**Реферат**

Курсовая работа: 51 страница, 1 рисунок, 28 таблиц, 32 источника, 2 приложения

Ключевые слова: состояние психического здоровья, неврозы, студенты первого курса, концепция здоровья.

Объект исследования: Психическое здоровье.

Цель курсовой работы: Изучение состояние психического здоровья, и в частности обнаружение неврозов у студентов первого курса.

Методы исследования: методика экспресс-диагностики невроза К. Хека - Х. Хесса; шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера - Ханина; опросник А. Бека для оценки депрессии; методика самооценки личности С. А. Будасси; тест дифференцированной самооценки функционального состояния САН; опросник "Адаптивность" А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина.

Выводы: в представленной выборке из 49 первокурсников в 16,3% случаев это невроз. С показателем нормы, без невротизации - 83,7% чел. В 83,7% случаев отмечается отсутствие депрессивных симптомов. Тревожность как черта личности характерна для 34,7% чел.; 63,3% чел. - с умеренным уровнем личностной тревожности. Высоким и удовлетворительным адаптационным потенциалом обладают 65,3% чел.; высокая и средняя адекватная самооценка отмечается у 79,6% чел.; благоприятное и нормальное состояние самочувствия: 87,8% чел.; благоприятное и нормальное состояние активности: 87,8% чел.; благоприятное и нормальное состояние настроения: 91,8% чел.

Область применения: сфера образования, психопрофилактика и психогигиена в области психического здоровья студентов.

Новизна и практическая значимость: в результате данного исследования сформировалась более четкая картина состояния психического здоровья студентов первого курса, и в частности эпидемиологии расстройств невротического спектра. Представленные результаты необходимы для проведения дальнейших психопрофилактических мер. Предложена, разработанная нами, своя концепция здоровья.

**Содержание**

Введение

. Теоретический анализ проблемы психического здоровья

. Дихотомии норма - патология, здоровье - болезнь

. Особенности студентов первого курса

. Установление особенностей психического здоровья студентов

Заключение

Список использованных источников

Приложение А

Приложение В

**Введение**

"Состояние физического и психического здоровья современной молодежи и поддержание его на высоком уровне приобретает особую актуальность в условиях современной Беларуси, поскольку нынешняя ситуация отличается повышением показателей общей заболеваемости подрастающего поколения, снижением качества жизни населения в целом, социальными изменениями, ухудшением экологии. Однако возникают противоречия между требованиями общества к сохранению здоровья и актуальным уровнем готовности молодых людей к здоровьесбережению. В юношеском возрасте здоровье выступает необходимым условием успешной учебной деятельности в начальный период адаптации студентов к вузовским нагрузкам, так как значительную часть времени молодые люди вынуждены жить и трудиться в закрытых помещениях, а эмоциональные переживания в процессе обучения, в период сдачи экзаменационных сессий оказывают негативное воздействие не только на состояние здоровья, но и на процесс становления будущего специалиста. Сильная ориентация на переживание настоящего, высокая мотивация достижений вытесняют из сознания студента возможные опасения, связанные с последствиями длительного стресса" [1, с. 60]. В настоящее время "все больше и больше требований предъявляется к комплексу жизненных условий, который обозначается как "качество жизни"; так или иначе, но все составляющие этого комплекса связаны с проблемами здоровья и болезни, и, особенно, психического неблагополучия" [2, с. 10]. "Проблемой последних десятилетий является высокая встречаемость психической патологии непсихотического уровня, маскируемая вегетативной и соматической симптоматикой" [3, с. 76]. К числу самых распространенных нервно-психических нарушений непсихотического уровня относятся неврозы. Как отмечают С. Н. Романов, Е. Л. Николаев, "представленность расстройств и нарушений невротического спектра в общей структуре психической патологии пограничного уровня в течение многих лет является устойчиво высокой" [4, с. 181]. Е. А. Григорьева, Л. К. Хохлов пишут о необходимости акцентирования внимания и оказания помощи страдающим "невыраженными формами психопатологии, с предболезненными состояниями, распространённость которых в наше время обнаруживает тенденцию к возрастанию" [5, с. 65].

Студенты университета является ничуть не менее уязвимой в отношении неврозов, более того - эта та группа, члены которой в будущем станут высококвалифицированными специалистами: учителями, врачами, психологами, руководителями и т.д. В этой связи необходимо, чтобы сами студенты были здоровы физически и психологически для того, чтобы чувствовать себя по возможности комфортно даже в некомфортных ситуациях, а также быть полезными членами общества. Профессиональное становление студенческой молодежи, востребованность на рынке труда и успешная социализация к быстро изменяющимся условиям жизни невозможна без психического благополучия. Ссылаясь на В. С. Мерлина, А. А. Прачева и В. П. Мальцев пишут, что "в период обучения в вузе не редки случаи приобретения или обострения хронических заболеваний среди студентов, в том числе и психических" [6, с. 102]. Согласно Л. И. Козловской, у страдающих неврозом происходит ухудшение адаптации на психическом уровне, что в свою очередь, приводит к снижению их адаптации на соматическом уровне [7, с. 82].

Тема пограничной патологии, и неврозов в частности, продолжает рассматриваться как крупная научная проблема, решение которой имеет существенное значение не только для медицины и клинической психологии, но и вносит значительный вклад в развитие экономики страны. И подтверждение тому тот факт, что первый в 2011г. пленум Российского общества психиатров был посвящен неврозам. По мнению Н. Г. Незнанова, на сегодняшний день "существуют две различные точки зрения на неврозы: как самостоятельную нозологическую группу пограничной области медицины со своими этиопатогенетическими механизмами и как расстройства общепсихопатологического невротического регистра, которые наблюдаются при самых различных, и не только психических, заболеваниях" [8, с. 3]. Размытость термина "невроз", его расширительное использование, привели к изъятию неврозов из МКБ-10 [9, с. 178]. "В то же время невроз как болезнь остается клинической реальностью" [9, с. 178]. Как отмечает Е. Л. Николаев, "работ, которые были бы непосредственно посвящены изучению психологических механизмов пограничных состояний, сравнительно немного" [10, с. 14]. Вышеизложенное определяет *актуальность* данной работы.

*Объект* исследования - психическое здоровье.

*Субъект* исследования - студенты первого курса ГГУ им. Ф. Скорины.

*Предмет исследования* - особенности состояния психического здоровья и выявление неврозов у студентов первого курса.

Основной *целью* данной курсовой работы явилось установление состояния здоровья, и в частности обнаружение неврозов у студентов. Исходя из цели, поставлены следующие *задачи*:

а) выявление современных подходов к пониманию психического здоровья на основе теоретического анализа;

б) определение у студентов особенностей психического здоровья на основе экспериментального исследования.

В работе использованы следующие *методы:* методика экспресс-диагностики невроза К. Хека - Х. Хесса; шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера - Ханина; опросник А. Бека для оценки депрессии; методика самооценки личности С. А. Будасси; тест дифференцированной самооценки функционального состояния САН; опросник "Адаптивность" А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина <http://vsetesti.ru/378/>.

*Место* проведения исследования: ГГУ им. Ф. Скорины.

**1. Теоретический анализ проблемы психического здоровья**

Неотъемлемой частью общего здоровья является здоровье психическое.Как пишет Г. И. Малейчук, в отношении термина "психическое здоровье" "сохраняется неопределенная ситуация, обусловленная существованием одновременно двух подходов к пониманию проблемы психического здоровья:

) понимание здоровья "от болезни" (патоцентрическая, медицинская модель здоровья);

) понимание здоровья "от здоровья" (саноцентрическая, психологическая модель)" [11, с. 150]. В рамках первого подхода психическое здоровье рассматривается как отсутствие симптомов и синдромов заболеваний. В рамках второго - наличие способности к адаптации, саморазвитию, самореализации [11, с. 150].

С позиции ВОЗ, психическое здоровье - это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. "В современном определении психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью" [12, с. 18].

Как указывают Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко, выделяются следующие составляющие психического здоровья (по ВОЗ): 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического "Я"; 2) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях; 3) критичность к себе и своей собственной психической деятельности и ее результатам; 4) адекватность психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям; 5) способность управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами (правилами, законами); 6) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать ее; 7) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств [13, с. 156].

Согласно Б. С. Братусю, психическое здоровье следует "рассматривать не как однородное образование, а как образование, имеющее сложное, поуровневое строение. Высший уровень психического здоровья - личностно-смысловой, или уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека. Следующий уровень - уровень индивидуально-психологического здоровья, оценка которого зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. Наконец, уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности" [14, с. 72]. Каждый из данных уровней, имея свои критерии, должен иметь и свои особые закономерности протекания. По мнению Б. С. Братуся, несмотря на взаимосвязь и взаимообусловленность уровней, возможны самые различные варианты их развитости, степени и качества их здоровья. Т.е. психическое здоровье, будучи многоуровневым, может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других [14, С. 72 - 73].

Психическое здоровье, согласно Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положий, может быть разделено на индивидуальное и общественное. По их мнению, индивидуальное психическое здоровье характеризуется согласованностью всех психических функций, обеспечивающих "чувство субъективной психической комфортности", способностью к целенаправленной деятельности и выполнением социальных функций, которые адекватны общечеловеческим ценностям и особенностям группы, к которой принадлежит индивид. При этом оценка индивидуального психического здоровья должна учитывать неповторимость и уникальность каждой конкретной личности [15]. Под общественным психическим здоровьем они подразумевают уровень психического здоровья популяции, т.е. распространенность в ней психических заболеваний, алкоголизма и наркомании, умственной отсталости, различных форм деструктивного поведения [15].

"Наверное, не требуется доказывать, что духовное и психическое здоровье неразрывно связаны между собой, причем второе - своего рода фундамент, на котором взрастает духовное здоровье как отдельного индивида, так и общества в целом. Не добившись соответствующего уровня общественного психического здоровья, трудно рассчитывать на построение общества с высоким уровнем духовного здоровья" [15].

Е. Л. Николаев со ссылкой на А. Л. Каткова и Г. Х. Брутланд, пишет, что "психическое здоровье, рассматриваемое как центральная способность индивида к осознанию себя в качестве субъекта, взаимодействующего с окружающим миром (А. Л. Катков, 1999), является важным условием индивидуального и общественного благополучия и имеет множество медицинских, социальных и политических аспектов (Г. Х. Брутланд, 2001)" [10, с. 8].

Приводя точку зрения И. Н. Гуркевич и Г. М. Кудьяровой, Е. Л. Николаев отмечает, что одним из наиболее распространенных на сегодняшний день подходов в изучении психического здоровья населения является клинико-эпидемиологический, который основывается на анализе данных первичного статистического учета, проводимого на территории либо специально (государственный учет), либо в процессе осуществления своих функций социальными институтами (ведомственный учет) (И. Н. Гурвич, 2003). Он также часто базируется на сплошном или выборочном исследовании распространенности определенных психических расстройств в конкретной популяции (Г. М. Кудьярова, 2000), в том числе пограничных психических расстройств (ППР) [10, с. 8].

Указывая на мнение Д. Шульте, Е. Л. Николаев пишет, что исследования психического здоровья и его нарушений с позиций гуманитарных наук, в частности психологии, в отличие от естественнонаучных исследований ориентированы не на определенные нозологические единицы, а на отдельные функции и структуры, регулирующие поведение и переработку информации. В свете такой позиции не человек является больным, а конкретный тип поведения и конкретные психические функции обнаруживают отклонения, которые расцениваются обществом и самой личностью как анормальные и нуждающиеся в изменении (Д. Шульте, 2002) [10, с. 13].

"Понятие психического здоровья, определяемое в рамках медицинской и патопсихологической модели, является адекватным для определения психического здоровья в психиатрии, но не соответствуют запросам активно развивающейся в нашей стране психологической практики. Тем не менее, в настоящее время происходит постепенный, но уверенный переход от патоцентрической модели психического здоровья (ориентация на болезнь, патологию, лечение) к современной саноцентрической модели (ориентация на здоровье, оздоровление, профилактику)" [11, с. 150].

"В публикациях последних лет по психологии всё настойчивее чувствуется призыв к амплификации понятия "психическое здоровье" в сторону психологической составляющей.

Рядом авторов даже предлагается ввести понятие психологического здоровья, подчеркивая тем самым его особый статус (В. И. Слободчиков, И. В. Дубровина, А. В. Шувалов, О. В. Хухлаева и др.).

Таким образом, можно утверждать, что сегодня в психологии назрела необходимость разработки концепции психического здоровья, ориентированной на изучение его личностных детерминант, с уточнением как самого понятия "психическое здоровье", так и критериев, определяющих его содержание и качество" [11, с. 150].

Г. И. Малейчук, изучая проблему определения термина "психическое здоровье", а также предлагая свой, клинико-феноменологический подход к изучению психического здоровья, указывает на "необходимость использования в качестве критериев психического здоровья такие, которые описывали бы его с позиции переживания самого человека" [11, с. 157]. По его мнению, "идентичность, являясь критерием личностного развития и адаптации к своему Я, может выступать в качестве критерия и психического здоровья личности" [11, с. 156].

Проанализировав литературные источники, Г. И. Малейчук выделил следующие критерии психического здоровья:

целостность (С. Л. Рубинштейн);

сознательность (С. Л. Рубинштейн);

наличие собственной жизненной позиции (С. Л. Рубинштейн, Б. С. Братусь);

активность, направленная на реализацию собственного внутреннего потенциала (С. Л. Рубинштейн, Б. С. Братусь);

духовность, свобода и ответственность (Г. С. Абрамова, Э. Фромм,

К. Роджерс, В. Франкл);

тождественность самому себе, своей природе, переживание своего "Я" (А. Маслоу, К. Роджерс, Дж. Бьюдженталь);

творчество (А. Маслоу, К. Роджерс);

важность Другого (эмпатическое понимание и принятие другого человека) (К. Роджерс);

самотворчество (возможность реально стать хозяином собственной жизни, способность развиваться, изменяться) (Дж. Бьюдженталь) [11, с. 151].

Основные особенности здоровья согласно мнению А. Е. Журавлевой:

состояние полного физического, духовного и социального благополучия;

отсутствие болезни;

процесс адаптации к изменяющейся внешней среде, к взрослению, к лечению, к ожиданию смерти;

скрытые резервы, готовые актуализироваться в случае необходимости;

способность к восстановлению после физических, психологических, социальных и иных воздействий;

способность к сохранению соответствующей возрасту устойчивости в условиях внешних изменений;

процесс поддержания значения физиологических констант, при котором организм способен в случае необходимости выводить их (физиологические константы) за определенные рамки обычного функционирования и своевременно возвращать их к прежним, оптимальным значениям" [1, с. 61].

Л. С. Колмогорова, Е. А. Манакова, опираясь на теорию психологического здоровья Л. С. Колмогоровой, предлагают следующую модель психологического здоровья:

. Самореализация в социуме: успешная социально-психологическая адаптация; эффективное и конструктивное общение. Данный компонент включает взаимодействие человека и окружающего его социума "Я-Другие".

. Самооценка: позитивное самоотношение; позитивное мышление; принятие себя, своего образа. Данный компонент включает взаимодействие человека с самим собой "Я-Я".

. Саморегуляция: принятие личной ответственности за свои поступки, здоровье, деятельность и жизнь в целом; достижение личностью возрастной зрелости; адекватная эмоционально-волевая регуляция, самоконтроль, эмоциональное благополучие; построение жизненной трансспективы, осмысление собственной жизни.

Данный компонент отражает заранее осознанное и системно организованное воздействие индивида на свою психику с целью изменения ее характеристик в желаемом направлении [16, с. 123].

Таким образом, проведя теоретический обзор проблемы психического здоровья, мы предлагаем следующую концепцию здоровья:

отсутствие психических заболеваний и пограничных состояний;

отсутствие психосоматических заболеваний и психосоматических расстройств;

отсутствие хронических заболеваний, не относящихся к разряду психосоматических;

отсутствие депрессивных симптомов;

умеренная личностная тревожность;

средняя или высокая адекватная самооценка;

удовлетворительный или высокий адаптационный потенциал;

средний или высокий уровень поведенческой регуляции и нервно-психической устойчивости;

удовлетворенность общением;

средний или высокий уровень моральной нормативности;

благоприятное самочувствие;

высокая активность;

благоприятный уровень настроения;

развитые волевые качества.

В такой концепции, по нашему мнению, отражен позитивный взгляд на понятие "здоровье", сочетание объективных "клинических" критериев и субъективных ощущений индивида. Кроме того, он учитывает и то обстоятельство, что психологическое здоровье - есть вершина айсберга под названием "психическое здоровье".

В настоящее время установлено, что существуют различные подходы к пониманию здоровья, а также концепции здоровья.

В нашем понимании, представленная модель психического здоровья направлена как на установление своих составляющих, так и помогает определить тот "идеал", который может быть достигнут при определенных условиях развития и саморазвития.

**2. Дихотомии норма** - **патология, здоровье** - **болезнь**

Понятие нормы психического здоровья вызывает большие споры. При оценке нормы можно разделить два направления в психологии. В первом, о котором пишет Б. С. Братусь, используется прием, когда принимают негативные критерии нормы. Второе - направление гуманистической психологии, которое пыталось дать определение не только нормального, но и здорового человека с помощью позитивных критериев нормы. Однако критерии нормы в гуманистической психологии являются расплывчатыми. При психологическом подходе, с одной стороны, клиент не стигматизируется, с другой стороны, возникает вопрос, достаточно ли четко психолог определяет границы своей компетентности? Как пишет Э. А. Соколова, если психолог не выделяет болезни, то может быть потеряно время, и в некоторых случаях безвозвратно [17, с. 26].

По мнению Э. А. Соколовой, понятия "норма", "патология", "здоровье", "болезнь" располагаются в одном условном пространстве, ограниченном, с одной стороны, болезнью, с другой - здоровьем. Норма и патология в этом пространстве - состояния промежуточные. Эти понятия предлагается ею представить в следующей последовательности: здоровье - норма - патология - болезнь [17, с. 24]. Согласно Э. А. Соколовой, здоровье есть норма функции плюс резервы. "Собственная защищенность резервами способствует психологическому ощущению физического благополучия" [17, с. 24]. Если среда благоприятствует развитию, то к этому добавляется ощущение психологического и социального благополучия [17, с. 24]. Согласно Э. А. Соколовой, "по мере уменьшения резервов остается только норма" [17, с. 24]. То есть болезни отсутствуют, но резервы функции уменьшаются [17, с. 25].

Проведенный анализ литературных источников позволил Э. А. Соколовой определить ряд ранее не упоминавшихся в литературе количественных и качественных критериев нормы:

. Оценка нормы должна носить системный характер;

. Критерии оценки нормы включают качественные и количественные характеристики;

. Оценка нормы должна проводится только с учетом понимания целостности человека, с учетом его индивидуальных особенностей и ситуации, в которой он находится;

. Оценка нормы не должна быть формальной.

К качественным критериям нормы она относит: критерий адаптивности; критерий частоты ментальных полей, на которых происходит дезадаптация; критерий адекватности; критерий самокритики клиента; критерий направленности; критерий изменений в динамике; критерий самоконтроля; критерий эффективности деятельности; критерий допуска во внутренний мир [17, С. 28 - 29].

Согласно В. Д. Менделевича, выделяют два спектра: здоровье - болезнь (здоровье - предболезнь - психическое заболевание непсихотического уровня - психоз) и норма - патология (норма - предпатология - патология) (Менделевич В. Д., 1997).

А. Я. Перехов указывает на то, что "человека нельзя рассматривать как абстрактную унифицированную совокупность жестко зафиксированных биологических и социально-психологических свойств" [12, с. 12]. Он отмечает, что "наряду с определенными общими и устойчивыми жизненными проявлениями, характерными для всех людей, каждый человек обладает большим разнообразием индивидуальных особенностей и реакций, свойственных только ему" [12, с. 12]. Поэтому при рассмотрении человека в плане дихотомического деления здоровья - болезни необходимо уделять внимание проблеме индивидуальности в различных ее аспектах и проявлениях [12, С. 12 - 13]. По мнению А. Я. Перехова, "вектор норма - патология носит характер континуума. В реальной жизни в популяции существуют плавные переходы от одного состояния к другому. Вектор здоровье - болезнь континуумом не является, и здесь можно отметить ступенеобразность переходов" [12, с. 15].

Такую точку зрения разделяют и Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко, указывающие на то, что вектор здоровье - болезнь, в отличие от вектора норма - патология, носит ступенеобразный характер: здоровье -> предболезнь -> психическое заболевание непсихотического уровня -> психоз, т.е. болезнь имеет механизм возникновения и развития, характеризуется прогредиентностью. К болезни (нозос) относят шизофрению, маниакально-депрессивный психоз(биполярное аффективное расстройство) и др. [13, с. 156].

А. Я. Перехов ссылается на С. Б. Семичова, который не делал принципиального различия между нормой и здоровьем и описал пять степеней состояния психического здоровья. Фактически речь идет не о здоровье, а о норме.

. Идеальное здоровье (норма), или эталон, - не встречающееся в реальной жизни гипотетическое психическое состояние, все составляющие которого соответствуют некоторым теоретическим нормам, гармонично интегрированы, создают условия для полной психосоциальной адаптации и психического комфорта в реальной природной и социальной действительности и соответствуют нулевой вероятности психической болезни или психической нестабильности.

. Среднестатистическое здоровье (норма) - показатель, который является производным усредненных психологических характеристик конкретно избранной и изученной (по полу, возрасту, социальному положению, территории проживания, и т. п.) популяции. Как каждый статистически установленный показатель, он вероятностен, допускает определенную степень колебаний и отклонений от идеального здоровья. Тем самым этот показатель предполагает определенный риск психического расстройства, и в исключительных случаях краевые отклонения в состоянии такого здоровья могут соответствовать краевым вариантам некоторых заболеваний, например неврозоподобным расстройствам при сосудистых заболеваниях, клинике алкоголизма в определенной социальной прослойке, и т. п.

. Конституциональное здоровье (норма) - соотнесение определенных, довольно специфических типов психического состояния здоровых людей с тем или иным типом телесно-организменной конституции (конструкции, устройства). С этим согласуется мнение о том, что подобные сочетания создают предрасположение к определенному кругу заболеваний. Последнее даже послужило основанием для их терминологического обозначения (типирования): эпилептоидный (атлетоидный), циклоидный (пикнический), шизоидный (лептосомный) тип.

. Акцентуация - вариант психического здоровья (нормы), который характеризуется особой выраженностью, заостренностью, непропорциональностью некоторых черт характера всему складу личности и приводит ее к определенной дисгармонии. Акцентуация, не препятствуя адаптации личности в социальной среде, в большей или меньшей степени суживает границы этой адаптации и тем самым предопределяет ситуационную уязвимость личности, увеличивает риск возникновения психических расстройств, как правило, психогенных. К акцентуациям могут быть отнесены некоторые аномалии личности, односторонняя одаренность, явления непатологического психического дезонтогенеза, и пр.

. Предболезнь - появление первых, разрозненных, эпизодических, синдромально незавершенных признаков психической патологии, дисфункции, являющихся причиной и условием нерезких нарушений социальной адаптации [12, С. 15 - 16].

"МКБ-10 заменяет понятие "психическая болезнь" более общим и аморфным понятием "психическое расстройство" [12, с. 18]. Последнее в МКБ-10 и DSM-IV определяется как "болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья". Как видно, и здесь происходит смещение понятий "норма" и "патология" [12, с. 18]. А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак считают, что "психическую болезнь, расстройство или аномалию следует рассматривать как сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья" [12, с. 18].

Г. И. Малейчук приводит мнение О. В. Хухлаевой, согласно которому "понимание нормы должно основываться на анализе взаимодействия человека с окружающей средой, что предполагает, прежде всего, гармонию между умением человека адаптироваться к среде и умением адаптировать ее в соответствии со своими потребностями" [11, с. 151].

С позиции А. Я. Перехова, "трактовка нормы как оптимальной адаптации оказывается бессодержательной, так как, во-первых, окружающая среда бесконечно изменчива и, во-вторых, сущность человека определяется его творческим, созидательным отношением к действительности" [18, с. 233]. С другой стороны, он отмечает, что "критерии нормы нравственной, правовой, культурной, этнической, психической ("психопатологической") не совпадают. Можно быть гением, преступником и душевнобольным одновременно или лишь кем-то одним или же подпадать под два определения и прочее. Все эти варианты, сочетания - разный взгляд на одну и ту же единую по существу человеческую личность" [18, с. 233].

По словам Г. И. Малейчука, понимание нормы с позиции В. И. Слободчикова, А. И. Шувалова представляет собой следующее: "норма - это не то среднее, что есть, а то лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях" [11, с. 152]. Б. С. Братусь пишет, что даже старые психиатры считали, что "отождествление нормальности с часто встречающимся резко снижает представление о человеческом развитии, низводя его до уровня приспособления к расхожим шаблонам поведения" [14, с. 6].

"В последнее время резко меняются классические представления о клиническом содержании психопатологических синдромов (это видно на примере МКБ-10). Но особенно большие разночтения - в нозологическом диагнозе, вообще в нозологической систематике" [5, с. 63]. Между тем, по словам Е. А. Григорьевой, Л. К. Хохлова, понятие нозологической единицы синтезирует всю основную информацию - и статическую, и динамическую, прогностическую. Отсюда споры о границах заболеваний; о том, где синдром, а где болезнь (и в силу этого в МКБ-10 предпочитается говорить не о болезни, а о расстройстве) [5, с. 63].

Как подчеркивает В. Д. Менделевич, некоторые клинические и практические психологи убеждены во всесилии различного рода тестов, по которым возможно выявить психические отклонения и отграничить норму от патологии. Он предупреждает, что подобное заблуждение приводит к тому, что "психолог нередко превращает себя в гадалку, в фокусника, от которого окружающие ожидают демонстрации чуда и разгадок чудес" [19, с. 13]. "Когда же имеешь дело не с описанием в учебнике того или иного изолированного синдрома, а с его конкретным носителем - живым человеком, со своей судьбой, интересами и особенностями, - то вопрос, что есть норма и что патология, теряет свою ясность и простоту, становится расплывчатым и трудноуловимым" [14, с. 3 - 4].

Даже в отношении профессиональных психиатров и психологов, научившихся со временем, иногда по одному лишь жесту, слову, внешнему виду человека относить его состояние к нормальному или патологическому, можно сказать, что "сущность и теоретические (а не интуитивно-эмпирические) основания дихотомии "норма-патология" до сих пор остаются и для них самих недостаточно ясными" [14, С. 3 - 4].

Б. С. Братусь обращает внимание на то, что есть область исследования, сам объект которой заставляет усомниться в строгости критериев нормы - это область пограничных психических расстройств, к числу которых относятся и неврозы [14, С. 11 - 12]. Он указывает на то, что при позитивном взгляде на психическое здоровье "большинство описаний не соотнесено с психологическим категориальным аппаратом и потому не может быть непосредственно использовано научной психологией. Во-вторых, как правило, описывается конечный продукт - ставшая личность, и ничего или крайне мало, говорится о самом главном и ценном для теории и практики - о том процессе, который привел к ее появлению, и о тех внутренних закономерностях, что лежат в основе этого процесса. Кроме того, даже самые, казалось бы, распространенные, устоявшиеся описательные критерии при более внимательном их анализе часто оказываются неоднозначными" [14, с. 14].

Таким образом, существующие подходы, "не дают убедительного ответа, отсылая нас либо к выраженной патологии (раз не болен, то здоров), либо к статистике (раз "как все", то нормален), либо к адаптивным свойствам (здоров, если хорошо приспособлен), либо к требованиям культуры (нормален, если исполняешь все ее предписания), либо к совершенным образцам (здоровье личности как атрибут выдающихся, творческих представителей человечества) и т. д." [14, с. 18] и проблема дихотомии норма - патология, здоровье - болезнь по-прежнему актуальна, и, по-видимому, еще надолго останется таковой.

**3. Особенности студентов первого курса**

Л. Д. Столяренко характеризует студенческий возраст как период развития и достижения интеллектуальных и физических сил. Но случается, что одновременно можно наблюдать "как проявляются "ножницы" между этими возможностями и их действительной реализацией" [20, с. 355].

А. А. Прачева, В. П. Мальцев указывают на то, что "при поступлении в высшее учебное заведение бывшие школьники сталкиваются с рядом совершенно новых особенностей учебной деятельности, а многие - с кардинальными изменениями в условиях проживания" [6, с. 101]. Приводя мнение П. А. Байгужина, А. А. Прачевой, А. А. Прачева и В. П. Мальцев указывают на то, что "изменения условий проживания, учебно-профессиональной деятельности вызывает в организме напряжение адаптационных механизмов" [6, с. 102].

"Предвестники дезадаптации (т.е. нарушения нормального взаимодействия человека с окружающей средой, перенапряжение в связи со сложной житейской ситуацией и психотравмирующими событиями) выявляются психодиагностическим обследованием раньше, чем это станет явным для клинициста или дойдет до сознания самого человека" [21, с. 90]. Л. Н. Собчик отмечает, что зная резервы и компенсаторные механизмы личности, можно выбрать наиболее эффективные "пути ресоциализации выбитого из колеи нормальной жизни человека с травмированной психикой" [21, с. 90].

"Молодые люди очень часто находятся под гнетом определенной ответственности за свои успехи в учебе перед преподавателями, и в первую очередь родителями. Кроме того, в современном мире молодые люди все чаще страдают в связи с неопределенными перспективами трудоустройства после окончания высшего учебного заведения" [22, с. 6]. В. Воротников пишет, что материальные трудности и проблемы в семье также вызывают у молодых людей возникновение гнетущего состояния, провоцируют частые тревоги и депрессии, в связи с чем, студенты оказываются не в состоянии справиться с объемами нагрузок [22, с. 6]. По его мнению, "проблемы с состоянием психического здоровья одних студентов может оказывать соответствующее негативное влияние и на их сокурсников" [22, с. 6]. Данные факторы могут послужить предпосылкой развития пограничных психических расстройств в данной социальной группе.

Как указывает Н. Л. Скворцов, первой группой психологических проблем студента является "ломка" ранее сформированных стереотипов [23, с. 91]. Ко второй группе проблем он относит специфику студенческого возраста; трудности самоопределения; начало самостоятельной или семейной жизни; материальные, жилищные, бытовые проблемы; расширение круга общения; выполнение новых социальных ролей [23, с. 91].

В результате проведенного исследования в областной клинической психиатрической больнице г. Гомеля, С. О. Хилькевич выявил, что из общего числа лиц с невротическими расстройствами высшее образование имеют 21,6% человек. Учитывая, что высшее образование является "вершиной" образовательного процесса, этот достаточно высокий показатель не противоречит "общей концепции о влиянии интенсивного интеллектуального труда на развитие невротических расстройств" [24].

По мнению А. Е. Журавлевой, "…необходимо организовать психологическое и педагогическое воздействие в процессе обучения и досуга, способствующего формированию здоровьесберегающего поведения, которое будет способствовать становлению жизненных целей студенческой молодежи, их профессиональному и личностному самоопределению, повышению эффективности и результативности учебной и трудовой деятельности" [1, с. 61].

"Одной из важнейших задач любого вуза является работа со студентами первого курса, направленная на более быструю и успешную их адаптацию к новым условиям социальной и образовательной среды. От этого зависит успешность обучения в целом: способность справляться с учебной нагрузкой, интеграция в студенческий коллектив, осознание правильности выбора профессии и успешное приобретение навыков, необходимых для освоения выбранной специальности" [6, с. 101].

Подводя итог, можно отметить, что на первом курсе возможен ряд проблем: адаптации, ломки стереотипов, возрастные особенности и т.д. В то же время существует необходимость обеспечения здоровья студентов как будущих специалистов. В том числе предъявляются высокие требования к нервно-психической устойчивости в частности, и к психическому здоровью в целом, как фактора, обеспечивающего лучшую адаптацию в социуме, возможность реализации профессионального и творческого потенциала, высокий уровень качества жизни и субъективного ощущения комфорта.

**4. Установление особенностей психического здоровья студентов**

Данные исследования студентов 1 курса (2013 г.): n = 49

Выборка: студенты дневного факультета в возрасте 17 - 21 лет. Лиц муж. пола - 4 чел., женского пола - 45 чел.

**Таблица 1 − Уровень невротизации студентов 1 курса**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень невротизации | Значение в абсолютных величинах, чел. | Значение в относительных величинах, % |
| Нормальный уровень | 41 | 83,7 |
| Высокая вероятность невроза | 8 | 16,3 |
| Всего | 49 | 100 |

Как видно из таблицы 1, уровень невротизации среди студентов 1 курса составляет 16,3%. У остальных 83,7%, согласно методике К. Хека - Х. Хесса, невротизация отсутствует.

По данным Н. В. Семеновой (Россия), общее количество зарегистрированных в течение года случаев невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48) у населения Ленинградской области увеличилось за 10 лет почти вдвое (на 85%) **−** с 3677 человек в 2000 году до 6788 в 2009-м. Доля этой диагностической группы в общем контингенте больных психическими расстройствами и расстройствами поведения увеличилась за десять лет с 10,6% до 15,5%. В расчете на численность населения, показатель распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств увеличился с 2000 по 2009 год на 85% **−** с 228 до 423 случаев на 100 тысяч населения [25, с. 195]. По сведениям Н. В. Семеновой, Киселева А. С., "доля взрослых в когорте больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, преобладала на протяжении исследуемого периода и постепенно возрастала с 83,5% до 92% к концу десятилетия" [26, с. 197]. Согласно Н. В. Семеновой, И. В. Лупинова, "в группе взрослого населения наблюдается снижение количества лиц молодого возраста (18-19 лет) с впервые выявленными невротическими расстройствами с 8% до 3%" [27, с. 199]. Эти данные показывают, что в Ленинградской области наблюдается рост числа больных, страдающих невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Однако, общая заболеваемость расстройствами этой диагностической группы населения России в целом имеет обратную динамику [25, с. 195].

В результате проведенного К. Т. Сарсембаевым (Казахстан) клинико-эпидемиологического исследования городской популяции страдающих неврозами, которые были катамнестически прослежены на протяжении 15 лет, была выявлена распространенность неврозов 2,4 на 1000 населения старше 16 лет (1,2 для мужчин и 3,6 для женщин). Всего были обследованы 497 лиц с невротическими расстройствами (116 мужчин и 381 женщина). Приводимые результаты исследования статистически достоверны [28]. Кроме того, им было выделено два типа течения невротических расстройств: регредиентный и прогредиентный. Наличие у лиц с невротизацией высшего и среднего специального образования было связано с регредиентным (р < 0,05), а неполного среднего - с прогредиентным течением невротических расстройств (р < 0,05) [28].

Таким образом, наше исследование соотносится с данными российских исследователей.

Касательно эпидемиологии невротических нарушений в Беларуси, то нами были проанализированы следующие исследования. Так, за 2008 год в 16-е (психоневрологическое) отделение Гомельской областной клинической психиатрической больницы было госпитализировано 787 человек с различными диагнозами расстройств невротического спектра [24]. Однако, эта цифра отражает лишь количество лиц, обратившихся за помощью в госучреждение. С. О. Хилькевич была отобрана методом произвольной выборки первичная медицинская документация 102 человек (13% от общего числа) в возрасте от 16 до 81 лет. При этом С. О. Хилькевич отмечает, что преимущественно невротическими расстройствами страдают женщины в возрасте от 36 до 65 лет (65,8% от общего количества женщин). Среди мужчин невротические расстройства чаще встречаются в возрастных группах до 25 лет и от 46 до 55 лет (34,8% и 21,7% от общего числа мужчин соответственно) [24].

Газета "Intex-press" (независимая Барановичская газета), со ссылкой на данные медицинской статистики, пишет, что заболеваемость белорусов психическими расстройствами с 2002 по 2010 год выросла более чем наполовину - на 52%. В составе этого показателя количество лиц с невротическими, связанными со стрессом расстройствами, - увеличилось на 58%. При этом первичная психическая заболеваемость выросла в большинстве возрастных групп, но особенно, в группах 20-59 лет - на 142% [29].

Исходя из приведенных данных в России, в Казахстане и в Беларуси практически за один и тот же промежуток времени количество лиц с расстройствами невротического спектра значительно возросло. Если перевести случаи распространенности неврозов на 1000 населения, то в России эта цифра почти в 2 раза больше по сравнению с Казахстаном (4,23 в России и 2,4 в Казахстане). В то же время, в целом по России, если не брать данные Ленинградской области, в последнее время наблюдается тенденция к снижению этой группы расстройств. Кроме того, в России отмечается снижение количества лиц молодого возраста (18-19 лет) с впервые выявленными невротическими расстройствами. На благополучный прогноз невроза (на регридиентность его течения), по мнению К. Т. Сарсембаева, может оказать влияние наличие высшего или среднего специального образования. В Беларуси показатель увеличения невротических нарушений ниже (58%), чем в Ленинградской области (85%) за один и тот же отрезок времени. Однако, увеличение частоты первичной психической заболеваемости интересующей нас возрастной группы в нашей стране продолжает возрастать.

**Таблица 2 − Уровень личностной тревожности студентов 1 курса 20**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень ЛТ | Значение в абсолютных величинах, чел. | Значение в относительных величинах, % |
| Низкий уровень | 1 | 2,0 |
| Умеренный уровень | 31 | 63,3 |
| Высокий уровень | 17 | 34,7 |
| Всего | 49 | 100 |

**и личностной**,

Согласно данным таблицы 2, выявлен следующий уровень личностной тревожности (ЛТ). Большинство респондентов имеют умеренный уровень ЛТ - 63,3%. Высокий показатель ЛТ отмечается у 34,7% первокурсников. Учитывая, что исследование проводилось после зимней сессии, то есть, через полгода после начала обучения, можно предполагать, что процесс адаптации для указанной группы студентов затянулся. Следует отметить, что наличие высокой ЛТ прямо коррелирует с высоким уровнем невротизации (Д. Я. Райгородский, 2001).

**Таблица 3 − Уровень депрессивности студентов 1 курса**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень депрессивности | Значение в абсолютных величинах, чел. | Значение в относительных величинах, % |
| Отсутствие депрессивных симптомов | 41 | 83,7 |
| Умеренно выраженная депрессия | 5 | 10,2 |
| Критический уровень депрессивности | 3 | 6,1 |
| Явно выраженная депрессивная симптоматика | − | − |
| Всего | 49 | 100 |

Согласно таблице 3, у 83,7% депрессивные симптомы отсутствуют, явно выраженная депрессия также отсутствует. Тем не менее, у 6,1% человек выявлен критический уровень депрессии.

Среди проблем, связанных с психическим здоровьем студентов, большая доля приходится на расстройства аффективного спектра, а именно - депрессии и субдепрессии. Субдепрессия по А. О. Бухановскому, Ю. А. Кутявину, М. Е. Литваку - это состояние, где "ведущим симптомом выступает нерезко выраженная тоска с оттенком грусти, скуки, некоторой подавленности, угнетенности, легкой тревоги, пессимизма. Обязательные симптомы - гипобулия и замедление ассоциативного процесса - в силу незначительности в большей степени переживаются субъективно и мало заметны при объективном наблюдении. Гипобулия проявляется чувством вялости, утомленности, физической и психической усталости, несколько снижается продуктивность" [12, с. 145].

**Таблица 4 − Уровень самооценки студентов 1 курса** **20**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень самооценки | Значение в абсолютных величинах, чел. | Значение в относительных величинах, % |
| Высокая неадекватная | 4 | 8,2 |
| Высокая адекватная | 11 | 22,5 |
| Средняя адекватная | 28 | 57,1 |
| Низкая адекватная | 3 | 6,1 |
| Низкая неадекватная | 3 | 6,1 |
| Всего | 49 | 100 |

Из таблицы 4 видно, что уровень средней адекватной самооценки (57,1%) преобладает в данной выборке. Высокая адекватная самооценка наблюдается у 22,5% человек. Общий показатель неадекватной самооценки (как высокой, так и низкой) составляет 14,3%.

С одной стороны, поступление в вуз помогает поверить молодым людям в свои силы и способности, с другой стороны, юноши и девушки с пониженным самоуважением болезненно реагируют, если у них что-то не получается в работе или, если они обнаруживают в себе какой-то недостаток [20, с. 652]. Это период, когда идеальное "Я" еще не окончательно сформировано, а реальное "Я" как следует не оценено самим субъектом. Данное противоречие может привести к внутренней неуверенности в себе, вызвать чувство непонятости [20, с. 355]. Следствием неуверенности в себе и ощущением непонятости может стать формирование неадекватной самооценки (как завышенной, так и заниженной). В свою очередь, данный фактор рассматривается в качестве предиктора возникновения невроза Б. С. Братусем и В. Н. Павленко [14].

**Таблица 5 - Уровень личностного адаптационного потенциала студентов 1 курса**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень ЛАП | Значение в абсолютных величинах, чел. | Значение в относительных величинах, % |
| Низкий уровень | 17 | 34,7 |
| Удовлетворительный уровень | 19 | 38,8 |
| Высокий уровень | 13 | 26,5 |
| Всего | 49 | 100 |

Согласно таблице 5, удовлетворительный уровень личностного адаптационного потенциала (ЛАП) показали 38,8% человек. Высокий уровень ЛАП у 26,5% человек. Однако низкий ЛАП отмечается у достаточно большого количества студентов - 34,7% человек.

А. Г. Маклаков, ссылаясь на Р. М. Баевского, пишет, что адаптация как динамическое образование тесно связана с функциональным состоянием организма [30, с. 17]. Он указывает на то, что "чем значительнее адаптационные способности, тем выше вероятность нормального функционирования организма и эффективной деятельности при увеличении интенсивности воздействия психогенных факторов внешней среды" [30, с. 17].

Согласно Л. И. Козловской, "склонность к фрустрированности и тревожности приводит к ухудшению адаптации на психическом уровне, а это в свою очередь, ухудшает адаптацию пациентов на соматическом и межличностном уровнях.

Можно говорить о дисгармоничном (дезадаптивном) функционировании больных с невротическими расстройствами на соматическом, психическом и межличностном уровнях" [7, с. 82]. "Анализ результатов проведенного исследования и опыт психотерапевтической работы позволяют рассматривать невроз как патологический способ адаптации человека в социуме за счет его ближайшего окружения, в основе которого лежит низкий уровень самоактуализации индивида, как причина его неспособности опираться на самого себя в преодолении жизненных трудностей" [7, с. 82].

**Таблица 6 - Уровень самочувствия студентов 1 курса**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень самочувствия | Значение в абсолютных величинах, чел. | Значение в относительных величинах, % |
| Неблагоприятное состояние | 6 | 12,2 |
| Нормальный уровень | 22 | 44,9 |
| Благоприятное состояние | 21 | 42,9 |
| Всего | 49 | 100 |

В целом, состояние самочувствия первокурсников можно расценивать положительно (таблица 6). Однако, 12,2% респондентов отмечают у себя неблагоприятное самочувствие, это практически каждый восьмой.

**Таблица 7 - Уровень активности студентов 1 курса**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень активностиЗначение в абсолютных величинах, чел.Значение в относительных величинах, % |  |  |
| Неблагоприятное состояние | 6 | 12,2 |
| Нормальный уровень | 39 | 79,6 |
| Благоприятное состояние | 4 | 8,2 |
| Всего | 49 | 100 |

Нормальный уровень активности выявлен у 79,6% чел. (таблица 7). Благоприятное состояние активности - 8,2% чел. Показатель неблагоприятного уровня активности, как и в случае с уровнем самочувствия, составляет 12,2% чел.

**Таблица 8 - Уровень настроения студентов 1 курса**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровни настроенияЗначение в абсолютных величинах, чел.Значение в относительных величинах, % |  |  |
| Неблагоприятное состояние | 4 | 8,2 |
| Нормальный уровень | 9 | 18,3 |
| Благоприятное состояние | 36 | 73,5 |
| Всего | 49 | 100 |

Исходя из таблицы 8, у большинства первокурсников наблюдается благоприятное состояние настроения - 73,5% чел. Неблагоприятное состояние настроения - 8,2% чел.

Э. А. Соколова пишет, что ухудшению настроения может предшествовать возбуждение с негативной реакцией, а также внутреннее возбуждение. Возбуждение с негативной реакцией, как следствие, проявляется в поведении и общении, внутреннее же возбуждение может проявляться еще и в симптомах [31, С. 130 - 131].

Итоговые результаты исследования состояния психического здоровья студентов-первокурсников представлены в таблице 9.

**Таблица 9 - Результаты исследования состояния психического здоровья студентов 1 курса в группах с невротизацией (группа I) и без невротизации (группа II)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование групп | Группа I | Группа II |
|  | Значение в абсолютных величинах, чел.  | Значение в относительных величинах, % | Значение в абсолютных величинах, чел. | Значение в относительных величинах, % |
| Группа с вегетативной симптоматикой | 6 | 26,0 | 17 | 74,0 |
| Группа малоадаптивных | 8 | 47,1 | 9 | 52,9 |
| Группа с хронич-ми з-ми | 2 | 12,5 | 14 | 87,5 |
| Группа с психосоматическими з-ми | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 |
| Группа с субдепрессией | 3 | 100 | - | - |
| Группа тревожных | 8 | 47,1 | 9 | 52,9 |

В группу с вегетативной симптоматикой вошли респонденты, которые отмечали у себя следующие симптомы: частые головные боли; жар во всем теле с периодичностью одного раза в неделю или чаще; частые мышечные судороги; частые приступы головокружения; тремор рук во время попытки что-то сделать; сильная потливость во время смущения; частые сильные сердцебиения и затрудненность дыхания. Опросник "Адаптивность" А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина (Д. Я. Райгородский, 2001, С. 549 - 558), который, с одной стороны, показывает уровень адаптивности, с другой - содержат вопросы, отражающие наличие вегетативных симптомов. В. Д. Тополянский указывает, что висцеровегетативные нарушения оказываются непременным компонентом клинической картины при так называемых неврозах органов и субдепрессивных состояниях любого генеза. Он же отмечает, что вегетативная симптоматика является нейрофизиологической основой развития психосоматических расстройств (В. Д. Тополянский, М. В. Струковская, 1986, С. 10 - 11). По словам О. В. Кремлевой, "все чаще только соматические симптомы, особенно сопровождаемые поведенческой картиной страдания, способны на какое-то время привлечь заботу и поддержку значимых лиц к невротической личности, что посредством вторичной выгоды закрепляет соматическое выражение невротического конфликта" [8, с. 96].

В группу малоадаптивных вошли студенты с показателями ЛАП не более 2-х стенов (Г. С.Никифоров, 2001, С. 139 **-** 140).

Группа с хроническими заболеваниями была образована, исходя из данных паспортички, в которой первокурсники отмечали наличие или отсутствие у себя хронических заболеваний.

Группа с психосоматическими заболеваниями также образована из данных паспортички. В ней студенты указывали конкретное хроническое заболевание, в случае его наличия. Среди указанных заболеваний, к психосоматическим мы отнесли следующие: язву желудка, псориаз, вегетативную дисфункцию.

Б. Д. Карвасарский, ссылаясь на Ю. М. Губачева, пишет, что "развитие невроза чаще всего исключает его коморбидность с "большой" психосоматикой" [32, с. 8]. Согласно проведенным клиническим и катамнестическим исследованиям в их клинике, а также нейрофизиологическим исследованиям В. Б. Захаржевского удалось "ответить на вопрос, почему обычно не наблюдается трансформации невротических соматических расстройств в психосоматические заболевания: "невроза сердца" в ишемическую болезнь сердца, "невроза дыхания" в бронхиальную астму и т.д. Более того, невроз в качестве своеобразного "страхования жизни" даже отдаляет или исключает развитие органических психосоматических заболеваний" [32, с. 8].

В группу с субдепрессией вошли респонденты с критическим уровнем депрессивности (более 19 сырых баллов) согласно опроснику А. Бека.

Группа тревожных представлена студентами с повышенным уровнем ЛТ (более 46 сырых баллов) по шкале реактивной и личностной тревоги Спилбергера - Ханина.

Группа с неврозом состоит из студентов с показателем свыше 24 сырых баллов согласно методике диагностики невротизации К. Хека - Х. Хесса.

Далее нами была проведена математическая обработка данных нашего исследования посредством программы STATISTICA 5.0. В частности, нами было использовано угловое преобразование Фишера.

1. Группа с вегетативной симптоматикой

Доля лиц с вегетативной симптоматикой в группе с невротизацией встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации (p < 0,05).

. Группа малоадаптивных

Доля лиц с низким уровнем ЛАП в группе с невротизацией встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации (p < 0,001**)**.

3. Группа с хроническими заболеваниями

Доля лиц с хроническими заболеваниями в группе с невротизацией не больше, чем в группе без невротизации.

4. Группа с психосоматическими заболеваниями

Доля лиц с психосоматическими заболеваниями в группе с невротизацией не больше, чем в группе без невротизации.

. Группа с субдепрессией

Поскольку количество студентов с субдепрессией в группе без невротизации равно нулю, а применение углового преобразования Фишера в этом случае имеет ограничение, для математической обработки этих данных мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Корреляционная связь между уровнем невротизации и уровнем депрессивности является статистически значимой (r = 0,59, p < 0,001).

. Группа тревожных

Доля лиц с высоким уровнем ЛТ в группе с невротизацией встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации (p < 0,001).

*Вывод:*Разработанная нами концепция здоровья позволяет подойти с позитивной точки зрения к самому понятию "здоровье". Кроме того, в этой концепции учитывается тот факт, что психическое здоровье - это база для здоровья психологического. Для того, чтобы "попасть" в группу здоровых, кроме отсутствия заболеваний, необходимы еще ряд важных факторов, таких как: хороший или удовлетворительный личностный потенциал, хорошая или удовлетворительная поведенческая регуляция и нервно-психическая устойчивость, удовлетворенность общением и хороший коммуникативный потенциал, нормальный или высокий уровень моральной нормативности, адекватная высокая или средняя самооценка, благоприятное самочувствие, активность и настроение, достаточный уровень развития волевых качеств. Только в таком случае можно достичь, по нашему мнению, полного психологического благополучия.

**Заключение**

*Актуальность:* высокая распространенность расстройств невротического спектра, недостаточная изученность проблемы эпидемиологии их в РБ, в том числе у студенческой молодежи, а также необходимость уделять внимание психическому здоровью будущих специалистов.

*Выборка:*студенты дневного факультета ГГУ им. Ф. Скорины в возрасте 17 - 21 лет. Лиц мужского пола - 4 чел., женского пола - 45 чел.

*Цель:*Изучение состояния психического здоровья студентов первого курса университета.

*Методы исследования:*методика экспресс-диагностики невроза К. Хека - Х. Хесса; шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера - Ханина; опросник А. Бека для оценки депрессии; методика самооценки личности С. А. Будасси; тест дифференцированной самооценки функционального состояния САН; опросник "Адаптивность" А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина <http://vsetesti.ru/378/>. Достаточно большой пакет методик обусловлен необходимостью уточнения надежности получаемой информации. Так, например, методики Спилберга-Ханина и САН использовались в масштабном исследовании расстройств невротического спектра В. Л. Филлиповым и Ю. В. Филлиповой [8, с. 239].

*Результаты исследования:*

1. Количество лиц с невротизацией составило 16,3%;

. Выявлен следующий уровень ЛТ:

низкий уровень - 2%;

умеренный уровень - 63,3%;

высокий уровень - 34,7%;

. Уровень депрессивности составил:

отсутствие депрессивных симптомов - 83,7%;

умеренно выраженная депрессия - 10,2%;

критический уровень депрессии - 6,1%;

явно выраженная депрессия - отсутствует;

. Самооценка студентов-первокурсников такова:

высокая неадекватная - 8,2%;

высокая адекватная - 22,5%;

средняя адекватная - 57,1%;

низкая адекватная - 6,1%;

низкая неадекватная - 6,1%;

. Уровень ЛАП, отражающий общий личностный адаптационный потенциал как сумму нервно-психической устойчивости, коммуникативного потенциала и моральной нормативности оказался следующим:

низкий уровень - 34,7%;

удовлетворительный уровень - 38,8%;

высокий уровень - 26,5%;

. Свое самочувствие первокурсники оценивают:

неблагоприятное состояние - 12,2%;

нормальный уровень - 44,9%;

благоприятное состояние - 42,9%;

. Активность студентов первого курса такова:

неблагоприятное состояние - 12,2%;

нормальный уровень - 79,6%;

благоприятное состояние - 8,2%;

. Уровень настроения респондентов:

неблагоприятное состояние - 8,2%;

нормальный уровень - 18,3%;

благоприятное состояние - 73,5%;

. Доля лиц с вегетативной симптоматикой группе с невротизацией встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации (p < 0,05);

. Доля лиц с низким уровнем ЛАП в группе с невротизацией встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации (p < 0,001);

. Доля лиц с хроническими заболеваниями в группе с невротизацией не больше, чем в группе без невротизации;

. Доля лиц с психосоматическими заболеваниями в группе с невротизацией не больше, чем в группе без невротизации;

. Корреляционная связь между уровнем невротизации и уровнем депрессивности является статистически значимой (r = 0,59, p < 0,001);

. Доля лиц с высоким уровнем ЛТ в группе с невротизацией встречается достоверно чаще, чем в группе без невротизации (p < 0,001);

*Выводы:*

1. Разработанная нами концепция здоровья объединяет медицинскую и гуманистическую модели здоровья;

. Предложенный пакет методик может применяться в практической деятельности для определения состояния здоровья взрослых, в том числе студентов;

. Проведенное исследование является отражением состояния дел в области невротических расстройств среди студентов университета и дополняет имеющиеся в литературе сведения об эпидемиологии данных нарушений;

. Выявленные данные - предмет размышления о мерах профилактики.

*Новизна и практическая значимость:* в результате данного исследования сформировалась более четкая картина состояния психического здоровья студентов первого курса, и в частности эпидемиологии расстройств невротического спектра. Представленные результаты необходимы для проведения дальнейших психопрофилактических мер. Проанализировав литературные источники, в частности по современным взглядам на понятия "психическое здоровье", "норма", "патология", "болезнь", "неврозы", "адаптивность" и т.д., были изучены модели здоровья различных авторов. В результате такого анализа предложена, разработанная нами, своя концепция здоровья.

**Список использованных источников**

**психический здоровье тревожность невротизация**

1. Журавлева, А. Е. Здоровье и здоровьесбережение в юношеском возрасте: теоретический аспект / А. Е. Журавлева // Современная психология: теория и практика: сборник тезисов науч.-практ. коф., 27 - 28 марта 2012 г., Москва / Москва: Изд-во "Спецкнига", 2012. - С. 60 - 62.

. Михайлов, Б. В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2005. - №1 (15). С. 10 - 13.

. Дмитриев, М. Н. Изучение латентных психических нарушений у студентов-медиков / М. Н. Дмитриев, А. А. Булейко, Э. Г. Карапетян, Н. В. Коломыйцева, И. Г. Молчанова // Психиатрия: быть или не быть: материалы научно-практической конференции с международным участием, 15 - 17 июня 2011, Ростов н/Дону. - С. 76 - 79.

4. Романов, С. Н. Клинико-психологическая проблема неврозов в контексте послевузовского и дополнительного образования / С. Н. Романов, Е. Л. Николаев // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - С. 181 - 182.

5. Григорьева, Е. А. Возможности психиатрии и действительность / Е. А. Григорьева, Хохлов, Л. К. // Психиатрия: быть или не быть: материалы научно-практической конференции с международным участием, 15 - 17 июня 2011, Ростов н/Дону. - С. 62 - 65.

6. Прачева, А. А. Психофизиологические основы механизмов адаптации организма студентов на начальных этапах вузовского обучения / А. А. Прачева, В. П. Мальцев // Современная психология: теория и практика: материалы V Международной науч.- практ. конференции, 3 - 4 июля 2012 г., Москва. - Москва: Изд-во "Спецкнига", 2012. - С. 101 - 106.

7. Козловская, Л. И. Невроз как проявление адаптации в социуме за счет ближайшего окружения / Л. И. Козловская // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - С. 81 - 82.

8. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - 287 с., с. 3.

9. Романов, Д. В. Проблемы диагностики невротических расстройств / Д. В. Романов // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - С. 178 - 179.

10. Николаев, Е. Л. Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2007. - №3. - С. 8 - 50.

11. Малейчук, Г. И. Особенности феноменологического подхода к оценке психического здоровья // Веснік Брэсцкага ўніверсітэта. Серыя 3. - 2011. - № 1. - С. 150 - 157.

12. Бухановский, А. О. Общая психопатология: пособие для врачей Бухановский А. О., Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. - Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ Феникс, 1998. - 416 с.

13. Мещеряков, Б. Г. Большой психологический словарь / Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. -Издательство: Прайм-Еврознак, 2002. - 639 с.

14. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С.Братусь. - М.: Мысль, 1988. - 301 с.

15. Дмитриева, Т. Б. Психическое здоровье россиян / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // "Человек". - 2002. - № 6.

16. Манакова, Е. А. Переживание одиночества как вид нарушения психологического здоровья в контексте личностных особенностей / Е. А. Манакова // Актуальные вопросы педагогики и психологии образования: материалы международной научно-практической конференции молодых ученых, магистрантов, студентов, 11 - 12 апреля 2012, Барнаул. - АлтГПА, 2012. - С. 123 - 125.

. Соколова, Э. А. О норме и патологии / Э. А. Соколова // Психологический журнал. - 2009. - № 3. С. 23 - 31.

. Перехов, А. Я. "Нравственное помешательство" и душевное нездоровье с точки зрения клинической психиатрии и православной религии / А. Я. Перехов // Психиатрия: быть или не быть: материалы научно-практической конференции с международным участием, 15 - 17 июня 2011, Ростов н/Дону. - С. 230 - 233.

. Батаршев, А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения / А. В. Батаршев. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. - 320 с.

. Столяренко, Л. Д. Основы психологии / Л. Д. Столяренко.- Ростов-на-Дону: "Феникс", 2000. **-** 672 с.

. Собчик, Л. Н. Методы психодиагностики как инструмент исследования личности и дезадаптивных состояний /Л. Н. Собчик // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуацияхжизнедеятельности: сборник научных статей Международной науч.-практ. конференции 15 - 16 апреля 2011 г., Владивосток. - Мор. гос. ун-т им. адм. Г. И. Невельского, 2011. - С. 85 - 90.

. Воротников, В. Жизнь студента опасна для психики? / В. Воротников // Газета "Новая психиатрия". - 2012. - Февраль (№2) (21). - С. 6.

. Скворцов, Н. Л. Психологическая адаптация студентов к обучению в медицинском вузе / Н. Л. Скворцов // Психиатрия и современное общество: материалы III съезда психиатров и наркологов, 2009 г., Минск. - С. 90 - 92.

24. Хилькевич, С. О. Анализ отдельных биосоциальных факторов формирования невротических расстройств у жителей Гомельской области. Режим доступа: <http://www>. gomelpsyhosp. by. - Дата доступа: 08.04.2013.

. Семенова, Н. В. Основные эпидемиологические показатели невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000-2009 годах / Н. В. Семенова // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - С. 194 - 196.

. Семенова, Н. В. Возрастная и гендерная структура распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000-2009 годах / Н. В. Семенова, А. С. Киселев // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - C. 196 - 198.

. Семенова, Н. В. Лупинов, И. В. Анализ первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами населения Ленинградской области в 2000-2009 годах / Н. В. Семенова, И. В. Лупинов // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - C. 198 - 199.

. Сарсембаев, К. Т. Динамика и прогностические критерии невротических расстройств по данным клинико-эпидемиологического исследования. Режим доступа: <http://www>. kaznmu.kz - Дата доступа: 08.04.2013.

. Чем болеют белорусы. Режим доступа: http://www. intex-press. by. - Дата доступа: 27.04.2013.

30. Маклаков, А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психол. журн. − 2001. − №1. − С. 16 - 24.

. Соколова, Э. А. Психологические проблемы человека и социальной группы / Э. А.Соколова; М-во образования РБ, Гомельский гос. ун-т им.Ф. Скорины. - Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2012. - 232 с.

. Карвасарский, Б. Д. Невротические и неврозоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях / Б. Д. Карвасарский // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов науч.-практ. конф., 3 - 4 февраля 2011 г., С-Петербург / СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - С. 6 - 9.

**Приложение А**

**Проверка на нормальность распределения результатов тестирования**

*Результаты психометрической проверки уровня невротизации.*

Выбранная популяция: студенты 1 курса.

Выборка стандартизации: 49 человек.

Результаты тестирования уровня невротизации представлены в таблице А.1

**Таблица А.1** - **Частота встречаемости уровня невротизации и перевод сырых баллов в стены**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сырые баллы | Частота встречаемости признака | Стены |
| 1 | 1 | 2 |
| 4 | 2 | 2 |
| 5 | 1 | 3 |
| 6 | 1 | 3 |
| 9 | 6 | 4 |
| 10 | 1 | 4 |
| 11 | 2 | 4 |
| 12 | 3 | 4 |
| 14 | 3 | 5 |
| 15 | 5 | 5 |
| 16 | 2 | 5 |
| 17 | 2 | 6 |
| 18 | 3 | 6 |
| 20 | 2 | 6 |
| 21 | 1 | 7 |
| 22 | 1 | 7 |
| 24 | 5 | 7 |
| 26 | 3 | 8 |
| 28 | 2 | 8 |
| 31 | 1 | 9 |
| 32 | 1 | 9 |
| 34 | 1 | 10 |

Показатели моды, медианы, генерального среднего, дисперсии, стандартного отклонения, ассиметрии и эксцесса вычисляются в программе Excel.

**Таблица А.2** - **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня невротизации**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо (мода) | 9 |
| Ме (медиана) | 15 |
| S² (дисперсия) | 61,5 |
| σ (стандартное отклонение) | 7,8 |
| А (ассиметрия) | 0,27 |
| Е (эксцесс) | -0,6 |

Проверка на нормальность распределения по методу Пустыльника:

А кр. = 3\* √6\* (n-1) / (n+1)\* (n+3)

E кр. = 5\*√24\*n(n-2)\*(n-3) / (n+1)²\*(n+3)\*(n+5)

А кр. = 0,99

Е кр. = 3

Т.к. А не превышает А кр., и Е не превышает Е кр., то распределение признака в выборке можно считать нормальным.

3σ = 23,4

16,6 + 23,4 = 40

,6 - 23,4 = -6,8

*Результаты психометрической проверки уровня ЛТ*

Результаты тестирования отражены в таблице А.3

**Таблица А.3** - **Частота встречаемости уровня личностной тревожности и перевод сырых баллов в стены**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сырые баллы | Частота встречаемости признака | Стены |
| 27 | 1 | 2 |
| 31 | 2 | 3 |
| 32 | 2 | 3 |
| 33 | 2 | 3 |
| 34 | 3 | 4 |
| 35 | 2 | 4 |
| 36 | 5 | 4 |
| 37 | 1 | 4 |
| 38 | 1 | 4 |
| 39 | 4 | 5 |
| 40 | 2 | 5 |
| 42 | 3 | 5 |
| 43 | 2 | 6 |
| 44 | 1 | 6 |
| 45 | 1 | 6 |
| 46 | 1 | 6 |
| 47 | 1 | 7 |
| 48 | 2 | 7 |
| 49 | 1 | 7 |
| 50 | 2 | 7 |
| 51 | 2 | 8 |
| 52 | 2 | 8 |
| 53 | 1 | 8 |
| 54 | 2 | 8 |
| 57 | 1 | 9 |
| 60 | 1 | 10 |
| 62 | 1 | 10 |

**Таблица А.4** - **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня личностной тревожности**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо | 36 |
| Ме | 40 |
| М  | 42,2 |
| S² | 70,9 |
| σ | 8,4 |
| А | 0,45 |
| Е | -0,63 |

Т.к. А не превышает А кр., а Е не превышает Е кр., то распределение признака в выборке можно считать нормальным.

3σ = 25,2

42,2 + 25,2 = 67,4

,2 - 25,2 = 17

**Таблица А.5** - **Частота встречаемости уровня депрессивности и перевод сырых баллов в стены**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сырые баллы | Частота встречаемости признака | Стены |
| 0 | 3 | 1 |
| 1 | 4 | 4 |
| 2 | 5 | 4 |
| 3 | 3 | 4 |
| 4 | 3 | 5 |
| 5 | 1 | 5 |
| 6 | 8 | 5 |
| 7 | 9 | 6 |
| 8 | 2 | 6 |
| 9 | 3 | 6 |
| 10 | 2 | 7 |
| 11 | 2 | 7 |
| 14 | 1 | 8 |
| 20 | 1 | 10 |
| 21 | 2 | 10 |

**Таблица А.6** - **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня депрессивности**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо | 7 |
| Ме | 6 |
| М  | 6,3 |
| S² | 24,1 |
| σ | 4,9 |
| А | 1,4 |
| Е | 2.35 |

Т.к. А превышает А кр., а Е не превышает Е кр., то распределение признака в выборке нельзя считать нормальным.

3σ = 14,7

6,3 + 14,7 = 21

,3 - 14,7 = -8,4

*Результаты психометрической проверки уровня самооценки*Результаты тестирования отражены в таблице А.7

**Таблица А.7** - **Частота встречаемости уровня самооценки и перевод сырых баллов в стены**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сырые баллы | Частота встречаемости признака | Стены |
| -1.18 | 1 | 1 |
| -0.5 | 1 | 1 |
| -0.48 | 1 | 1 |
| -0.21 | 1 | 2 |
| -0.07 | 1 | 3 |
| -0.06 | 1 | 3 |
| 0.02 | 1 | 4 |
| 0.03 | 2 | 4 |
| 0.09 | 1 | 4 |
| 0.13 | 1 | 4 |
| 0.15 | 1 | 5 |
| 0.24 | 2 | 5 |
| 0.28 | 1 | 5 |
| 0.29 | 2 | 5 |
| 0.32 | 1 | 6 |
| 0.36 | 1 | 6 |
| 0.4 | 1 | 6 |
| 0.44 | 1 | 6 |
| 0.47 | 1 | 7 |
| 0.48 | 2 | 7 |
| 0.5 | 6 | 7 |
| 0.51 | 3 | 7 |
| 0.55 | 2 | 7 |
| 0.62 | 1 | 9 |
| 0.66 | 2 | 8 |
| 0.68 | 1 | 8 |
| 0.7 | 2 | 8 |
| 0.75 | 1 | 9 |
| 0.8 | 1 | 9 |
| 0.84 | 1 | 9 |
| 0.85 | 1 | 9 |
| 0.87 | 1 | 9 |
| 0.92 | 1 | 10 |
| 0.95 | 1 | 10 |

**Таблица А.8** - **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня самооценки**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо | 0.5 |
| Ме | 0.5 |
| М  | 0.3 |
| S² | 0.1 |
| σ | 0.4 |
| А | -1.42 |
| Е | 3.22 |

Т.к. А не превышает А кр., а Е превышает Е кр., то распределение признака в выборке нельзя считать нормальным.

3σ = 0.9

0.3 + 0.9 = 1.2

.3 - 0.9 = -0.6

*Результаты психометрической проверки уровня ЛАП*

Результаты тестирования отражены в таблице А.9

**Таблица А.9** - **Частота встречаемости уровня личностного адаптационного потенциала**

|  |  |
| --- | --- |
| Стены | Частота встречаемости признака |
| 1 | 11 |
| 2 | 7 |
| 3 | 11 |
| 4 | 7 |
| 5 | 5 |
| 6 | 7 |
| 8 | 1 |

**Таблица А.10**- **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня личностного адаптационного потенциала**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо | 1;3 |
| Ме | 3 |
| М  | 3.3 |
| S² | 3.3 |
| σ | 1.8 |
| А | 0.44 |
| Е | -0.63 |

Т.к. А не превышает А кр., а Е не превышает Е кр., то распределение признака в выборке можно считать нормальным.

3σ = 5.4

3.3 + 5.4 = 8.7

.3 - 5.4 = -2.1

**Таблица А.11** - **Частота встречаемости уровня самочувствия и перевод сырых баллов в стены**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сырые баллы | Частота встречаемости признака | Стены |
| 1.9 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 1 |
| 3.6 | 1 | 3 |
| 3.7 | 3 | 3 |
| 4 | 2 | 3 |
| 4.1 | 1 | 4 |
| 4.4 | 1 | 4 |
| 4.6 | 2 | 4 |
| 4.7 | 1 | 5 |
| 4.8 | 1 | 5 |
| 4.9 | 1 | 5 |
| 5 | 1 | 5 |
| 5.2 | 5 | 6 |
| 5.3 | 1 | 6 |
| 5.4 | 2 | 6 |
| 5.5 | 4 | 6 |
| 5.6 | 4 | 6 |
| 5.7 | 3 | 6 |
| 5.9 | 3 | 7 |
| 6 | 1 | 7 |
| 6.1 | 2 | 7 |
| 6.2 | 2 | 7 |
| 6.3 | 1 | 8 |
| 6.4 | 1 | 8 |
| 6.5 | 1 | 8 |
| 6.6 | 1 | 8 |
| 6.9 | 1 | 9 |
| 7 | 1 | 9 |

**Таблица А.12** - **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня самочувствия**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо | 5.2 |
| Ме | 5.5 |
| М  | 5.2 |
| S² | 1.2 |
| σ | 1.1 |
| А | -1.12 |
| Е | 1.72 |

Т.к. А не превышает А кр., а Е не превышает Е кр., то распределение признака в выборке можно считать нормальным.

3σ = 3.3

5.2 + 3.3 = 8.5

.2 - 3.3 = 1.9

*Результаты психометрической проверки уровня активности*

Результаты тестирования отражены в таблице А.13

**Таблица А.13** - **Частота встречаемости уровня активности и перевод сырых баллов в стены**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сырые баллы | Частота встречаемости признака | Стены |
| 1.9 | 1 | 1 |
| 3 | 1 | 1 |
| 3.5 | 1 | 3 |
| 3.6 | 1 | 3 |
| 3.7 | 1 | 4 |
| 3.8 | 1 | 4 |
| 4 | 3 | 4 |
| 4.1 | 3 | 5 |
| 4.2 | 5 | 5 |
| 4.3 | 5 | 5 |
| 4.5 | 2 | 6 |
| 4.6 | 2 | 6 |
| 4.7 | 5 | 6 |
| 4.8 | 5 | 6 |
| 4.9 | 3 | 7 |
| 5.1 | 1 | 7 |
| 5.3 | 2 | 8 |
| 5.4 | 2 | 8 |
| 5.5 | 1 | 8 |
| 5.7 | 1 | 9 |
| 6 | 1 | 9 |
| 6.4 | 2 | 10 |

**Таблица А.14** - **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня активности**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо (мода) | 4.2 |
| Ме (медиана) | 4.6 |
| М (среднее) | 4.5 |
| S² | 0.6 |
| σ | 0.8 |
| А | -0.27 |
| Е | 0.29 |

Т.к. А не превышает А кр., а Е не превышает Е кр., то распределение признака в выборке можно считать нормальным.

3σ = 2.4

4.5 + 2.4 = 6.9

.5 - 2.4 = 2.1

*Результаты психометрической проверки уровня настроения*

Результаты тестирования отражены в таблице А.15

**Таблица А.15** - **Частота встречаемости уровня настроения и перевод сырых баллов в стены**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сырые баллы | Частота встречаемости признака | Стены |
| 1.6 | 1 | 1 |
| 3.1 | 1 | 1 |
| 3.5 | 1 | 2 |
| 3.8 | 1 | 2 |
| 4 | 2 | 3 |
| 4.6 | 1 | 4 |
| 5 | 1 | 4 |
| 5.1 | 1 | 4 |
| 5.3 | 1 | 5 |
| 5.4 | 2 | 5 |
| 5.5 | 1 | 5 |
| 5.6 | 1 | 5 |
| 5.7 | 3 | 6 |
| 5.8 | 4 | 6 |
| 5.9 | 3 | 6 |
| 6 | 3 | 6 |
| 6.1 | 3 | 6 |
| 6.2 | 3 | 6 |
| 6.3 | 2 | 7 |
| 6.4 | 2 | 7 |
| 6.5 | 2 | 7 |
| 6.6 | 2 | 7 |
| 6.7 | 3 | 7 |
| 6.8 | 2 | 8 |
| 6.9 | 2 | 8 |
| 7 | 1 | 8 |

**Таблица А.16** - **Значения мер изменчивости в тесте по определению уровня настроение**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование мер изменчивости | Цифровое значение |
| Мо  | 5.8 |
| Ме | 5.9 |
| М  | 5.7 |
| S² | 1.1 |
| σ | 1.1 |
| А | -1.82 |
| Е | 3.89 |

Т.к. А не превышает А кр., а Е превышает Е кр., то распределение признака в выборке нельзя считать нормальным.

3σ = 3.3

5.7 + 3.3 = 9

.7 - 3.3 = 2.4

**Приложение В**

**Описание методик**

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

Это - наиболее типичных опросников для скрининга неврозов. Он стандартизован на возраст от 16 до 60 лет. При его создании авторы исходили из того, что жалобы больных носят специфический характер и в них, в отличие от больных с органической соматической патологией, преобладают указания на вегетативные расстройства и жалобы психического характера. Обследуемому дается лист с перечнем телесных и психических жалоб. Методика дает предварительный и обобщенную информацию о наличии у индивида предпосылок к неврозу. Невроз является нарушением нервной деятельности и может иметь в своей основе болезненную реакцию на воздействие стрессора (психической травмы) в процессе обеднения адаптационный резервов организма (Д. Я. Райгородский, 2001).

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. Предельные значения для разграничения лиц с неврозами и лиц контрольной группы, определенные после стандартизации теста, составляют для мужчин 7 жалоб, для женщин 10 жалоб. Чувствительность теста 87%, а его специфичность достигает 82%. Метод нашел широкое применение в ГДР в скриннинговом выявлении неврозов и оказании амбулаторной помощи (В. М. Блейхер, 1989).

Методика состоит из 40 вопросов - высказываний, на которые надо ответить положительно или отрицательно. Подсчет результатов представляет собой простое суммирование утвердительных ответов. За каждый ответ "да" дается 1 балл, за каждый ответ "нет" - 0 баллов. Надо подсчитать количество баллов: если получено более 24 баллов говорит о высокой вероятности невроза [28].

Следует иметь ввиду, что тесты не могут достаточно хорошо дифференцировать моносимптомные невротические нарушения: заикание, ночные страхи, сексуальные нарушения (В. М. Блейхер, 1989). В. М. Блейхер, со ссылкой на А. Кокошкарову, указывает, что на практике скриннинговые методы не отграничивают неврозы и неврозоподобные нарушения при различных неврологических и соматических заболеваниях. Однако, с другой стороны, это уже задача врачей. "Психологическое исследование может помочь синдромальному уточнению невроза" (В. М. Блейхер, 1989, С. 234 - 235).

*2. Методика Ч. Спилбергера - Ю. Ханина*

Для уточнения гипотезы мы использовали методику диагностики самооценки тревожности Ч. Д. Спилберга, т.к. высокая ЛТ коррелирует с наличием невротического конфликта. Кроме того, это методика позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство (уровень личностной тревожности), и как состояние (уровень ситуативной тревожности) (Д. Я. Райгородский, 2001).

Под ЛТ 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. Высокая ЛТ повышает вероятность эмоциональных и невротических срывов, риск психосоматических заболеваний (Д. Я. Райгородский, 2001).

СТ характеризует особенности текущего состояние человека, вызванное выполнением им какой-либо деятельности в тех случаях, когда он напряжен, беспокоен, нервозен. Высокая выраженность СТ может служить показателем наличия определенных проблем при выполнении конкретного вида деятельности; она вызывает нарушения внимания, общения, снижение способности быстро и надежно решать профессиональные задачи. СТ как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Низкая СТ 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" (Д. Я. Райгородский, 2001).

В 1976 - 1978 г. был Ю. Л. Ханиным адаптирован, модифицирован и стандартизирован русскоязычный вариант, который известен как шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера - Ю. 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 Ч. Спилберга включает инструкции из 40 вопросов-суждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня СТ и 20 - для оценки уровня ЛТ. 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 четырехбалльной шкале. Вербальная интерпретация позиций оценочной шкалы в первой и во второй частях различна (Д. Я. Райгородский, 2001).

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.

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).

Для ЛТ: 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) [28].

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 (Д. Я. Райгородский, 2001).

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 (Д. Я. Райгородский, 2001).

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

*3. Опросник А. Бека для оценки депрессии*

Депрессивность и тревожность занимают все большее место в клинической картине неврозов, поэтому использование методик выявления депрессивных и тревожных симптомов просто необходимо для оценки состояния психического здоровья студенческой молодежи.

Методика предназначена для диагностики наличия и выраженности депрессивных состояний. Депрессия проявляется в невротических реакциях - в ослаблении тонуса жизни и энергии, в снижении фона настроения, суждении и ограничении контактов с окружающими, наличии чувства безрадостности и одиночества. Предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период (И. Г. Малкина-Пых, 2005).

Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory) предложена А. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соотвествующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и аттитюдов (жалоб): грусть, пессимизм, чувство провала, неудовлетворенность, вина, чувство кары, неприязнь к себе, самообвинения, суицидальные мысли, периоды плача, раздражительность, уход от контактов с другими, нерешительность, искаженный образ тела, застой в работе, нарушение сна, быстрая утомляемость, потеря аппетита, потеря веса, озабоченность соматическими симптомам и утрата либидо (И. Г. Малкина-Пых, 2005).

Депрессивные шкалы сконструированы по синдромологическому принципу. Однако, в задачу не входит нозологическое разграничение депрессивных состояний. Данные исследования помогают оценить степень выраженности депрессивных состояний и его симптоматическую характеристику (В. М. Блейхер, 1989).

Каждая категория состоит из 4 - 5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям / симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом. В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры. В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно. На данный момент опросник депрессивноcти А. Бека широко применяется в клинико-психологических исследованиях и в психиатрической практике для оценки интенсивности депрессии. Преимущества этого опросника заключаются в возможности прицельной оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов, его составляющих.

Опросник обладает хорошей дискриминативной валидностью (различительной способностью) в отношении различной степени тяжести депрессивных состояний. BDI также чувствителен к изменениям тяжести депрессии во времени и поэтому может использоваться для оценки динамики депрессивного состояния и эффективности терапии. В случаях, когда пациент не способен самостоятельно заполнить шкалу (при значительной выраженности депрессии) - требуется участие квалифицированного эксперта, и тестирование приобретает характер стандартизированного интервью. При интерпретации результатов рекомендуется дополнительно воспользоваться любыми другими источниками информации (от родственников, знакомых, врачей). Измерения с помощью шкалы можно проводить через любые промежутки времени, однако их продолжительность необходимо фиксировать. BDI применялся в комплексном исследовании, которое проводилось лабораторией психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН.

Обработка. Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Интерпретация. При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

-9: отсутствие депрессивных симптомов; 10-15: легкая депрессия (субдепрессия); 16-19: умеренная депрессия; 20-29: выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63: тяжелая депрессия.

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

Пункты 1-13: когнитивно-аффективная субшкала (C-A)

Пункты 14-21: субшкала соматических проявлений депрессии (S-P) .

*4. Методика исследования самооценки личности*

Методика С.А. Будасси позволяет проводить количественное исследование самооценки личности, т. е. ее измерение. В основе данной методики лежит способ ранжирования (Н. С. Глуханюк, 2003).

Предлагается список из 48 слов, обозначающих свойства личности (аккуратность, беспечность, вдумчивость, вспыльчивость, гордость, грубость, доброта, жадность, жизнерадостность, завистливость, застенчивость, злопамятность, искренность, капризность, легковерие, мечтательность, нежность, непринужденность, нерешительность, несдержанность, обидчивость, осторожность, педантичность, подозрительность, принципиальность, высокомерие, радушие, развязность рассудочность, решительность, сдержанность, стыдливость, терпеливость, трудолюбие, трусость, увлекаемость, упорство, уступчивость, упрямство, черствость, честность, чуткость, эгоизм), из которых необходимо выбрать 20, в наибольшей степени характеризующих эталонную личность (назовем ее "мой идеал"). Естественно, что в этом ряду могут найти место и негативные качества.

Цель обработки результатов - определение связи между ранговыми оценками качеств личности, входящими в представления "Я идеальное" и "Я реальное". Мера связи устанавливается с помощью коэффициента ранговой корреляции.

Коэффициент ранговой корреляции г может находиться в интервале от - 1 до + 1. Если полученный коэффициент составляет не менее - 0,37 и не более + 0,37 (при уровне достоверности равном 0,05), то это указывает на слабую незначительную связь (или ее отсутствие) между представлениями человека о качествах своего идеала и о реальных качествах. Такой показатель может быть обусловлен и несоблюдением испытуемым инструкции, но если она выполнялась, то низкие показатели означают нечеткое и недифференцированное представление человеком о своем идеальном Я и Я реальном.

Значение коэффициента корреляции от + 0,38 до + 1: свидетельство наличия значимой положительной связи между Я идеальным и Я реальным. Это можно трактовать как проявление адекватной самооценки или, при г от + 0,39 до + 0,89, как тенденция к завышению. Значения же от + 0,9 до + 1 часто выражают неадекватно завышенное самооценивание. Значение коэффициента корреляции в интервале от - 0,38 до - 1 говорит о наличии значимой отрицательной связи между Я идеальным и Я реальным (отражает несоответствие или расхождение представлений человека о том, каким он хочет быть, и тем, какой он в реальности). Это несоответствие предлагается интерпретировать как заниженную самооценку. Чем ближе коэффициент к 1, тем больше степень несоответствия.

В предложенной методике исследования самооценки ее уровень и адекватность определяются как отношение между Я идеальным и Я реальным. Представления человека о самом себе, как правило, кажутся ему убедительными независимо от того, основываются ли они на объективном знании или на субъективном мнении, являются ли они истинными или ложными. Качества, которые человек приписывает самому себе, далеко не всегда адекватны. Процесс самооценивания может происходить двумя путями: 1) путем сопоставления уровня своих притязаний с объективными результатами своей деятельности и 2) путем сравнения себя с другими людьми.

Однако независимо от того, лежат ли в основе самооценки собственные суждения человека о себе или интерпретации суждений других людей, индивидуальные идеалы или культурно-заданные стандарты, самооценка всегда носит субъективный характер; при этом ее показателями могут выступать адекватность и уровень.

Адекватность самооценивания выражает степень соответствия представлений человека о себе объективным основаниям этих представлений. Уровень самооценки выражает степень реальных и идеальных, или желаемых, представлений о себе. Адекватную самооценку (с тенденцией к завышению) можно приравнять к позитивному отношению к себе, к самоуважению, принятию себя, ощущению собственной полноценности. Низкая самооценка (с тенденцией к занижению), наоборот, может быть связана с негативным отношением к себе, неприятием себя, ощущением собственной неполноценности.

Сведений о валидности и надежности этой методики не было найдено, но она широко используется в исследованиях самооценки личности.

*5. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния САН*

Тест назван по первым буквам слов "Самочувствие", "Активность", "Настроение", разработан сотрудниками 1 Московского медицинского института имени И. М. Сеченова: В. А. Доскиным, Н. А. Лаврентьевой, М. П. Мирошниковым и В. Б. Шарай и впервые опубликован в 1973 году.

"САН" предназначен для определения функционального состояния человека и его изменений в течение определенных интервалов времени (например, рабочей смены, этапов обучения и тренажа или различных периодов социальной или медицинской реабилитации). При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния - самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений.

При анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. У отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. По мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением. Опросник состоит из 30 пар слов, являющихся полярными характеристиками (по 10 пар слов для каждой категории). На бланке обследования между полярными характеристиками располагается рейтинговая семибалльная шкала. Испытуемому предлагают соотнести свое состояние с определенной оценкой на шкале. Сфера применения:

. Динамический контроль готовности персонала к работе;

. Оценка функционального состояния организма человека в процессе профессиональной деятельности;

. Оценка переносимости информационной и физической нагрузок в процессе психофизиологической подготовки (Л. Ф. Бурлачук, 1989).

*6. Многоуровневый личностный опросник (МЛО) "Адаптивность" А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина (сокращенный вариант)*

Этот опросник был разработан в 1993 А. Г. Маклаковым и С. В. Чермяниным. Предназначен для изучения адаптивных возможностей индивида на основе оценки некоторых психофизиологических и социально-психологических характеристик, отражающих интегральные особенности психического и социального развития. Опросник принят в качестве стандартизированной методики и рекомендуется к использованию для решения задач профессионального психологического отбора, психологического сопровождения учебной и профессиональной деятельности. Результаты тестирования по МЛО могут быть интерпретированы от простейших суждений ("годен - не годен") до подробной личностной характеристики. Опросник "Адаптивность" состоит из 165 вопросов и имеет 4-е структурных уровня, что позволяет получить информацию различного объёма и характера (Г. С. Никифоров, 2003).

. Шкалы 1-го уровня являются самостоятельными и соответствуют базовым шкалам СМИЛ (MMPI), позволяют получить типологические характеристики личности, определить акцентуации характера;

. Шкалы 2-го уровня соответствуют шкалам опросника ДАН ("Дезадаптационные нарушения"), предназначенного для выявления дезадаптационных нарушений преимущественно астенических и психотических реакций и состояний;

. Шкалы 3-го уровня: поведенческая регуляция (ПР}, коммуникативный потенциал (КП) и моральная нормативность (МН);

. Шкала 4-го уровня - личностный адаптационный потенциал (ЛАП) (Г. С. Никифоров, 2003).

Теоретической основой теста является представление об адаптации, как о постоянном процессе активного приспособления индивида к условиям социальной среды, затрагивающего все уровни функционирования человека. Каждый человек по-разному относится к одним и тем же событиям, а один и тот же воздействующий стимул у разных людей может вызвать различную ответную реакцию. Можно выделить некоторый интервал ответных реакций индивида, который будет соответствовать представлению о психической норме, а также можно определить некоторый "интервал" отношений человека к тому или иному явлению. Степень соответствие этому "интервалу" психической и социально-нравственной нормативности и обеспечивает эффективность процесса социально-психологической адаптации, определяет личностный адаптационный потенциал (ЛАП), являющейся важнейшей интегративной характеристикой психического развития. Характеристику личностного потенциала адаптации можно получить, оценив поведенческую регуляцию, коммуникативные способности и уровень моральной нормативности (Г. С. Никифоров, 2003).

Поведенческая регуляция (ПР) - это понятие характеризующее способность человека регулировать своё взаимодействие со средой деятельности. Основными элементами поведенческой регуляции являются: самооценка, уровень нервно-психической устойчивости, а также наличие социального одобрения (социальной поддержки) со стороны окружающих людей. Все выделенные структурные элементы не являются первоосновой регуляции поведения. Они лишь отражают соотношение потребностей, мотивов, эмоционального фона настроения, самосознания, "Я-концепции" и др. (Г. С. Никифоров, 2003).

Коммуникативные качества (коммуникативный потенциал - КП) является следующей составляющей личностного адаптационного потенциала (ЛАП). Поскольку человек практически всегда находится в социальном окружении, его деятельность сопряжена с умением построить отношения с другими людьми. Коммуникативные возможности (или умение достигнуть контакта и взаимопонимания с окружающими) у каждого человека различны. Они определяются наличием опыта и потребности общения, а также уровнем конфликтности (Г. С. Никифоров, 2003).

Моральная нормативность (МН) обеспечивает способность адекватно воспринимать индивидом предлагаемую для него определённую социальную роль. В данном тесте вопросы, характеризующие уровень моральной нормативности индивида, отражают два основных компонента процесса социализации: восприятие морально-нравственных норм проведения и отношение к требованиям непосредственного социального окружения (Г. С. Никифоров, 2003).

Инструкция:"Сейчас Вам будет предложен ряд вопросов, на которые Вы должны ответить только "да" или "нет". Вопросы касаются непосредственно Вашего самочувствия, поведения или характера. "Правильных" или "неправильных" ответов здесь быть не может, поэтому не старайтесь долго их обдумывать или советоваться с товарищами - отвечайте исходя из того, что больше соответствует Вашему состоянию или представлению о самом себе".

Обработка и интерпретация результатов

При обработке результатов учитывается количество ответов совпавших с "ключом". Каждое совпадение ответа с "ключом" оценивается в один балл (таблица В.1).

**Таблица В.1 - Ключ опросника "Адаптивность"**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование |  |  |
| Достоверность  |  Да |  Нет |
|   |   | 1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148 |
|  ПР | 4,6, 7, 8, 11,12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 37,39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 127, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162 |  2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 75, 87, 105, 132, 134, 140 |
| КП | Да | Нет |
|   | 9, 24, 27, 33, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152 | 26, 34, 35, 48, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159 |
| МН | Да | Нет |
|   | 14, 22, 36, 42, 50, 56, 59, 72,77,79,91,93,125,141, 145, 150, 164, 165 | 13, 76, 97, 100, 160, 163 |

Шкалы 3-го и 4-го уровня

Для оценки ЛАП достаточно использовать характеристики 3-го и 4-го уровней (Г. С. Никифоров, 2003).

В данном исследовании мы ограничились использованием именно шкал 3-го и 4-го уровней, т.к. это вполне решало нашу задачу по выявлению ЛАП студентов, их ПР, КП, а также оценку МН.

Обработку результатов целесообразно начинать с 3-го уровня. Для этого необходимо иметь четыре набора "ключей", соответствующих шкалам: достоверность, поведенческая регуляция (ПР), коммуникативный потенциал (КП), моральная нормативность (МН). Шкала достоверности, оценивает степень объективности ответов. В случае если общее количество баллов по данной шкале превышает 10 баллов, то полученные результаты целесообразно считать необъективными, вследствие стремления пациента как можно "больше" соответствовать социально желаемому личностному типу. "Сырые" баллы шкал "поведенческая регуляция", "коммуникативный потенциал", "моральная нормативность" суммируются, что соответствует значению шкалы 4-го уровня. Полученные значения 3-го уровня переводятся по таблице в стены, группа развития адаптационных способностей определяется по шкале 4-го уровня, значения которой также переводятся в стены (таблица В.2) и интерпретация результатов (таблица В.3) (Г. С. Никифоров, 2003).

**Таблица В.2 - Таблица перевода сырых баллов в стены**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование шкал и количество ответов, совпавших с ключом  |  |  |  | Стены |
| ЛАП | НПУ | КС | МН |   |
| 62-> | 46-> | 27-31 | 18-> | 1 |
| 51-61 | 38-45 | 22-26 | 15-17 | 2 |
| 40-50 | 30-37 | 17-21 | 12-14 | 3 |
| 33-39 | 22-29 | 13-16 | 10-11 | 4 |
| 28-32 | 16-21 | 10-12 | 7-9 | 5 |
| 22-27 | 13-15 | 7-9 | 5-6 | 6 |
| 16-21 | 9-12 | 5-6 | 3-4 | 7 |
| 11-15 | 6-8 | 3-4 | 2 | 8 |
| 6-10 | 4-5 | 1-2 | 1 | 9 |
| 1-5 | 0-3 | 0 | 0 | 10 |

Итоговую оценку ЛАП можно получить путем суммирования сырых баллов по трем шкалам: ЛАП = ПР + КП + МН

**Таблица В.3 - Интерпретация результатов опросника "Адаптивность"**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень адаптивных способностей (стены) | Интерпретация |
| 5-10 | Группы высокой и нормальной адаптации. Лица этих групп достаточно легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро входят в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения. Как правило, не конфликтны, обладают высокой эмоциональной устойчивостью. |
| 3-4 | Группа удовлетворительной адаптации. Большинство лиц этой группы обладают признаками различных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы и могут проявляться при смене деятельности. Поэтому успех адаптации зависит от внешних условий среды. Эти лица, как правило, обладают невысокой эмоциональной устойчивостью. Возможны асоциальные срывы, проявление агрессии и конфликтности. Лица этой группы требуют индивидуального подхода, постоянного наблюдения, коррекционных мероприятий.  |
| 1-2 | Группа низкой адаптации. Лица этой группы обладают признаками явных акцентуаций характера и некоторыми признаками психопатий, а психическое состояние можно охарактеризовать, как пограничное. Возможны нервно-психические срывы. Лица этой группы обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны, могут допускать асоциальные поступки. Требуют наблюдения психолога и врача. |