

СТАДІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ КУРСАНТІВ ДО УМОВ НАВЧАННЯ І АЛГОРИТМ ЇХ ОЦІНКИ З ПОЗИЦІЙ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ НОРМИ

Наш час характеризується зростанням нервово-психічного напруження діяльності, підвищеними вимогами до психічної стійкості і адаптивності людини. Особливо це актуально для тих осіб, які в своїй практичній діяльності часто опиняються у нових для них умовах, у яких звична поведінка неможлива і подолання яких може бути досягнуто при певному напруженні функціонального стану із значними витратами сил і адаптивних можливостей.

Сьогодні поняття адаптації вживається для позначення пристосувальних реакцій окремої людини на зміни навколишнього соціального і природного середовища. Це має місце при різних змінах індивідуального життєвого шляху людини (при зміні місцепроживання або роботи, при вступі до учбового закладу, призову на військову службу тощо). Таким чином, адаптація – це процес вироблення, по можливості, оптимального режиму цілеспрямованого функціонування особистості, тобто приведення її в конкретних умовах часу і місця в такий стан, коли вся енергія, всі фізичні і духовні сили людини направлені і витрачаються на виконання її основних завдань.

Однак адаптація – це складний багатокomпонентний процес, який не завжди протікає нормально і може часто порушуватися, особливо в умовах діяльності, що характеризується великою кількістю кризових ситуацій. На нашу думку, професійна підготовка осіб в системі вузів закритого типу (в яких курсанти перебувають на казарменому стані, особливо протягом перших двох років навчання) якраз і характеризується високою «кризовою насиченістю». Ми не будемо вдаватися до детальної характеристики тих кризових ситуацій, з якими стикаються курсанти, поступаючи до вузу, це предмет іншого дослідження. Відмітимо тільки, що в ході адаптації, коли курсант лише пристосовується до умов предметної діяльності, йому буває дуже важко набути і підтримувати задовільний особистісний статус. Причому описані випадки, коли незадоволення собою досягає того, що індивід у вказаних умовах не може сприймати себе таким, яким він є; основні зусилля спрямовані на самозахист, і їх вже не вистачає

на конструктивні дії. Такий тип реагування часто спостерігається і у студентів першого курсу вузів, що вважалися в школі кращими учнями, а в новій обстановці навчання виявилися неспроможними (Андрєєва Д.А., 1973). Перехід від дитячої залежності до статусу дорослого з всіма його правами і обов'язками та незвична система навчання вимагають від курсанта-першокурсника особливо хорошої адаптації до нових умов. А закрита система навчання (або казарменний стан) нерідко є причиною незадоволення потреби в спілкуванні з рідними, однолітками (комунікативна невдоволеність), з особами протилежної статі (сексуальне невдоволення) тощо. Якщо до перерахованих чинників приєднуються і незвичні господарські турботи, обов'язки, пов'язані з несенням чергувань і іншими труднощами професійної підготовки, а також нервово-психічні навантаження в період сесії, то виникають всебічні передумови для розвитку різноманітних явищ дезадаптації.

У зв'язку зі сказаним ми спробували проаналізувати стадії адаптивних змін, які можуть розвинути у курсантів в ході їх пристосування до умов професійного навчання.

Перша стадія – це первинна адаптація, яка відображає орієнтовну реакцію індивіда на зміни умов життєдіяльності і характеризується деяким зниженням резервних можливостей людини. За нашими даними підсумком цього періоду, який в обстеженому контингенті завершується до кінця другого року навчання у вузі, можуть бути два стани: адаптація з нормалізацією всіх процесів життєдіяльності, або адаптаційна напруженість.

Услід за цією стадією наступає стадія вторинної, або стабільної адаптації, яка може привести або до формування адаптивного оптимуму, що дозволяє підтримувати ефективну діяльність при мінімальних психофізіологічних витратах; або веде до розвитку адаптаційної недостатності. Останнє найчастіш виявляється в динамічних (стресових) ситуаціях і визначається мірою невідповідності ситуації адаптивним механізмам, що сформувалися.

Це може привести до виникнення наступної стадії – розлад адаптації, яка може розвинути по декількох варіантах. Один з них – це порушення психічної адаптації, в основі якої лежить інтрапсихічний конфлікт, що призводить до розвитку неврозів, і міжособистісний конф-

лікт, який лежить в основі формування психопатичних станів. Другий варіант розладу адаптації може протікати переважно з порушенням фізіологічного гомеостазу і стати причиною виникнення ряду соматичних захворювань. Поєднання першого і другого варіантів розладу адаптації може привести до формування психосоматичних розладів.

Нам видається доцільним на стадії первинної адаптації ідентифікувати тих курсантів, у яких спостерігаються явища адаптаційної напруженості і розглядати їх як групу осіб з високим ризиком розвитку різноманітних розладів адаптації. Ця стадія обрана тому, що саме на цьому етапі застосування різноманітних профілактичних і корекційних заходів є найбільш ефективним. Нижче ми приводимо розроблений і випробуваний в наших дослідженнях алгоритм виявлення курсантів, віднесених до груп підвищеного «ризик», який дозволяє ідентифікувати у них граничні з нормою зміни психофізіологічних показників на індивідуальному рівні. Доцільність розробки даного алгоритму зумовлена нижченаведеним.

Відомо, що курсанти, поступаючи до вузу, а потім щорічно, протягом всього періоду навчання, проходячи обов'язкові медичні огляди, здають безліч тестів, що характеризують їх рівень функціонального стану і фізичної підготовленості (УФФП), а також відображають їх психоемоційний, особистісний і інтелектуальний статус. Однак отримання досить обширного кола показників не дозволяє ефективно вирішувати задачі кваліфікації і оцінки функціонального стану і адаптивних можливостей окремо взятого курсанта через труднощі інтерпретації отриманого масиву даних. Крім того, надто складно провести динамічне стеження за змінами тих або інших параметрів у курсантів протягом всіх п'яти років навчання у вузі для того, щоб виявити слабку ланку, лімітуючу повноцінне оволодіння курсантами професійними навичками. У практичній же роботі, особливо при вирішенні задач професійної діагностики і відбору, ми часто стикаємося з необхідністю оцінювати в сукупності безліч даних. І для того, щоб додержати високі вимоги до правильної оцінки отриманих даних, особливо тих, які мають високу внутрішню індивідуальну варіативність, необхідно розробити ефективні критерії оцінки отриманих результатів.

Нам видається, що доступним і разом з тим інформативним способом сукупної оцінки результатів, особливо при проведенні обов'язкових масових профілактичних оглядів є метод «індивідуального профілю» (В.В.Власов, 1988). Цей метод об'єднує можливості індивідуальних референтних величин та сукупної оцінки результатів досліджень і засновується на наступних принципових положеннях.

Перший принцип, проголошений ще на початку століття В.Шиллінгом, полягає в тому, що в переважній більшості випадків співвідношення параметрів є більш інформативне, ніж їх абсолютні значення. Якщо врахувати широкі діапазони коливань показників, стане ясно, що точку відліку в цьому варіативному морі можна знайти, лише визначивши значення показника по відношенню до іншого.

Другий принцип пропонує для ефективної оцінки роботи системи аналізувати обов'язково комплекс показників, причому включати в нього ті, для яких характерний різкий зсув при зміні стану людини. Завдяки мінливості зв'язків кожний параметр в момент дослідження може мати як значення, характерне для даного стану, так і значення, загальне для двох різних станів. Тому лише маючи комплекс показників, можна виявити зміни, характерні для того або іншого стану організму (Шхвацабая І.К. 1981).

Відповідно до третього принципу, для адекватної оцінки функціонування системи необхідно прагнути до інтегральних критеріїв, що характеризують роботу не окремих компонентів, а цілісної системи або її частин. Мабуть, високо інформативними критеріями для будь-якої системи є оцінки зв'язаності її компонентів, які відображають міру активації (напруженість) її функціонування. Для адекватної оцінки таких параметрів традиційно використовуються коефіцієнти і індекси. Такі, по суті, ростомасові індекси, спірометричні і метаболічні показники, віднесені до маси тіла або до поверхні тіла. Використання подібних індексів дозволяє в ряді випадків задовільно вирішити деякі проблеми. Але часто між собою виявляються пов'язаними не два, а три, п'ять і більше параметрів, що описують різні ланки системи чи двох і більше взаємодіючих систем. Саме в таких випадках і пропонується використання згаданого вище методу побудови «індивідуального профілю». Розглянемо це на конкретному прикладі.

У процесі проведення щорічних обов'язкових профілактичних оглядів курсантів вимірюються наступні показники: антропометричні (довжина, маса тіла, і ОГК, з подальшим обчисленням індексу «стенії»), функціональні (артеріальний тиск і частота серцевих скорочень в спокої і після функціонального навантаження), психодинамічні (Міні-Мульт, що представляє скорочений варіант MMPI, і тест Спілбергера-Ханіна, що дозволяє оцінити рівні ситуативної і особистісної тривожності) та інші показники. Крім цих показників, можуть бути отримані дані, що відображають УФФП курсантів, а саме силові, швидкісні характеристики, показники витривалості і безліч інших параметрів.

На основі отриманих результатів вимірювань може бути створена база даних і для кожного з параметрів побудована кумулятивна крива і визначений референтний інтервал в межах P15-P85 для вибраного контингенту осіб (факультету, курсу, тих або інших груп спеціалізації). Визначивши положення кожного параметра конкретного курсанта на відповідній перцентильній кривій точкою, можна помітити, що значення кожного параметра у даного суб'єкта можуть бути вище або нижче середніх для групи, позначених на шкалі перцентилів – 50%. Референтний інтервал, який фактично буде відображати норму для даної групи осіб, буде знаходитись в межах P15 – P85 перцентильної кривої їх розподілення і характерним для 70% осіб обраного контингенту. Порядок зображення параметрів може бути будь-яким, але звичайно параметри об'єднуються в групи, всередині яких існує більш тісний взаємозв'язок. Точки, що зображають величину параметрів, з'єднуються лінією, внаслідок чого виходить ламана крива, яка і буде являти собою, так званий «індивідуальний профіль». Він має індивідуальну форму, властиву даній людині. За профілем легко виявити шляхом простого візуального аналізу гармонійність профілю, спідружні відхилення окремих параметрів, навіть якщо вони не вийдуть за межі референтного інтервалу, і візуально оцінити внесок кожної підсистеми в загальну адаптаційну реакцію людини. Такі зміни можуть використовуватися для раннього виявлення відхилень у стані здоров'я або оцінки ризику розвитку тих або інших явищ дезадаптації.

Розглянемо конкретний приклад побудови «індивідуального профілю», отриманої за результатами тестування курсанта на першому, а

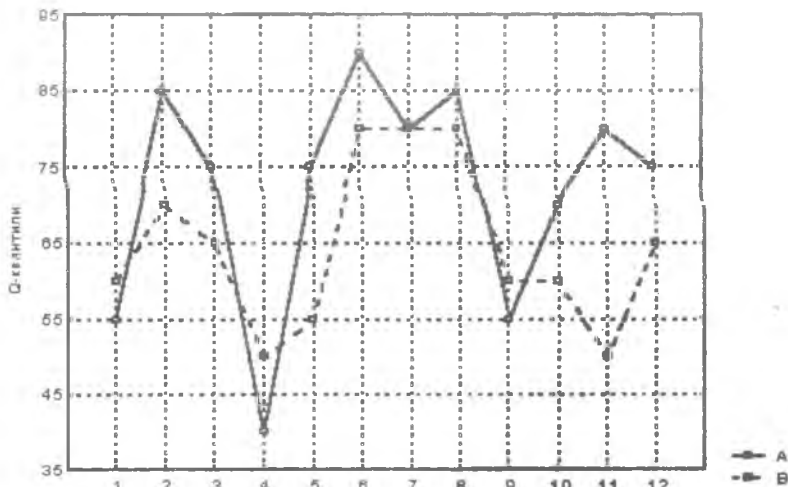
потім другому році навчання його у вузі. На осі абсцис відкладалися показники, що вимірюються, а на осі ординат – перцентильні значення цих показників у конкретного суб'єкта. Як видно з мал. 1 в початковий період навчання у вузі «індивідуальний профіль» вищезгаданого курсанта характеризувався більш високими значеннями маси тіла (83-й перцентиль) у порівнянні з референтними величинами, і відносно низьким індексом «стенії» (40-й перцентиль). Такі антропометричні особливості індивіда поєднувалися з високими значеннями систолічного артеріального тиску (АДс), що перевищує межі референтного інтервалу, (90-й перцентиль), а також частоти серцевих скорочень (ЧСС) (75-й перцентиль), діастолічного АД (83 -й перцентиль), які були на рівні верхньої межі референтних величин. Психодинамічні показники також характеризувалися високими значеннями ситуативної тривожності (75-й перцентиль) і тривожності поведінки, що обмежує можливості (7-я шкала профілю ММРІ перевищувала 70-й перцентиль).

З того, що показано на малюнку, видно, що загальна пристосувальна системна реакція даного курсанта забезпечувалася різною долею участю антропометричних, фізіологічних і психологічних підсистем. Процес адаптації цього курсанта до умов навчання у вузі відбувався в основному за рахунок ведучих змін у фізіологічній підсистемі, що і позначилося на рівні АДс. Цей курсант був вибраний в групу осіб, які мають підвищений ризик розвитку явищ дезадаптації «група ризику», для яких проводилися додаткові заняття для оволодіння ними прийомами релаксації і саморегуляції.

Результати повторних вимірювань, отриманих на другому році навчання цього курсанта у вузі, показали, що динаміка «індивідуального профілю» полягала в деякому зменшенні маси тіла (70-й перцентиль), вираженому зниженні ситуативної тривожності (50-й перцентиль) і рівня АДс (80-й перцентиль). Таким чином, результати лонгітюдного дослідження відображають найбільш динамічні тенденції індивідуальних адапційних змін індивіда, а також діапазон коливань його антропометричних та психофізіологічних властивостей.

Запропонована методика дозволяє визначити слабкі ланки в цілісній адаптивній реакції індивіда і прогнозувати зону ризику відносно прориву адаптаційного бар'єру. Це має важливе прогностичне значення

як для оцінки адаптивних можливостей курсантів, так і для індивідуалізації підходу у навчально-педагогічному процесі при розробці заходів медико-профілактичного і психокорекційного напрямку.



Мал. 1. Динаміка змін «індивідуального профілю» психофізіологічних показників у курсанта на першому (А) та другому (В) курсах навчання.

довжина тіла
 маса тіла
 окружність грудної клітки
 індекс «стенії»
 частота пульсу
 систолічний АТ

діастолічний АТ
 середньодинамічний АТ
 екстраверсія
 нейротизм
 ситуативна тривога
 особистісна тривога

Надійшла до редколегії 01.02.99