2	N	df	p
Депрессия	Шкала депрессии Бека (2001, 2009, 2011, 2018, 2019, 2021)	116	600	20	< .001
	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (2015, 2019, 2020)	61.8	300	4	< .001
	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (2007, до сессии и во время сессии)	6.33	200	2	.042 < .05
	Шкала самооценки депрессии Цунга (2011, до сессии и во время сессии)	65.3	200	3	< .001
	Шкала самооценки депрессии Цунга (2014, до сессии и во время сессии)	62.3	200	3	< .001
	Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (2008, до сессии и после сессии)	81.2	200	3	< .001
Тревога	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (2015, 2019, 2020, 2021)	57.3	400	6	< .001
	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (2007, до сессии и во время сессии)	7.1	200	2	.029 < .05
	Шкала тревоги Бека (2011, 2019)	15.6	200	2	< .001

Шкала тревоги Гамильтона (2008, до сессии и после сессии)	1.01	200	3	.799>.05
---	------	-----	---	----------

Полученные результаты демонстрируют, что уровни депрессии по «Шкале депрессии Бека» и «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» значимо ($p < 0.001$) меняются в зависимости от года. Уровни тревоги по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» и «Шкале тревоги Бека» также значимо ($p < 0.001$) меняются в зависимости от года. Уровни депрессии до сессии и во время сессии по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» и «Шкале самооценки депрессии Цунга» (в исследованиях и 2011, и 2014 годов) имеют достоверные ($p < 0.05$) и значимые ($p < 0.001$) различия. Уровень тревоги до сессии и во время сессии по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» тоже достоверно ($p < 0.05$) различается. Уровень депрессии до сессии и после сессии по «Шкале Монтгомери-Асберга для оценки депрессии» значимо различается, а уровень тревоги до сессии и после сессии по «Шкале тревоги Гамильтон» не имеет значимых различий. Необходимо заметить, учитывая особенности применения критерия χ^2 Пирсона, что, несмотря на найденные различия, мы не можем однозначно указать направления данных изменений.

Выводы.

1. В российской науке, в частности в психологии, к настоящему времени сформирован стабильный, но незначительный интерес к проблеме депрессии и тревоги среди студентов.

2. Многие исследования проведены на небольших выборках, что влияет на надежность полученных результатов. Для получения значимых результатов при проведении исследований важно использовать выборки достаточного размера, а также не ограничиваться методами описательной статистики и использовать статистические критерии для сравнения данных.

3. В рассмотренных исследованиях преимущественно применяются субъективные шкалы для оценки депрессии и тревоги. К наиболее используемым опросникам относятся «Шкала депрессии Бека», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Шкала самооценки депрессии Цунга», «Шкала тревоги Бека».

4. Уровни депрессии и тревоги имеют значимую изменчивость в зависимости от года (рассматривались данные за 2001, 2009, 2011, 2015, 2018, 2019, 2020 и 2021 годы). Найдены различия в уровнях депрессии до и во время сессии (данные за 2007, 2011 и 2014 годы), до и после сессии (данные за 2008 год). Также найдены различия в уровнях тревоги до и во время сессии (данные за 2007 год).

Полученные в исследовании результаты могут быть использованы при комплексном оценивании распространенности депрессии и тревоги среди студентов и при построении вузовских программ оказания психологической помощи, а также в последующем изучении проблемы.

АННОТАЦИЯ

Проблема психического здоровья все больше привлекает внимание российских психологов, но в работах редко анализируются уже проведенные эмпирические исследования. В статье представлены результаты количественного анализа 26 публикаций, в которых изучается депрессия и тревога среди студентов. Задачами исследования являлось выявление публикационной активности по годам, параметров выборочных совокупностей, используемых шкал депрессии и тревоги, вузов, на базе которых проводились исследования. Проведено сравнение частот по уровню депрессии и тревоги в зависимости от года исследования и учебного периода. **Ключевые слова:** студенты, депрессия, тревога, тревожность, психическое здоровье, анализ исследований.

SUMMARY

Mental health problem are increasingly attracting the attention of Russian psychologists, but empirical studies are rarely analyzed. The paper represents the results of quantitative research of 26 publications that examine the depression and anxiety among students. In particular, the research tasks were to identify the publication activity by years, the parameters of the sample sets, the scales of depression and anxiety, the universities in which the studies were conducted.

Key words: students, depression, anxiety, mental health, research analysis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева О. В., Русая В. В. Тревожные расстройства в неврологической практике [Электронный ресурс] // Лечащий врач. – 2017. – № 5. – URL: https://portal.dnmu.ru/fileadmin/EDITDATA/bibl/lechashchiy_vrach_2017_05.pdf#page=14 (дата обращения: 09.06.2021).
2. Депрессия [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата обращения: 09.06.2021).
3. Зеер Э. Ф., Сыманюк Э. Э. Кризисы профессионального становления личности [Электронный ресурс] // Психологические основы профессиональной деятельности: хрестоматия. – М.: Логос, 2007. – URL: http://www.al24.ru/wp-content/uploads/2015/02/бод_1.pdf#page=560 (дата обращения: 09.06.2021).
4. Кочнева Л. В. Развитие профессионального самосознания студентов вузов: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2009. – 26 с.
5. Лазовская О. Е. Актуальные проблемы в изучении депрессивных расстройств у студентов вузов [Электронный ресурс] // Медицинский журнал. 2010. – № 2. – URL: <http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/2622/Актуальные%20проблемы%20в%20изучении%20депрессивных.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 09.06.2021).
6. Люсов В. А. [и др.]. Методы диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных острым инфарктом миокарда [Электронный ресурс] // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-diagnostiki-trevozhno-depressivnyh-rasstroystv-u-bolnyh-ostryim-infarktom-miokarda> (дата обращения: 9.06.2021).
7. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер. 2015. – 800 с.
8. Мещерякова И. А., Иванова А. В. Проблемное поле и переживания студентов [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. – 2004. – Т. 9. – № 2. – URL:

https://psyjournals.ru/files/1124/psyedu_2004_n2_Meshcheryakova.pdf (дата обращения: 09.06.2021).

9. Можны П., Шлепецки М., Прашко Я. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. – М.: Институт общегуманитарных исследований. – 2015. – 1072 с.

10. Психическое здоровье [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения: 09.06.2021).

11. Родыгина У. С. Психологические особенности профессиональной идентичности студентов [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. – 2007. – Т. 12. – № 4. – URL: <https://psyjournals.ru/files/6764/rodigina.pdf> (дата обращения: 09.06.2021).

12. Слободчиков И. М. Переживание одиночества в контексте проблем психологической адаптации студентов психолого-педагогических вузов [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. – 2005. – Т. 10. – № 4. – URL: https://psyjournals.ru/files/1355/psyedu_2005_n4_Slobodchikov.pdf (дата обращения: 09.06.2021).

13. Тимченкова С. П. Влияние интеллектуальной нагрузки на эмоциональное состояние студентов [Электронный ресурс] // Вопросы науки и образования. – 2018. – № 6 (18). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-intellektualnoy-nagruzki-na-emotsionalnoe-sostoyanie-studentov> (дата обращения: 09.06.2021).

14. Тхостов А. Ш., Рассказова Е. И., Емелин В. А. Психическое здоровье в контексте информационного общества: к вопросу об изменениях в патогенезе и патоморфозе заболеваний (на примере нарушений цикла «сон–бодрствование») [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3. – URL: https://psyjournals.ru/files/108499/cpp_2019_n3_Tkhostov_Rasskazova_Emelin.pdf (дата обращения: 09.06.2021).

15. Фролова Ю. Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья. [Электронный ресурс] // Философия и социальные науки: научный журнал. – 2008. – № 4. – URL: <https://elib.bsu.by/handle/123456789/9198> (дата обращения: 09.06.2021).

16. Хаустова Е. А., Безшейко В. Г. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств [Электронный ресурс] // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 2 (48). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-diagnostike-i-terapii-trevozhnyh-rasstroystv> (дата обращения: 09.06.2021).

17. Хватова М. В., Дьячкова Е. С. Влияние образовательной среды на психологическое здоровье студентов разных специальностей в процессе обучения [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. – 2006. – № 3. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_9308809_49554574.pdf (дата обращения: 09.06.2021).

18. Шагина И. Р. Влияние учебного процесса на здоровье студентов [Электронный ресурс] // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-uchebnogo-protssessa-na-zdorovie-studentov> (дата обращения: 09.06.2021).