### *Федеральное агентство по образованию*

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования*

*« Рязанский Государственный Университет им. С.А.Есенина»*

### Факультет Педагогики и Психологии

Кафедра психологии личности, специальной психологии и коррекционной педагогики

###  «ИЗУЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

###  У СТУДЕНТОВ В СЕССИОННЫЙ ПЕРИОД»

Курсовая работа

студентки 4 курса 44 группы

Краевой Аллы Сергеевны

Научный руководитель:

ст. преподаватель Э.В.Самарина

*Рязань 2006*

*Содержание*

*Введение*

*Глава 1*. Теоретический анализ проблемы невротических реакций у студентов

1.1 Общая характеристика невротических реакций

1.3 Особенности проявления невротических реакций у студентов

*Глава 2*. Эмпирическое исследование специфических проявлений невротических реакций у студентов в сессионный период

2.1Этапы и методы исследования

2.2 Анализ результатов исследования

2.3 Психологические рекомендации и основы психокоррекционной и профилактической работы со студентами

*Заключение*

Приложение

***Введение***

На современном этапе развития общества отмечается тенденция к росту невротических расстройств среди студентов. В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима. Напряженный ритм жизни располагает к невротическим реакциям, психогенные расстройствам, вызываемым конфликтами, ссорами между людьми, одиночеством, страхом, пережитыми страшными или печальными событиями, а также разнообразными заболеваниями.

Отсутствие резервов психического и физического здоровья, высокая тревожность и на этом фоне выраженный страх может привести к развитию у студентов невротических реакций. Согласно литературным данным, невротические реакции преимущественно сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами.

Провалы на экзаменах, плохая адаптация к учебному процессу, онфликты с преподавателями и сокурсниками, отставание в учебе достоверно часто сопровождаются симптоматикой тревожного и тревожно-депрессивного плана (включая психовегетативные корреляты тревоги), аффективно насыщенными поведенческими реакциями в ситуациях фрустрации и психоэмоционального стресса, выраженной симптоматикой дисфункций сердечно-сосудистой и пищеварительной и др. систем.

Поступив в вуз, молодые люди сталкиваются с большой психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к новым условиям обучения, режима дня, питания, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими.

У студентов, вчерашних школьников, перестройка к новым социальным условиям вызывает активную мобилизацию, а затем истощение физических резервов организма, особенно в первые годы обучения. *На первом курсе* происходит изменение социальной роли обучаемого, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспосабливаясь к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустраивать быт.

Студенты вузов испытывают интенсивные интеллектуальные, социально-психологические, а подчас и физические перегрузки и являющиеся весьма характерной моделью социально-незащищенной категории.

В связи с этим в последнее десятилетие, как за рубежом, так и у нас в стране, значительно повысился интерес к проблемам невротичности, тревожности, депрессивности, эмоциональной и психической напряженности и стресса.

Вышеизложенное определяет *актуальность* данной работы.

*Объектом* исследования явилисьневротические реакции устудентов факультета педагогики и психологии РГУ им. Есенина на различных этапах обучения в сессионный период. *Субъект* исследования - 50 студентов первого и четвертого курсов факультета педагогики и психологии РГУ им. Есенина.

*Предмет исследования -* специфические особенности проявления невротических реакций у студентов.

*Гипотеза исследования:* в сессионный период обучения студенты первого курса более подвержены невротическим реакциям, чем студенты четвертого курса.

Основной *целью* данной курсовой работы явилось изучение невротических реакций у студентов на разных этапах обучения. Исходя из цели, поставлены следующие *задачи*:

 1) теоретический анализ проблемы НЕВРОТИЧЕСКИХ реакций и причин их возникновения;

2) экспериментальное исследование и выявление у студентов тревожной и депрессивной симптоматики невротических реакций;

3) Психологические рекомендации по поводу психокоррекционной и профилактической работы со студентами.

В работе использованы следующие *методы:* методика экспресс-диагностики невроза Хека – Хесса,шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера–Ханина, шкала депрессии SCL-90, тест на учебный стресс.

 *База* проведения исследования: РГУ им. С.А. Есенина, факультет педагогики и психологии.

Глава 1. Теоретический анализ проблемы невротических реакций у студентов

1.1Общая характеристика невротических реакций

В данной курсовой работе приводится рассмотрение тех временных состояний нарушений психофизиологической и социально-психологической сферы человека, которые развиваются на фоне нормально сформированных механизмов психической деятельности, т. е. у психически здоровых людей. Здоровый человек – это человек, адаптированный к условиям внешней среды, а психическое здоровье неотделимо от физического и социального благополучия человека. Причиной же расстройств является воздействие на человека каких-либо факторов внешней среды, ослабляющих механизмы социально - психологической адаптации личности.

Каждый человек в течение жизни переносит ту или иную невротическую реакции. Это может быть неудачно сданный экзамен, конфликты с детьми, развод и даже свадьба – ведь такой положительный эмоциональный всплеск тоже отражается на нашей психике. Очевидно, что наиболее часто проявления нарушений психической адаптации должны регистрироваться в популяционных группах, чья повседневная, социальная или профессиональная деятельность проходит в условиях повышенных средовых социо-психологических требований психоэмоционального стресса, в частности. Одну из таких групп представляют студенты вузов, испытывающих интенсивные интеллектуальные, социально-психологические, а подчас и физические перегрузки и являющиеся весьма характерной моделью социально-незащищенной категории населения. *[* *34]*

На современном этапе наблюдается рост проявления непсихотических форм психических расстройств, среди которых преобладают невротические нарушения. *[17, с.5-6]* Также отмечается тенденция к коморбидности депрессивных проявлений с другими группами расстройств, особенно непсихотического уровня, в частности, тенденция к тревожности и депрессии. *[8, с.304; 9, с.165, 171-175]*

*Невротические расстройства* - это такие расстройства, которые характеризуются эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, вегетативными расстройствами. *[*26*, С.673]* Признаками невротического расстройства являются чрезмерная чувствительность, нервность, чувство тревоги, опасности, беспокойство, напряжение, ухудшение сна, раздражительность, ранимость, склонность живо реагировать на всевозможные неблагоприятные воздействия различными маловыраженными, быстро переходящими и вытекающим из психофизической конституции индивида, *невротическими реакциями*. Человек с невротическим расстройством, помимо своей "тонкокожести" к определенным раздражителям, нередко обнаруживает отдельные (смягченные, невыраженные, субклинические) невротические явления: склонность к печали, чуткий сон, неровный аппетит и т. д. Выделяют периодическое, приступообразное и непрерывное течение невротических и неврозоподобных расстройств. *[5,с. 113-123]*

*Периодическое невротическое расстройство* характеризуется возникновением невротического нарушения (невротическая реакция *-* относительно кратковременное аффективное переживание; в очень редких случаях невротическое состояние и практически никогда - невротическое формирование личности), после ликвидации которого в психике человека не остается никаких выраженных последствий: состояние возвращается примерно к тому, каким оно было до возникновения расстройства. Появление невротической реакции зависит от действия неблагоприятных ситуационных факторов. Например, у студентов порой возникают во время каждой сессии астенические, анксиозные и иногда истерические расстройства. Они появляются лишь в определенном промежутке времени (во время сессии, являющейся мощным психогенным фактором) и после окончания сессии прекращаются. Иногда эти расстройства обнаруживаются лишь перед экзаменом и после сдачи экзамена бесследно проходят. Периодическое течение невроза тоже может быть отнесено к невротической реакции, а иногда к невротическому состоянию. Главное здесь не периодичность течения, а отсутствие постприступных изменений личности, т. е. заметной повышенной невротической готовности.

*Приступообразное*  течение невротических и неврозоподобных расстройств чаще всего происходит, когда уже сформировался невроз. Он носит более продолжительный характер, нежели периодическое течение невротических и неврозоподобных расстройств и характеризуется появлением постприступных изменений личности после каждого приступа невроза, зависящего от психогенного фактора, но в возникновении и клиническом оформлении которого (т. е. невроза) играют роль различные сочетания факторов среды и почвы, отмечаются изменения личности по типу нарастания стойкой повышенной невротической готовности.

Также встречается *непрерывное* течение неврозоподобных нарушений, когда неврозоподобные расстройства обнаруживаются независимо от соматического неблагополучия, хотя понятно, что в состоянии психофизиологической декомпенсации они усиливаются.

Таким образом, один и тот же симптом может являться как неврозом, так и неврозоподобным состоянием. Но невротические симптомы не всегда стоит отождествлять с неврозом, так как их может обнаруживать и здоровый человек*.[5 , c. 127]*

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ - это психогенные расстройства, вызываемые конфликтами, ссорами между людьми, одиночеством, страхом, пережитыми страшными или печальными событиями, а также разнообразными заболеваниями.

Невротические реакции хорошо известны в практике диагностики и коррекции пограничных расстройств. Исследователи, описывающие эти реакции, как правило, воздерживаются от того, чтобы определенно относить их либо к проявлениям нормальной реактивности нервно-психической сферы человека, либо к болезненным срывам ее функционирования. Невротические реакции отличаются от неврозов тем, что они более поверхностны, возникают как следствие определенных актуальных событий, не имеют тенденции повторяться в аналогичных ситуациях, могут исчезать без лечения. Развитие таких реакций обычно связано с воздействием острой психотравмирующей ситуации.

*Общим признаком невротических реакций* является их относительная кратковременность, исчисляемая обычно часами и сутками, реже – неделями. Таким образом, невротическая реакция - скорее всего периодическое невротическое расстройство, нечто кратковременное, длящееся минуты, часы, сутки, иногда недели. Затем симптоматика проходит как критическим, так и литическим путем. *[19,**с.437]*

Невротические реакции могут быть редкими, единичными, однако при неблагоприятных обстоятельствах, при воздействии на человека ослабляющих его адаптивные возможности факторов реакции могут учащаться, становиться систематическими, усложнятся и углубляться по содержанию. Естественно, что при этом появляется все больше оснований определять состояние нервно-психической сферы как преболезненное, преневротическое*. [19 ,С.438]*

Как содержательная, так и динамическая характеристика невротических реакций может быть весьма разнообразной. [19, с.473] В зависимости от характера стрессовых воздействий можно ожидать невротических реакций разного рода: появления либо острой *тревоги*, либо *депрессии*. Весьма велика вероятность их сочетания – возникновения тревожно - депрессивных реакций. Невротические тревожные и депрессивные реакции сопровождаются различными вегетативными проявлениями (тахикардией, гипергидрозом или чувством сухости во рту, изменением перистальтики, учащённым мочеиспусканием, чувством сдавления и сжатия в груди, удушьем и др.).

*Признаки невротических реакций* могут быть различны: повышенная возбудимость, психическая и физическая утомляемость, капризность или заторможенность, страхи, ухудшающиеся временно аппетит и сон, временное состояние подавленности и депрессии; заостренное переживание, рассеянность, рассредоточенность, снижение работоспособности, потребность в длительном отдыхе, не дающем, однако, полного восстановления сил. Наиболее типичны жалобы на упадок сил, отсутствие бодрости, энергии, на пониженное настроение, разбитость, слабость, непереносимость обычных нагрузок. Появляются страшные сновидения, в которых иногда можно уловить психотравмирующую ситуацию. Люди говорят, что им скучно, легко расстраиваются, обижаются, плачут. Возникают или усиливаются разнообразные страхи. В это же время могут появляться разнообразные тики (подергивание головой и плечами, покашливания, шмыганье носом, облизывание губ и другие). Могут проявляться и более неприятные явления: недержание мочи и кала, заикание.

Таким образом, общей клинической картиной невротических реакций являются:

* Симптомы вегетативного спектра
* Симптомы депрессивного спектра
* Симптомы тревожного спектра

Симптомы вегетативного спектра:

* усиленное или учащенное сердцебиение;
* потливость;
* сухость во рту, не обусловленная приемом дегидратантов;
* затруднённое дыхание;
* шум в ушах;
* ощущение дискомфорта в грудной клетке;
* тошнота и неприятные ощущения в животе;
* приливы жара или озноб;
* ощущение онемения или покалывания;
* мышечное напряжение или боли;
* двигательное беспокойство и неспособность расслабиться*. [1, с.96]*

Симптомы депрессивного спектра:

(характеризуются подавленным состоянием, тоской, упадком сил, крайне низкой самооценкой, чувством вины, тоски и угнетенности или родственными симптомами. *. [1 ,с.91])*

* снижение настроения;
* снижение энергичности, которое приводит к повышенной утомляемости и сниженной активности;
* выраженная утомляемость даже при незначительном усилии;
* сниженная способность к сосредоточению и вниманию, снижение функции памяти;
* сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
* наличие идей виновности и уничижения;
* мрачное и пессимистическое видение будущего;
* наличие идей или действий по самоповреждению или суициду;
* нарушения сна: сочетание раннего пробуждения и депрессивных мыслей, хотя иногда имеет место чрезмерная сонливость;
* состояние психомоторной заторможенности (замедленность движений, мышления) или же, наоборот, состояние ажитации (беспокойство, объективно выражающееся в безостановочной двигательной активности);
* отсутствие интересов и способности радоваться;
* депрессивное мышление: мысли, относящиеся к настоящему: больной в любом событии видит только грустную сторону; считает, что ему ничего не удаётся и окружающие видят в нём неудачника; больной не чувствует уверенности в себе и к любому успеху относится скептически; представления о будущем: больной ожидает самого худшего, рисует безнадёжные перспективы, предвидит неудачи на работе, крах в семье и неизбежное разрушение своего здоровья, что сопровождается мыслями о самоубийстве и разработкой соответствующих планов; мысли, посвящённые прошлому: думая о прошлом, больного охватывает необоснованное чувство вины и самобичевания по незначительным поводам;
* биологические симптомы: потеря аппетита, снижение массы тела, запоры, утрата либидо, аменорея. *[1, с.96]*

Симптомы тревожного спектра:

Тревожность, как и депрессия, может также включать потребностные остояния и биохимические факторы. *[22, с.12]*

Характерен внешний вид человека — лицо выглядит напряжённым, брови сдвинуты; поза напряжённая; он беспокоен, часто вздрагивает; кожа бледная, обычно наблюдается потоотделение, особенно потеют руки, ноги и подмышки. Готовность к слезам, которая может поначалу навести на мысль о депрессии, отражает общее тревожное состояние. Синдром тревоги характеризуется чрезмерным возбуждением, повышенной функцией симпатической нервной системы.

* привычное ощущение тревожного предчувствия;
* ощущение тревоги, вызываемое определёнными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными;
* тревога может быть генерализованной и стойкой, но не ограничиваться какими-либо определёнными средовыми обстоятельствами и даже не возникать с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т. е. она является «нефиксированной»);
* ощущение напряжённости, беспокойства, опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере повседневной жизни;
* усиленное реагирование на любые неожиданности или действия, предпринимаемые с целью вызвать испуг;
* затруднение сосредоточения внимания, ощущение «пустоты в голове» из-за тревоги и беспокойства;
* постоянная раздражительность;
* затруднения засыпания из-за беспокойства;
* чувствительность к шуму;
* нарушение сна — невозможность быстрого засыпания, беспокойный кратковременный сон с частыми пробуждениями, отсутствие чувства отдыха утром, «кошмарные» сновидения;
* чувство головокружения, слабости, неустойчивости;
* страх сумасшествия, страх утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания;
* ощущение комка в горле или затруднения при глотании;
* ощущение «взвинченности», состояния на грани «нервного срыва» или психического напряжения;
* страх смерти; восприятие окружающих материальных объектов как «ненастоящих» либо ощущение отделённости от собственной личности или нереальности своего пребывания в данный момент в данном месте (дереализация и деперсонализация).

Тревожность - очень широко распространенный психологический феномен нашего времени. Различают долговременные факторы, предрасполагающие к развитию симптомов тревоги, и факторы, провоцирующие конкретный эпизод. Существенно повышен риск развития тревожных расстройств у тех, кто постоянно подвергается негативному воздействию вредных социальных факторов, например трудноразрешимых межличностных проблем или неблагоприятных условий жизни. Обычно прослеживается некоторая связь между тревожными состояниями и психотравмирующими жизненными событиями***.***.*[1, с.109-110]* Значение тревоги как социально - обусловленного фактора было отмечено на одном из первых, ежегодных симпозиумов, проводящихся Американской ассоциацией психологов и психопатологов.*[30*,с.15,29*]*

В. В. Суворова . *[ 30 ]*, в своей книге "Психофизиология стресса" определяет тревожность, как психическое состояние внутреннего беспокойства, неуравновешенности и в отличие от страха может быть беспредметной и зависеть от чисто субъективных факторов, приобретающих значение в контексте индивидуального опыта. И относит тревожность к отрицательному комплексу эмоций, в которых доминирует физиологический аспект. А. М. Прихожан *[21],* определяет тревожность, как устойчивое личностное образование, сохраняющегося на протяжении достаточно длительного периода времени. В целом, повышенная тревожность - это субъективное проявление неблагополучия личности, ее дезадаптации. Ч. Д. Спилбергера различает тревогу - как состояние и тревожность - как свойство личности. С помощью шкалы Спилбергера, получившей широкое распространение (в отечественной психологии ее развил в 1967 г. В.Ф. Березин *[31, с.385-386]*, а 1976-78 г.г. Ю. Л. Ханин *[ 31 , с.388)* **,** можно количественно измерить как личностную тревожность, так и состояние тревожности, для которого характерны субъективно переживаемые неприятные эмоции напряжённости, озабоченности, неудовлетворённости, беспокойства и дурного предчувствия, сопровождающиеся, как правило, активацией вегетативной нервной системы. Это состояние является эмоциональной реакцией на различные стрессоры (экзамены), связанные в той или иной мере с угрозой престижу, самоуважению и самооценке человека.

В воз­никновении тревожности как черты веду­щую роль Спилбергер отводит взаимоотношениям с родителями на ранних этапах развития ребенка, а также определенным событиям, ведущим к фиксации страхов в детс­ком возрасте.  *[27,* *с.309-311]* Но у данной теории есть и недостаток – недооценивается роль социального фактора, который является очень важным для понимания проблемы.

*Трево­га* — реакция на грозящую опасность, ре­альную или воображаемую, эмоциональ­ное состояние диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределен­ным ощущением угрозы, в отличие от страха, который представляет собой реакцию на вполне определенную опасность.

*Тревожность* — индивидуальная психо­логическая особенность, состоящая в по­вышенной склонности испытывать беспо­койство в различных жизненных ситуаци­ях, в том числе и тех, объективные харак­теристики которых к этому не предраспо­лагают.

Понимание тревоги в теории Спилберге­ра определяется следующими положени­ями:

Ситуации, представляющие для че­ловека определенную угрозу или личностно значимые, вызывают в нем состояние тревоги. Субъективно тревога пережива­ется как неприятное эмоциональное со­стояние различной интенсивности. Интенсивность переживания тревоги пропорциональна степени угрозы или значимости причины переживаний. От этих факторов зависит длительность переживания состояния тревоги. Высокотревожные индивиды вос­принимают ситуации или обстоятельства, которые потенциально содержат возмож­ность неудачи или угрозы, более интен­сивно. Ситуация тревоги сопровождается изменениями в поведении или же мобилизует защитные механизмы личности. Час­то повторяющиеся стрессовые ситуации приводят к выработке типичных механиз­мов защиты. Итак, выделяют личностную тревожность и ситуационную (реактивную) тревожность.

Дегоралис и другие исследователи, создатели *методики SCL*, выделяют также *фобическую тревожность* - стойкую реакцию траха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуются как рациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению.

*Страх как невротическая реакция:*

На данный момент страхи, пожалуй, являются самым распространенным видом тревожных расстройств. Склонностью к ним страдает до 14% населения. Вероятно, каждому человеку знакомо ощущение страха, например в момент реальной опасности. И сам по себе страх является невротической реакцией. Многочисленные нервные перегрузки, накопившиеся отрицательные эмоции, постоянно испытываемое нервное перенапряжение способствуют развитию такого состояния, когда в жизни человека начинают доминировать чувства тревоги и страха. Однажды возникнув, они могут длиться от нескольких минут до нескольких часов, продолжаться долгие месяцы и даже годы. Сами по себе это могут быть страхи перед конкретными предметами, объектами и явлениями (разнообразные фобии), или другие, немотивированные, бессодержательные, лишенные всякого основания.

Страх принадлежит к категории фундаментальных эмоций человека. Мотивация страха - условно-рефлекторная, т. к. в нем закодирована эмоционально переработанная информация о возможности опасности. Само же чувство страха появляется непроизвольно, помимо воли, сопровождаясь выраженным чувством волнения, беспокойства или ужаса. Страх классифицируется как ситуативно и личностно обусловленный острый и хронический, инстинктивный и социально опосредованный. Боязнь и тревожность, как состояние, соответствующее страху и тревоге. По степени выраженности страх делится на ужас, испуг, собственно страх, тревогу, опасения, беспокойство и волнение. Несмотря на свою отрицательную окраску, страх выполняется разнообразные функции в психической жизни человека. Как реакция на угрозу, страх позволяет избежать встречи с ней, играя таким образом защитную, адаптивную роль в системе психической само регуляции. Это своеобразное средство в познании окружающей действительности. В некотором роде страх - способ ограничения "Я" от чужеродного, неприемлемого влияния извне, страх может мобилизовать "Я" перед лицом внешней опасности, способствуя интеграции внутренних психических ресурсов.

Возрастные страхи в некоторой степени отражают исторический путь развития самосознания человека. В отличие от естественных, социальные страхи приобретаются путем научения в процессе формирования личности. При большем, чем в норме количестве страхов и их невротическом характере возникает состояние психического напряжения, скованности, аффективно заостренного стремления к поиску опоры. Поведение становится все более пассивным, атрофируется любопытство, любознательность, избегается любой риск, связанный с вхождением в новую, неизвестную ситуацию общения. Развивается настороженность и замкнутость, уход в себя, в свои проблемы. Усиливается ориентация на травмирующее прошлое. Неумение радоваться пропорционально умению тревожиться.*(11, с.124-136)*

*Механизм возникновения невротических реакций:*

Невротические реакции обычно возникают на относительно слабые, но длительно действующие раздражители, приводящие к постоянному эмоциональному напряжению или внутренним конфликтам (события, требующие трудных альтернативных решений, ситуации, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего.

Механизм возникновения невротических реакций заключается в том, что в прошлом человека существовал неадекватно разрешенный конфликт, серьезная психотравмирующая ситуация, не пережитая им, что и влияет на появление неадекватных действий*. Приной* невротической реакции может быть психическая травма или соматическое заболевание. Содержание психической травмы может влиять на проявление болезни, например, страх животных, после нападения собаки и т.д. Невротическая реакция возникает после пережитой психической травмы или заболевания и уменьшается по мере отдаления от травмирующих психику факторов.(6, с.13-16) На самом деле суть не в самих психических травмах, а в том, как их воспринимают люди. Ведь люди сильнее реагируют на те события, которые для них наиболее значимы. Очень важную роль играют и особенности личности человека. Если он замкнут, насторожен, боязлив или очень легко возбудим, да еще часто болеет – это важные предрасполагающие факторы к возникновениям невротических реакций. Кроме того, описанные симптомы могут быть проявлением какого-либо заболевания (соматического, неврологического, психического). Чтобы помощь была максимально эффективной, очень важно определить причину невротической реакции и устранить ее. Ведь если причина не устранена – трудно рассчитывать на благоприятный прогноз*. [6, с.14]*

Прогностическая значимость той или иной невротической реакции определяется не столько ее продолжительностью и глубиной расстройств, сколько общей динамикой нервно-психического состояния.

Любая невротическая реакция - это сигнал о психологическом неблагополучии. Но они в большинстве случаев обратимы. [*6, с.14-15* ]

Невротические реакции требуют скорее не лечения, а правильного педагогического и психологического подхода. Профилактика невротических расстройств включает ряд социальных и психогигиенических мероприятий, в том числе создание благоприятных семейно-бытовых и трудовых условий, рациональная профессиональная ориентация, предупреждение эмоционального перенапряжения, устранение профессиональных вредностей и др*.[ 35 ]*

1.3 Особенности проявления невротических реакций у студентов

*Характеристика позднего юношеского возраста (17-20) и начала периода взрослости (20-23):*

В данной работе нас интересует юношеский (студенческий) возраст, который является решающим периодом развития самосознания, его упрочения и закрепления. Дальнейшие его изменения в общем плане представляют уже не развитие и формирование, а трансформацию в зависимости от социально-политических, экономических, демографических условий. Юношеский возраст – это часть молодости, состоящий из целого ряда более коротких периодов – возрастных стадий или фаз, а также отдельных лет. Каждый год молодости качественно отличен от других лет, несет в себе особую качественную и количественную нагрузку, как только его связывают с жизнедеятельностью человека.

*Юность* (от 17 до 20 лет) – это первый период взрослой жизни. Ответственность за свою судьбу, за свою последующую жизнь определяет специфику этого возрастного этапа. Для кого-то в юности начинается реализация жизненных планов, четко намеченных еще в старших классах школы, идет проверка их правильности в жизненной практике. Однако многие продолжают поиски себя, пытаясь решить проблему самоопределения методом проб и ошибок, и эти поиски зачастую мучительны. Итак, для юности характерны три основных жизненных варианта: получение профессионального образования, поиск работы, для юношей служба в армии. То, какой выбор будет сделан в это время, зависит от направленности личности, доминирующих мотивов, основных ценностных ориентаций. В начале 1990-х гг. наблюдалась тенденция снижения ценности образования в нашей стране, сейчас образование снова входит в систему ценностей. Самая большая трудность – это заработать на жизнь, достичь материальной независимости от родителей, к этому стремятся почти все в юношеском возрасте*. [14]*

Развитие интеллектуальной сферы и мышления является центральным звеном развития в том возрасте. В психическом облике юношей (девушек) – склонность к рассуждениям, особая эмоциональность, впечатлительность, ориентация на будущее, ведущим мотивом становится мотив учения ради будущей жизненной перспективы, происходит рост самостоятельности. Это вступление в самостоятельную жизнь, резко меняется социальная позиция*.[26,с.101]* Юность - напряженный период формирования нравственного сознания, выработки ценностных ориентаций и идеалов, устойчивого мировоззрения, гражданских качеств личности. Ответственные и сложные задачи, стоящие перед индивидом в этом возрасте при неблагоприятных общественных или микросоциальных условиях могут приводить к острым психологическим конфликтам и глубоким переживаниям, кризисному протеканию юности, к разнообразным отклонениям в поведении юношей и девушек от предписываемых общественных норм. *[19, с.231-232 ]*

*Переходный период между юношеским возрастом и ранней зрелостью* (от 20 до 25 лет) имеет колоссальное значение в становлении молодого человека, когда многие вопросы, которые прежде можно было отложить на потом, встают с особой силой. Реальная жизнь, реальное самоопределение – серьезнейший период взросления. Наше время отличается глобальными метаморфозами, происходящими в социуме. Современный молодой человек оказался в ситуации предельной нестабильности общественного сознания, когда нет приемлемых идеалов в прошлом, но и еще не найдены новые, адекватные происходящим в мире переменам ориентиры для предстоящего развития, профессионального, личностного, национального самоопределения. Поэтому сегодня молодежи очень трудно выделить и усвоить нормы взрослой жизни. Отсюда смятение и неуверенность в завтрашнем дне.

Процесс самоопределения, обретения зрелости затягивается из-за того, что юношеские мечты в реальности наталкиваются на множество проблем и трудностей взрослой жизни. Большинство молодых от 18 до 25 лет пробуют разные виды деятельности, учатся принимать себя в нескольких социальных ролях. Они вынуждены корректировать и соотносить с конкретными жизненными ситуациями свои цели и действия, вырабатывая индивидуальные способы совладения с проблемной действительностью взрослого мира *[14,С.363–381].*

Таким образом, вхождение во взрослость является переходным периодом между юношеским возрастом и взрослостью. Этот период (переход к ранней зрелости) условно ограничивается временными рамками от 18 до 25 лет. В это время изживаются последние детские и подростковые иллюзии, осуществляется процесс реального самоопределения через ориентацию на ценности саморазвития, когда человек берет на себя ответственность за постановку целей собственного развития, выбор и выработку путей их достижения. *[14]*

Период принято рассматривать как стабильный период. Начинается самый продуктивный, самый творческий период в жизни человека. На ранних этапах зрелости в 19-20 лет отличаются оптимумы (точки наивысшего подъема) зрительной, слуховой. Кинестетической чувствительности. Отмечены наиболее высокие показатели кратковременной вербальной памяти. Известно, что в основе обработки информации студентов лежит ориентировочный рефлекс, на характер которого влияют, среди других факторов, индивидуально- типологические особенности человека: экстраверсия, нейротизм, особенности функциональной асимметрии и вегетативной регуляции, а также свойство активированности ЦНС. В структуре индивидуальности человека эти качества определенным образом взаимосвязаны, что позволяет предполагать существование типов конституции, определяющих характер ориентировочной реакции и успешной адаптации к студенческой деятельности. В этот период происходит усиление социального развития личности, включение ее в разные сферы общественных отношений и деятельности. Процесс развития личности при этом во многом зависит от уровня социальной активности и степени продуктивности самой личности*. [26, с. 963]*

*Особенности проявления невротических реакций у студентов:*

Студенты составляют особую социальную группу, объединенную определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни. Это одна из самых многочисленных групп населения с повышенным уровнем риска заболеваний.

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима *[28****,*** *с.265].*

Отсутствие резервов психического и физического здоровья может привести к развитию у студентов невротических расстройств и расстройств адаптации *[ 7, с.207-209]* Высокая тревожность и на этом фоне выраженный страх могут привести к возникновению невротической реакции (повышение температуры, головные боли, обострение хронических заболеваний).

Студенты вузов испытывают интенсивные интеллектуальные, социально-психологические, а подчас и физические перегрузки и являющиеся весьма характерной моделью социально-незащищенной категории населения.

Провалы на экзаменах, плохая адаптация к чебному процессу, конфликты с преподавателями и сокурсниками, отставание в учебе достоверно часто сопровождаются симптоматикой тревожного и тревожно-депрессивного плана (включая психовегетативные корреляты тревоги), аффективно насыщенными поведенческими реакциями в ситуациях фрустрации и психоэмоционального стресса, выраженной симптоматикой дисфункций сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Поступив в вуз, молодые люди сталкиваются с большой психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к новым условиям обучения, режима дня, питания, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими. связи с продолжающимся развитием организма студентов в период обучения, он подвержен различным неблагоприятным воздействиям, что может привести к срыву процесса адаптации и развитию целого ряда заболеваний. Рост заболеваемости студентов снижает эффективность учебного процесса, а в дальнейшем ограничивает их профессиональную деятельность. На современном этапе развития общества отмечается тенденция к росту невротических реакций среди студентов. Наиболее часто в структуре невротических расстройств у студентов встречаются тревожные и депрессивные реакции, развивающиеся в рамках дезадаптации. *[3, с.87-89]*

У студентов, вчерашних школьников, перестройка к новым социальным условиям вызывает активную мобилизацию, а затем истощение физических резервов организма, особенно в первые годы обучения. *На первом курсе* происходит изменение социальной роли обучаемого, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспосабливаясь к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустраивать быт.

На снижение уровня здоровья студенческой молодежи в процессе обучения влияет множество факторов, которые условно можно разделить на:

1. объективные, связанные с учебным процессом (продолжительность учебного дня, плотность нагрузки, обусловленная расписанием, кратковременные перерывы между занятиями, общественная деятельность и т.д.);

2. субъективные, личностные характеристики (организованность, дисциплинированность, целеустремленность, мотивация здорового образа жизни, двигательная активность, режим питания, наличие или отсутствие вредных привычек и т.д.).

В связи с актуальностью данной проблемы в целях предотвращения появления невротических реакций у студентов важно проводить профилактику и диагностику. *[6, с.13]*

Глава 2. Эмпирическое исследование проблемы

2.1 Этапы и методы исследования

На современном этапе развития общества отмечается тенденция к росту невротических расстройств среди студентов. Напряженный ритм жизни располагает к невротическим реакциям, психогенные расстройствам, вызываемым конфликтами, ссорами между людьми, одиночеством, страхом, пережитыми страшными или печальными событиями, а также разнообразными заболеваниями. Студенты составляют особую социальную группу, объединенную определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни. Это одна из самых многочисленных групп населения с повышенным уровнем риска заболеваний.

Отсутствие резервов психического и физического здоровья, высокая тревожность и на этом фоне выраженный страх может привести к развитию у студентов невротических реакций.

Провалы на экзаменах, плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с преподавателями и сокурсниками, отставание в учебе достоверно часто сопровождаются симптоматикой тревожного и тревожно-депрессивного плана (включая психовегетативные корреляты тревоги), аффективно насыщенными поведенческими реакциями в ситуациях фрустрации и психоэмоционального стресса, выраженной симптоматикой дисфункций сердечно-сосудистой и пищеварительной и др. систем.

Поступив в вуз, молодые люди сталкиваются с большой психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к новым условиям обучения, режима дня, питания, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими.

У студентов, вчерашних школьников, перестройка к новым социальным условиям вызывает активную мобилизацию, а затем истощение физических резервов организма, особенно в первые годы обучения. *На первом курсе* происходит изменение социальной роли обучаемого, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспосабливаясь к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустраивать быт.

Студенты вузов испытывают интенсивные интеллектуальные, социально-психологические, а подчас и физические перегрузки и являющиеся весьма характерной моделью социально-незащищенной категории населения.

Вышеизложенное определяет *актуальность* данной исследовательской работы.

*Объектом* эмпирического исследования явилисьневротические реакции устудентов 1 и 4 курсов дневного отделения факультета педагогики и психологии РГУ им. Есенина в сессионный период.

*Субъект* исследования - 50 студентов первого и четвертого курсов факультета педагогики и психологии РГУ им. Есенина.

*Предмет исследования -* специфические особенности проявления невротических реакций у студентов в период летней сессии.

*Гипотеза исследования:* в сессионный период обучения студенты первого курса более подвержены невротическим реакциям, чем студенты четвертого курса.

Основной *целью* данного исследования явилось изучение невротических реакций у студентов на разных этапах обучения. Исходя из цели, поставлены следующие *задачи*:

1. экспериментальное исследование и выявление у студентов 1 и 4 курсов тревожной и депрессивной симптоматики невротических реакций;
2. сравнение уровня предрасположенности студентов 1 курса и 4 – го к проявлению невротических реакций в сессионный период;
3. Психологические рекомендации по поводу возможной психокоррекционной и профилактической работы со студентами.

В работе использованы следующие *методы:* методика экспресс-диагностики невроза Хека – Хесса,шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера–Ханина, шкала депрессии SCL-90, тест на учебный стресс.

 *База* проведения исследования: РГУ им. С.А. Есенина, факультет педагогики и психологии.

*Характеристика выборки:* 50 студентов мужского и женского пола в возрасте от 18 до 21 года на первом и четвертом курсах обучения дневного отделения психологического факультета РГУ ( группы 16, 14, 44, 45, 48) в летний сессионный период. Обучающихся на первом курсе было протестировано 25 человек (2 - мужского пола, 23 - женского) и на четвертом курсе — 25 человек (1 студент - мужского пола, 24 - женского).

*Описание используемых в исследовании методик:*

Личностные опросники и анкеты удобны в практическом использовании, не требуют специальной аппаратуры и не занимают много времени для их аполнения. Этот метод, наиболее удобный для исследования, был и выбран в данной работе для изучения психологической проблемы невротических реакций у студентов в ситуации экзаменационной сессии.

**ШКАЛА SCL-90 R**

Методика SCL-90 создана *Дегоралисом* в 1974 году на основе Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - методики, ведущей свою историю от Cornel Medical Index (Wider, 1948), которая в свою очередь, опиралась на "Шкалу дискомфорта", разработанную Парлоффом с соавторами в 1953 году. Опыт работы Дерогатис с HSCL показал, что, несмотря на хорошие результаты, полученные при проверке надежности и валидности шкалы, имел место ряд серьезных ограничений при ее использовании: методика HSCL разрабатывалась как исследовательский инструмент, не предназначавшийся для работы с больными, пять первоначально выделенных симптоматических категорий, хотя и хорошо работали в тех областях, на которые они были направлены, не охватывали других важных областей симптоматики, значительное количество вопросов не имело отношения к измерению пяти основных симптоматических конструктов, а были просто "шумом". Наконец, в HSCL не существовало сравнительной клинической шкалы, которая могла бы позволить сравнивать показатели психологического статуса пациента с клиническими данными. Эти соображения были учтены при создании SCL-90-R. Взяв за основу пункты HSCL для пяти симптоматических категорий определенных ранее, авторы опустили некоторое количество старых вопросов и добавили 45 новых, составивших 4 категории. Все это в целом и образовало методику SCL-90-R, которая исторически связана с HSCL, но отлична от нее.

 SCL-90-R - инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент психологического симптоматического статуса. SCL не является методикой изучения личности (за исключением косвенного анализа) то есть методикой выявляющей личностные типы или расстройства личности, которые бы отражались в характерном профиле первичных симптоматических расстройств. Методика создавалась для того, чтобы оценить психологический симптоматический статус широкого спектра индивидов, начиная от лиц из группы "нормы" и различных типов пациентов: от больных общего профиля до инвалидов с психиатрическими расстройствами. При создании теста использовались наиболее доступные для понимания выражения. Вопросы включали в себя простейшие слова, позволяющие сохранить их смысл. Выбор пятиранговой дискретной шкалы для ответов на пункты SCL-90-R. Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, паранойяльных тенденций, психотизма.

В данной работе использовалась только одна шкала – шкала депрессии. Шкала депрессии SCL содержит 12 пунктов и ее назначение состоит в том, чтобы оценивать паттерны психологических признаков депрессии у психиатрических пациентов и здоровых лиц.

Обработка шкалы:

 Каждый из 12 вопросов оценивается по пятибальной шкале (от 1 до 5), где 1 соответствует позиция «совсем нет», а 5 – «очень сильно», общее число утвердительных ответов (PST) указывает на уровень подверженности депрессии. Выбор пятиранговой дискретной шкалы для ответов на пункты SCL-90-R представляют некоторый компромисс между тем фактом, что надежность пропорциональна числу пунктов между предельными значениями шкалы ответов, и пониманием того, что существуют ограничения в восприятии человеком тяжести переживаемых психологических симптомов. Тестирование может проводиться как однократно, так и многоразово в различных вариантах. Тест - ретестовая надежность для SCL очень хорошая и нет данных о каких-либо существенных искажениях при повторном предъявлении методики.

Операциональные ОПРЕДЕЛЕНИЯ шкалы депрессии SCL-90-R

*Депрессия.* Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии. Здесь представлены симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. кроме того, сюда относятся чувство безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии. Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг - диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, диагностики.

В результате обработки шкалы получаем уровень депрессии ( УД ), который колеблется от 12 до 60 баллов.

* Если уровень депрессии (УД) не более 20 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.
* Если УД более 20 баллов и менее 30, то диагностируется склонность к депрессивным переживаниям.
* Если УД более 30 и менее 40 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.
* Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 40 баллов.

Протоколы обследования студентов с помощью этой методики представлены в *Приложении.*

**Методика Ч. Спилбергера – Ю. Ханина**

Для уточнения гипотезы мы использовали методику диагностики самооценки Ч. Д. Спилберга (1966-1973 гг.), которая является единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство (уровень личностной тревожности), и как состояние (уровень ситуативной тревожности).

Операциональные ОПРЕДЕЛЕНИЯ шкалы:

*Личностная тревожность* характеризует устойчивую склонность человека воспринимать широкий круг жизненных ситуаций как угрожающих ему и реагировать на них появлением состояния тревоги. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий "веер" ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные, связанные со специфическими ситуациями угрозы его престижу, самооценке, самоуважению. Высокая личностная тревожность повышает вероятность эмоциональных и невротических срывов, риск психосоматических заболеваний, особенно в тех случаях, когда требования выполняемой профессиональной деятельности предъявляют к работнику повышенные требования. По Ю. Л. Ханину личностная тревожность как черта, свойство, диспозиция дает представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров. Следовательно, здесь речь идет об относительно устойчивой склонности человека воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением ситуативной тревожности. *[27, с.309]*

*Ситуационная (реактивная) тревожность* характеризует особенности текущего состояние человека, вызванное выполнением им какой-либо деятельности в тех случаях, когда он напряжен, беспокоен, нервозен. Высокая выраженность ситуационной тревожности может служить показателем наличия определенных проблем при выполнении работником конкретного вида трудовой деятельности; она вызывает нарушения внимания, общения с коллегами и клиентами, снижение координации движений и способности быстро и надежно решать профессиональные задачи. Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает, как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выявляет у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, и особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуаций и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе. Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в "лучшем свете" . . *[27,с.309]*

В 1976-78 г.г. был Ю. Л. Ханиным *[32]*  адаптирован, модифицирован и стандартизирован русскоязычный вариант, который известен как шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера - Ханина.

Исследование может проводиться как индивидуально, так и в группе. Экспериментатор предлагает испытуемым ответить на вопросы шкал согласно инструкциям, помещенным в опроснике, и напоминает, что испытуемые должны работать самостоятельно. Каждая из частей шкалы снабжена собственной инструкцией, заполнение бланка ответов несложно, продолжитель­ность обследования составляет примерно 5-8 мин.

Бланк шкал самооценки Спилберга включает инструкции и 40 вопросов-суждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной тревожности (С Т) и 20 - для оценки уровня личностной тревожности (Л Т). На каждый вопрос возможны четыре варианта ответа по степени интенсивности. Первая шкала предназначена для определения того, как человек чувствует себя сейчас, в данный момент, то есть для диагностики актуального состояния, а задание второй шкалы направлена на выяснение того, как субъект диагностирует тревожность как свойство личности.
Каждое высказывание, включенное в опросник, оценивается респондентами по четырех бальной шкале. Вербальная интерпретация позиций оценочной шкалы в первой и во второй частях различна. Для СТ: "нет" - 1 балл, "скорее нет" - 2 балла, "скорее да" - 3 балла, "да" - 4 балла. Для ЛТ: "почти никогда" - 1 балл, "иногда" - 2 балла, "часто" - 3 балла, "почти всегда" – 4 балла.

Шкала состоит из 2-х частей, раздельно оценивающих реактивную (Р Т, высказывания № 1-20) и личностную (Л Т, высказывания № 21-40) тревожность (см. Приложение ).

1. *по реактивной тревожности:*
2. 1 балл - нет, это не так;
3. 2 балла - пожалуй, так;
4. 3 балла - верно;
5. 4 балла - совершенно верно.

РТ = Е1 - Е2 + 50, где Е1 - сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Е2 - сумма остальных зачеркнутых цифр (по пунктам 1, 2, 5, 8, 10, 15, 16, 19, 20).

 2) *по личностной тревожности:*

1 балл - почти никогда;

2 балла - иногда;

3 балла - часто;

4 балла - почти всегда.

ЛТ = Е1 - Е2 + 35,

Где Е1 - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Е2 - сумма остальных зачеркнутых цифр (по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Ю. Л. Ханин получил нормативы поуровневой выраженности тревожности: от 20 -34 баллов - низкий уровень,
от 35 - 44 баллов - средний уровень,
выше 45 баллов - высокий уровень.

Значительные отклонения показателей тревожности от "зоны психологического комфорта" (31-45 баллов) требуют специального внимания.

Высокая тревожность вызывает появление неприятного и затрудняющего деятельность состояния человека, в этом случае необходимо сменить акценты с боязни неудачи и неодобрения окружающих на содержание деятельности, ее смысл, процесс осуществления. Можно, например, спланировать деятельность по отдельным подзадачам, которые легче осуществить и тем самым уменьшить чувство тревоги за конечный результат.

Низкая тревожность**,** наоборот, требует пробуждения активности личности, заинтересованности и чувства ответственности.

Этот опросник широко распространен в прикладных исследованиях, особенно в области клинической психодиагностики и высоко оценивается за достоверные диагностические данные (бланк теста в приложении).

**Опросник невротичности и склонности к невротическому реагированию Хека -Хесса, или шкала жалоб (BFB)**

Это - наиболее типичных опросников для скрининга неврозов. Он стандартизован на возраст от 16 до 60 лет. бследуемому дается лист с перечнем телесных (приступы астмы, тахикардия, чувство замирания сердца, дрожание рук и т.п.) и психических (трудности контакта, апатичность, о и т. п.) жалоб. Опросник крайне прост, длительность исследования с его помощью составляет 5-10 мин.

Обработка данных является медико-психологической экспресс -диагностической методикой, предназначенной для выявления степени выраженности невротизации.

За каждый ответ «да» дается один балл, за каждый ответ «нет» - 0 баллов, за исключением вопроса №29 (в №29 ответ «да» оценивается как 0 баллов, ответ «нет» - 1 балл).

Надо подсчитать количество баллов: если получено до 18 баллов – это норма, от 19 до 24 баллов – склонность к невротизации и возможности проявления невротических реакций; более 24 баллов говорит о высокой вероятности невроза.

*Этапы исследования:*

Поскольку как содержательная, так и динамическая характеристика невротических реакций может быть весьма разнообразной [19, с.473] , то в зависимости от характера стрессовых воздействий невротические реакции могут быть как проявление острой *тревоги*, либо *депрессии*. Весьма велика вероятность их сочетания – возникновения тревожно - депрессивных реакций. В связи с этим, *первым этапом* данного исследования, было проведение методики и методики реактивной и личностной тревоги Спилбергера–Ханина *с целью* выявления наличия или отсутствия  проявления тревожных и депрессивных симптомов у студентов на 1 и 4 курсах обучения как показателей повышенной невротичности.

Для изучения тревожной и депрессивной симптоматики невротических реакций были проведены вышеперечисленные методики. А для изучения способов внешнего выражения тревожности и симптоматики вегетативного спектра была проведена тест-анкета на учебный стресс.

Также в исследовании использовалась методика диагностики невротичности Хека - Хесса, или шкала жалоб (BFB) и тест на учебный стресс с целью выявления общей картины переносимости сессионных нагрузок у студентов и характера возникающих в экзаменационный период симптомов невротических реакций.

На *втором этапе* производились:

* Обработка и интерпретация результатов эмпирического исследования.
* Выводы по результатам проведенного исследования.

***2.2 Анализ результатов исследования:***

*Обработка и интерпретация результатов исследования депрессивности с помощью шкалы депрессии SCL-90:*

Полученные данные  *(результаты представлены в табл.1)* говорят о том, что хотя истинное депрессивное состояние у студентов не обнаружилось, но в среднем уровень склонности к депрессии у студентов

1 курса достаточно высокий. В то же время на 4 курсе наблюдается относительно низкий показатель склонности к депрессии.

Как видно из таблицы, удельный вес депрессивности значительно выше на 1 курсе, чем на 4.

Соотношение показателей уровня депрессии студентов на 1 и 4 курсах обучения.

*Таблица 1.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *1 курс* | *4 курс* |
| % | абс. | % | абс. |
| депрессия | 0 | 0 | 0 | 0 |
| легкая депрессия | 28 | 7 | 4 | 1 |
| склонность к депрессивным переживаниям | 64 | 16 | 16 | 4 |
| состояние без депрессии | 8 | 2 | 80 | 20 |
| Всего | 100 | 25 | 100 | 25 |

Наши предположения о повышенной предрасположенности к депрессивности студентов первого курса по сравнению с четвертым курсом подтвердились.

*Обработка и интерпретация результатов исследования тревожности с помощью шкалы Спилбергера-Ханина:*

*Таблица 2* Соотношение показателей реактивной (ситуативной) тревожности у студентов на 1 и 4 курсах обучения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Реактивная (ситуативная) тревожность | *1 курс* | *4 курс* |
| % | абс. | % | абс. |
| Повышенный уровень | 84 | 21 | 28 | 7 |
| Средний уровень | 12 | 3 | 44 | 11 |
| Низкий уровень | 4 | 1 | 28 | 7 |
| всего | 100 | 25 | 100 | 25 |

Как показали результаты исследования, на первом курсе в 84 % случаях имела место реактивная тревога. Это говорит о том, что студенты на первом курсе предрасположены к невротическому реагированию.

*Таблица 3* Соотношение показателей личностной тревожности у студентов на 1 и 4 курсах обучения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Личностная тревожность | *1 курс* | *4 курс* |
| % | абс. | % | абс. |
| Повышенный уровень | 4 | 1 | 24 | 6 |
| Средний уровень | 56 | 14 | 60 | 15 |
| Низкий уровень | 40 | 10 | 16 | 4 |
| всего | 100 | 25 | 100 | 25 |

В отличие от студентов первого курса, у четверокурсников наблюдались завышенные показатели по шкале личностной тревоги.(24 %), тогда как на 1 курсе всего 4 %.

Соотношение депрессии и тревожности (личностной и реактивной) у студентов на 1 и 4 курсах обучения:

Как видно из таблиц, удельный вес тревожных и депрессивных нарушений наиболее высок на первом курсе и снижается на четвертом. В отличие от студентов первого курса, у четверокурсников наблюдались только завышенные показатели по шкале личностной тревоги. Обнаруживается закономерность между встречаемостью невротических реакций в зависимости от длительности обучения в вузе: на первом курсе невротических реакций выявлено больше, чем на четвертом.

Таким образом, мы рассмотрели депрессивную и тревожную симптоматику проявления невротических реакций. Но, исходя из теории общей клинической картиной невротических реакций являются помимо симптомов депрессивного и тревожного спектра еще и симптомы вегетативного спектра. Поэтому для изучения способов внешнего выражения тревожности и симптоматики вегетативного спектра была проведена *тест-анкета на учебный стресс*. Было опрошено 50 человек. В результате у студентов и 1, и 4 курса были выявлены следующие невротические реакции – признаки экзаменационного стресса:

* Сухость во рту - 96%
* Нарушения сна - 92%
* Учащенное сердцебиение, боли в сердце - 60%
* Головные или иные боли - 48%
* Проблемы с желудочно-кишечным трактом - 26%
* Скованность, напряжение и дрожание мышц - 24%
* Затрудненное дыхание - 16% всех опрошенных.

*Обработка и интерпретация результатов исследования по методике диагностики невротичности Хека – Хесса:*

Наличие повышенной нервозности отмечается у 28 % учащихся 1 курса и совсем не наблюдается на 4 курсе.

*Таблица 4* Соотношение показателей уровня невротичности и невротического реагирования студентов на 1 и 4 курсах обучения

*Невротичность и невротическое реагирование*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Невротичность и невротическое реагирование* | *1 курс* | *4 курс* |
| % | абс. | % | абс. |
| Склонность к неврозу | 28 | 7 | 0 | 0 |
| Склонность к невротическому реагированию | 40 | 10 | 4 | 1 |
| норма | 32 | 8 | 96 | 24 |
| всего | 100 | 25 | 100 | 25 |

Для оценки различий между выборками 1 и 4 курсов по уровню наличия невротического реагирования, измеренного количественно в исследовании был применен **Q-критерий Розенбаума***.*

n1=25, n 2=25, n1-n2=0<10

xmax(1 )=28 xmax(4 )=23 xmin(1 )=7 xmin(4 )=5

Q эмп = S1 + S2 =8+16=24

Q эмп. =24

*Ось значимости:*

Зона незначимости Зона неопределенности Зона значимости

----------------------7----------------------------9------------------------------24------

Q кр. (р <0.05) Q кр. (р < 0,01) Q эмп.

Следовательно, различия статистически значимы.

 Уровень проявления невротических реакций у студентов 1 курса выше уровня невротического реагирования на 4 курсе, причем различия статистически значимы, достоверность получаемых различий более 99%.

**Выводы**

1. В структуре тревожных и депрессивных реакций обнаружено значительное различие в уровне склонности к депрессивно-тревожных расстройств невротического характера на первом курсе и четвертом. Соотношение частоты встречаемости между невротическими расстройствами (с тревожной и депрессивной симптоматикой) изменяется от значительного преобладания на первом курсе, до несущественного превалирования— на четвертом году обучения. Первокурсники характеризуются повышенным уровнем невротизации, высокой тревожностью. а 1 курсе преобладает повышенная реактивная (ситуативная) тревожность, тогда как на 4 курсе отмечается преобладание личностной тревоги над реактивной в сравнении с 1 курсом.
2. В структуре невротических реакций вегетативного и соматического спектра у студентов как 1, так и 4 курсов (как реакций на стресс в сессионный период) наиболее часто проявляются следующие симптомы: сухость во рту ( 96%), нарушения сна (92%), учащенное сердцебиение, боли в сердце ( 60%), а также головные или иные боли,проблемы с желудочно-кишечным трактом, скованность, напряжение и дрожание мышц, затрудненное дыхание и др.
3. Уровень проявления невротических реакций у студентов 1 курса выше уровня невротического реагирования на 4 курсе, причем различия статистически значимы, достоверность получаемых различий более 99%.
4. Итак, в сессионный период обучения студенты первого курса более подвержены невротическим реакциям, чем студенты четвертого курса.
5. У значительной части студентов 1 курса выявлены тревожные и депрессивные расстройства различной степени выраженности, что требует их своевременного распознания и адекватной психокоррекции и психопрофилактики. Таким образом, проблема состояния здоровья студентов очень актуальна в нашем вузе.

2.3 Психологические рекомендации и основы психокоррекционной и профилактической работы со студентами

Как известно, все принципы, методы и техники оказания психологической помощи принято делить на базовые, ценностные и специфические. Важнейшим в психологической помощи является то, что она не имеет узкофункционального характера, а ориентирована на развитие личности и повышение эффективности деятельности. Это, прежде всего психологическая профилактика и коррекция, которая направлена на адаптацию в обычных жизненных условиях, снижение тревожности и депрессивности, повышение стрессоустойчивости.

Комплексная **коррекция с**кладывается из следующих направлений:

1. *Психологическая* - способствует снижению уровня тревожности и невротичности, создает предпосылки для адаптации в обычных жизненных условиях (социальная адаптация), а, следовательно, создает благоприятные условия для развития личности.

 2. *Социально – педагогическая* - предполагает реконструкцию социальной значимости личности и улучшение адаптации к учебным условиям.

3*. Медицинская реабилитация.*

Кратко охарактеризуем эти направления:

***Психологическая коррекция*** - это деятельность по оказанию (корректировки) тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют " оптимальной модели". Суда же можно отнести и психотерапию, как метод лечения, а психокоррекция - как метод профилактики.

*Психокоррекционная работа со студентами включает в себя следующее:*

*На 1 курсе* перед преподавателем стоит нелегкая задача - построить учебный и оспитательный процесс, ориентируясь на разные возможности, разные индивидуальные качества студентов. Преподаватель в начале года не знает этих индивидуальных особенностей студентов. Затрудняет это познание и то, что на 1 курсе группы студентов довольно большие и ориентировка кураторов в их возможностях и способностях обычно идет довольно медленно - по мере выполнения студентами контрольных заданий, выступлений на семинарах и т. д., поэтому только к концу года преподаватель может составить какое-то представление о мотивах студентов. Ускорить это познание призван индивидуальный подход. Уже в самом начале учебного года среди студентов елесообразно провести соответствующие психологические тесты, опросники, анкеты, с помощью которых можно получить информацию о мотивах деятельности студентов, особенностях их направленности, а также выделить категории лиц, которым учиться не интересно и которым учиться очень хочется, хотя и трудно. Конечно, такая экспресс информация должна непрерывно дополняться, уточняться и конкретизироваться на протяжении учебного года. Диагностика - это начальный этап психокоррекции, требует соблюдения принципа активности самих испытуемых.

В целях выявления личностных особенностей студентов и ускорения их адаптации в своей студенческой группе полезно проведение социально-психологического тренинга. Цели СП тренинга: распространение современных технологий психолого-педагогической профилактики социальной дезадаптации и повышенной личностной тревожности, асоциального поведения среди молодежи и студентов; повышение квалификации действующих педагогов и психологов, работающих в сфере образования с целью наилучшего соответствия их деятельности целями и задачам государственной молодежной политики; обмен опытом и разработка новых тренинговых методик.

На основе знания и учета индивидуальных личностных особенностей студентов куратор выбирает и осуществляет требуемые психолого-педагогические воздействия в каждом конкретном случае.

1. Беседы, направленные на снятие у части студентов состояний еуверенности, повышенного беспокойства. В ходе изучения студентов ыясняется что некоторые из них начинают переживать ситуацию провал кзамена еще задолго до сессии. Причем такие состояния нередко возникают и у ответственных, работящих, по отзывам преподавателей, студентов.

Тревожные мысли о возможном провале возникают у них в самых раз личных ситуациях. Такие состояния отвлекают от учёбы, мешают собраться, сосредоточиться, лишают студентов уверенности в себе, в своих возможностях. Такие беседы следует проводить задолго до сессии.

2. Поощрение, подбадривание в ситуации экзаменов студентов с высокой еуверенностью в себе, снятие перед экзаменом состояния тревожности, оторый снижает их возможности, сковывает память, мышление; перед кзаменами таких студентов надо поощрить, вселить уверенность в своих илах. У ряда слабоуспевающих студентов в ситуации экзамена наблюдается ухудшение внимания, памяти, мышления (таких студентов можно выявлять по данным самооценок), их возможности резко снижаются, знания забываются.

Преподаватели оценивают таких обучающихся прежде всего по результатам их деятельности, не учитывая их состояния. По этой причине бывают низкие оценки в действительности способных студентов.

3. Беседы, направленные на преодоление излишней уверенности в себе понижение уровня самооценки). В среде средних и даже слабых студентов есть категория лиц, явно переоценивающих свои возможности. У них нет ни выраженных сильных сторон, ни выраженного интереса к учебе. В процессе общения с ними куратору необходимо попытаться сформировать у них здоровую озабоченность перед предстоящей сессией, критичность по отношению к собственным возможностям, проиллюстрировать на ситуациях их учебной деятельности отсутствие у них оснований для высокой самооценки и чувства успокоенности.

4. Информирование контингента первокурсников о том, что именно в ачальном году обучения от них требуется максимальное сосредоточение на учебе, систематичность в занятиях.

5. Использование для снятия состояния утомления и повышения аботоспособности методики аутогенной тренировки. Сначала студентам рассказывают о тех возможностях, которые предоставляет аутогенная тренировка для снятия состояния утомления, повышения умственной работоспособности. Затем комплектуется группа студентов, желающих овладеть методом. Для сеанса может использоваться магнитофонная запись текста со специальным музыкальным сопровождением, усиливающим действие словесных формулировок. Под влиянием текста и музыки у студентов происходит мышечная елаксация, в результате которой восстанавливаются нервно-психические силы, повышается способность к восприятию учебной информации. Может повышаться и способность к саморегуляции, в результате которой более эффективным становится самовоспитание, формирование у себя волевых качеств. Сеансы аутогенной тренировки должны осуществляться специалистом-психологом (сотрудником психологической службы вуза).

6. Работа с пассивными студентами с целью преодоления их собственного тереотипа поведения. Такие студенты (не обязательно с низкими пособностями, нередко просто запустившие учебу, неуверенные в себе) не решаются обратиться за помощью к преподавателям или товарищам по группе и поэтому накапливают непонятый материал. Проявить активность им мешает боязнь показать свою несообразительность, чувство неловкости. Таким студентам самим не избавиться от привычки к пассивному поведению. но укоренилось, стало стереотипом. Им необходима помощь куратора.

7. Пожелание ряду студентов отказаться от посторонних увлечений перед ессией. В ходе индивидуальной работы выясняется, что у некоторых слабых и средних студентов непомерно велики затраты времени на общение с друзьями и занятия, далекие от учебы.

8. Рекомендация некоторым студентам преодолевать у себя такие отрицательные ачества, как нерегулярность занятий, разбросанность интересов.

К индивидуальной работе с ними студенты относятся с большим интересом. Привлекали сам факт проявления внимания к их личности, стремление вникнуть в их трудности, помочь им решить возникающие проблемы, а также то, что все советы и рекомендации давались на базе фактических сведений о личности, к тому же достаточно аргументирование*. (22)*

Индивидуальный подход, таким образом, является высокодейственным средством повышения успеваемости и профилактики дезадаптации.

Для повышения успеваемости необходимы не только методы изучения личности, но и методы стимулирования мыслительной активности студентов, способствующие лучшему усвоению учебной информации. Без интеллектуальной активности невозможно полноценное усвоение материала, да и способности слабых и средних студентов часто не развиты оттого, что их не побуждают к энергичной интеллектуальной деятельности.

Основными задачами такой работы являются: предупреждение и разрешение межличностных внутригрупповых проблем, повышение самооценки, снижение уровня тревожности студентов, стимулирование творческого потенциала студента, улучшение психологической грамотности студентов 1-го курса, профилактика девиантного поведения, связанного с трудностями адаптации.

Методы психологической коррекции многообразны. Их можно достаточно условно классифицировать соответственно особенностям основных подходов, среди которых выделяются *( 22 ) :*

1. Поведенческий подход.

2. Деятельностный подход.

3. Когнитивистский подход.

4. Психоаналитический подход.

5. Экзистенционально - гуманистический подход.

6. Гештальт - терапия.

7. Психодрама.

8. Телестно - ориентированный.

9. Психосинтез.

10. Трансперсональный.

В случаях необходимости проводится  *медицинская* коррекция*.* **Э**то фундамент, на котором строятся другие реабилитационные мероприятия. Медицинская коррекция производится с группой риска. Врач является организатором, координатором психологической и социальной реабилитации.

Кроме методов коррекции существуют *психогигиена* и *психопрофилактика.* Психогигиена - это наука об укреплении и сохранении нервно - психического здоровья человека, предупреждении психических заболеваний. Психопрофилактика - это раздел общей профилактики, включающий сложную систему различных мероприятий для предупреждения психических заболевания. Психогигиена и псипрофилактика, тесно связаны между собой, и разграничить их можно лишь условно.

Вообще, задача коррекции и профилактики рассматривается как особым образом организованное психологическое воздействие, осуществляемое по отношению к группам повышенного риска и направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, и на воссоздание гармоничных отношений человека.

Подводя итог, можно обратить внимание на то, что главным в психокоррекционном процессе является комплексность психологического и системного воздействия. Поэтому, психологическая коррекция - это перестройка, реконструкция психологических факторов рискf человека.

*Заключение*

В работе было проведено изучение специфических особенностей невротических (тревожных и депрессивных) расстройств как способа невротического реагирования у студентов на 1 и 4 курсах обучения. В периоде обучения можно выделить критический период, который приходятся на первый курс. Полученные данные, говорят о том, что в среднем уровень склонности к депрессии и тревожности у студентов -первокурсников очень высок. У значительной части студентов выявлены тревожные и депрессивные расстройства различной степени выраженности.

В процессе проведенного исследования, можно сказать, что наша гипотеза нашла свое подтверждение, так как, по полученным результатам мы видим, что у значительной части студентов 1 курса выявлены тревожные и депрессивные расстройства различной степени выраженности, что требует их своевременного распознания и адекватной психокоррекции и психопрофилактики, на 4 же курсе уровень невротического реагирования значительно меньше. В структуре тревожных и депрессивных реакций обнаружено значительное различие в уровне склонности к депрессивно-тревожных расстройств невротического характера на первом курсе и четвертом. Соотношение частоты встречаемости между невротическими расстройствами (с тревожной и депрессивной симптоматикой) изменяется от значительного преобладания на первом курсе, до несущественного превалирования— на четвертом году обучения. Первокурсники характеризуются повышенным уровнем невротизации, высокой тревожностью. аким образом, проблема состояния здоровья студентов 1 курса очень актуальна в нашем вузе. так, цель и задачи, поставленные в результате проведения исследования были выполнены.

**Литература**

1. Андрух П. Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. С. 109–110.
2. *Астапов В. Н.* Функциональный подход к изучению состояния тревоги. // Психологический журнал, 1992г. - т. 13 №5.
3. Брагина К.Р. Изменения параметров психологического возраста у студентов за последние 10 лет и их связь с депрессивной симптоматикой. // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 2, вып. 1. С. 87–90.
4. Брагина К. Р. Распространённость и психопатологическая структура тревожных и депрессивных реакций у военнослужащих срочной службы. - М., 2002.—98 с.
5. *Буянов М. И*. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков (руководство для врачей и логопедов). - М. : изд. РОМ - Л, 1995 г- 286 с.
6. Воронов И.А. Невротические реакции. // газета «Кенгуру-класс для мам»— 2005. — № 12. – с.13-16.
7. Гавенко В. Л., Самардакова Г. О., Смиков О. В., Синайко В. М., Мозгова Т. П. Резервы адаптации и передболезненные психические расстройства // Украинський вестник психоневрологии. — 1996. — Т .4, вып. 5. — С. 207–209.
8. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2 т. / Пер. с англ. — Киев: Сфера, 1999. — С. 304.
9. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. — Киев: Сфера, 1999. - 304 с.
10. *Захаров**А. И.* Неврозы у детей и подростков. - М., 2004.- 336 с.
11. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.-286с.
12. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: информационно-скрининговый пакет. — Киев, 2000. —241 с.
13. *Кочубей Б*. Детские тревоги: что, откуда, почему?// семья и школа, 1988г., №7.
14. *Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н.* Возрастная психология. Развитие человека от рождения до полной зрелости: Учеб. пособие. – М.: ТЦ«Сфера», 2001.– 464 с.
15. *Левитов Н.Д.* Психические состояния беспокойства, тревоги / /Вопросы психологии. - 1969, №1.
16. Марута Н. А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. — 1997. — Т. 3, № 3. — С. 16–19.
17. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Чугунов В. В. Актуальные проблемы нейронаук в Украине // Вестник психического здоровя. — 1999. — № 4. — С. 5–6.
18. Основы психологии. Практикум / Ред. - сост. Л.Д.Столяренко. Ростов
Н/Д., 1999. – 703 с.
19. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии:
Учебное пособие / Под общей ред. А.А.Крылова, С.А.Маничева. -
СПб., 2000. -560 с.
20. *Прихожан А. Н.* Причины и профилактика и преодоление тревожности. // Психологическая наука и образования, 1998г., №2.
21. *Прихожан* А.М., Толстых Н.Н. Подросток в учебнике и в жизни. - М.: Знание, 1997.
22. *Психодиагностические* методы в комплексном исследовании студентов. - Л.: Просвещение, 1976.-367 с.
23. Психология.Учебник. / Под ред. А.А. Крылова. – М., 2001. – 584 с.
24. Синайко В. М. Особенности динамики психического состояния студентов медицинского вуза // Украинский вестник психоневрологии. — 2001. — Т. 9, вып. 2. — С. 42–44.
25. *Слободянник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз.- Киев, 1979.
26. Словарь психолога-практика / Сост. Головин. - Мн., 2003. - 976 с.
27. Словарь – справочник по психодиагностике / Л. Бурлачук, С. Морозов. – СПб.: Питер, 2003. – 528 с.
28. Соколова И. М. Методы исследования адаптации студентов. — Харьков, 2001. — 276 с.
29. Стресс / Популярный энциклопедический словарь. - М.: БСЭ,1999,
	* 1273 с.
30. Суворова В. В. Психофизиология стресса. - М., 1975. – 208 с.
31. Тревога. Тревожность. Явления тревожного ряда. /Психологический словарь (Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова)- М.: Педагогика-Пресс, 1999, с.385-386.
32. *Фрейд* З. Психоанализ и детские неврозы. - СПб., 1997 -295 с.
33. Яворовская Л. Н. Проблема адаптации студентов-первокурсников к процессу обучению в вузе. — Харков, 2003. — С. 106–107.
34. spbinstb@infopro.spb.su