



ПСИХОЛОГИЯ

PSYCHOLOGY

УДК 159.99

МОНИТОРИНГ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ ВУЗА КАК ГРУППОВОГО СУБЪЕКТА ЗДОРОВЬЯ

MONITORING INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF STUDENTS OF HIGHER EDUCATION AS A GROUP HEALTH SUBJECT

В.В. Гребнева
V.V. Grebneva

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85

Belgorod National Research University, 85, Pobeda Str., Belgorod, 308015, Russia

E-mail: grebneva@bsu.edu.ru

Аннотация

В статье предлагается к обсуждению эмпирическая модель и результаты мониторинга здоровья студентов вуза, разработанная на энерго-информационном подходе к изучению феноменов психики.

Abstract

The article proposes to discuss the empirical model and the results of monitoring the health of University students, developed at the energy-information approach to the study of psychic phenomena.

Ключевые слова: психосоматическое здоровье, психические свойства, психические состояния, психическая энергия, информация, субъект здоровья.

Keywords: psychosomatic health, mental properties, mental States, mental energy, information, subject of health.

Введение

При разработке модели мониторинга здоровья студентов вуза мы исходили из теории энергоинформационного подхода в психологии [Веккер Л.М., 1998], согласно которому, как мы полагаем, информация хранится и активизируется в психической плоскости, а энергия заключена в плоскости физиологической и телесной [Гребнева В.В., 2012]. В процессах энерго-информационного обмена активность психической плоскости обеспечивается индивидуальным «ландшафтом» психики человека как индивида (темпераментом, мотивами, потребностями, мышлением и т.п.). Физиологическая плоскость действует через состояния человека [Веккер Л.М., Палей И.М., 1971]. Именно две эти плоскости обеспечивают динамику процесса взаимодействия, за счет которой осуществляется процесс адаптации в системе «психика-среда». Нарушения в системе



энерго-информационного обмена данной системы приводит к снижению качества здоровья человека, с одной стороны, и безопасности среды, с другой.

В связи с этим, в основу разработки модели мониторинга здоровья студентов нами были заложены индивидуально-психологические свойства и состояния, определяющие характер энерго-информационного взаимодействия человека со средой.

Методика сбора эмпирических данных и результаты мониторинга здоровья студентов

В качестве диагностического инструментария для исследования особенностей энерго-информационного обмена в системе «человек – образовательная среда вуза» на уровне индивидуального ландшафта (информационной плоскости) выступили известные методики, представленные нами в таблице 1, на уровне энергетической плоскости выступила методика диагностики функциональной дезадаптации индивида, позволяющая определить характер функциональной дезадаптации на основании субъективных жалоб студентов, распределенных нами на три группы состояний: преневротические, вегетативные и соматические. Кроме того, нами использовался метод анализа медицинских карт студентов, позволивший нам составить объективную картину здоровья групповых субъектов. При этом, следует отметить, что мы фиксировали только те заболевания, которые относятся к психосоматической группе заболеваний.

Обратившись к объективным методам исследования, на основании анализа медицинских карт первокурсников ($N=968$), нам удалось обнаружить наличие записей о психосоматических заболеваниях у 76,6 % человек: Ведущую позицию занимают заболевания опорно-двигательного аппарата (35,6%), желудочно-кишечного тракта обнаружены у 27,5%, диагноз «ВСД по гипертоническому типу» поставлен - 10,6%. Остальные 3% составили бронхиальная астма, кожные и аллергические заболевания. Интересно, что первичные записи о возникновении заболевания, в преобладающем большинстве были сделаны в возрасте пациентов 11 – 13 лет. Известно, что данный возрастной период характеризуется максимальным психофизиологическим напряжением, возникающим в результате «конфликта» между человеком и средой. Все эти нарушения имеют важную особенность. С одной стороны, они являются свойствами, сформировавшимися в результате длительных психических фрустрационных состояний (напряжения, тревожности, усталости, страха, неуверенности, боязни, разочарования, уныния, обиды и т.п.). С другой стороны, данные психосоматические нарушения как свойства являются причиной возникновения (источником и детерминантой) нарушений показателей социально-психологического здоровья человека.

Главной целью данного этапа исследования явилось выявление особенностей взаимосвязи элементов психологической (информационной) и функциональной (энергетической) плоскостей внутреннего ландшафта на примере студентов вуза. Мы предполагали, что особенности взаимосвязи свойств внутреннего мира человека и состояний, которые он переживает в процессе взаимодействия со средой, могут выражать различные степени влияния на состояния здоровья человека. В результате мониторинга здоровья можно будет выявить дескрипторы эффективности энерго-информационного обмена в системе «человек – образовательная среда вуза», а также дескрипторы, нарушающие систему здоровья участников взаимодействия в вузе. Кроме того, мы полагаем, что норму адаптации группового субъекта к условиям среды, главным критерием которой мы рассматриваем здоровье человека можно оценивать через показатели симметрии (асимметрии) внутреннего пространства членов группы. В дальнейшем, мы будем рассматривать здоровье как некую норму (симметрию), отклонение от которой в сторону минимума или максимума (асимметрия) ведет к болезни. Исходя из этого предположения, еще одной из задач нашего исследования будет являться выявление асимметрий в пространстве свойств и состояний человека.



Осуществление систематического мониторинга возможно в условиях процесса изучения курса «Психология». Данный курс изучается студентами в начале обучения в вузе, что позволяет составить индивидуальные профили студентов уже в конце первого года обучения. Кроме того, знакомство студентов с собственным внутренним миром, его рефлексия и согласованность с условиями образовательной среды, могут способствовать гармонизации социально-психологического взаимодействия, центрированного на уникальном мире каждого участника образовательного процесса. Анализ особенностей групповых профилей внутреннего мира индивидуальности преподавателями и администрацией вуза позволит более успешно фасилитировать процесс социально-психологического взаимодействия в системе «человек - образовательная среда вуза». Построение групповых профилей индивидуального пространства позволит выявить особенности здоровья студентов, как групповых субъектов социально-психологического взаимодействия. Результаты мониторинга, осуществленного нами на протяжении 5-лет, были составлены профили индивидуальных особенностей студентов разных факультетов и специализаций. В исследовании принимали участие студенты 1-3-х курсов. Общее количество испытуемых составило 520 человек, из них -325 девушек и 195 юношей. Конечной целью составления данных профилей являлось обнаружение особенностей психического и соматического здоровья студентов, на основании которых будет возможно разрабатывать эффективные формы и методы социально-психологического взаимодействия, адекватные социально-психологическому портрету студентов. Результаты исследования, представленные в таблице, отражают обобщенный профиль свойств и состояний студентов вуза.

Таблица 1
Результаты мониторинга индивидуальных особенностей студентов как группового субъекта здоровья

Методика исследования	Уровни Свойства (состояния)	Уровни							
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%
Исследование темперамента (тест Г. Айзенка)	Экстраверсия						67,8		
	Интроверсия			29,6					
	Нейротизм			33,1					
Психосоматичность (методика В.Шелдона)	Соматотоник			28,4					
	Переботоник		22,8						
	Висперотоник		29,3						
Профиль латеральной организации мозга (ПЛО)	Левополушарность			33,6					
	Биполушарность					53,6			
	Правополушарность	12,8							
Велушие потребности (методика В.И. Гарбузова)	Эгофильный (феминильный)		18,9						
	Генофильный (феминильный)		25,7						
	Альтруистический (андрогинильный)	13,6							
	Исследовательский (маскулинильный)	3,8							
	Доминантный (маскулинильный)	12,3							
	Либертофильный (маскулинильный)	13,7							
	Дипнофильный (маскулинильный)	11,0							
Методика определения акцентуации характера (К. Леонгард, Шмицкек)	Демонстративный			17,3					
	Застенчивый	6,8							
	Гипертимный	16,3							
	Дистимический	4,9							
	Эмотивный		20,8						
	Экзальтированный		19,3						
	Пислотимный			30,7					
	Тревожный	6,3							
	Возбудимый	6,6							
	Педантичный	9,7							
Методика «Домус контроля» (Дж. Роттер)	Экстернализм				41,8	58,2			
	Интернализм								
Механизмы психологической защиты (опросник Кеттермана-Плутчика)	Рационализация	16,7							
	Отрицание реальности		28,7						
	Замещение	9,6							
	Регрессия		11,2						
	Компенсация	9,5							
	Проекция		12,8						
Рефлексия (методика В. Грива)	Вытеснение	1,1		11,7					
	Рационализация								
	Саморефлексия					68,7			
Состояния здоровья (Аванез)	Здоровье			23,4					
	Болезнь							76,6	
Функциональные признаки дезадаптации	Психотические		20,3						
	Вегетативные		28,7						
	Соматические		26						

На первом этапе анализа результатов мониторинга мы обратили внимание на особенности взаимосвязи функциональных состояний студентов как энергетической составляющей и индивидуальных свойств: гендерной идентификации, особенностей латеральной организации головного мозга, акцентуаций характера.



Как мы уже отмечали, методика диагностики признаков функциональной дезадаптации включает ряд состояний-жалоб, касающихся разных способов реагирования человека на средовые стимулы. Первую группу состояний составили состояния психо-эмоциональной дезадаптации. К ним мы отнесли: наличие вредных привычек, нарушение сна, частое внутреннее напряжение, беспричинный плач, рассеянное внимание, повышенная утомляемость, раздражительность, пониженное настроение, ощущение слабости, потеря аппетита. Вторую группу состояний составили вегетативные жалобы: сердечная дисритмия, боли в сердце, головокружение, головные боли, одышка, потеря сознания, склонность к покраснению при волнении, боли в области живота, ощущение кома в горле, тяжесть в груди, повышенное (пониженное) давление.

Третья группа включает соматические явления: боли в спине, боли в суставах, чувство переполнения в желудке, тошнота, отрыжка, изжога, непереносимость отдельных видов пищи, лишний вес, эпизодический кожный зуд, кожные высыпания, ощущения жажды, сухость во рту во время волнения.

Для анализа гендерной идентификации мы отобрали из общей выборки две группы испытуемых (по 54 человека) в соответствии с их гендерной принадлежностью. Признаки «феминности-маскулинности» мы определяли по «профилю» инстинктов по методике В.И. Гарбузова. Фемининную группу составили испытуемые с преобладанием инстинкта самосохранения, сохранения и продолжения рода; маскулинную - исследователя, свободы, лидера, сохранения достоинства. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Функциональные признаки здоровья студентов (гендерные различия) Таблица 2

Признаки дезадаптации Психосоциальная Дезадаптация	Количество жалоб		
	Общее количество (454 жалобы)	Фемининная группа (248 жалоб) (57,1%)	Маскулинная группа (186 жалоб) (42,8%)
Психосоциальные жалобы			
наличие вредных привычек	23 (40,3%)	8 (3%)	15 (25%)
нарушение сна	9 (15,8%)	7 (2,7%)	2 (3,3%)
Раздражительность	30 (52,6%)	3 (1,2%)	27 (45%)
повышенная утомляемость	13 (14%)	10 (3,9%)	3 (5,3%)
ощущение слабости	18 (26,3%)	12 (4,8%)	6 (10%)
потеря аппетита	14 (24,5%)	9 (3,5%)	5 (8,3%)
Общее количество психосоциальных жалоб	109 (24,6%)	49 (22,8%)	60 (32,2)
Вегетативные жалобы			
сердечная дисритмия	19 (9,4%)	13 (5%)	6 (10,5%)
боли в сердце	15 (7,5%)	9(3,5%)	6 (10,5%)
Головокружение	8 (4%)	7 (2,7%)	1 (1,7%)
головные боли	46 (23,9%)	39 (16,2%)	9 (15,8%)
Одышка	3 (1,5%)	2 (0,7%)	1 (1,7%)
потеря сознания	2 (1%)	2(0,7%)	0
склонность к покраснению при волнении	11 (5,5%)	8 (3%)	3 (5,2%)
боли в области живота	42 (22,4%)	30 (11,7%)	12 (21%)
ощущение кома в горле	12(6%)	7 (3%)	5 (8,7%)
тяжесть в груди	3 (1,5%)	1(0,4%)	2 (3,4%)
повышенное давление	16 (8%)	7 (3%)	9 (15,8%)
пониженное давление	13 (4%)	10 (3,9%)	3 (1,7%)
Общее количество вегетативных жалоб	192 (46,3%)	135 (52,3%)	57 (30,6)
Соматические жалобы			
боли в спине	21 (14,7%)	5 (7,8%)	16 (33,2%)
боли в суставах	3 (2,1%)	1 (1,6%)	2 (2,9%)
чувство переполнения в желудке	11 (7,7%)	4 (6,2%)	7 (10,1%)
Тошнота	12 (8,4%)	8 (12,4%)	4 (5,8%)
Изжога	5 (3,3%)	1 (1,6%)	4 (5,8%)
непереносимость отдельных видов пищи	15 (10,5%)	10 (15,6%)	5 (7,2%)
лишний вес	22 (15,4%)	15 (23,4%)	7 (10,1%)
эпизодический кожный зуд	8 (5,6%)	2 (3,1%)	6 (8,7%)
кожные высыпания	7 (4,9%)	3 (4,7%)	4 (5,8%)
ощущение жажды	17 (11,8%)	7 (10,9%)	10 (14,4%)
сухость во рту во время волнения	12 (8,4%)	8 (12,4%)	4 (5,8%)
Общее количество соматических жалоб	133 (30,8%)	64 (24,3%)	69 (37,2%)

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы общего характера: наибольшее количество жалоб носят вегетативный характер – 192 жалобы, что составляет (44,2%). Самыми распространенными из них являются головные боли (частота встречаемости – 23,9%), боли в области живота (22,4%), боли в сердце (7,5%). Вторую позицию по частоте встречаемости занимают соматические жалобы – 30,6%, из них наиболее распространенные - лишний вес (15,4 %), боли в спине (14,7%), ощущение жажды (11,8%), непереносимость отдельных видов пищи (10,5%) , тошнота (8,4%), Последнее место по частоте встречаемости занимают признаки психологической и эмоциональной дезадаптации – 24,6 %. Из них преобладающими являются: раздражительность (52,6%), наличие вредных привычек (40,3%), ощущение слабости (26,3%).



Распределение частоты встречаемости признаков в фемининных и маскулинных группах позволяет сделать следующие выводы. Во-первых, общее количество жалоб в фемининной группе составляет 248 (57,1%) жалоб, в маскулинной – 186 (42,8%). Данное явление может быть обусловлено психологическими особенностями двух типов. Первый из них более чувствителен к стимулам среды и более склонен к саморефлексии, второй более толерантен и склонен к социорефлексии. Во-вторых, имеются различия в частоте распределений разных групп жалоб: фемининная группа в целом менее подвержена психоэмоциональной дезадаптации чем маскулинная. Однако такую разницу показателей позволили получить за счет преобладающего количества вредных привычек и раздражительности маскулинного типа. По всем остальным показателям фемининная группа доминирует над маскулинной.

В-третьих, обнаружены существенные расхождения в количестве жалоб вегетативного характера: в фемининной группе они составили 52,3%, в маскулинной – 30,6%. На наш взгляд, наблюдаемое нами явление закономерно и подтверждается характеристиками данных групп, данными В.И. Гарбузовым. Для фемининной группы свойственны такие черты как повышенная тревожность относительно своего здоровья, инконгруэнтность внутренних свойств средовым условиям их реализации, пессимизм. Для маскулинной более характерны такие черты как: оптимизм, склонность к риску, уверенность и т.д. [Гарбузов В.И., 1995]. К тому же, люди маскулинного типа менее склонны к жалобам, чем фемининные типы. В связи с этим, они больше обнаруживают жалоб соматического характера (37,2%), т. к. данные признаки носят более объективный характер (очень сложно отрицать боли в спине, тошноту, жажду). В фемининной группе соматические признаки составляют 24,8%.

Далее мы проанализировали особенности латеральной организации головного мозга испытуемых как биологического фактора психосоматических нарушений и функциональной дезадаптации студентов. На данном этапе мы предполагали, что психосоматические заболевания и признаки функциональной дезадаптации могут отличаться в группах испытуемых с разными показателями латеральной организации.

Из результатов исследования следует, что правополушарная латеральная организация головного мозга преобладает у меньшинства испытуемых (12,8%), в то время как процент заболеваний разного характера достаточно высокий (76,8%). Из этого можно предположить, что к психосоматическим заболеваниям более склонны либо амбидекстры (53,6%), либо студенты с левополушарной асимметрией головного мозга (33,6%). Кроме того, мы предполагали, что особенности асимметрии могут отражаться на характере психосоматического нарушения. С этой целью нами было проведено дополнительное исследование взаимосвязи показателей здоровья и особенностей латеральной организации мозга. Из общей выборки испытуемых нами были выбраны три группы, состоящие из 32 человек с разной организацией функционирования головного мозга: группа «амбидекстры» (тип А), студенты с левополушарной (тип Л), а также правополушарной (тип П) асимметрией [Ефимова И.В., 2007].

Полученные нами показатели подтверждают результаты исследований, свидетельствующих о том, что лица с доминированием левого полушария при оценке эмоционального состояния проявляют себя в большей степени как оптимисты, а правополушарные - как пессимисты [Чермит, К.Д., Мамгетов К.Ю., Мамгетова Л.К.]. Как оказалось, при доминировании правого полушария наблюдается низкая самооценка состояния здоровья, большее число жалоб эмоционально-вегетативного типа при достаточно высоких объективных показателях здоровья. При доминировании левого полушария отмечается меньшее количество эмоциональных жалоб, более высокая самооценка состояния здоровья при объективно худших показателях здоровья. Интерес представляет тот факт, что наиболее высокий балл нарушения здоровья по всем



показателям наблюдается у амбидекстров. На наш взгляд, это обусловлено особенностями адаптационных процессов данной группы испытуемых к условиям среды.

Из результатов мониторинга внутреннего ландшафта студентов можно сделать определенные выводы относительно открытости испытуемых собственному внутреннему опыту. О степени открытости опыту свидетельствует индекс напряженности защитных механизмов и степень выраженности акцентуаций характера личности.

Как известно, конфликт человека с окружающей средой на почве столкновения его желаний (инстинктов, потребностей, переживаний) и действительности, которая их не удовлетворяет, может привести к неврозам и психосоматическим заболеваниям. В случае не разрешения данного конфликта, психика «включает» защитные механизмы. Как мы полагаем, низкие показатели защит могут свидетельствовать о высоком уровне открытости опыту, и, наоборот, при высоком индексе напряженности защитных механизмов уровень открытости опыту является низким. Понятие открытости опыту многогранно. Человек может быть открыт каким-либо его составляющим, в то время как другим частям опыта его сознание может быть толерантным (не чувствительным). Высокие индексы напряжения по отдельным защитным механизмам могут указывать на соответствующую область максимальной закрытости человека. Исследование защитных механизмов, проведенное нами в студенческой среде, свидетельствуют о наиболее распространенном высоком индексе напряженности защитного механизма «отрицание реальности» (28,7%). Сторонники психоаналитического подхода считают «ориентацию на реальность» основой эмоционального здоровья, и выражают сомнение, что искажение правды, отказ от нее в отношении себя или других могут представлять вообще какую-либо ценность для адаптации [Первин Л., 2001, с.123]. Однако некоторые психологи полагают, что положительные иллюзии и самообман, часто базирующиеся на отрицании или искажении реальности, могут быть конструктивны и адаптивны. Позитивные иллюзии в отношении самого себя и окружающей среды, в отношении своей способности управлять событиями могут быть полезны и даже необходимы для психического здоровья. Но гипертрофированный оптимизм может привести не только к внутреннему конфликту, но и к конфликту со средой. Тот факт, что защитный механизм «отрицание реальности» в группе испытуемых положительно коррелирует с циклотимным типом акцентуации, позволяет предположить, что характер и поведение циклотима - есть результат влияния сформировавшегося механизма отрицания реальности. В связи с этим, профилактика психического здоровья должна строиться, прежде всего, на анализе скрытых первопричин циклотимии.

Второй по значимости защитный механизм, обнаруженной в выборке студентов университета – «реактивное образование» (16,7%). С помощью данного механизма индивид защищается от выражения неприемлемого желания, признавая и утверждая противоположное. Действие данного механизма становится особо очевидным, когда защита рушится. Примером такого явления может служить, когда образцовый студент, вежливый и учтивый вдруг неожиданно для всех совершает аморальный поступок. В последнее время участились случаи, когда такие личности шокировали своими преступными действиями, не только страну, но и весь мир. Количество студентов с данным защитным механизмом положительно коррелирует с количеством экзальтированного, эмотивного, гипертимного и демонстративного типов акцентуации. Характерологические и поведенческие признаки носителей данных акцентуаций могут сигнализировать о внутренней защите акцентуанта, что может помочь более оперативно реагировать с целью создания безопасной для психики окружающей среды. Диагностика акцентуаций характера в общей выборке испытуемых позволила установить их иерархию, ведущую позицию в которой занимает представительство циклотимов (30,7%), В первую тройку входят также эмотивный (20,8%) и экзальтированный (19,3%) типы. Немногим уступает количество студентов демонстративного (17,3%) и гипертимного (16,3%) типов

акцентуации. Психологические характеристики данных типов свидетельствуют о преобладании в группах студентов двух практически полярных характеристик: экзальтированность-эмотивность с одной стороны и демонстративность и гипертимность, с другой. Явное преобладание циклотимов свидетельствует о важности экологической безопасности образовательной среды, поскольку основными характеристиками данного типа является смена гипертимных и дистимных состояний и их зависимость от условий окружающей среды. Студентам циклотимного типа свойственны частые периодические смены настроения и состояний, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них картины гипертимии и жажду деятельности, возникновение новых идей, печальные – подавленность, замедленность реакции и мышления. Таким образом, в результате исследования нами было установлено, что 74% испытуемых от общей выборки обладают ярко выраженными одной и несколькими акцентуациями. По мнению К. Леонгарда в норме акцентуациями характера обладают 20-50% людей [К. Леонгард, 2000]. У подростков и юношей – 50-80%. Полученные нами результаты исследования акцентуаций близки к подростково-юношеской норме. Акцентуации характера, как и защитные механизмы личности можно отнести к пограничным нормам психического здоровья. В своем исследовании мы предполагали не только выявить особенности акцентуаций студентов университета, но и установить возможную связь типа акцентуации характера испытуемых и уровня здоровья. С этой целью нами были созданы группы студентов по типам акцентуаций, степень выраженности которых составлял свыше 20 баллов, что является признаком сформировавшейся личностной особенности человека.



Рис. 1. Влияние типов акцентуации на состояние здоровья испытуемых

Наиболее высокий балл распространения различных признаков нарушений здоровья обнаружен у возбудимых (81,7), застревающих (70,6) и дистимических (69,9) типов акцентуаций.

Признаки психологической и эмоциональной дезадаптации преобладают в группах: дистимического (31,1 баллов) и возбудимого типов (29,7 баллов), циклотимов (23,2 балла) и застревающих (23 балла). Низкие показатели и их отсутствие – соответственно в группах экзальтированных (6,4 баллов) и педантов (8,1 баллов).

По критерию «вегетативные жалобы» наибольшее количество баллов принадлежит эмотивному (28 баллов), тревожному (27,6 баллов) и дистимическому (25,3 балла) типам.



Соматическим заболеваниям наиболее подвержены: возбудимый (32,4 балла), тревожный (33,2 балла) и экзальтированный типы (28,7 баллов).

В целом, наименьшее количество баллов по всем признакам нарушения здоровья обнаружено в группах испытуемых с экзальтированным (46,3 балла) и демонстративным (48,8 балла) типом акцентуации.

Полученные данные о специфике внутреннего мира акцентуированных личностей студентов и их учет в практике организации учебно-педагогического взаимодействия преподавателями вуза могут способствовать снижению энтропии в системе «студент - окружающая среда», а это позволит в свою очередь снизить количество жалоб вегетативного и эмоционального характера.

Распределение результатов исследования по дихотомическим шкалам позволило нам выявить особенности симметричности (асимметричности) внутреннего психологического пространства студентов университета как группового субъекта здоровья. Известно, что асимметрия является одним из важных законов взаимодействия в любой, в том числе психических и социальных системах. Однако характер асимметрии будет обуславливать и характер взаимодействия. К примеру, асимметрия в сторону «экстраверсии» студентов вуза будет требовать соответствующих данному типу средовых условий фасилитации процесса социально-психологического взаимодействия следующие асимметрии. Дихотомические показатели дифференцированности, выявленные нами с учетом разности каждой из дихотомий, позволили нам ранжировать их следующим образом (*курсивом* выделены преобладающие показатели):

1-й ранг – «*стенничность* – астеничность» (разность 55,4); 2-й ранг - «*функциональная дезадаптация* – здоровье» (разность 51,8); 3-й ранг - «*экстраверсия-интроверсия*» (разность 38,2); 4-й ранг - «*саморефлексия-социорефлексия*» (разность 37,4); 5-й ранг – «*фемининность-маскулинность*» (разность 36,8); 6-й ранг – «*левополушарность-правополушарность*» (разность 20,8); 7-й ранг – «*экстернальность* – интернальность» (разность 16,4). Преобладающее количество участников взаимодействия обладают стеничными свойствами нервной системы, что свидетельствует об устойчивости внутреннего пространства большинства. Однако базовая устойчивость не может обеспечить сохранность здоровья субъектов взаимодействия и их адаптации в среде. Максимальная экстернальность затрудняет процессы эмпатии к внутреннему опыту, в то время как преобладающее количество испытуемых склонных к саморerefлексии, могут препятствовать эмпатии к другим. Минимальное количество представителей маскулинной группы способствует максимальной феминизации процесса социально-психологического взаимодействия. Учебно-педагогическое взаимодействие может затрудняться асимметрией по шкале «левополушарность-правополушарность», что может порождать конфликты в системе «человек - дидактическая среда». На основании выявленных асимметрий можно прогнозировать характер взаимодействия в группах носителей данных дихотомий, а также разрабатывать методы взаимодействия, способствующие снижению диапазона асимметрий, как важного факторов функциональной и социально-психологической адаптации человека, обуславливающих качество здоровья.

Если предположить, что признаки дезадаптации человека можно объективно обнаружить в виде преневротических (привычки, зависимости) (D_1), сердечно-сосудистых (покраснение кожи, учащенное сердцебиение, бессонница, головокружение, потеря сознания и т.п.) (D_2) и соматических (тошнота, потеря аппетита, нарушения движения и т.п.) (D_3) реакций, можно построить трехуровневую модель этого состояния. 1-й уровень включает кластеры индивидуально-типологических, личностных и субъектных свойств (А); 2-й уровень отражает кризисное состояние, вызванное наличием потребности человека в отношениях со средой и возможностями их удовлетворения (К); 3-й уровень – уровень обнаружения признаков дезадаптации (Д), вероятность возникновения которых



определяется наличием кризисного состояния. Кризисное состояние обусловлено особенностями внутренних связей кластеров 1-го уровня: A_{n1} - кластер объединяет индивидуальные особенности группового субъекта (свойства нервной системы, тип конституции, психосоматические особенности, профиль латеральной организации); A_{n2} - кластер, объединяющий личностные особенности человека (черты характера, механизмы защиты, нормы социализации); A_{n3} - когнитивные свойства (локус контроля, рефлексия); A_{n4} - объективные показатели здоровья. Отдельные факторы могут либо способствовать адаптации, либо препятствовать этому процессу и вести к дезадаптации. Вероятность групповой дезадаптации можно рассчитать по формуле: $D_1 = K_n(A_{n1} A_{n2} A_{n3} A_{n4})$, (n = количество испытуемых в %).

Корреляционный анализ (STATISTICASpreadsheet.sta), позволил выявить положительные и отрицательные связи свойств и состояний студентов, которые так или иначе могут повлиять на качество здоровья.

D_1 – признаки эмоциональной дезадаптации (преневротические) положительно коррелируют с такими свойствами испытуемых как: «церебротония», «генофильность»*, «гипертимность», «интернальность». В структуре предпочитаемых стилей обучения с показателями: «активность», «чувства». Отрицательная корреляция наблюдается с показателями «альтруизма», «экстернальности»; с механизмами защиты: «проекция», «вытеснение».

D_2 – признаки, обнаруживающие вегетативную дезадаптацию, положительно коррелируют с такими свойствами как: «висцеротония», «альтруизм», «эмотивность», «дистимичность», «экзальтированность», «экстернальность», «реактивные образования», «проекция». Отрицательная корреляция сердечно-сосудистых признаков наблюдается со свойствами: «доминантность», «педантичность», «интернальность», «компенсация».

D_3 – признаки, обнаруживающие соматические признаки дезадаптации положительно коррелируют с такими свойствами как: «висцеротония», «эгофильность», «отрицание реальности», «проекция». Отрицательные связи наблюдаются с такими свойствами как: «церебротония», «соматотония», «генофильность», «демонстративность», «застывание», «гипертимность», «дистимичность», «экзальтированность», «замещение», «компенсация», «социорефлексия», «вербальность», «аналитичность».

D_4 - признаки, обнаруживающие кластер дескрипторов здоровья и обладающих наибольшим количеством статистически значимых связей составили: «социорефлексия», «вытеснение», «компенсация», «замещение», «педантичность», «застывание», «доминирование», «соматотония». Кластер дескрипторов здоровья с отрицательными корреляционными связями - составили: «саморефлексия», «проекция», «реактивные образования», «дистимичность», «альтруизм», «эгофильность», «висцеротония». Вероятностная модель целостности человека в проекции анализа социально-психологического взаимодействия в системе «человек – среда» (на примере образовательной среды вуза), не смотря на свою многомерность позволяет с минимальными затратами с определенной долей объективности обнаруживать и анализировать процессы взаимодействия внутреннего мира человека и среды, как самоорганизующейся социально-антропологической системы, с целью дальнейшего усовершенствования данной целостности в условиях вуза.

Признаки эмоциональной дезадаптации (преневротические) положительно коррелируют с такими свойствами испытуемых как: «церебротония» ($r=0,47$), «генофильность» ($r=0,52$), «гипертимность» ($r=0,45$), «интернальность» ($r=0,52$). В структуре предпочитаемых стилей обучения с показателями: «активность» ($r=0,80$), «чувства» ($r=0,79$). Отрицательная корреляция наблюдается с показателями «альтруизма» ($r=-0,64$), «экстернальности» ($r=-0,52$); с механизмами защиты: «проекция» ($r=-0,45$), «вытеснение» ($r=-0,44$).



Вегетативные признаки дезадаптации положительно коррелируют с такими свойствами как: «висцеротония» ($r=0,45$), «альтруизм» ($r=0,58$), «эмотивность» ($r=0,56$), «дистимичность» ($r=0,66$), «экзальтированность» ($r=0,57$), «эстернальность» ($r=0,46^*$), «реактивные образования» ($r=0,75$), «проекция» ($r=0,74$). В структуре предпочитаемых стилей обучения с показателями: «интуиция» ($r=0,57$). Отрицательная корреляция вегетодистонических признаков наблюдается со свойствами: «доминантность» ($r=-0,54$), «педантичность» ($r=-0,63$), «интернальность» ($r=-0,46$), «компенсация» ($r=-0,69$).

Соматические признаки дезадаптации положительно коррелируют с такими свойствами как: «висцеротония» ($r=0,72$), «эгофильность» ($r=0,65$), «отрицание реальности» ($r=0,55$), «проекция» ($r=0,57$). В структуре предпочитаемых стилей обучения с показателями: «визуальность» ($r=0,74$), «синтетичность» ($r=0,63$). Отрицательные связи наблюдаются с такими свойствами как: «церебротония» ($r=0,-42$), «соматотония» ($r=-0,47$), «генофильность» ($r=-0,69$), «демонстративность» ($r=-0,56$), «застревание» ($r=-0,70$), «гипертимность» ($r=-0,53$), «дистимичность» ($r=-0,48$), «экзальтированность» ($r=-0,52$), «замещение» ($r=-0,57$), «компенсация» ($r=-0,62$), «социорефлексия» ($r=-0,76$), «вербальность» ($r=-0,74$), «аналитичность» ($r=-0,63$).

Кроме того, в результате мониторинга здоровья нами было установлено: кластер показателей здоровья, обнаруживших наибольшее количество статистически значимых связей, составили: «социорефлексия» ($r=0,51$), «вытеснение» ($r=0,63$), «компенсация» ($r=0,88$), «замещение» ($r=0,48$), «педантичность» ($r=0,65$), «застревание» ($r=0,45$), «доминирование» ($r=0,73$), «соматотония» ($r=0,45$). Кластер дескрипторов здоровья с отрицательными корреляционными связями - составили: «саморефлексия» ($r=-0,47$), «проекция» ($r=-0,89$), «реактивные образования» ($r=0,42$), «дистимичность» ($r=0,44$), «альтруизм» ($r=-0,40$), «эгофильность» ($r=-0,49$), «висцеротония» ($r=-0,57$).

Выводы

Выявленные связи позволяют нам сделать выводы относительно психофизиологической толерантности (интолерантности) испытуемых в условиях образовательной среды. Наиболее толерантными (здоровыми) на уровне анализа психоэмоциональной адаптации являются испытуемые с высокими показателями потребности в альтруизме, обладающие экстернальным локусом контроля, а также защитными механизмами проекции и вытеснения и предпочитающие рефлексивный и интуитивный способы обучения. Испытуемые, продемонстрировавшие признаки низкой толерантности обладают такими качествами как церебротония, генофильность (потребность в сохранении и продолжении рода), гипертимность и интернальность. В структуре вегетативных признаков дезадаптации высокую толерантность можно наблюдать в выборке испытуемых с аналогичными показателями потребности в доминировании, педантизма, интернальности, компенсации. Интолерантность наблюдается у испытуемых с высокими показателями висцеротонических признаков, альтруизма, эмотивности, дистимичности, экзальтированности и экстернальности, обладающими такими защитными механизмами как: реактивные образования и проекция и предпочитающие интуитивный стиль обучения.

В структуре соматических признаков дезадаптации высокую толерантность продемонстрировали испытуемые с ярко выраженными церебротоническими и соматотоническими свойствами, генофильностью, демонстративностью, дистимичностью, гипертимностью и экзальтированностью, с механизмами защит замещения и компенсации; обладающие высокой социорефлексией и предпочитающие вербальный и аналитичный стиль обучения. Испытуемые с высокими показателями висцеротонии, эгофильности, с защитными механизмами отрицания и проекции, а также предпочитающие в стилях обучения визуальность и синтетичность, обладают низкой степенью толерантности, т.е. интолерантны к воздействиям образовательной среды.



На примере положительных корреляционных связей в структуре свойств внутреннего пространства выборки здоровых испытуемых можно сделать вывод, что внутренними механизмами сохранения здоровья могут являться такие свойства человека как соматотония, социорефлексия, компенсация, замещение, вытеснение и застревание, педантичность. Механизмами снижения качества здоровья являются: висцеротония, высокие способности к саморефлексии, проекция и реактивные образования как механизмы защитного поведения, дистимичность характера, потребности в безопасности (самосохранении) и альтруистических отношениях с социумом.

Библиографический список

1. Веккер Л.М., Палей И.М. 1971. Информация и энергия в психологическом отражении. Экспериментальная и прикладная психология. Л. :Изд-во ЛГУ, Вып. 3: 31–37.
2. Веккер Л.М. 1998. Психика и реальность. Единая теория психических процессов. М., Смысл, 685.
3. Гарбузов В.И. 1995. Человек – жизнь – здоровье. (Древние и новые каноны медицины).СПб, АО «Комплект», 429.
4. Гребнева В.В. 2012. Человекоцентрированная модель социально-психологического взаимодействия в системе «человек-вуз»: монография.Уфа. Издательство «Инфинити», 268.
5. Джон. О., Первин Л. 2001. Психология личности: теория и исследования. М., Аспект-пресс,607.
6. Ефимова И.В. 2007. Амбидекстры: Нейропсихология индивидуальных различий. СПб. КАРО, 160.
7. ЛеонгардК. 2000. Акцентуированные личности. М., Феникс, 242
8. Чермит К.Д.,Мамгетов К.Ю., Мамгетова Л.К. 1994.Системно-симметричный метод оценки здоровья человека.Майкоп, изд-во Мин. наукииобразования, 152.

References

1. Vekker L.M., Palej I.M. 1971. Informaciya i ehnergiya v psihologicheskom otrazhenii. EHksperimental'naya i prikladnaya psihologiya. L. :Izd-vo LGU, Vyp. 3: 31–37.
2. Vekker L.M. 1998. Psihika i real'nost'. Edinaya teoriya psihicheskikh processov. M., Smysl, 685.
3. Garbuzov V.I. 1995. SChelovek – zhizn' – zdorov'e. (Drevnie i novye kanony mediciny).SPb, AO «Komplekt», 429.
4. Grebneva V.V. 2012. SChelovekocentrirovannaya model' social'no-psihologicheskogo vzaimodejstviya v sisteme «chelovek-vuz»: monografiya.Ufa. Izdatel'stvo «Infiniti», 268.
5. Dzhon. O., Pervin L. 2001. Psihologiya lichnosti: teoriya i issledovaniya. M., Aspekt-press,607.
6. Efimova I.V. 2007. Ambidekstry: Nejropsihologiya individual'nyh razlichij. SPb. KARO, 160.
7. LeongardK. 2000. Akcentuirovannye lichnosti. M., Feniks, 242
8. SHermit K.D.,Mamgetov K.YU., Mamgetova L.K. 1994.Sistemno-simmetrichnyj metod ocenki zdorov'ya cheloveka.Majkop, izd-vo Min. naukiioobrazovaniya, 152.