

УДК 159.923

Канд. психол. наук, доц. О. В. КОРНІЄНКО

## ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИЙ (АМБІВЕРТОВАНИЙ) ТА ФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТОК КИЇВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

*Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

**На основі результатів багаторічного емпіричного дослідження подано індивідуально-психологічний (амбівертований) та факторний аналіз показників психосоматичного здоров'я студенток Київського національного університету імені Тараса Шевченка.**

*Ключові слова: психодіагностика, психосоматичне здоров'я дівчат-амбівертів.*

За даними фахівців різних країн, психічні розлади становлять 12% глобального тягаря хвороб. Експерти ВООЗ зазначають, що до 2020 р. на їх долю припадатиме 15% років життя, втрачених через непрацездатність (Disability-Adjusted Life Year). Установлено, що максимальний тягар психічних розладів лягає на плечі людей молодого віку, тобто найбільш продуктивної групи населення. Для економічного тягаря психічних розладів характерним є те, що частка непрямих втрат значно (у 2–6 разів) перевищує прямі витрати на лікування [1]. Щодо ситуації в нашій країні, то директор Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України Ірина Пінчук наводить такі дані за 2011 р.: загальна захворюваність за даними на 2011 р. становить 232 на 100 тис. населення. На 1-му місці — граничні, непсихотичні розлади — приблизно 70%, на 2-му — органічні розлади (шизофренія, тяжкі депресії) — 17–18%, розумова відсталість — 11–12% [1]. Згідно із результатами сучасних досліджень серед загальної кількості студентства України до моменту набуття вищої освіти здоровими залишаються лише 6%,

у близько 45–50% випускників спостерігаються функціональні відхилення, а у 40–60% — хронічні захворювання, третя частина має обмеження у виборі професії [2].

Неусвідомленим залишається ставлення молодого покоління до здорового способу життя. За даними С. І. Присяжнюк, 38,3% студентів вищих навчальних закладів за станом здоров'я належать до спеціальних медичних груп [3]. Кожна молода людина внаслідок різних життєвих обставин підпадає від вплив саме того середовища, яке вона бачить навколо себе, і її суспільна мораль, позиція, переконання, життєві установки, поведінка не завжди формуються в корисному для неї та оточуючих напрямі. Ця проблема вивчалася нами з позицій безпеки та підтримання психосоматичного здоров'я молоді в структурі навчального процесу на прикладі тривалих досліджень (2006–2015 рр.) на різних факультетах Київського національного університету імені Тараса Шевченка [4, 5].

Мета нашої роботи — проведення детального диференційованого порівняльного аналізу проявів індивідуально-типологічних особливостей у студенток Київського національного універси-

тету імені Тараса Шевченка на основі результатів досліджень 2006–2009 навчальних років. У дослідженні взяли участь 375 дівчат, яких було розподілено на три підгрупи: інтровертів ( $n = 79$ ), амбівертів ( $n = 111$ ), екстравертів ( $n = 185$ ).

У процесі дослідження нами було виділено чотири рівні психодіагностичних методик.

1. Перший рівень — індивідуально-психологічний та психофізіологічний (особистісний опитувальник Г. Айзенка — ЕРІ, адаптований А. Г. Шмельовим [6]; інтегральність темпераменту за Ю. Беловим [7]; особливості відчуття та сприйняття (репрезентативні системи людини «візуальність», «кінестетичність», «аудіальність») за Т. М. Орловою [8].

2. Другий рівень — особистісно орієнтований (акцентуації характеру за Г. Шмішеком [9]; методика діагностики темпераменту Я. Стреляу [6], шкала самооцінки особистісної та ситуативної тривожності С. Spielberger) [10].

3. Третій рівень — психосоматично орієнтований (методика диференційної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова [11]; Гісенський опитувальник, адаптований у Санкт-Петербурзькому науково-дослідному психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева [6]; методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і І. Хеса [6]).

4. Четвертий рівень — міжособистісно орієнтований (методика діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі [6]).

Нами було виконано усі етапи комплексного дослідження: середньостатистичний, кореляційний, факторний, порівняльний міжгруповий аналіз вибірки із 111 дівчат-амбівертів з урахуванням складної динаміки 45 сумарних показників чотирьох рівнів психодіагностичних методик.

До узагальненої табл. 1 включено опосередковані кореляційні взаємозв'язки групи дівчат-амбівертів на матеріалі досліджень факторного аналізу методу головних компонентів обертянням Varimax та з нормалізацією Kaiser — Meyer — Olkin Measure of Sampling Adequacy (0,330).

Отже, ми отримали три провідних фактори: фактор 1 «Фаховість курсу навчання», фактор 2 «Об'єктивна вікова самооцінка», фактор 3 «Амбівертована нормостенічність», на відміну від групи дівчат-інтровертів ( $n = 79$ ), за якою було виділено тільки два фактори (фактор 1 «Фаховість курсу навчання» та фактор 2 «Вікова інтроверсія»). Першою значною відмінністю між двома групами є загальна кількість психосоматично орієнтованих опосередкованих зв'язків: у групі дівчат-інтровертів — 11, у групі дівчат-амбівертів — 22. Спрямованість та характер опосередкованих кореляційних зв'язів у цих двох групах суттєво відрізняються. Детальний опис емпіричних даних

групи дівчат-інтровертів ( $n = 79$ ) наведено в попередній публікації [12]. Основним діагностичним та кількісним показником серед трьох зазначених факторів у групі дівчат-амбівертів була виражена концентрація комплексних показників емоційно забарвлених психосоматичних скарг за даними Гісенського опитувальника.

Виділене факторне навантаження «Спеціальність» (0,908) фактора 1 «Фаховість курсу навчання» у дівчат-амбівертів виявилось пов'язаним із «Дистимічністю» (0,312\*\*), «Депресивним станом» (–0,195\*), «Серцевими скаргами» (0,194\*) та «Силою процесів збудження» (0,205\*), «Силою процесів гальмування» (0,285\*\*) як показниками із високою мірою вираженості ( $45,41 \pm 14,35$ ;  $46,31 \pm 11,75$ ) за Я. Стреляу. «Курс навчання» (0,754) як друге факторне навантаження був позитивно пов'язаний із трьома важливими складовими: «Застраганням» (0,190\*), «Депресивним станом» (–0,284\*\*), «Ситуативною тривожністю» (–0,187\*). Привертає увагу той факт, що показники «Депресивного стану», дослідженого за методикою диференційної діагностики депресивного стану В. А. Жмурова, у групі дівчат-амбівертів становили  $24,11 \pm 12,65$  та визначалися як «Депресія мінімальна» (гіпотимія) другого рівня, а порівняно з дівчатами-інтровертами вони були іншими —  $29,22 \pm 17,56$  — «Депресія легка» (дисфорія) третього рівня.

Розглядаючи особливості проявів навантажень фактора 2 «Об'єктивна вікова самооцінка», ми дійшли таких висновків. Провідне факторне навантаження «Вік» (0,942) виходячи з даних табл. 1 було пов'язане з двома психосоматично орієнтованими показниками: «Шлункові скарги» (–0,250\*\*), «Болі різних частин тіла» (–0,190\*). Друге факторне навантаження «Щирість» (0,212), на відміну від першого, пов'язане з п'ятьма комплексними кореляційними зв'язками, а саме: «Гіпертимністю» (0,187\*), «Емотивністю» (–0,218\*), «Силою процесів збудження» (0,195\*), «Депресивним станом» (–0,191\*), «Ситуативною тривожністю» (–0,255\*\*). Вимагають додаткового дослідження отримані високі показники — тенденції до гіпертимної та емотивної акцентуації ( $18,56 \pm 4,30$ ;  $18,59 \pm 3,72$ ).

Пристаючи до описання фактора 3 «Амбівертована нормостенічність», треба звернути увагу насамперед на 13 суто психосоматичних опосередкованих кореляційних зв'язків, що, на нашу думку, підтверджує гіпотезу про актуальність дослідження граничних психосоматичних розладів. Припускаємо, що виведений фактор 3 можна розглядати як головний чинник, який сприяє акумуляції опосередкованих показників навколо основних концептуальних положень двофакторної теорії Н. Eysenk (інтро-екстраверсії, емоційної

Опосередковані кореляційні зв'язки групи дівчат-амбівертів ( $n = 111$ ) на матеріалі досліджень факторного аналізу

Фактор 1 «Фаховість курсу навчання»		Фактор 2 «Об'єктивна вікова самооцінка»		Фактор 3 «Амбівертована нормостенічність»	
Факторні навантаження					
Спеціальність (0,908)	Курс навчання (0,754)	Вік (0,942)	Щирість (0,212)	Нормостенічність (0,548)	Амбіверсія (0,517)
Холеричність (-0,243**)	Спеціальність (0,651**)	Курс навчання (0,560**)	Гіпертимність (0,187*)	Сангвінічність (-0,232*)	Холеричність (0,395**)
Дистимічність (0,312**)	Аудіальність (-0,194*)	Шлункові скарги (-0,250**)	Емотивність (-0,218*)	Меланхолічність (0,269**)	Сангвінічність (0,209*)
Педантичність (-0,221**)	Педантичність (-0,271**)	Болі різних частин тіла (-0,190*)	Сила процесу збудження (0,195*)	Аудіальність (0,237*)	Флегматичність (-0,251**)
Сила процесу збудження (0,205*)	Застрягання (0,190*)	Дружелюбність (0,253**)	Депресивний стан (-0,191*)	Тривожність (0,468**)	Візуальність (0,194*)
Сила процесу гальмування (0,285**)	Депресивний стан (-0,284**)		Егоїстичність (0,225*)	Педантичність (0,202*)	Рухомість нервових процесів (0,313**)
Депресивний стан (-0,195*)	Ситуативна тривожність (-0,187*)		Ситуативна тривожність (-0,255**)	Демонстративність (-0,216**)	Інтенсивність скарг здорових (-0,188*)
Серцеві скарги (0,194*)				Екзальтованість (0,221*)	Інтенсивність скарг хворих (-0,225*)
Дружелюбність (-0,218*)				Сила процесу збудження (-0,229*)	
				Сила процесу гальмування (-0,371**)	
				Депресивний стан (0,329*)	
				Виснаження (0,279**)	
				Шлункові скарги (0,234*)	
				Болі різних частин тіла (0,284**)	
				Серцеві скарги (0,332**)	
				Інтенсивність скарг (0,358**)	
				Інтенсивність скарг здорових (0,261*)	
				Інтенсивність скарг хворих (0,306**)	
				Вірогідність неврозу (0,609**)	
				Авторитарність (-0,204*)	
				Підозрілість (0,268*)	
				Підкорюваність (0,268*)	
				Залежність (0,345**)	
				Дружелюбність (0,191*)	

\* $p > 0,05$ ; \*\* $p > 0,01$ .

Таблиця 2

**Інтерпретація показників за шкалами «Інтроверсія — амбіверсія — екстраверсія» та «Емоційна стабільність — нормостенічність — емоційна нестабільність (нейротизм)»**

Інтерпретація шкали	Числовий показник, бали						
	0–2	3–6	7–10	11–14	15–18	19–22	23–24
Інтроверсія — амбіверсія — екстраверсія	Виражений інтроверт	Інтроверт	Потенційний інтроверт	Амбіверт	Потенційний екстраверт	Екстраверт	Виржений екстраверт
Емоційна стабільність — нормостенічність — емоційна нестабільність (нейротизм)	Виражена емоційна стабільність	Емоційна стабільність	Потенційна емоційна стабільність	Нормостенічність	Потенційна емоційна нестабільність	Емоційна нестабільність	Виражена емоційна нестабільність

стабільності / нестабільності / нормостенічності) як провідних у формуванні трансформації особистості з донозологічного (передхворобливого) до нозологічного (хворобливого) стану здоров'я. Центральною ланкою інтерпретації фактора 3, ймовірно, є одне з факторних навантажень «Нормостенічність» (0,548). Середньостатистичний показник емоційної стабільності/нестабільності за Н. Eysenk виявився  $13,97 \pm 3,50$  і виступає граничним діагностичним показником нормостенічності (урівноваженості процесів збудження та гальмування). За діагностичними критеріями можливі межі прояву цього показника від 10–14. Таким чином, зазначимо, що отримані результати слід розглядати як перші ознаки погіршення психосоматичного здоров'я групи дівчат-амбівертів.

Актуальними на сьогодні залишаються результати досліджень Н. Eysenk та його співробітників на межі 1970–1980 рр. Проте найбільш розробленими у названій концепції на фізіологічному рівні теорії є вчення про екстраверсію-інтроверсію. Н. Eysenk та його послідовникам вдалося встановити відмінності між екстравертами та інтровертами на основі понад 50 фізіологічних показників. Об'єктом дослідження нашої роботи є виділення третього психотипу амбіверсії як граничного між полярними показниками континууму інтроверсії-екстраверсії відомої двофакторної теорії особистості. Адаптований варіант опитувальника ЕРІ, запропонований А. Г. Шмельовим, забезпечив емпіричний розподіл загальної вибірки дівчат-студентів ( $n = 375$ ) на три відповідні підгрупи: інтровертів ( $n = 79$ ), амбівертів ( $n = 111$ ), екстравертів ( $n = 185$ ) з високим рівнем диференціації.

Доцільним буде нагадати про важливість урахування індивідуально-психодіагностичних відмінностей континууму «інтроверсія — амбіверсія — екстраверсія» та їх цифрових показників (табл. 2).

Нами вже отримано результати щодо першої групи дівчат-інтровертів [12]. Емпіричні результати за групою дівчат-екстравертів ( $n = 185$ ) також

успішно підраховані і будуть найближчим часом опубліковані.

Наступним підтвердженням висловленого припущення про провідний вплив комплексних індивідуально-психологічних та типологічних особливостей на психосоматичне здоров'я дівчат-амбівертів є взаємозв'язок факторного навантаження «Нормостенічність» (0,548) з низкою показників: «Демонстративністю» ( $-0,216^{**}$ ) ( $14,54 \pm 4,00$ , тенденція до демонстративної акцентуації), «Екзальтованістю» ( $0,221^*$ ) ( $21,33 \pm 4,71$ , акцентуована особистість екзальтованого типу), двома показниками за методикою Я. Стреляу «Сила процесів збудження» ( $-0,229^{**}$ ), «Сила процесів гальмування» ( $-0,371^{**}$ ) з відповідною високою мірою вираженості ( $45,41 \pm 14,35$ ;  $46,31 \pm 11,75$ ), «Депресивним станом» ( $0,329^{**}$ ), який виявився на другому рівні, — «Депресія мінімальна» (гіпотімія).

Емоційно забарвлені психосоматичні скарги за даними Гісенського опитувальника усіх семи діагностичних шкал виявилися також позитивно пов'язаними з факторним навантаженням «Нормостенічність» (0,548): «Виснаження» ( $0,279^{**}$ ), «Шлункові скарги» ( $0,234^*$ ), «Болі різних частин тіла» ( $0,284^{**}$ ), «Серцеві скарги» ( $0,332^{**}$ ), «Інтенсивність скарг» ( $0,358^{**}$ ), «Інтенсивність скарг контрольної групи здорових» ( $0,261^*$ ), «Інтенсивність скарг групи хворих» ( $0,306^{**}$ ). Такий важливий показник, як «Вірогідність неврозу» ( $0,609^{**}$ ), за даними методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і І. Хеса становив  $18,86 \pm 6,79$ . За умови інтерпретації цього тесту впливає таке: якщо отримано понад 24 бали, то це свідчить про високу вірогідність неврозу. За додатковими підрахунками це становить 78,58 % тенденції до вірогідності неврозу у групі дівчат-амбівертів. Порівнюючи показники у групі дівчат-інтровертів за даною методикою, отримуємо  $19,48 \pm 7,69$ , що становить 81,16 %.

Додаткового аналізу потребують отримані дані діагностики міжособистісних відношень Т. Лірі.

Отримано кореляційні залежності між факторним навантаженням «*Нормостенічність*» (0,548) та такими показниками: «*Авторитарність*» (-0,204\*), «*Підозрілість*» (0,268\*), «*Підкорюваність*» (0,268\*), «*Залежність*» (0,345\*\*), «*Дружелюбність*» (0,191\*). Необхідно звернути увагу та те, що зазначені показники слід розглядати як психофізіологічний механізм захисту психосоматичного здоров'я дівчат-амбівертів за рахунок підвищення активності міжособистісного спілкування. За отриманими діагностичними даними показники за Т. Лірі перебували у межах адаптованої поведінки (оптимального прояву здорового психосоматичного міжособистісного спілкування).

Факторне навантаження «*Амбіверсія*» (0,517), кореляційні опосередковані зв'язки якого налічують сім індивідуально-психологічних показників, свідчить про підтвердження ролі провідного типологічного чинника у скринінговій діагностиці перших ознак погіршення психосоматичного здоров'я дівчат-амбівертів.

Аналіз отриманих результатів дає змогу зробити такі висновки.

У ході проведеного комплексного індивідуально-психодіагностичного скринінгового дослідження групи дівчат-амбівертів, на відміну від групи дівчат-інтровертів, виділено три провідних фактори: «*Фаховість курсу навчання*», «*Об'єктивна вікова самооцінка*», «*Амбівертована нормостенічність*». Першою значною відмінністю між двома групами є загальна кількість психосоматично орієнтованих опосередкованих зв'язків: у групі дівчат-інтровертів — 11, у дівчат-амбівертів — 22. Спрямованість та характер опосередкованих кореляційних зв'язів у зазначених двох групах суттєво відрізняються.

Основним висновком, на якому ми робимо акцент, є те, що отримані комплексні індивідуально-психологічні дослідження з включенням 45 показників проводилися паралельно із факторним аналізом. Припускаємо, що виведений фактор 3 «*Амбівертована нормостенічність*» можна розглядати як головний чинник, який сприяє акумуляції опосередкованих показників навколо основних концептуальних положень двофакторної теорії Н. Eysenk як провідних у формуванні трансформації особистості з донозологічного (передхворобливого) до нозологічного (хворобливого) стану психосоматичного здоров'я дівчат-амбівертів.

Отримані нами індивідуально-типологічні (амбівертовані) результати щодо групи дівчат-амбівертів, а також опубліковані відповідні результати щодо групи дівчат-інтровертів ( $n = 79$ ) та подані до друку результати третьої групи дівчат-екстравертів ( $n = 185$ ) надають можливість для подальшого розвитку як теоретичного напрямку, так і пошуку ефективних методів раннього скринінгового дослідження,

застосування зручних психодіагностичних методик, ранньої психопрофілактики, психокорекції та підтримання психосоматичного здоров'я студенток з урахуванням напрацювань відомих теоретиків-персонологів. Очевидним залишається той факт, що актуальним є переосмислення та перехід від застарілих, неефективних поглядів на роботу психологів, які тривалий час орієнтувалися на парадигму «внутрішньої картини хвороби» спеціальності 19.00.04 «Клінічна психологія», на більш перспективну парадигму — «внутрішньої картини психосоматичного здоров'я», зміщення акцентів із дослідження нозологічних станів (хворобливих) до донозологічних (передхворобливих), урахування частоти проявів субдепресивних, неврозоподібних станів учнівської та студентської молоді у структурі навчальних закладів безпосередньо у навчальні години. Значні емпіричні дані за трьома групами досліджених дівчат-студенток ( $n = 375$ ) можуть слугувати надійним підґрунтям для підвищення ефективності роботи вчителів, викладачів, психологів-консультантів різних навчальних закладів України, державних та приватних установ з урахуванням розробки індивідуально та типологічно орієнтованих програм підтримання психосоматичного здоров'я.

#### Список літератури

1. Устїнов О. В. Психічне здоров'я як складова національної безпеки / О. В. Устїнов // Укр. мед. часопис.— 2013.— № 1 (93).— С. 16–18.
2. Молодь за здоровий спосіб життя: щорічна доповідь Президента України Верховній Раді, Кабінету Міністрів України про становище молоді (за підсумками 2009 р.) / М-во у справах сім'ї, молоді та спорту; Держ. Ін-т розв. сім'ї та молоді; [редкол.: Н. Ф. Романова (гол.) та ін.].— К.: Основа, 2010.— 156 с.
3. Присяжнюк С. І. Проблема фізичного виховання учнівської молоді України / С. І. Присяжнюк // Основи здоров'я та фізична культура.— 2006.— № 10.— С. 6–7.
4. Корнієнко О. В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я дівчат-студенток Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006–2009 навчальних років / О. В. Корнієнко // Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору.— К.: Гносис, 2012.— С. 312–318.
5. Корнієнко О. В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я юнаків-студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006–2009 навчальних років / О. В. Корнієнко // Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору.— К.: Гносис, 2013.— С. 251–256.

6. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.
7. *Ємельянов С. М.* Практикум по конфликтологии / С. М. Ємельянов.— СПб.: Питер, 2000.— 360 с.
8. Особливості відчуття та сприйняття. Тести для всіх; упоряд. Т. М. Орлова; передм. О. М. Добророднева.— К., 1993.— С. 29–31.
9. Практикум по возрастной психологии: учеб. пособ.; под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко.— СПб.: Речь, 2002.— С. 589–597.
10. Шкала самооценки личностной и ситуативной тревожности по Ч. Спилбергеру // Методики психодиагностики в спорте: учеб. пособ. для студентов пед. ин-тов по спец. 03.03. «Физ. культура» / В. Л. Блудов, В. А. Плахтиенко, Л. К. Серова.— 2-е изд. доп. и испр.— М.: Просвещение, 1990.— С. 52–53.
11. *Жмуров В. А.* Методика оценки дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова / В. А. Жмуров // Общая психопатология.— Иркутск: Изд-во Иркутского ун-та, 1986.— С. 202–207.
12. *Корнієнко О. В.* Індивідуально-типологічний (інтровертований) та факторний аналізи психосоматичного здоров'я студенток-дівчат КНУ імені Тараса Шевченка / О. В. Корнієнко // Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору.— К.: Гносис, 2015.— С. 144–151.

### ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ (АМБИВЕРТИРОВАННЫЙ) И ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК КИЕВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ ТАРАСА ШЕВЧЕНКО

А. В. КОРНИЕНКО

**На основе результатов многолетнего эмпирического исследования представлен индивидуально-психологический (амбивертированный) и факторный анализ показателей психосоматического здоровья студенток Киевского национального университета имени Тараса Шевченко.**

*Ключевые слова: психодиагностика, психосоматическое здоровье девушек-амбивертов.*

### INDIVIDUAL TYPOLOGICAL (AMBIVERSION) AND FACTOR ANALYSIS OF PSYCHOSOMATIC HEALTH IN FEMALE STUDENTS OF KYIV NATIONAL TARAS SCHEVCHENKO UNIVERSITY

O. V. KORNIENKO

**Individual-psychological (ambiversion) and factor analysis of psychosomatic health of female students from Kyiv National Taras Shevchenko University is presented on the basis of the findings of longstanding empirical research.**

*Key words: psychodiagnosis, psychosomatic health of ambiversive girls.*

Надійшла 26.01.2015