

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С.КОСТЮКА

На правах рукопису

УДК 159.942.2:614.253(043.3)

Лотоцька-Голуб Людмила Леонідівна

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ**

19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:
Панок Віталій Григорович
доктор психологічних наук,
професор

Київ – 2016

ЗМІСТ

	ВСТУП	3 - 10
Розділ 1	ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ	11- 67
1.1.	Теоретичні підходи до дослідження специфіки проявів емоційного вигорання у професійній діяльності	11- 45
1.2.	Особливості розвитку резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів	45- 65
1.3.	Теоретичні положення соціально-психологічної моделі формування резистентності до емоційного вигорання лікаря	65- 69
Розділ 2	ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ	70- 149
2.1.	Психологічні принципи організації експериментального дослідження	70- 78
2.2.	Соціально-психологічні особливості прояву стратегій поведінки лікарів у протидії емоційному вигоранню	78-149
Розділ 3	ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД	150-222
3.1.	Комплексна програма формування соціально-психологічної резистентності до емоційного вигорання у лікарів	150-211
3.2.	Психологічний аналіз результатів експериментального дослідження формування резистентності лікарів до емоційного вигорання	211-221
	ВИСНОВКИ	222-225
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	226-254
	ДОДАТКИ	255-258

ВСТУП

Актуальність дослідження. Постійне ускладнення професійної діяльності визначає все більш високі вимоги не лише до фізичних, але й, головним чином, до психічних можливостей людини, що спричиняється підвищенням інтелектуалізації праці, збільшенням ролі розумової діяльності, пов'язаної із завантаженням когнітивної сфери й психомоторики, опрацюванням інформації в умовах її дефіциту або, навпаки, її надлишку, а також нестачі часу, невизначеності професійних ситуацій або їх наслідків, значущістю й відповідальністю за прийняті рішення та результати діяльності, підвищенням вимог до постійного удосконалення професійної кваліфікації тощо.

Отже, професійна діяльність сучасного спеціаліста характеризується значною інтенсивністю праці, що призводить до того, що він переживає суттєві навантаження, несприятливі впливи інформаційних, соціальних чинників, через які відбувається зниження ефективності захисних компенсаторно-адаптаційних механізмів регуляції стану здоров'я й працездатності особистості, розвиток несприятливих функціональних станів, що призводить до зниження продуктивності, якості, надійності, безпеки праці, зменшення професійного довголіття, деперсоналізації (цинічне ставлення до професійної діяльності), редукції професійних досягнень й професійного вигорання.

Особливість трудової діяльності медичних працівників полягає в тому, що її виконання відбувається в умовах постійного стресу (Л. Карамушка, С. Максименко, С. Москалець та ін.). Прийняття життєво важливих рішень стосовно здоров'я пацієнтів і переживання внутрішньоособистісних конфліктів внаслідок цього, – все це спричиняє подвійний тиск і вимагає наявності особистісних передумов задля запобігання негативних наслідків зазначеного чинника. Такою передумовою можна вважати сформованість моральної культури медика (як основи професіоналізму) (М. Жукова, Л. Карамушка, Г. Малигіна, В. Моляко, Н. Ельштейн), і, насамперед, це стосується такої вагомості властивості, як резистентність до професійного вигорання, стресостійкість.

Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з неминучими емоційними й моральними перевантаженнями, що є основою для виникнення так званих професійних особистісних деформацій – таких як «синдром емоційного вигорання», адиктивна поведінка у вигляді трудового абімізму, ургентної адикції та ін. Такі зловживання, у свою чергу, являють собою психологічне підґрунтя для розвитку різних психосоматичних і невротичних розладів, а також алкоабімізму. Крім шкідливих для здоров'я наслідків зазначені процеси можуть призвести до професійної дезадаптації й функціональної деградації фахівця (С. Кулаков, Л. Ларенцова, В. Орел, П. Сидоров, тощо).

Розгубленість і втрата цінностей, що притаманні сучасному суспільству обумовлені: недостатністю гуманітарної підготовки майбутніх медиків, зневажанням прав і людської гідності з боку соціальних інститутів, які повинні бути взірцями моралі, зумовлює становлення об'єктного ставлення до пацієнта, до життя людини і власної долі (Л. Валенкевич, С. Волочков, О. Гурвич, В. Лісовський, Н. Лебедева, Ф. Михайлов).

Незважаючи на існування досить змістовних теоретичних і практичних доробок в галузі загальної психології, медичної психології, психології праці, присвячених проблемам взаємин лікаря і хворого (Л. Бурлачук, І. Вольперт, В. Ніколаєнко, В. Ташликов, М. Ельштейн та ін.); докладне вивчення особливостей професійної діяльності медичних працівників (І. Вітенко, М. Кабанов, Д. Любімова, та ін.); дослідження особистісної сфери лікарів, окремі питання даної проблеми потребують подальшого вивчення. Йдеться перш за все про аспект впливу індивідуально-психологічних і когнітивно-стильових особливостей лікаря на вирішення ним проблемних ситуацій у міжособистісному спілкуванні, що пов'язані з професійною діяльністю, застосування копінг-стратегій для виходу із кризового стану, конфліктних ситуацій, що віддзеркалюються на взаємодії його із пацієнтами та колегами; специфіку способів спілкування під час лікування. Недостатньо розкрито й особливості процесу становлення та формування резистентності фахівців до професійного вигорання, котра ґрунтується на індивідуально-особистісних властивостях, стресостійкості,

ціннісних орієнтаціях особистості, а також розвинених психотерапевтичних і деонтологічних вміннях.

Вивчення означеної проблеми пов'язується із сучасними вимогами до лікарів, серед яких обов'язковим є не тільки високий рівень професійної майстерності, а й моральність і відповідальність за наслідки прийнятих рішень для здоров'я людей. Особливо значущими в контексті окресленої проблеми є стресостійкість в умовах постійного професійного стресу, резистентність до емоційного й професійного вигорання, механізми психологічного захисту, копінг-стратегії особистості як чинники професійної самореалізації лікарів.

Очевидна актуальність цих проблем, їхня соціальна значущість і зумовили вибір теми даного дослідження: ***«Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів».***

Об'єкт дослідження: соціально-психологічні аспекти професійної діяльності лікарів.

Предмет дослідження: соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів.

Мета дослідження: на основі теоретичного і експериментального дослідження проблеми з'ясувати соціально-психологічні чинники прояву резистентності до емоційного вигорання у лікарів.

Гіпотези дослідження:

1) прояви резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів мають системний характер;

2) особливості резистентності лікарів до соціально-психологічних чинників емоційного вигорання пов'язані з їх індивідуально-психологічними та когнітивно-стильовими особливостями;

3) наявний зв'язок між професійно важливими якостями (моральність, професійна гідність, відповідальність, сенситивність, психоемоційна стабільність, доброзичливість та ін.) та резистентністю до емоційного вигорання лікарів у їх професійній діяльності.

Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу проблеми визначити основні теоретико-методологічні підходи до розуміння феномену резистентності до емоційного вигорання, професійного стресу, соціальних ролей у професійній діяльності лікарів.

2. Експериментальним шляхом визначити зв'язок між соціально-психологічними та когнітивно-стильовими особливостями майбутніх медиків та професійних лікарів, що впливає на резистентність до емоційного вигорання.

3. На основі експериментальних даних встановити особливості саморегулюючої поведінки у лікарів та визначити провідні копінг-стратегії й механізми психологічного захисту у професійній діяльності лікарів в ситуаціях, що сприяють становленню резистентності.

4. Розробити теоретичну модель «становлення резистентності до емоційного вигорання лікарів», що сприятиме їх професійній самореалізації, формуванню адаптивних копінг-стратегій в умовах постійного стресу, невизначеності й відповідальності за здоров'я й життя пацієнтів;

5. Розробити профілактичні та психокорекційні заходи щодо запобігання формуванню неадаптивних копінг-стратегій, становлення механізмів психологічного захисту, формуванню резистентності до емоційного вигорання лікарів.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами. Тема є частиною фундаментальних науково-дослідних робіт лабораторії психології навчання ім. І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України «Психологічні чинники самодетермінації особистості в освітньому просторі» (номер державної реєстрації 0109U000558), «Діяльнісна самореалізація особистості в освітньому просторі» (номер державної реєстрації 0114U000602). Тему затверджено на засіданні вченої ради Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 3 від 24 березня 2011 року) та узгоджено у бюро міжвідомчої Ради з координації наукових досліджень у галузі педагогіки і психології в Україні (протокол № 4 від 26 квітня 2011 року).

Методологічною й теоретичною основою дослідження є базисний підхід до системного опису діяльності (В. Суходольський); уявлення про роль освіти і професійної підготовки людини у розвитку її ціннісно-сміслової сфери (Л. Карамушка, Г. Костюк, С. Максименко, В. Панок, С. Рубінштейн); теорія ставлень людини (О. Донцов, В. Мясищев); положення теорії особистісного опосередкування навчальної діяльності С. Максименка; теоретичні засади вивчення особистості як активного суб'єкта навчально-професійної діяльності (Г. Костюк, О. Леонтьєв, Г. Балл, В. Моляко, В. Семиченко, Г. Ложкін та ін.); положення про сутність ідентифікації та її вплив на професійне становлення особистості (Ж. Вірна, Л. Орбан-Лембрик, В. Рибалка та ін.); наукові доробки про психологічні особливості професіоналізації лікаря (Л. Бурлачук, І. Вітенко, Л. Тилевич, Г. Гарді та ін.); теоретичні положення про розвиток професійно-важливих якостей особистості (О. Бондаренко, Н. Чепелева, Н. Пов'якель, О. Саннікова, Н. Пророк та ін.) та про специфіку професійної підготовки студентів-медиків (В. Ташликов, В. Ороховський, Л. Супрун та ін.).

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, узагальнення, моделювання;

емпіричні: структуроване спостереження, метод опитування, метод структурованої бесіди, структуроване інтерв'ю, метод експертних оцінок, психологічне тестування;

статистичні: для опрацювання даних була задіяна статистична програма SPSS (Statistic Package for Social Sciences) версія 13.0, а також, математичної статистики: частотний аналіз, обчислювання мінімальних і середніх значень змінних, обчислення середніх стандартних відхилень; кореляційний аналіз результатів; факторний аналіз, кластерний аналіз, метод побудови класифікаційних дерев.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає в з'ясуванні соціально-психологічних особливостей резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів, а також:

– *вперше* виявлено: зміст і структура професійної діяльності лікаря тісно пов'язані з резистентністю до емоційного вигорання, суттєву роль у цьому процесі

відіграє стресостійкість; професійна діяльність лікаря має специфічні особливості, що суттєво віддзеркалюють сутність, зміст і її специфіку (морфологічний, аксіологічний, праксіологічний і онтологічний аспекти); професіоналізм лікаря – сукупність соціально-психологічних та особистісних змін, що накопичуються в процесі професійної діяльності й забезпечують конструктивне вирішення складних професійних завдань;

– *поглиблено та уточнено* уявлення про основні паттерни поведінки (успішні та неуспішні) лікарів у процесі становлення резистентності, стресостійкості в залежності від поєднання соціально-психологічних та когнітивно-стильових особливостей (екстраверсія, інтроверсія у поєднанні із стресостійкістю, пов'язані з «успішними паттернами», а екстраверсія у поєднанні із залежністю від групи та «нерезистентністю»; інтроверсія у поєднанні із недостатнім рівнем тривожності та чутливості, схильністю до категоричності суджень та рішень й «нестресостійкістю» виявляють зв'язок із «неуспішними паттернами»); зв'язок між застосуванням «неуспішних» копінг-стратегій в процесі становлення резистентності до емоційного вигорання та дезадаптивністю й професійним стресом, емоційним вигоранням і, навпаки, «успішних» копінг-стратегій та стресостійкістю, а також ціннісним ставленням до життя. З'ясовано, що, на відміну від «успішних», «неуспішні» копінг-стратегії здійснюють негативний вплив на становлення резистентності до емоційного вигорання, спричиняють кризові стани й професійну деформацію особистості лікаря;

подальшого розвитку набули структура і змістовне наповнення теоретичної моделі «резистентності до емоційного вигорання» лікаря, специфіка якої полягає в усвідомленні власних копінг-стратегій, самодіагностиці емоційного стану, саморегуляції й формуванні позитивних паттернів резистентності й стресостійкості. Відповідно до цього теоретично обґрунтовано, розроблено і апробовано комплекс психокорекційних впливів соціально-психологічного змісту, що спрямовані на формування резистентності до емоційного вигорання лікарів;

конкретизовано вимоги до професійних якостей лікарів (формування «резистентності до емоційного вигорання» фахівця), у розкритті особливостей

усвідомлення цих вимог власне фахівцями та студентами-медиками, у встановленні зв'язку між їх копінг-стратегіями та їх соціально-психологічними властивостями і когнітивно-стильовими особливостями.

Практична значущість одержаних результатів дослідження забезпечується розробкою і апробацією комплексної програми формування «резистентності до емоційного вигорання» лікарів. Одержані результати і розроблені психодіагностичні та корекційні прийоми можуть бути використані у роботі психолога ВНЗ з метою актуалізації успішних копінг-стратегій студентів-медиків. Методичні розробки тренінгових занять можуть бути впроваджені у програмах практичних занять із загальної психології, психології праці, соціальної і спеціальної психології.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечується методологічною обґрунтованістю вихідних теоретичних положень, відповідністю методів дослідження його меті, поєднанням якісних і кількісних, а також стандартизованих і спеціально пристосованих, формалізованих і неформалізованих дослідницьких методів.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження доповідалися й обговорювалися на *міжнародних науково-практичних конференціях*: «Особистість в кризових життєвих обставинах: історія та сучасність» (Київ, 2015); «Тенденції розвитку психології в Україні: історія та сучасність» (Київ, 2015), всеукраїнській науково-практичній конференції «Особистість в кризових умовах та критичних ситуаціях життя» (Суми, 2016), на засіданнях лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (2012-2015 рр.). Результати дослідження **впроваджено** в освітній процес таких вищих навчальних закладів: Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського; Результати дослідження впроваджено в освітній процес вищого державного навчального закладу «Буковинський державний медичний університет» (довідка № 12/Н-57 від 22.04.2015р.).

Публікації. Зміст та результати дисертаційного дослідження висвітлено у 11 наукових роботах, з них: 7 статей у наукових виданнях, включених до переліку фахових видань, затвердженого МОН України, 1 стаття у закордонному періодичному науковому виданні, 3 статті апробаційного характеру.

Структура і обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (280 найменувань) та 4-х додатків (на 5-ти стор.). Основний обсяг роботи складає 222 сторінки. Дисертація містить 13 таблиць (на 6-ти стор.) та 19 рисунків (на 6-ти стор.). Повний обсяг роботи – 258 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1. Теоретичні підходи до дослідження специфіки проявів емоційного вигорання у професійній діяльності

Звісно, що професія лікаря є однією з найгуманніших і необхідних професій у світі й однією із самих важких, адже в руках лікаря життя людей. Питання підготовки кваліфікованих медичних кадрів актуальне і йому приділяється увага в сучасній психологічній науці.

Психологічна підготовка студентів відіграє важливу роль у становленні лікаря як фахівця. Важливо, щоб студент медичного закладу вже з першого курсу розумів труднощі майбутньої професії з якими йому доведеться стикатися.

Проблема емоційного вигорання лікарів актуальна на сучасному етапі розвитку суспільства. Популярність дослідження даного питання стрімко збільшується у зв'язку із тим, що значна кількість висококваліфікованих лікарів мають низьку стресостійкість і резистентність до емоційного вигорання. Проведення заходів спрямованих на розвиток емоційної й психологічної стресстійкості, як під час навчання, так і в процесі подальшої роботи, дозволить перешкоджати формуванню «синдрому емоційного вигорання», що часто зустрічається в лікарів.

Синдром «емоційного вигорання» (СЕВ) визначають як стан фізичного, емоційного й розумового виснаження, що включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрату співчуття, жалю й розуміння пацієнтів і їх близьких.

Особливої уваги у цьому контексті заслуговує діяльність медичного персоналу в умовах бойових дій в зоні АТО. Побачивши жахливу статистику втрат бійців після Іловайська, коли кожне третє поранення привело до летального результату (для порівняння: під час Другої світової війни вмирав кожен п'ятий

поранений, сучасний натовський стандарт 3%), лікарі-волонтери вирішили створити Перший добровольчий мобільний шпиталь, котрий було названо на честь Миколи Пирогова. Проаналізувавши причини таких неприйнятно високих втрат серед поранених бійців, прийшли до висновку, що слід не поранених везти до кваліфікованих лікарів, а висококваліфікованих лікарів та сучасне медичне обладнання доставити якомога ближче до лінії фронту - настільки близько, наскільки дозволяють міркування безпеки. Підготувати лікаря займає мінімум 10 років, а щоби втратити - достатньо 10 секунд. Усі медики - фахівці у своїй справі, часто одні з найкращих в Україні, і можуть здійснювати дуже складні операції, незважаючи на брак звичних для них комфортних умов.

Коли підрозділи Збройних Сил України виходили з Дебальцевського плацдарму, ПДМШ працював на базі Артемівської ЦРЛ. Хірурги Владислав Горбовець та Степан Крулько були єдиними, хто міг робити операції з протезування судин. Альтернатива такому протезуванню була тільки одна - ампутація кінцівок.

Дмитро Бешлей - лікар-кардіохірург кардіохірургічного відділення ЛОКЛ, незважаючи на молодий вік (31 рік) та невеликий стаж роботи, є яскравим представником нової генерації лікарів, освічених, активних, які проходили і проходять навчання у багатьох європейських та світових клініках. Лікар Бешлей під керівництвом старших, більш досвідчених спеціалістів, виконував багато кардіохірургічних методик, зокрема, в 30 років він самостійно провів операцію при гострому відшаруванні висхідної аорти.

Золочів'янин – медик добровольчого батальйону «Гіппократ» – 59-річний Тарас Попадюк. Головними умовами входження до батальйону були медична освіта, вміння водити автомобіль, стріляти. Зібралось 22 спеціаліста: 8 жінок та 14 чоловіків. Підготовку пройшов у навчальному таборі в Івано-Франківську. У Пісках, куди сам напросився, опинився серед молодих, проте вже професійних бійців, невгамовних, справжніх героїв, які живуть війною. «Серед них і сам стаєш таким, - каже пан Тарас. Завдяки воїнам ти не відчуваєш ні страху, ні болю.

Коллективізм, братерство та ідея перемоги – ось, що нас єднало». Кончевич Тарас Григорович народився 28.10.1979 року у м. Львові.

Свій військовий обов'язок виконував на Дебальцівському напрямку, надавав кваліфіковану медичну допомогу пораненим бійцям. Трагічно загинув під час обстрілу міста - отримав осколочні поранення, несумісні з життям.

Загалом у зоні АТО надавали медичну допомогу пораненим близько сотні медпрацівників Львівщини. Це Роман Савка, Тарас Яницький, Олександр Бурій, Марія Петришин, Роман Хомечко, Степан Середа, Костянтин Василькевич, Роман Блощичак та багато інших. У зоні Антитерористичної операції на Сході України несуть службу, відстоюючи незалежність України, лікарі медичних закладів Львівщини. Серед них головний лікар Львівського обласного лікувально - фізкультурного диспансеру Степан Середа. Він очолює медслужбу батальйону спеціального призначення «Азов». Непоправне горе прийшло у родину знаних самбірських лікарів Юричко. 15 серпня 2014 року від кулі снайпера загинув доброволець батальйону «Айдар», студент Національного медичного університету імені О. Богомольця Володимир Юричко.

Отже, підсумовуючи вищезазначене варто відмітити, що професійний обов'язок, бажання рятувати життя, віра у завтрашній день Вітчизни і народу покликали українських лікарів й медичний персонал у зону бойових дій.

Таким чином, висвітлюючи особливості діяльності медичних працівників в умовах професійного стресу, варто виявити власне специфіку, що пов'язана із індивідуальними проявами стилю діяльності. Відомо, що індивідуальний стиль діяльності - це система індивідуально-своєрідних прийомів, що забезпечують успішне виконання людиною певної діяльності.

Є. Климів у структурі індивідуального стилю виділяє групи складових: перша група, утворюється з ядра стилю, містить у собі особливості, які проявляються довільно, базується на властивостях нервової системи; друга група, утворюється з «прибудови» до ядра, містить у собі властивості, які виробляються в результаті свідомих або стихійних пошуків. У ядро залучаються дві категорії властивостей: ті, що сприяють успіху й, навпаки, перешкоджають йому. Останні

виявляють компенсаторні механізми. У «прибудову» до ядра стилю також входять: група властивостей, що пов'язана з використанням позитивних можливостей суб'єкта, група властивостей, що мають компенсаторне значення.

В. Мерлин у структурі індивідуального стилю також розглядає типологічно зумовлені засоби діяльності, які засновані на застосуванні позитивних особливостей реагування, або переважно на компенсації негативних особливостей реагування [13]. Відповідно до цього в структурі стилю виділяються механізми адаптації й компенсації. Структура індивідуального стилю характеризується особливостями співвідношення орієнтувальної, виконавчої й контрольної діяльності.

У роботах Є. Климова й В. Мерлина також є вказівки на різні рівні індивідуальних відмінностей, що впливають на стиль діяльності. Так, Є. Климов стверджує, що не існує індивідуального стилю, однозначно зумовленого тільки природними особливостями людини і що цей стиль є інтегральним ефектом взаємодії індивіда із предметним і соціальним середовищем [7]. Проте, В. Мерлин у якості однієї з умов формування індивідуального стилю розглядає позитивне ставлення до діяльності [18]. Окрім того, у контексті розробки проблем інтегральної індивідуальності В. Мерлин відзначає, що індивідуальний стиль визначається усіма ієрархічними рівнями індивідуальності [16].

Тобто, індивідуальний стиль діяльності має суттєве значення у процесі самореалізації особистості у професійній діяльності. Окрім цього важливим соціально-психологічним чинником, що впливає на становлення й реалізацію спеціаліста в умовах професійної діяльності є механізми соціальної фасилітації і соціальної інгібіції.

Результати досліджень свідчать, що саме невідповідність особистості до життя й праці в умовах кардинальних соціальних, економічних й природних змін, що несуть у собі реальні проблеми, протиріччя й труднощі, виступає основною причиною психічної напруженості, стресів, депресії, розладів, визначаючи нестійкість розвитку й функціонування взаємозалежних основних макрохарактеристик: індивід, особистість, суб'єкт праці й життя, індивідуальність.

Особливо гостро дані проблеми проявляються в індивідуально-професійному розвитку людини, особливо як суб'єкта праці. Особистість, котра активно перетворює себе та загальні аспекти професійної діяльності (загальний контекст соціально-ціннісної активності в індивідуально-професійному розвитку, професійної й інших видах діяльності, повсякденних відносинах, що визначають сукупний результат праці). Але це уможлиблюється через розвиток особистості в професії у вимірі духовно-орієнтованих спільнотах (В. Слободчиков), у процесі існування яких виникає надситуативна активність (В. Петровський), що дозволяє особистості відчувати себе суб'єктом праці.

Соціальна психологія вивчає закономірності, механізми і умови розвитку особистості в умовах життя й праці, а також дослідження й вирішення проблем і протиріч, що перешкоджають продуктивному індивідуально-професійному розвитку й самореалізації. Люди по-різному сприймають одна одну й по-різному прагнуть впливати на інших. Одні діють позитивно, спираючись на доброзичливість, інші негативно, звертаючись до критичності. Тобто присутність одних стимулює, присутність інших гальмує або взагалі блокує діяльність індивіда. Це так звані ефекти дії механізму соціальної оцінки, які набули назву соціальної фасилітації і соціальної інгібіції.

Соціальна фасилітація припускає стимулюючий вплив одних людей на поведінку, діяльність і спілкування інших. У присутності фасилітатора індивіду легше діяти активно й ефективно. Вочевидь, що ефект фасилітації виникає при позитивному ставленні. Такі відносини складаються між друзями; люблячими батьками й дітьми; між колегами у згуртованому колективі. Імовірно, фасилітацію слід розглядати не тільки як соціально-психологічний ефект соціальної оцінки, але і як необхідну умову всіх процесів професійного становлення майбутнього фахівця, оскільки відсутність даного феномена сприяє формуванню комунікативних бар'єрів між людьми. На жаль, далеко не всі соціальні відносини супроводжуються фасилітацією. У професійній групі, наприклад, можуть бути й зовсім інші відносини між колегами, а також між фахівцями й пацієнтами.

Існує психологічний ефект зворотної дії – соціальна інгібіція. Соціальна інгібіція має прояв в негативному впливі однієї людини на іншу. Такий ефект виникає звичайно, коли індивіди відчують стосовно один до одного негативні почуття – страх, зневагу, неповагу, ненависть, презирство і тощо. Соціальна інгібіція актуалізує негативні переживання в людині, такі як сором (переживання викриття й ганьби, пов'язане з реакціями інших людей), почуття провини (таке ж переживання, але пов'язане з покаранням самого себе) і ін. У ситуації соціальної інгібіції знижується рівень власної гідності, падає самооцінка. Порушення етики з боку лікаря, практично у всіх проблемних ситуаціях, коли критичність лікарів переважає над доброзичливістю, можна спостерігати виникнення ефекту соціальної інгібіції.

Таким чином, особливості мотивації здійснюють суттєвий вплив на специфіку становлення фахівця в умовах професійної діяльності, самореалізації й, навіть, професійної деформації. Професійна деформація спеціаліста, передусім фахівця медичної справи пов'язана із синдромом емоційного вигорання внаслідок власне умов професійної діяльності, постійного професійного стресу.

Згідно з визначенням ВОЗ, «синдром вигорання» - це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, уживанню алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності й суїцидальної поведінки». Цей синдром найчастіше розцінюється як стрес, реакція у відповідь на надмірні виробничі й емоційні вимоги, що здійснюються через зайву відданість особистості своїй роботі із супутньою цьому зневагою сімейному життю або відпочинку. При оцінці синдрому емоційного вигорання поширеність цього феномена серед лікарів онкологів американських клінік склала 28%, і цей показник може бути значно вище в групі лікарів, що надають паліативну допомогу (Т. Levin, W. Kissane). За даними наукових досліджень є факти психологічного стану лікарів, котрий погіршується: з 1994 по 2002 рік психічна захворюваність серед них збільшилася з 27 до 32%, а частота емоційного

вигорання за цей же період з 32 до 41%, причому максимальним воно є в онкологів (С. Taylor). Дані виразності емоційного вигорання у лікарів-онкологів представлені в наукових публікаціях, у тому числі в дисертаційному дослідженні Є. Лозинської, де на обмеженому матеріалі (39 лікарів) було встановлено, що практично половина (49%) респондентів мали незадовільні показники за шкалою «емоційне виснаження».

Роботи, що з'явилися у вітчизняній літературі в останнє десятиліття, продовжують традицію вивчення емоційного вигорання співробітників соціальних служб (В. Бойко), наочно демонструють значну поширеність синдрому емоційного вигорання (30-50%) серед лікарів різних спеціальностей (І. Гурєєва, В. Євдокимов, Н. Козина, Є. Лозинська, Г. Макарова, М. Скугаревська і ін.). Водночас питання про виникнення, розвиток й профілактику емоційного вигорання у лікарів-онкологів залишається недостатньо вивченими (W. Jeffcoate, В. Мойсеєнко, В. Чулкова). Розробка даного напрямку в медицині дозволить створити умови для вчасного виявлення й профілактики емоційного вигорання у лікарів-онкологів, що, безсумнівно, позначиться не тільки на поліпшенні їх психічного здоров'я, але й на підвищенні ефективності надання медичної допомоги онкологічним хворим.

Одне з найбільших досліджень синдрому вигорання серед лікарів виконане у Фінляндії [5]. У дослідженні взяли участь 2671 лікарів. У результаті, усі фахівці були розділені на «фахівців з високим рівнем вигорання» і «фахівців з низьким рівнем вигорання». Психіатри були віднесені до групи з «високим рівнем вигорання». Найвищі показники були виявлені в чоловіків, які спеціалізувалися в галузі дитячої психіатрії. Суттєву роль зіграло місце роботи: працівники приватних клінік, співробітники науково-дослідних інститутів і інших громадських організацій менше відчувають вигорання у порівнянні із працівниками державних медичних установ.

Факт, що фахівці галузі психічного здоров'я, котрі працюють із пацієнтами стаціонару, частіше відчувають синдром емоційного вигорання, ніж працівники амбулаторної ланки, що підтверджується й в інших дослідженнях [6, 7, 8].

У 1991 р. у Південній Австралії опубліковані результати дослідження 966 лікарів загальної практики на предмет професійного стресу. Результати показали, що 1/3 лікарів відзначає в себе високий рівень професійного стресу, що корелює з віком, статтю й ставленням до роботи [9].

Високий рівень емоційного виснаження спостерігається серед лікарів в галузі невідкладної допомоги, реаніматології й анестезіології, і зустрічається переважно в жінок, не одружених [10].

Непрацездатність медичних працівників майже в половині випадків пов'язана зі стресом. Обстежені лікарі загальної практики, серед яких високий рівень тривоги був виявлений у 41 % випадку, а клінічно виражена депресія у 26 % випадків [6].

Доведено, що рівень робочого стресу й депресій пов'язані із країною й місцем роботи, родинним станом і статтю. У лікарів з Великобританії рівень професійного стресу вище, ніж у лікарів США, проте у лікарів США відзначається більш високий рівень депресії у порівнянні з лікарями Австралії й Великобританії.

За даними досліджень Д. Марченко-Тябут і О. Головач найбільш несприятлива ситуація щодо емоційного вигорання спостерігається в лікарів терапевтів [11]. Дана проблема пов'язана зі специфікою роботи, дефіцитом часу в умовах амбулаторного прийому, тривалим контактом із хворими і їх родинами, можливим різним результатом захворювання.

Виявлена різна стійкість до даного синдрому залежно від віку й стажу роботи. Серед хірургів у віці 37-40 років зі стажем роботи 13-16 років були діагностовані середній рівень реактивної й високий рівень особистісної тривожності, однак не виявлено зміну цих характеристик залежно від статі й кількості чергувань. У лікарів акушерів-гінекологів із середнім стажем 10-12 років і із середнім віком 33-35, так само виявлені середній рівень реактивної й високий рівень особистісної тривожності, але при цьому рівень реактивної тривожності вище, а рівень особистісної тривожності трохи нижче в жінок, ніж в чоловіків.

Результати дослідження з оцінки взаємозв'язків між суб'єктивним ставленням лікарів до ситуацій професійної взаємодії й оцінкою ступеню впливу професійних проблем на емоційне вигоряння приводяться в дисертації О. Рибіної [12]. У дослідженні брали участь лікарі психіатри, хірурги й гінекологи різного віку й статі. У результаті з'ясувалося, що «професійний стрес» у лікарів зі стажем роботи понад 15 років вище показника в лікарів, чий стаж менш 15 років, а також суб'єктивна оцінка емоційного дискомфорту останніх не відповідає об'єктивній виразності «професійного стресу». Окрім цього, відзначається, що інтенсивність професійного стресу в лікарів-психіатрів суттєво вище, ніж у хірургів. Також, виявлено, що приналежність до жіночої статі є чинником ризику професійного стресу в лікарів.

Аналіз динаміки різних фаз СЕВ у лікарів залежно від спеціальності представлений у роботі І. Бердяєвої і Л. Вйт [13]. Найвищі показники виразності фаз СЕВ спостерігаються в групі лікарів-онкологів. Зазначена група лідирує в загальній кількості симптомів кожної фази. На другому місці перебувають лікарі-психіатри.

Досить часто емоційне вигоряння зустрічається в лікарів-стоматологів [14].

У роботах Л. Юр'євої відзначається, що вигоряння може потенціювати суїцидальну поведінку [6]. Найбільшу схильність до суїциду мають лікарі-психіатри.

Одне з перших місць за ризиком виникнення синдрому емоційного вигоряння займає професія медичної сестри. Їх робота припускає щоденне тісне спілкування з людьми, котрі страждають різними недугами, що вимагають підвищеної турботи й уваги. У таких умовах середній медперсонал переживає підвищену емоційну напругу. Синдром емоційного вигоряння у медсестер, відбувається швидше, ніж у лікарів, у середньому на 5-9 років.

Таким чином, слід відзначити, що:

1. Лікарі й інші працівники медичної сфери перебувають в особливій групі ризику відносно розвитку синдрому емоційного вигоряння.

2. Прояв СЕВ прямо пов'язаний із наступними параметрами:

- статтю (як правило, жінки-хірурги більш піддаються СЕВ, ніж чоловіки-хірурги, а у чоловіків-гінекологів даний синдром зустрічається частіше, ніж у жінок даної професії);
- видом діяльності (більш піддаються хірурги, терапевти, акушер-гінекологи, психіатри);
- стажем роботи (у лікарів зі стажем роботи більш 15 років СЕВ проявляється частіше, ніж у працівників зі стажем менш 15 років);
- займаною посадою й задоволеністю нею (відповідність посади особистості її запитам і уявленням);
- кількістю часу, що приділяється роботі (наприклад, кількість чергувань);
- рівнем особистісної тривожності;
- рівнем емоційної стресостійкості;
- міжособистісними відносинами в колективі;
- типом лікувально-профілактичної організації (частіше страждають СЕВ працівники державних медичних установ, співробітники стаціонару);
- наявністю шлюбу (лікарі жінки таких спеціальностей, як реаніматолог, анестезіолог, нарколог, не одружені, більше піддаються емоційному вигорянню, ніж їх замужні колеги);
- станом клімату в родині.

3. Найбільш піддані СЕВ фахівці таких спеціальностей, як: психіатри, лікарі-онкологи, медичні сестри, лікарі хірургічного профілю, анестезіологи-реаніматологи, стоматологи.

Специфіка впливу професійного стресу та пов'язаних із ним проявів «синдрому професійного вигоряння» (СПВ) лікарів різних спеціальностей (хірургів, стоматологів, анестезіологів, психіатрів та деяких інших спеціальностей) представлена у працях вітчизняних і закордонних авторів (Л. Золотухіна, О. Кузнецова, Н. Водоп'янова, Е. Старченкова, Л. Ларенцова, А. Пуйда; К. Маслач тощо). Серед медичних працівників вирізняється категорія фахівців з особливими умовами професійної діяльності. У першу чергу до даної групи можуть бути віднесені лікарі-хірурги, робота яких не тільки пов'язана з

підвищеною моральною і юридичною відповідальністю, але при цьому ще й вимагає витривалості та значних затрат фізичних сил, характеризується наявністю численних факторів професійної шкідливості (тривале вимушене положення тіла під час операцій, несприятливі мікрокліматичні умови й забруднення повітря операційних блоків, вплив іонізуючого випромінювання тощо), порушеннями режиму сну й відпочинку. Крім того, в останні роки дія стресогенних і несприятливих чинників лише збільшується, зростає функціональне навантаження на цих фахівців, що пов'язано з підвищенням хірургічної активності та збільшенням кількості пацієнтів з важкими супутніми патологіями (М. Багрій, А. Доник). Серед вагомих чинників ризику стресових впливів на лікаря-хірурга, згідно із сучасними даними, необхідно виокремити пов'язані зі сном порушення дихання (обструктивне апное сну). Надлишкова денна сонливість, обумовлена апное сну, істотно підвищує ризик ускладнень при хірургічних маніпуляціях (National Commission on Sleep Disorders Research, 1993). Системні наслідки порушень дихання під час сну (гіпоксія, артеріальна гіпертензія, підвищений внутрішньочерепний тиск, системне запалення, симпатична активація) являються тими негативними факторами, які впливають на професійну діяльність хірургів, їх працездатність і якість життя. У зв'язку з цим важливим завданням стає розробка методичних підходів до діагностики, корекції й профілактики станів психічної дезадаптації лікарів, які працюють в умовах тривалого й інтенсивного професійного стресу, що й слугує підставою для проведення дослідження.

Передусім необхідно відзначити, що специфіка професійної діяльності спеціалістів, робота яких проходить в умовах стресу, пов'язана із стійкістю по відношенню до кризових станів та конфліктів особистості, зі стресостійкістю, що є підґрунтям емоційного вигорання, професійно-особистісних деформацій або, навпаки, резистентності та професійного зростання (Д. Бадмаєва, О. Васильєва, В. Крайнюк, Ф. Філатов, Л. Дика). Під впливом професійних стресів та задіяних для їх вирішення неефективних копінг-стратегій в процесі професійної діяльності у лікарів виникають серйозні відносно статичні (психофізіологічні) психічні стани емоційного вигорання, які переходять у стійкі властивості особистості, що сприяє

формуванню в подальшому професійно-особистісних деформацій (С. Борисова, Н. Водоп'янова, Д. Волков, Д. Трунов).

Специфіка професійних конфліктів і відповідних деформацій у лікарів висвітлюються у ряді праць із аналізу проблеми професійного стресу, професійно-особистісних деформацій особистості (М. Авхименко, М. Борисова, В. Ковальчук, Т. Ронгінська, Т. Форманюк). Однак недостатньо вивченою залишається проблема резистентності до професійних стресів, кризових станів, професійно-особистісних деформацій у представників професій груп ризику – лікарів, професійна діяльність котрих перебуває в умовах постійного стресу (С. Лебедев).

У сучасних дослідженнях немає єдиного підходу до розгляду професійних стресів та резистентності особистості до професійної діяльності. Так, поняття «професійні стреси» трактується неоднозначно. Низка вчених дотримуються думки, що ці стани спричиняються професійною діяльністю, пов'язаною із стресами, екстремальними ситуаціями; інші пов'язують їх з особистісними властивостями (Н. Водоп'янова, Д. Трунов, Е. Шаяхметова).

Таким чином, існують різні підходи, що описують стани, пов'язані із професійними стресами у професійній діяльності. Так, Ф. Березін, Л. Китаєв-Смик, В. Бодров, Л. Дика, М. Боухал розглядають професійні стреси як такі, що мають прояв у професійній діяльності, зумовлені неадаптованістю до умов професійної діяльності, особистісно-професійною деформацією, яка виникає через витрачання функціональних резервів організму в умовах екстремальної діяльності (Є. Рогов, С. Геллерштейн).

Е. Зеєр наголошує на пріоритетності саме резистентності, що протистоїть професійній деформації особистості, та пов'язує зазначений феномен з негативними змінами соціально-психологічної структури особистості [59, 60].

Утім, специфіка висвітлення структури професійних деформацій особистості доволі серйозно вивчається у науковій літературі.

Так, у дослідженнях Ю. Поварьонкова визначаються особливості професійних деформацій особистості (виокремлюються загальнопрофесійні, спеціальні професійні і професійно-типологічні деформації) та їх взаємозв'язок із

внутрішньоособистісними властивостями. Зокрема, критерієм визначення особливостей професійних деформацій особистості виступає співвідношення властивостей особистості і професійної діяльності [154].

Є. Климов, О. Носкова, Д. Трунов зазначають, що професійно-особистісні деформації пов'язані зі змінами структури особистості, а також особливостями психологічного захисту, але не є наслідком процесу формування особистості.

У працях, що висвітлюють зазначене питання, Р. Грановська, А. Маркова, В. Медведєв наголошують на необхідності виокремлення особливої ролі негативних проявів у структурі особистості та їх впливі на професійну діяльність. Такі негативні прояви відображаються у поведінковій, емоційній і когнітивній сферах особистості.

Серед причин професійних стресів та професійного вигорання більшість вчених відзначають специфіку діяльності та найближчого оточення й індивідуально-особистісні особливості професіоналів (Р. Грановська, Ю. Поварьонков, тощо). Сучасні науковці суттєвим чинником професійного стресу вважають вузьку спеціалізацію діяльності (Н. Водопьянова, Є. Климов, О. Носкова, Л. Мітіна).

Отже, найсуттєвішими серед соціально-психологічних чинників професійно-особистісних деформацій та негативного впливу професійного стресу у представників професій груп ризику можна виокремити такі:

- соціально-психологічні чинники: соціально-специфічний досвід екстремальної професійної діяльності (Г. Андрєєва, Б. Паригін), його параметри: характер (С. Єнікопов), інтенсивність (І. Вдовіна, І. Котенєв, В. Небилицин), постійність-періодичність (Н. Тарабріна), тривалість (В. Орел) і стабільність міжособистісних контактів в умовах екстремальної професійної діяльності (Л. Китаєв-Смик, Б. Паригін);

- соціально-сімейні чинники (В. Бодров);

- професійні чинники: стаж професійної діяльності і спеціальна професійна освіта (В. Бодров, Л. Шестопалова);

- суб'єктивні чинники: механізми психологічного захисту, схильність до

психосоматичних розладів, підвищене почуття провини, особистісна тривожність (Ю. Постилякова, В. Тимченко) і особистісно-сміслова сфера (М. Магомед-Емінов, Н. Тарабріна).

Соціально-психологічний досвід екстремальної професійної діяльності представлений особливостями психічної діяльності представників професій групи ризику, а також тими ролями, нормами, правилами, цінностями і символами, що санкціонують, регулюють і спрямовують поведінку зазначених спеціалістів.

Професійна діяльність лікарів-хірургів, анестезіологів пов'язана із порятунком людей від смерті, і вибір параметру «смерть – життя» безпосередньо залежить від їх діяльності й професійних умінь (О. Анцупов, Ю. Бессонова, Т. Большакова).

Таким чином, особливості соціально-специфічного досвіду віддзеркалюють безпосередній і непрямий вплив умов професійної діяльності (С. Єнікопов, С. Миронець, Н. Тарабріна) та їх спрямованість на особистість лікарів - представників професій групи ризику. Непрямий характер впливу екстремальної професійної діяльності відповідає групі власне лікарів.

В. Небиліцин вважає, що вагомими чинниками є інтенсивність досвіду екстремальної професійної діяльності, патогенність екстремальності професійної діяльності, а також сила екстремального впливу. І. Котенєв зазначає, що максимально інтенсивним є досвід участі у бойових діях (військовослужбовці), а середній ступінь характерний групі пожежників, рятувальників і лікарів.

Н. Тарабріна наголошує на періодичності-постійності впливу екстремальних умов професійної діяльності, а саме на тривалості екстремального впливу. Дослідники О. Анцупов, Ю. Бессонова, Т. Большакова вважають, що досвід участі у бойових діях є періодичним, а для пожежників, рятувальників і лікарів такий досвід є постійним.

Також необхідно відмітити, що стійкість міжособистісних контактів в екстремальній професійній діяльності є високою у пожежників, рятувальників, лікарів. Л. Китаєв-Смик вважає, що професійна діяльність і спілкування спеціалістів, що здійснюють професійну діяльність в умовах професійного стресу,

зокрема лікарів, відбувається в стабільному колективі. Для військовослужбовців міжособистісні професійні контакти в екстремальних умовах не є стійкими внаслідок постійної зміни групи.

На основі результатів теоретичного аналізу наукових праць вчених Р. Грановської, А. Маркової, Є. Рогова, Ю. Поварьонкова, Д. Трунова можна виокремити особливості проявів професійного стресу на психологічному й соціально-психологічному рівнях особистості:

- розвиток гіперконтролю над власною поведінкою (поширення контролю на всі сфери життя, втрата безпосередності);
- виявлення змін у психологічних характеристиках індивіда (психічні процеси, стани, властивості, якості);
- трансформації у структурі особистості, включаючи свідомі й підсвідомі компоненти (оформлення неадаптивних копінг-стратегій, механізмів психологічного захисту, зміна і втрата сенсу життя);
- порушення міжособистісних контактів (з одного боку, спостерігається агресивна поведінка, з іншого – тенденція до соціальної ізоляції).

А також, ґрунтуючись на положеннях наукових концепцій В. Бойка, Н. Водоп'янової, А. Маркової, Г. Нікіфорова, слід зазначити, що емоційне (професійне) вигорання посідає особливе місце серед феноменів професійного стресу.

Професійно-особистісні деформації представників професій, чия діяльність відбувається в умовах постійного стресу, розглядаються як психічні властивості особистості, що формуються в умовах і під дією змісту екстремальної професійної діяльності, коли джерело впливу пов'язане зі смертю, загрозою смерті, погрозою фізичному й особистісному благополуччю [10, 27, 30]. Власне стан психічного (психофізіологічного) емоційного вигорання є проявом професійно-особистісних деформацій і переходить у стійкі властивості особистості, сприяючи виникненню серйозних психічних розладів та внутрішньоособистісних конфліктів [24]. Стан емоційного вигорання є відповідною реакцією на умови екстремальної професійної діяльності, а також проявляється у вигляді емоційного виснаження,

деперсоналізації і редукції персональних досягнень [37, 38].

Так, В. Березин, Т. Кириленко, М. Корольчук, І. Котенєв, Ю. Постилякова, М. Сандомирський, Н. Тарабрина відзначають високий рівень психосоматичної й нервово-психічної захворюваності, професійної та особистісної деформації у вигляді агресивності, зсуву мотиваційних і моральних цінностей, феномени відчуження праці, десоціалізації у фахівців, які перебувають в умовах постійного професійного стресу, у котрих не сформована резистентність. Н. Самикіна, В. Сумницький вважають, що стрес стає екстремальним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями [184]. Є. Мазур окреслює той факт, що суттєвим критерієм для діагностики посттравматичних порушень є зафіксоване переживання індивідом травматичної події, яка виходить за межі буденного людського досвіду, здатної травмувати психіку практично будь-якої здорової людини. Тобто, як стверджують Л. Тарас, І. Сельченко, ситуації, пов'язані з професійним стресом, характеризуються потужними негативними наслідками та навіть загрожують власному життю працівника або інших людей. Проте психологічний стрес, на думку І. Котуза, спричинюють такі події, як втрата пацієнта або близької людини, що відбулася в силу природних причин, хронічна важка хвороба, втрата роботи або сімейний конфлікт.

У ході теоретичного аналізу літератури з проблеми екстремальної та професійної діяльності підґрунтям для виокремлення поняття «професійна діяльність в умовах постійного стресу» як джерела виникнення нестійкості до професійного стресу й професійно-особистісних деформацій виступають такі критерії:

– професійна діяльність здійснюється в екстремальних умовах, які розглядаються як такі, що виходять за межі звичайного досвіду (М. Магомед-Емінов, І. Котенєв);

– професійна діяльність виступає в якості соціально-специфічного досвіду представників професій в умовах постійного стресу (Г. Андрєєва, Б. Паригін, Н. Тарабрина);

– наслідками впливу стресових умов і специфічності накопиченого досвіду в умовах постійного психоемоційного напруження у представників професій є травматичний стрес, що призводить до виникнення професійно-особистісних деформацій (С. Борисова).

Підсумовуючи зазначене вище, окреслимо, що умови професійної діяльності представників професій, що пов'язані із постійним психоемоційним напруженням, дозволяють розглядати їх як витoki професійно-особистісних деформацій – з одного боку, і своєрідним індикатором ціннісного ставлення до життя, професійної діяльності – з іншого. До професій, представники яких працюють в умовах постійного стресу, в нашому дослідженні відносяться лікарі.

Дослідження в галузі професійної діяльності Ф. Березіна, Н. Тарабріної, І. Котенєва, М. Леві свідчать про наявність сильного психотравмуючого впливу, котрий зумовлює високий рівень психосоматичної і нервово-психічної захворюваності, посттравматичних стресових розладів, суїцидів, професійної і особистісної деформації у вигляді агресивності, зубожіння емоційної сфери, зниження мотиваційних і моральних цінностей, феномена відчуження праці, десоціалізації.

І. Котенєв, О. Маклаков, Н. Тарабріна зазначають, що стрес стає екстремальним, коли результатом впливу стресора є порушення у психічній сфері за аналогією із фізичними порушеннями. На думку І. Котенєва, Є. Мазур загальним критерієм у процесі діагностики посттравматичних порушень слід визначати переживання особистістю травматичної події, що виходить за рамки досвіду. Н. Тарабріна інтерпретує травматичні події як кризові ситуації, що мають негативні наслідки, ситуації загрози власному життю і життю близьких людей. У працях М. Магомед-Емінова відзначається, що сутність екстремальної ситуації розгортається у межах парадигми «життя – смерть», що є її базисом. Таким чином, діяльність представників професій груп ризику (і лікарів також) власне й визначається такою парадигмою, яка пронизує усі галузі життєдіяльності, професійної і соціальної активності фахівців.

Тобто, що витокami виникнення емоційного вигорання, професійно-

особистісних деформацій у представників «екстремальних професій», на думку М. Магомед-Емінова, І. Котенєва, є професійна діяльність, що здійснюється в екстремальних умовах, які виходять за рамки буденного досвіду й розглядаються в межах парадигми «життя – смерть».

У працях П. Качалова, Д. Леонтєва, Є. Мазур, В. Тельрандза, психічні стани в екстремальних умовах пов'язуються із негативними переживаннями, з процесами смислоутворення. О. Либіна, Є. Мазур також наголошують на несформованості адаптивних механізмів саморегуляції та механізмів психологічного захисту.

Отже, розглянемо специфіку резистентності до емоційного вигорання як здатності людини до опору негативним факторам професійної діяльності і спілкування та наслідкам професійного стресу.

Проблему резистентності до емоційного вигорання особистості одним із перших висвітлює К. Платонов, на думку якого, - це така властивість особистості, у якій проявляється інтенсивність, дієвість і стійкість професійної спрямованості. Аналіз наукової літератури дозволяє констатувати, що існує багато різних теоретико-методологічних підходів до розуміння резистентності до емоційного вигорання. Ці поняття широко застосовуються в сучасних дослідженнях – психологічних, соціологічних, філософських, міждисциплінарних. Разом з тим єдиного розуміння резистентності до емоційного вигорання немає. Наприклад, О. Ржаннікова пропонує інше, відмінне від підходу К. Платонова, визначення цього поняття, відзначаючи, що професійна резистентність акумулює в собі всі моральні й фізичні якості особистості, що спрямовані на нейтралізацію негативних чинників професійної діяльності, є визначальною якістю високого рівня професіоналізму, прагнення до сумлінного виконання службових завдань, і в силу цього, може розглядатися як мета, результат і критерій професійної підготовки.

Узагальнюючі існуючі підходи до визначення поняття «резистентність до емоційного вигорання» ми можемо трактувати його значення у якості адаптивного процесу взаємодії особистості й професійного середовища, як активне

приспосовування індивідуальності до умов життя й діяльності. Професійна адаптація охоплює процеси становлення особистості професіонала і збереження динамічної рівноваги в системі «суб'єкт праці – професійне середовище». Відповідно, професійне становлення являє собою єдність взаємодії індивіда з фізичними умовами професійної діяльності (психофізіологічний аспект професійної адаптації), відповідність особистісних якостей вимогам професійних завдань (психологічний аспект), взаємовплив особистості й соціальних компонентів професійного середовища (соціально-психологічний аспект).

Дані загальні закономірності широко вивчалися, зокрема, стосовно різних видів діяльності медичного працівника: анестезіолога, хірурга, стоматолога, психіатра.

А. Маркова висвітлює проблему адаптації людини до професійної діяльності через призму професійної майстерності, професіоналізму особистості.

В. Краєвський резистентність до емоційного вигорання розглядає з позиції моральних і фізичних якостей людини, що, на наш погляд, є певною редукцією й симпліфікацією даного поняття: наприклад, мабуть, що в структуру професійної резистентності входять не тільки моральні, але й етичні властивості й цінності людини, її духовність тощо. Отже, існують різні підходи до розуміння резистентності до емоційного вигорання. Щоб розібратися в них і виділити визначення, найбільш адекватне меті й предмету нашого дослідження, доцільно розглянути зв'язки резистентності до емоційного вигорання з іншими спорідненими й неспорідненими поняттями, які застосовуються у процесі теоретичного аналізу професійної підготовки й професійної діяльності.

Як показує аналіз наукових джерел, поняття «резистентності до емоційного вигорання» тісно пов'язане з іншими поняттями, такими як: «професійне становлення», «професійна адаптація», «професійна надійність». Як було показано вище, поняття «резистентності до емоційного вигорання» широко використовується в сучасних дослідженнях – психологічних, соціологічних, філософських, міждисциплінарних.

Проблема адаптації людини до професійної діяльності широко й інтенсивно

вивчається вітчизняними й закордонними авторами, зокрема, у психології праці (Ф. Березин, Е. Климов, В. Лебедев, А. Робалде, В. Шадриков, В. Хакер, тощо), у психології особистості й акмеології (О. Кудашев, А. Реан, тощо). Значна увага дослідженню професійної діяльності приділяється в останні роки й у працях Е. Журавльова, Н. Савотіної й ін.). Є, зокрема, дослідження, присвячені професійній адаптації лікарів: хірургів, анестезіологів, стоматологів, психіатрів.

Адаптованість розуміється як динамічна рівновага в системі «людина – професійне середовище» і проявляється в ефективності діяльності, почутті задоволеності працею, оптимальному рівні працездатності, гнучкій зміні стратегій і способів трудових дій, наявності потенціалу стратегій подолання труднощів на шляху становлення професійної майстерності.

В. Шмиков виокремлює два основні підходи до розв'язку практичних завдань, пов'язаних із професійним розвитком: професіографічний (професіологічний) і акмеологічний. На думку автора, перший із них полягає у виявленні професійної придатності суб'єкта до певного виду професійної діяльності і має суттєве обмеження, пов'язане з тим, що «є початковим етапом у вирішенні проблем становлення професіоналізму й орієнтує на виконання професійної діяльності на середньому рівні ефективності». У свою чергу, другий - акмеологічний підхід - орієнтований, на думку автора, на високий рівень розвитку професійно важливих якостей (ПВЯ) і психічної резистентності, спрямованої на вдосконалювання особистості фахівця, підвищення ефективності діяльності. На наш погляд, дане протиставлення професіографічного й акмеологічного підходів є штучним, оскільки, з одного боку, професіографічний підхід насправді, як і акмеологічний, орієнтований на максимально можливе підвищення ефективності професійної діяльності і в цьому плані припускає акмеологічний аспект вивчення професійного становлення; з іншого боку, акмеологічний підхід не тільки не виключає, але, навпаки, припускає, включає у свій арсенал застосування професіографічних методів вивчення професійної діяльності. Дійсна відмінність даних підходів полягає не в орієнтації на різні рівні ефективності виконання діяльності, а в предметі відповідних їм досліджень: для професіографічного

підходу таким предметом є професійна діяльність, розглянута широко – у всій сукупності своїх техніко-технологічних, соціально-економічних, психологічних та інших характеристик, у тому числі, усіляких характеристик як об'єкта, так і суб'єкта праці (Е. Іванова, Е. Климов, О. Носкова, тощо); для акмеологічного підходу в центрі уваги перебуває значно більш вузька галузь, пов'язана з досягненням людиною професійної майстерності, з відповідними специфічними передумовами, якостями й новоутвореннями даної стадії професійного розвитку, що характеризують саме суб'єкт (але не об'єкт) праці (О. Бодальов, А. Деркач, Н. Кузьміна й ін.). При цьому далеко не кожна людина з різних причин досягає у своєму професійному розвитку стадії професійної майстерності, що забезпечує її максимальну, акмеологічну самореалізацію як професіонала (Е. Зеер, А. Маркова, Е. Климов, Ю. Поварьонков та ін.). Таким чином, між професіографічним і акмеологічним підходами в цьому плані існують відносини цілого й частини. Тому альтернативно протиставляти дані підходи так є неправомірним. Відповідно, у рамках дослідження ми будемо використовувати й професіографічний, і акмеологічний підходи, враховуючи їх складні й «пересічні» відносини.

На процес професійної адаптації впливають такі чинники, як гендерні відмінності, стаж роботи, вікові нормативні й особистісні ненормативні кризи професійного становлення, потенціал індивідуальної адаптивності й ін. Відповідно, усі ці чинники впливають і на професійну резистентність у процесі професійного становлення.

Далі доцільно звернутися до аналізу більш широкого, в порівнянні із резистентністю до емоційного вигорання, загального поняття стійкості. Слово «стійкий» у багатьох країнах світу означає «стабільний, твердий, міцний». Наприклад, у С. Ожегова дається таке розуміння терміна «стійкий»: «той, котрий стоїть твердо, не коливаючись, не падаючи», дається два синоніми цього слова: «стабільність» і «сталість».

У точних науках стійкість характеризується як опірність зовнішнім впливам, несхильність змінам, постійність вихідних даних. Таким чином, у самому загальному вигляді стійкість можна визначити як здатність об'єкта відновлювати

свій вихідний стан і зберігати свої якісні характеристики при впливі випадкових і (або) прогнозованих зовнішніх та (або) внутрішніх чинників.

У психологічній літературі поняття «стійкість» у «Великому тлумачному психологічному словнику Артура Ребера» розуміється як характеристика індивіда, поведінка якого відносно надійна й послідовна.

Багато авторів різних галузей, що представляють наукове пізнання (філософію, математику, економіку, технічні науки, біологію, психологію, соціологію тощо), розглядають стійкість із погляду системного підходу – як системну якість, що забезпечує цілісність системи, певну інваріантність її структурної й функціональної розбудови.

При цьому, важливо підкреслити принципові відмінності поняття стійкості в науках про особистість від його розуміння в інших галузях наукового пізнання, пов'язаних з матеріальними системами. У сфері пізнання матеріальних систем стійкість розуміється як інертність, опірність деформуючим впливам, зовнішнім руйнуванням.

Стойкість тут пасивна і залежить, з одного боку, від структурних особливостей того об'єкта, стосовно якого розглядається, а з іншого - від характеру зовнішніх матеріальних впливів на цей об'єкт. Саме таке розуміння стійкості спочатку фігурувало у загальнонауковому системному підході, сформульованому для матеріальних систем.

Починаючи з 1960-х рр., системний підхід став широко застосовуватися в різних науках про людину й набув у цій сфері інтенсивного розвитку.

При цьому, окремі ідеї системного підходу висувалися ще в 1910-1930-ті рр. у фізіології й психології І. Павловим, В. Бехтеревим, у концепції «рефлекторного кільця» М. Бернштейна і т.ін. Разом із тим, досить повне оформлення даний підхід одержав тільки в теорії функціональних систем П. Анохіна, теорії діяльності (Д. Завалишина, Г. Зараковський, О. Леонтьєв, Б. Ломов, В. Рубахін, С. Рубінштейн, В. Шадріков і ін.), системному розумінні особистості (В. Ганзен, В. Мерлін, К. Платонов та ін.).

Специфіка системного підходу в науках про людину проявляється й у

специфіці розуміння стійкості: стійкість живих систем, на відміну від матеріальних об'єктів, тісно пов'язана з активною життєдіяльністю, хоча активність сама по собі ще не забезпечує стійкості. Даний факт відзначав ще У. Ешбі, котрий вказував, що активність, не будучи координованою, має тенденцію просто руйнувати систему.

Повною мірою це справедливо й для вищого прояву живих систем – людини й різних соціальних груп. Отже, стійкість усієї життєдіяльності людини або соціальної групи вимагає активності, спирається на неї, але, разом із тим, одного лише прояву активності ще недостатньо для забезпечення стійкості. Дана фундаментальна закономірність слухна і для різних більш приватних, у порівнянні зі стійкістю всієї життєдіяльності в цілому, форм стійкості, у тому числі, - для стійкості професійної. Наприклад, Е. Холодова розуміє професійний розвиток особистості як спрямовану трансформацію особистості у якості цілісності системи, що самоорганізується. Тобто, стійкість не є результатом дії окремих елементів системи, а є властивістю цілісного організму, активністю самоорганізації. Самореалізація розуміється як підґрунтя щодо стійкості індивіда як складної, відкритої до світу психологічної системи, що самоорганізується. Відкритість системи є гарантом її стійкості. Гіперстійкість, що проявляється у фіксованих формах поведінки, настільки ж небезпечна, як і гіпервідкритість, що неминуче призводить до патології іншого типу – блуканню в просторі можливостей, жодна із яких так і не буде реалізована повною мірою.

Отже, аналіз загальних, фундаментальних основ стійкості дозволяє дійти висновку про те, що стійкість спирається на таку фундаментальну властивість як активність. У зв'язку з цим, цікаво проаналізувати альтернативу стійкості – нестійкість.

Якщо будь-яка система занадто, гіпертрофовано стійка, – вона, мабуть, не здатна до змін. Немає необхідності доводити, що постійні зміни необхідні людині, є необхідною умовою її особистісного розвитку й усієї життєдіяльності в цілому.

Отже, нормальна життєдіяльність людини, у тому числі – у професійній сфері, забезпечується не однією лише стійкістю, але й певною нестійкістю, що

забезпечує, у свою чергу, здатність до змін.

Якщо розуміти професійну стійкість в абсолютному, раз і назавжди заданому, статичному аспекті, то тоді професійна стійкість із логічною необхідністю перетворюється із суцільно позитивної якості у свою протилежність – у якість, що стримує, обмежує професійний і особистісний розвиток.

Отже, життя людини являє собою динамічний процес постійних змін, що включають як розвиток (не обов'язково лінійний, можливо гетерохроній, але проте – певний прогрес, позитивні, конструктивні зміни), так і навпаки – відставання, регрес, стагнацію тощо, деструктивні зміни. Більше того, аналогічним закономірностям підкоряється й життя людського суспільства. У таких динамічних умовах абсолютизувати будь-яку стійкість людини теоретично можна, але для практики недоцільно: будь-яка стійкість визначається, з одного боку, стосовно власного, внутрішнього стану людини, а з іншого – стосовно умов навколишнього її світу, у тому числі й соціуму. Як тільки змінюються ці вихідні умови визначення стійкості – змінюється й сам конкретний зміст стійкості, тобто це стає уже інша стійкість. Пояснимо цю думку на простому прикладі. Будь-яка людина, що побувала в умовах професійного стресу або аналогічних екстремальних ситуаціях, добре знає, що ті характеристики особистості, які вважаються цілком стабільними в побутовому, мирному, повсякденному житті, в екстремальних умовах часто перестають «працювати»: особистість нерідко стає зовсім іншою, і її нова стійкість може бути (і часто буває) вже зовсім нееквівалентною колишній. І в цьому, до речі, полягає одна з найбільш серйозних проблем, що поставлена перед нами: формувати професійну резистентність лікарів в освітньому процесі доводиться, переважно, в академічних умовах, а проявлятися вона повинна нерідко і в умовах постійного професійного стресу, екстремальних. Наявні тут напрацювання в галузі прогнозування поведінки людини в екстремальних ситуаціях, безумовно, значні, проте говорити про їх повноту й достатність принципово помилково, хоча б у силу нескінченної варіативності екстремальних ситуацій, у яких може опинитися людина. Таким чином, у рамках інформаційного підходу, розвиненого на основі загальної теорії

систем, під стійкістю будь-якої системи розуміється результат її функціонування як цілісної системи, що активно протидіє зовнішнім факторам (В. Кремянський, В. Пушкін, Н. Вінер, Е. Ешбі). У випадку ж, коли мова йде про стійкість особистості, варто говорити про результат, що відображає мету цілеспрямованої життєдіяльності людини.

Спираючись на дане положення, Г. Карпеня у кандидатській дисертації, присвяченій професійній самосвідомості студентів, запропонувала розглядати професійну стійкість у трьох аспектах: як ціль, результат і критерій функціонування освітньої системи у професійній освіті.

Професійна стійкість пов'язана зі сферою професійної праці. Зокрема, вона полягає в здатності до збереження набутого в процесі праці професійного потенціалу при зміні робочого місця або організації [74].

Формування резистентності до емоційного вигорання лікаря відбувається в умовах ціннісного ставлення й інтересу до збереження здоров'я людини. Отже, поняття «резистентності до емоційного вигорання» є досить складним, інтегративним утворенням, що відображає багатопланові відносини між людиною, її професійною діяльністю й суспільством.

Таким чином, виявляється взаємозв'язок між особливостями розвитку індивідуальності й здатності індивіда щодо самоопанування, самоуправління. Так, внутрішнє «Я» особистості представлене у вигляді ядра, яке об'єднує навколо себе індивідуальні структури людини, спрямовує особистість щодо цілісності і зберігає самототожність в умовах соціального середовища. Звісно, що впродовж процесу розвитку особистість змінюється, проте через «Я» сприймає при цьому себе єдиною і цілісною. Власне так формуються «механізми психологічного захисту», які забезпечують цілісність психічної організації індивіда, а також його свідомості у різних конфліктних ситуаціях, при зіткненні протилежних ідей і прагнень.

У концепціях сучасного посткласичного когнітивізму, які стимулюються критико-рефлексивним аналізом, ці ситуації розглядаються при певних обставинах як проблеми, що розкривають зв'язок пізнання, вибору, рішення й дії.

Але в цьому плані стає проблематичним виділення того індикатора, що є необхідним елементом обґрунтування поведінкових структур особистості і виправдання її вчинків [148].

Взагалі конфліктологія, у рамках якої розглядаються різні модифікації проблем (від внутрішньоособистісних до загальнолюдських) у складній структурі діяльності в умовах інформаційного поля, що швидко розширюється, активно займається аспектами резистентності особистості. І необхідно погодитися з тим, що, так чи інакше, весь цей «прес» спричиняє активізацію механізмів психологічного захисту. З. Фрейд у 1894 р. ввів поняття «психологічного захисту» – неусвідомлюваної регуляції діяльності, за допомогою якої відбувається витиснення неприйнятних для особистості психічних змістів і зняття дискомфортної емоційної напруги (почуття тривоги, провини, сорому) [164, 210, 211]. З поширенням проблемного поля досліджень різних наук поняття конфлікту, в тому числі й дисонансу, стало застосовуватися досить широко, фактично визначаючи досить різноманітні явища.

Напруження, що здійснює тиск на психічну організацію індивіда, спричиняє якісну своєрідність мислення. К. Поппер характеризує такий стан як «плату за кожне наше просування в знанні, у розумності, у співробітництві й взаємодопомозі, у шансах на виживання. Виникає страх перед думкою, що повна відповідальність за наші етичні рішення лягає на нас і не може бути передана нікому іншому: ні Богові, ні природі, ні суспільству, ні історії» [158].

Дослідники, які вважають себе послідовниками теорій когнітивної психології, надають своє визначення детермінації поведінки людини: знання, якими володіє людина, визначають її дії й поведінку. Відомою теорією в межах цього напрямку варто визначити теорію когнітивного дисонансу Л. Фестінгера. Теоретичні положення, що увійшли до цієї теорії, базуються на висновках його практичних досліджень, виходячи з яких, у когнітивній структурі людини присутні водночас суперечливі знання про один об'єкт, що переживаються нею як дискомфорт, від якого індивід намагається позбутися шляхом трансформації одного з компонентів дисонуючих знань. Теорія когнітивного дисонансу у вимірі

нашого дослідження стосується проблеми резистентності особистості у зв'язку із її ціннісним ставленням по відношенню до професійної діяльності, себе й світу.

В. Трусов, здійснивши критичний аналіз теорії когнітивного дисонансу, справедливо зауважував, що Л. Фестінгер вказує лише на один чинник виникнення когнітивного дисонансу, а саме: недостатнє виправдання своєї поведінки. Хоча практично в експериментальних ситуаціях «були присутні всі чинники, але самі експериментатори цього ще не усвідомлювали», що знайшло підтвердження в інших дослідженнях.

Безумовно, психологічна природа когнітивного дисонансу, неоднозначна й має прояв у життєдіяльності особистості та пов'язана із механізмами формування оціночних суджень у сфері повсякденної свідомості. Проте інтерпретації, що висувають автори психологічних експериментів, зосереджені у межах когнітивних утворень, які самі породжуються умовами життєдіяльності людини. Тому експериментальні дані досліджень, на думку В. Трусова, - лише «абстрактні можливості абстрактного індивіда».

Але, як зауважує П. Шихірев, «основні труднощі й проблеми соціально-психологічного дослідження вкорінюються у досить тривіальній, на перший погляд, обставині: об'єкт дослідження – в остаточному підсумку людина... Здатність людини як істоти, наділеної свідомістю, бажати одне, усвідомлювати інше, говорити третє, а діяти якось інакше представляє для соціальної психології проблему номер один» [227].

У останніх теоретичних дослідженнях гуманітарних наук все частіше висуваються на перший план проблеми, пов'язані із всеосяжною трансформацією цивілізації й збільшення чинників ризику для людства. Парадокс полягає в тому, що сама людина застосовує всю свою енергію знань не завжди на благо свого існування. У наявності цілком певна проблемна ситуація, для вирішення якої варто звернутися до достатніх підстав, що пояснюють цю ситуацію з погляду явища резистентності.

А. Ахієзер висуває проблему осмислення роздвоєності культури суб'єкта. Він пише: «...спроба синтезу може бути невдалою, помилковою, привести до

дезорганізації самої думки людини, вибуху, що викликає дискомфортний стан у результаті виниклої невідповідності, антиномії, протиріччя, розколу між накопиченою особистісною культурою й інноваціями, що вторгаються в неї» [11].

Таким чином, відсутність фундаментальних філософських та психологічних досліджень феномена резистентності, стійкості до професійного стресу, екстремальних умов професійної діяльності; необхідність теоретичного обґрунтування феномена резистентності як актуального й універсального моменту в сучасній методології дослідження гуманітарного знання, спричиняють підвищений науковий інтерес до висунутої проблеми.

Вивчення логіки розвитку пізнання і власне знання, починаючи із джерел філософії, висвітлює різні сторони нетотожного співвідношення особистісного знання й буття, через яке виявляється проблема резистентності. Зважаючи на те, що будь-яке філософське дослідження носить комплексний характер, виділення конкретної групи досліджень може базуватися лише на вичленовуванні їхньої сукупності домінуючих завдань, тенденції, кінцевій меті.

Аналіз вивченої літератури дозволяє виокремити кілька основних груп робіт, у яких у тому або іншому ступені розглядаються різні аспекти, що стосуються досліджуваної нами проблеми.

Перша група – це роботи, у яких увага авторів зосереджена безпосередньо на критичному розгляді проблем обґрунтування суперечливого характеру процесу формування знання. Ці проблеми в рамках класичного типу теорії пізнання, аж до середини ХХ в., позначили найбільшою мірою Аристотель, Ф. Бекон, Л. Вітгенштейн, Г. Гегель, Т. Гоббс, Е. Гуссерль, Р. Декарт, І. Кант, О. Конт, Н. Кузанський, Г. Лейбниц, Дж. Локк, Платон, К. Поппер, Б. Спіноза, І. Фихте, Д. Юм та ін.

У теоретичних положеннях некласичного типу теорії пізнання визначаються в ідеї відмови від фундаменталізму, суб'єктоцентризму, наукоцентризму, пов'язані з мінливістю пізнавальних норм, залученістю суб'єкта в реальний світ і необхідністю вивчення до-наукових і поза-наукових форм і типів знання, що знаходить своє відображення в роботах Т. Адорно, М. Гайдегера, Ж. Дерріди,

Р. Карнапа, Т. Куна, І. Лакатоса, В. Лекторського, К. Лоренца, Л. Мікешіної, Л. Стрельникової, Г. Фоллмера, Ю. Шрейдера та ін.

Друга група – це група праць, автори яких із герменевтичних позицій аналізують проблеми еволюції теорії пізнання в різні історичні періоди розвитку гуманітарного знання. Зміст робіт В. Асмуса, Б. Биховського, В. Вундта, В. Віндельбанда, П. Гайдєнко, Діогена Лаєртського, О. Лосєва, Є. Ільєнкова, Ф. Кессєді, Ф. Коплстона, Г. Майорова, І. Нарського, Т. Ойзермана, Б. Рассєла, Дж. Реалі й Д. Антисєрі, В. Соколова, Р. Тарнаса, А. Чанишєва, Н. Чєпєлєвої й ін. дозволяють нам скласти базис обґрунтованих підходів до формування проблеми резистентності, стійкості до стресу, несприятливих умов діяльності.

Третя група – це роботи, у яких центральні питання теорії пізнання містять проблеми людини в одержанні, асиміляції й використанні знання. У підходах Н. Автономової, В. Библера, М. Кагана, В. Лазарєва, І. Лапшина, М. Полані, П. Рікера, Г. Ріккєрта, Е. Фромма заслуговують на увагу моменти виділення структурних елементів різних видів знання й динаміка їхньої зміни.

Четверта група – це роботи, що стосуються дослідження когнітивно-психологічних проблем розумової діяльності. Наукові дослідження В. Аллахвердова, В. Бассіна, Г. Батішєва, Б. Братуся, Л. Вєккера, Л. Виготського, Н. Гришиної, О. Леонтєва, М. Роговіцина, С. Рубінштейна, О. Славської, Б. Теплова, В. Франкла, П. Шихірева та ін. дозволяють висвітлити когнітивні аспекти свідомості для створення основного змісту феномену резистентності.

П'ята група – це роботи, присвячені розробці ідей про перспективи синєргійно-інформаційної парадигми розвитку, у рамках якої природний статус людини визначається її можливістю й здатністю до переробки інформації. Особливої уваги заслуговують праці Н. Вінера, Д. Горянського, В. Єгорова, У. Ешбі, Б. Кедрова, В. Лекторського, І. Пригожина, К. Поппєра, І. Стєнгєрс, К. Шєннона, Ю. Шрейдера й ін.

Незважаючи на те, що в ході аналізу праць даних авторів ми не стикаємось із дослідженням проблеми феномена резистентності до емоційного вигорання лікарів, але сама ідея про її функцію, що регулюється пізнавальною й

поведінковою активністю людини, може зацікавити дослідників.

У процесі аналізу найсуттєвіших понять, що складають тезаурус дослідження, визначено їх смислове навантаження. Поняття «резистентність» традиційно розглядається як витривалість до дискомфорту, який виникає внаслідок стресових умов професійної діяльності, або дій, котрі йдуть всупереч власним переконанням [176].

Теоретичний аналіз досліджень дозволяє стверджувати, що вивчення резистентності як сукупності рис і якостей властивостей властивості особистості набуває значення як у соціальній психології особистості, так і в психології праці, що обумовлено високою значимістю цього феномена в розвитку людини як індивіда, як особистості, як суб'єкта професійної діяльності. Концептуальні аспекти резистентності, обумовлені взаємодією особистості й професії, розкриваються в дослідженнях психологів у контексті теорій професійного розвитку (Дж. Голланд, Е. Роу, Д. Сьюпер й ін.), у руслі аналізу внутрішньоособистісних властивостей (А. Адлер, К. Левін, А. Маслоу, К. Роджерс, З. Фрейд, Е. Фромм, К. Хорні та ін.). Дослідження внутрішньоособистісних властивостей, обумовлених взаємодією особистості й професії, є предметом психологічних досліджень Л. Анциферової, В. Василюка, Є. Калмикової, О. Кузменкової, Л. Мітіної, Е. Симанюк, О. Фанталова, А. Шипілова та ін.).

Результати досліджень свідчать, що резистентність пов'язана зі здатністю долати внутрішні протиріччя між актуальною й потенційною формами існування; між потребами особистості й зовнішніми умовами життєдіяльності; між духовними запитами особистості, що постійно зростають, і старими формами діяльності; між новими вимогами професійної діяльності й неадекватними їй уміннями й навичками особистості.

Особливе значення резистентність має у професіях соціономічного типу (К. Платонов). Суб'єктний характер предмета й об'єкта професійної діяльності, внутрішній характер засобів і результатів праці в цього типу професіях визначають внутрішню суперечливість самої професії і є однією з важливих вимог

до фахівця, котрий працює у такій галузі. Внутрішня суперечливість професії лікаря, специфічні вимоги до особистості медика спричиняють високий ступінь володіння собою, сформованості резистентності до емоційних компонентів стресових умов, що пов'язані із професійною діяльністю лікаря. Тим часом дані про особливості прояву й формування резистентності особистості, пов'язану із професійною діяльністю лікаря, про чинники, що детермінують її розвиток, про стратегії й способи трансформації дискомфорту в комфорт носять фрагментарний характер, що перешкоджає розробці психотехнологій їх вирішення.

У цьому зв'язку дослідження особливостей виникнення, прояву й можливостей конструктивного подолання професійного стресу, формування резистентності до екстремальних умов професійного простору лікаря має не тільки наукове, але й практичне значення.

Аналіз основних напрямів дослідження резистентності, стійкості до стресу у наукових розробках психоаналітичного, когнітивного й гуманістичного напрямків дозволяє виявити сутність резистентності, яка пов'язується зі здатністю щодо подолання протиріч між біологічними потягами й бажаннями людини й соціально-культурними нормами, між несвідомим і свідомістю (З.Фрейд); між знаннями й поведінкою або розбіжністю знань (Л. Фестінгер); між прагненням до успіху й прагненням запобігання невдачі (Дж. Аткинсон); між прагненням до самоактуалізації й реальним результатом (А. Маслоу): між «Я-реальним» та «Я-ідеальним» (К. Роджерс).

Проблема резистентності часто висвітлюється як проблема внутрішньоособистісних властивостей індивіда, що детермінують розвиток особистості. Найбільш повно такий підхід висвітлений у роботах К. Абульханової-Славської, Л. Анциферової, І. Михеевої. З позицій патогенетичного підходу проблема резистентності набуває власного дослідження у працях О. Лазурського, В. Мясіщева і його послідовників, де стійкість до стресу представляється у вигляді витривалості нервової системи, емоційно-ціннісної сфери особистості щодо сильного подразника, який діє тривалий час. Відповідно до теорії діяльності О. Леонтєва, зміст і сутність резистентності обумовлені

взаємодією смислоутворюючих мотивів особистості. А. Єремєєва представляє резистентність як результат саморегуляції особистості, що є можливістю перебудови сформованої раніше структури діяльності. Резистентність, з погляду О. Кузменкової, являє собою один із етапів розвитку внутрішньоособистісної сфери або інших тенденцій у самосвідомості особистості (оцінок, домагань, установок, інтересів), які взаємодіють і змінюють одна одну в процесі свого розвитку. На думку О. Фанталової, стресостійкість є результатом інтеграції різних узгоджених ціннісно-смыслових утворень мотиваційної сфери особистості одні з яких відображають потребу у досягненні значимих для особистості об'єктів, а інші – реальну можливість такого досягнення.

Походження й сутність резистентності пов'язується з особливостями взаємодії значеннєвого співвідношення свідомості й буття особистості (Д. Леонтьєв); з ідентифікацією особистості зі значимим оточенням (О. Калмикова); з можливістю досягнення певного психологічного стану, пов'язаного з реалізацією в області надзначущого (І. Алюшина і Ю. Репецький).

Значна увага дослідників звертається на вивчення впливу умов діяльності, на виникнення й прояв резистентності. Низка вчених стверджують, що, спричинені складними умовами емоційно-стресові стани, у взаємодії з особистісними властивостями індивіда, можуть сприяти формуванню стресостійкості особистості (В. Авдєєв, Ц. Короленко, А. Маркова, М. Магомед-Емінов тощо).

Інші автори припускають, що резистентність є не набутою властивістю, а джерелом екстремальних для особистості умов. Так, Е. Кіршбаум розглядає резистентність як джерело критичних ситуацій, а О. Прохоров вважає, що суперечливі тенденції у потребно-мотиваційній сфері (між провідними мотивами, цілепокладаннями) провокують прояв екстремальних станів.

Виходячи з результатів теоретичного аналізу походження й сутності, можна виокремити такі характеристики резистентності:

- резистентність виявляється в результаті взаємодії елементів внутрішньої структури особистості;
- супровідними сторонами резистентності виступають одночасно існуючі в

структурі особистості різнопланові інтереси, цілі, мотиви й бажання.

Таким чином, резистентність до емоційного вигорання є сукупністю рис і властивостей особистості, що сприймається й емоційно представлена у людини як значима для неї властивість, що дозволяє протидіяти професійному стресу, екстремальним і кризовим ситуаціям у житті, й викликає внутрішню роботу свідомості, спрямовану на самоопанування та психічну самоорганізацію.

Розмаїття життєвих і професійних сценаріїв сприяє формуванню резистентності або, навпаки, нездатності до опору життєвим труднощам: резистентність потреб, резистентність до соціальних норм, резистентність, навіть, до моральних норм і виокремлення власних етичних норм (М. і А. Робер, Ф. Тільман); мотиваційна і моральна резистентність, резистентність до неможливості реалізації бажання у теперішній момент або адаптаційна резистентність, резистентність самооцінки (А. Анцупов і А. Шипілов).

Резистентність має прояви на когнітивному, емоційному й поведінковому рівнях: об'єктивна самооцінка в екстремальних умовах діяльності, усвідомлення свого психологічного стану й можливість оцінити власні переваги чи проблемну ситуацію, адекватність прийняття рішення, глибокі переконання в істинності принципів, якими людина раніше керувалася; психоемоційна рівновага, нетривалі прояви ситуативної тривожності або переживань; звичайна або навіть підвищена якість та інтенсивність діяльності, задоволеність діяльністю, позитивне емоційне тло спілкування.

Вивчаючи специфіку прояву резистентності у професійній діяльності, Є. Клімов визначає стійкість особистісних якостей людини – з одного боку, і високі нормативні вимоги діяльності, суспільства – з іншого. На думку В. Мерліна це поняття означає об'єктивне ставлення до оцінки праці людини адміністрації, колективу; відчуття відповідальності, сила й значення особистісних мотивів, вимог, що висуваються людиною до себе і її реальних можливостей; відповідність між професійними вимогами й можливостями суб'єкта праці (Л. Дика й С. Шапкін); узгодженість між реальними й ідеальними положеннями в професійній «Я-концепції» (А. Реан і Я. Коломінський); готовність суб'єкта праці

до прийняття складних і суперечливих умов діяльності, створюваних командно-адміністративною системою (Ю. Стрелков); узгодженість між високим рівнем домагань і усвідомленням неможливості відповідних професійних досягнень (О. Борисова) тощо.

О. Есликова й Е. Захарчук виокремлюють такі об'єктивні чинники нестійкості до професійного стресу: нові соціально-економічні вимоги; перехід на інше місце роботи; нова посада; професійні вимоги більш високого рівня; інновації й нововведення; зміна організаційної культури; недолік/надлишок професійної інформації; вікові психофізіологічні зміни.

Проте існують суб'єктивні чинники, що здійснюють вплив на підвищення дії професійного стресу: соціально-професійна активність; особливості спілкування і міжособистісної взаємодії, зміна індивідуального стилю професійної діяльності; зміна професійних установок; зміна рівня домагань і самооцінки; незадоволеність професійним статусом; незадоволеність рівнем зарплати; потреба в самоповазі й самореалізації; неузгодженість образу «Я-професіонал», тощо.

Аналіз досліджень дозволяє виокремити основні показники, що характеризують прояв резистентності емоційному вигоранню: оптимальна ефективність професійної діяльності; ціннісне ставлення до професії, незважаючи на умови, тривалий інтерес до професійної діяльності, поява почуття задоволеності й потрібності професії; адекватність професійних оцінок і самооцінок, нейтральна чутливість до зовнішніх впливів і оцінок своєї професійної діяльності; діловий настрій у взаєминах з керівництвом і колективом; усталеність інтересу до професійної діяльності (активність й цілеспрямованість щодо оволодіння нормами професії, бажання реалізуватись у професії); моделювання власної концепції професійного становлення, оптимізм відносно професійного майбутнього, виразність і стійкість професійних планів і прагнень; психічна врівноваженість (стабільність фізичного стану, об'єктивне ставлення до труднощів і невдач, оптимальна працездатність); стійкість темпів професійного зростання, організованість, внутрішня зібраність.

Інтегральними показниками прояву резистентності професійному стресу,

емоційному вигоранню у професійній діяльності виступають:

- узгодженість між « Я-професіонал» та «Ідеальний професіонал»;
- задоволеність професією і професійною діяльністю;
- рівень професійної адаптованості.

Зазначені показники можуть бути емпіричними референтами резистентності у професійній діяльності й виступати як індикатори їхнього виміру.

Резистентність виступає конструктивним чинником, що впливає на структуру, динаміку й результативність внутрішньо особистісних процесів і слугує джерелом самовдосконалення й самоствердження особистості. Тому багато дослідників, котрі досліджують стресостійкість, розглядають продуктивність резистентності як важливий спосіб розвитку особистості. Саме через конфлікт, вирішення і подолання внутрішньо-особистісних протиріч відбувається становлення характеру, волі і всього психічного життя особистості.

1.2. Особливості прояву резистентності у професійній діяльності лікарів

Г. Суходольский запропонував базисний підхід до системного опису діяльності як такий, що охоплює морфологію (сутність і структуру), аксіологію (потреби, цінності, оцінки), праксеологію (розвиток і функціонування), онтологію (існування, характеристика, пізнання) [193]. Для аналізу професійної діяльності лікаря нами використаний зазначений підхід завдяки його ґрунтовності і всеосяжності.

Висвітлення саме морфологічного аспекту професійної діяльності медичного працівника дозволяє визначити її сутність та структуру. На основі аналізу дефініцій діяльності лікаря-хірурга, анестезіолога, стоматолога, психіатра можна зробити висновок про те, що суттєвими ознаками є відповідальність, доцільність, спрямованість на реабілітацію та збереження здоров'я людини.

Цільова спрямованість та зміст професійної діяльності лікаря визначаються освітньо-кваліфікаційними характеристиками, навчальними планами та програмами підготовки медичних кадрів, у яких враховуються сучасні тенденції лікарської справи. Для більш повного відповідного результату розробляються цілі

навчання, підготовки та перепідготовки професійних кадрів, що дозволяє здійснювати постійний розвиток, удосконалення професійної компетентності лікаря. У процесі формування лікарської культури спеціаліста лікарі зазнають певних труднощів, що обумовлено необхідністю трансформувати загальні цілі підготовки медичних працівників в індивідуальні цілі підготовки конкретного фахівця.

Успішність реалізації цілей професійної діяльності лікаря залежить від багатьох чинників, у тому числі, від узгодженості особистісної сфери особистості лікаря, наявності внутрішньо-особистісних протиріч, зокрема, стресостійкості, резистентності особистості, а також від професійних цінностей, спрямованості до успіху, мотивації спеціаліста. Рівень домагань, мотивації й самооцінки в цілому визначається оцінюванням медиком себе як професіонала в минулому (ретроспективна самооцінка) і в майбутньому (потенційна й ідеальна професійна самооцінка).

Визначення морфологічного аспекту професійної діяльності лікаря припускає також виявлення її структури. У системології під структурою розуміють відносини або їх сукупність між різними елементами системи. Розмаїття структурних елементів професійної діяльності лікаря зумовлює її поліструктурність. Для дослідження нами виділена логічна, функціональна, технологічна й інформаційна структури професійної діяльності медика. А також особливості навичок і вмінь міжособистісного спілкування з колегами, пацієнтами, рідними пацієнтів.

Аналіз професійної діяльності лікаря дозволяє визначати вихідні параметри для її здійснення: мету, завдання, рівні підготовки лікарів; структуру й зміст професійної діяльності; послідовність і логіку професійних дій.

В основі функціональної структури професійної діяльності покладений її функціональний аспект, що припускає виділення гностичної, організаторської, конструктивної, комунікативної, інформаційної, мотиваційної та дослідницької функцій.

Технологічна структура професійної діяльності лікаря характеризує її як

процес вирішення операційно-клінічних завдань і розкриває також інтегрований характер професійної діяльності лікаря:

- клінічне діагностування захворювання, прогнозування перспектив етіології захворювання та його профілактики, лікування;
- вивчення основних характеристик клінічних ситуацій і медичної діяльності;
- проектування дій щодо виходу зі складних клінічних ситуацій за допомогою вирішення операційних завдань;
- аналіз процесу й результатів хірургічної діяльності, підготовка рекомендацій щодо її вдосконалення [37, 41, 71, 134].

Виокремлення інформаційної структури як самостійного системного компоненту зумовлено великою інформаційною насиченістю новітніми технологіями та функціонуванням людського організму як складної цілісної системи професійної діяльності медика. Інформаційна структура включає інформаційні носії, власне інформацію у вигляді певних знакових систем, інформаційні канали, банки інформаційних даних, результати новітніх досліджень стосовно функціонування організму, протікання захворювання й дії лікарських засобів щодо підтримки, лікування та реабілітації людини.

Аксіологічний аспект професійної діяльності лікаря передбачає дослідження її результативно-мотиваційної сфери. Результати дослідження аксіологічного аспекту професійної діяльності лікаря дозволяють виявити наявність ціннісного ставлення до професії, пацієнта, самого себе, а також схильність до саморозвитку й самовдосконалення.

Аксіологічні основи становлення, розвитку та реалізації професіоналізму хірурга поки ще не одержали належного вивчення в науковій літературі, проте аналіз практики демонструє, що ціннісні орієнтації лікаря, його ставлення до здоров'я як всезагальної людської цінності, морально-професійне ставлення до інших людей мають вирішальне значення при визначенні професійних завдань і пошуку засобів їх вирішення. «Професіоналізм ми будемо розуміти не як просто якийсь вищий рівень знань, умінь і результатів людини в даній області діяльності, а як певну системну організацію свідомості, психіки людини...» [78, с. 386-387].

Дослідження лікарської справи в праксеологічному аспекті припускає аналіз двох взаємозалежних процесів: функціонування й розвитку. Доволі суттєвим є вивчення процесу розвитку, що дозволяє розкрити механізм удосконалювання професійної діяльності лікаря, дослідження якої як функціонального процесу припускає проведення аналізу двох основних компонентів: репродуктивного (відтворення основних елементів і відносин діяльності лікаря) і творчого (використання інновацій, власних напрацювань). Інновації в професійній діяльності медика, що породжені винахідницькою діяльністю лікаря, спочатку одержують індивідуальне, а потім соціально-професійне визнання (визнання професійною спільнотою).

Поширення інновацій здійснюється шляхом індивідуального і колективного повторення, а також упровадження нових медичних технологій, методів, прийомів, що надалі може призводити до їх поступового старіння. Відновлення, удосконалення старих елементів професійної діяльності лікаря й старіння нових елементів – взаємозалежні сторони професійної діяльності медика. Водночас, саме інноваційний характер діяльності лікаря також спричинює стан когнітивного дисонансу у лікарів внаслідок порушення узгодженості усталених професійних дій.

Конструктивне перетворення професійної діяльності лікаря неможливе без дослідження її онтології, тобто процесу існування, якісних характеристик і функцій пізнання. За способами існування необхідно розрізняти актуальне (хірургічна практика, рішення професійних завдань) і потенційне існування професійної діяльності.

Аналіз професійної діяльності як об'єктивної й суб'єктивної реальності дозволяє виявити її подвійний та взаємопов'язаний характер. Сув'язність має прояв у взаємодії та взаємопереходах об'єктивного й суб'єктивного компонентів діяльності. Медичні теорії як науково обґрунтований професійний досвід (об'єктивне) освоюються й застосовуються лікарем з урахуванням індивідуально-типологічних особливостей його особистості (суб'єктивне). Особистий досвід одного лікаря (суб'єктивне), що визнаний і успішно застосовується на практиці

багатьма лікарями, згодом узагальнюється й одержує статус теорії (об'єктивне).

У процесі професійної діяльності лікар опановує науково-теоретичні й спеціальні професійні знання, уміння, навички, що дозволяють ефективно, якісно реалізовувати професійні цілі. В цілому, професійна діяльність лікаря постає як низка статичних елементів поза динамікою процесу професіоналізації лікарів. Відомі наукові дані про структуру професійної діяльності лікаря не розкривають механізмів освоєння й досягнення професійної компетентності. Рішення цих проблем уможлиблюється завдяки спрямованості досліджень на динамічні зміни й розвиток професійної діяльності медика.

Зміст і структура професійної діяльності лікаря тісно пов'язані з етапами професійного становлення фахівця, а також суттєву роль відіграють у цьому процесі резистентність, стресостійкість, ціннісне ставлення до професійної діяльності. Тому дослідження впливу резистентності на професійну діяльність лікарів необхідно здійснювати у порівнянні зі студентами – майбутніми медичними працівниками.

Звісно, загальними засобами реалізації діяльності є дії й операції. Отже, необхідно провести аналіз дій та операцій, що застосовуються в процесі професійної діяльності лікаря. Однак, акцент важливо зробити саме на резистентності, професійному вигоранню, професійній стомленості.

Дія – основна одиниця структури діяльності, що є довільною, навмисною активністю, спрямованою на досягнення усвідомлюваної мети. Операції – це способи виконання дій у відповідних умовах діяльності [105, 106].

Дослідження професійної діяльності лікаря в процесі розвитку дозволить установити зміни її змісту й структури на різних етапах професіоналізації (а також вибірках: студенти-медики; лікарі-хірурги). Сучасна психологічна наука під час розгляду концепцій професійного розвитку застосовує системний підхід, що припускає вивчення предмета дослідження як системи.

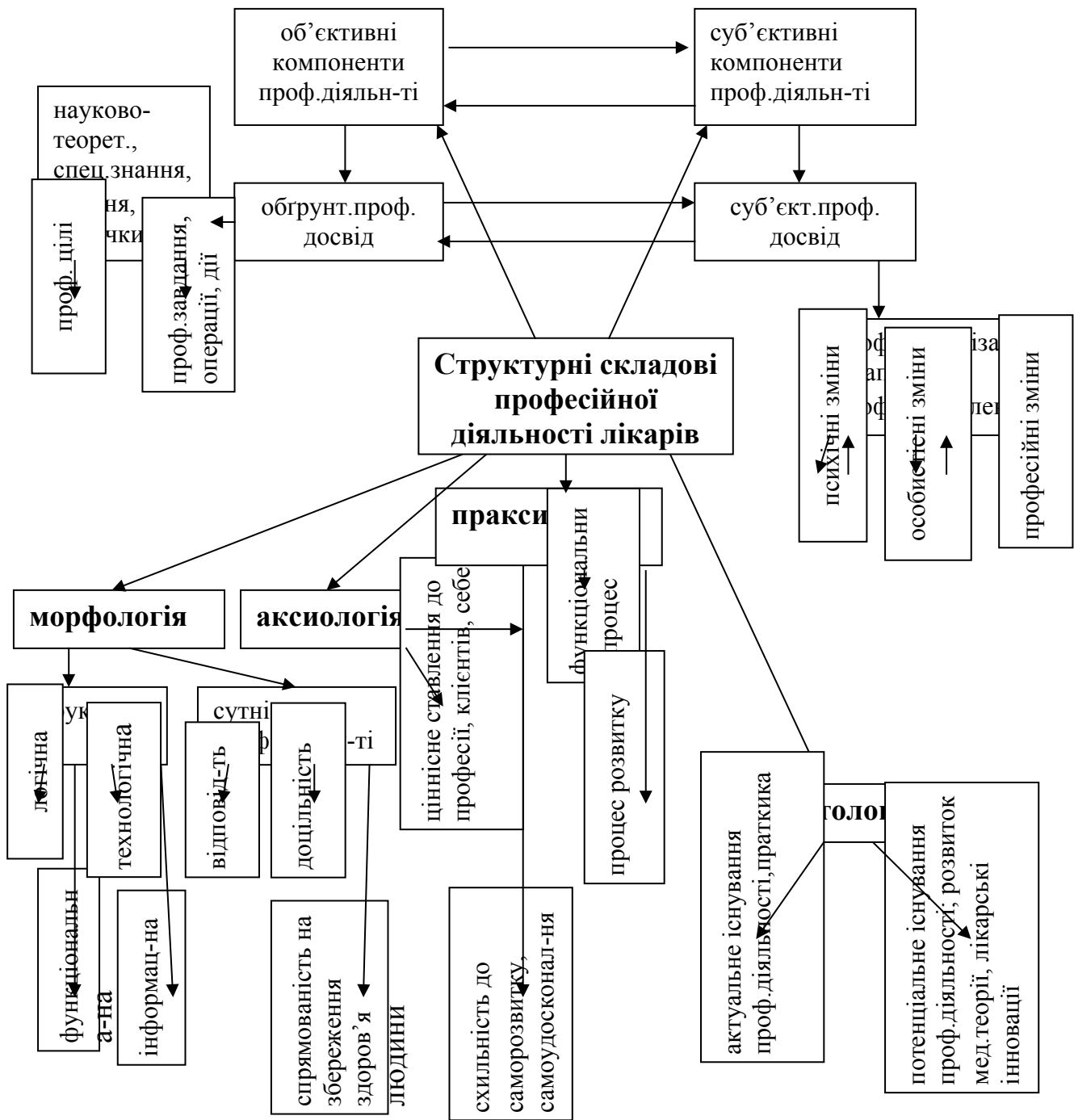


Рис. 1.1.

Структурні складові професійної діяльності лікарів у відповідності із базисним підходом до системного опису діяльності Г. Суходольського.

Професійна діяльність лікаря має низку специфічних особливостей або характеристик. Власне визначення зазначених характеристик (резистентність є найважливішою такою характеристикою), що суттєво віддзеркалюють сутність, зміст і специфіку професійної діяльності лікаря, передбачається на основі аналізу їх причетності до морфологічного, аксіологічного, праксеологічного і онтологічного аспектів професійної діяльності. Такий підхід дозволяє більш об'єктивно дослідити вплив резистентності до емоційного вигорання лікаря [108].

Таким чином, професіоналізм лікаря – сукупність психічних та особистісних змін, що накопичуються в процесі професійної діяльності й забезпечують конструктивне вирішення складних професійних завдань. Власне професійною діяльністю лікаря стає тоді, коли в його діях, мисленні, переконаннях можна виявити узгодженість трьох рівнів і сфер цього процесу: соціального – аксіологічна сфера; функціонального – морфологічна й праксеологічна сфери; особистісно-індивідуального – онтологічна сфера професійної діяльності.

Психологічні особливості прояву резистентності до емоційного вигорання, причини виникнення та наслідки для особистісного розвитку і професійної діяльності лікарів варто представити у контексті проблеми професійного стресу, який переживають медики [5, 71, 87]. У цілому, соціально-психологічна й економічна «ціна» професійного стресу у медичних працівників є дуже високою [73]. Так, наприклад, у Англії 40 % усіх випадків непрацездатності лікарів пов'язані з емоційним стресом. За даними С. Ретхуд, у лікарів часто відстежується високий рівень тривоги і клінічно вираженою є депресія, у деяких випадках вона навіть є вищою, ніж у клієнтів. У ході обстеження у лікарів були виявлені хронічна втома, м'язові і головні болі, загострення соматичних розладів, порушення сну, прояви дратівливості, агресії у стосунках із пацієнтами [108, 140, 148].

Аналогічні порушення відзначає Л. Ларенцова. А за даними А. Леонової, для лікарів, які працюють у клініках, характерний високий рівень проявів стресових станів у вигляді тривоги, астенії, порушень сну. У медичних працівників збільшуються ознаки професійних і особистісних деформацій, використання

неадекватних засобів зменшення стресу (інтенсивне куріння, зловживання алкоголем, демонстрація ворожості у поведінці, цинізм).

Також слід відзначити, що цинічне ставлення до професії у медичних працівників – специфічний стан дискомфорту, котрий виникає у ситуації, коли особистість відчуває неузгодженість у власних ціннісних складових – ідеях, думках, мотивах тощо. Найчастіше цинічне ставлення має прояв у ситуації прийняття рішення, за якої когнітивний план дії, що передбачається, не завжди узгоджується із думками і знаннями. Цей дискомфорт спонукає спеціаліста або зменшити, або подолати зазначений стан, тому що традиційно індивід прагне до узгодженості. Внутрішня відповідність або консонанс є мотивуючим чинником, який спрямовує індивіда до задоволення певної потреби.

Професійне вигорання і, як наслідок, цинічне ставлення до професії виникає за умови невідповідності фахівця певним нормам культури, теперішнього і минулого досвіду, професійним знанням та умінням, навикам – вимогам професійної діяльності, особистісним властивостям – необхідним професійним якостям.

Психологічні особливості прояву професійної стомленості й цинічного ставлення до професійної діяльності медиків – це проблема, яка набуває все більшого висвітлення у науковій літературі [71, 116, 140]. Найчастіше прояви кризи постають у процесі адаптації до трудової діяльності та в ході активної самореалізації. При цьому загострюються внутрішньоособистісні конфлікти й особистість стикається із деперсоналізацією в процесі професійної діяльності.

Трудова діяльність медичних працівників, передусім, лікарів відбувається в умовах стресу [41, 47, 49]. На думку О. Денисової, І. Сілуянової, Т. Тихонової, Н. Ельштейна переживання деперсоналізації пов'язане із відповідальністю за власний вибір щодо стратегії лікування, прийняття рішення, що стосується здоров'я та життя пацієнтів. Все це, зрозуміло, спричиняє постійний тиск і вимагає наявності особистісних передумов задля запобігання негативних наслідків зазначених чинників. Такою передумовою є сформована професійна культура (як основи професіоналізму).

Духовна криза, зневіра і втрата цінностей, що є характерними для сучасного суспільства, специфіка підготовки майбутніх медиків, яка зосереджується на переважанні природничого чинника над гуманітарним, зумовлює формування об'єктного ставлення до пацієнта, прагматичного ставлення до життя людини [50, 57, 71].

Представленість деперсоналізації у професійній діяльності лікаря ми намагалися відобразити в такий спосіб:

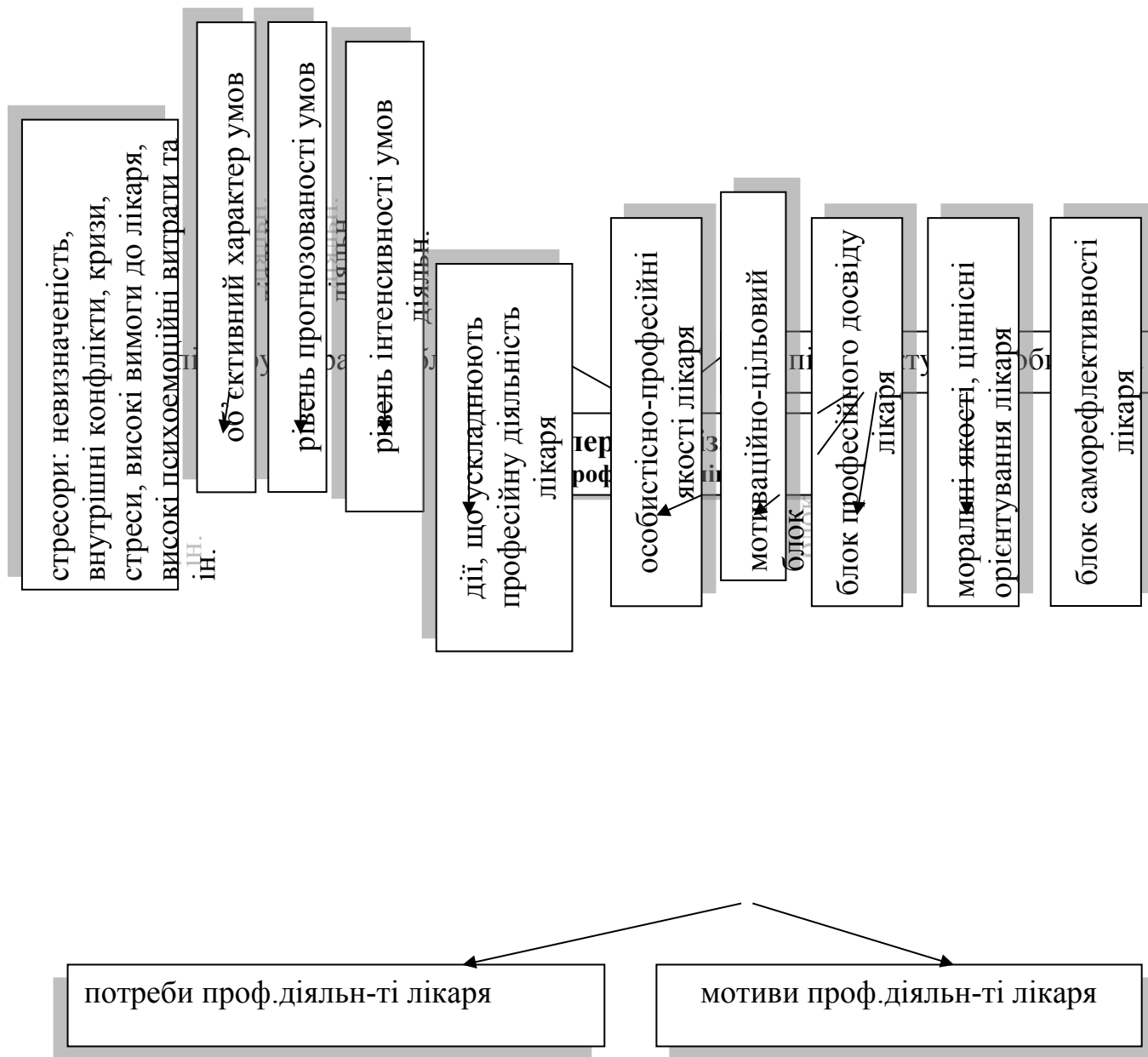


Рис. 1.2.

Особливості прояву деперсоналізації у професійній сфері лікаря

Отже, професійна діяльність лікаря представляється нами як система, котра має взаємопов'язані підсистеми.

Перша підсистема виразняється особливими умовами власне діяльності лікаря та діючих у цих умовах екстремальних чинників, а саме: об'єктивний характер, що мало залежить від суб'єкта діяльності, його регулятивних можливостей; різна ймовірність появи – від добре спрогнозованого до випадкового; різна сила та інтенсивність; дія, що спричинює виникнення негативних функціональних станів у суб'єкта; дія, що ускладнює виконання діяльності, професійну взаємодію, спілкування.

Серед екстремальних чинників необхідно виокремити такі: невизначеність суб'єктивно- та об'єктивно-значущої інформації; кризи, дефіцит часу, суттєво високі вимоги до суб'єкта діяльності, досить високі психоенергетичні витрати та ін.

Означені чинники взаємодіють як комплексно так і окремо. Так, стреси й перевантаження спричиняють стомлення, психоенергетичні витрати, тому підвищують імовірність помилок, нервових розладів.

Стресові умови негативно впливають на функціональний стан суб'єкта й регуляцію його діяльності. А деперсоналізація відбивається на результативності професійної діяльності в цілому. Тому ускладнена трудова діяльність характеризується тим, що в процесі її виконання водночас вирішується декілька завдань, що можуть бути не взаємопов'язаними.

Друга підсистема – особистісна, складається з декількох блоків:

1) блок професійно-важливих якостей (загальні здібності до справи лікаря: моральність (при сформованих таких властивостях, деперсоналізація виступає засобом самодіагностики й вихід здійснюється через продуктивні копінг-стратегії, сприяє самоздійсненню, резистентності щодо професійного вигорання); високий рівень розвитку довільної уваги (здатність виявити навіть незначні прояви симптомів захворювання); добре розвинена словесно-логічна довгострокова пам'ять (здатність у потрібний момент надати своєчасну медичну допомогу, порекомендувати лікарський засіб, необхідний для лікування даного

захворювання); здатність аналізувати факти й логічно мислити; ручна спритність при проведенні різних лікувальних процедур; швидкість реакції; психоемоційна стабільність і здатність переносити великі психоемоційні та фізичні навантаження; вербальні здібності (уміння грамотно і, в той же час, доступно для пацієнта викладати свої думки); терплячість і витриманість; доброзичливість і привітність; відповідальність; акуратність; тактовність; оптимістичність; уважність; готовність у будь-який час надати необхідну медичну допомогу; альтруїзм);

2) блок особистісної компетентності (адекватний образ «Я-професіонал», самоконтроль, самооцінка) соціально-перцептивна, соціально-психологічна компетентність;

3) мотиваційно-цільовий блок (цілі, мотиви професійної діяльності та професійних досягнень; спонукальні мотиви спрямованості на самореалізацію, самовдосконалення. Тут варто відзначити, що переживання деперсоналізації внаслідок специфіки професійної діяльності (професійний стрес) і неузгодженості професійних експектацій та професійних реалій; мотивами професійного зростання, успіху й матеріального благополуччя; високим рівнем домагань і самоповагою, між неусвідомленими мотивами (прагнення до влади, підкорення) і ціннісними орієнтаціями, тощо;

4) блок професійного досвіду (професійна рефлексія як чинник ефективного використання професійних знань та умінь, навичок);

5) блок моральних якостей (професійна гідність, чесноти);

6) блок саморефлексивності, що характеризує когнітивні й регулятивні можливості лікаря. Високий рівень саморефлексивності вирізняється у впевненості щодо реалізації власного професійного та особистісного потенціалу, високому рівні відповідальності, самостійності, емоційної стабільності у стресових умовах професійної діяльності.

Особистісні властивості, котрі унеможливають ефективність професійної діяльності: безвідповідальність; неуважність; егоїстичність; емоційна нестриманість; жорстокість; бридливість; нетерпимість; неуважність; об'єктне, не ціннісне ставлення до життя, пацієнтів, неприйняття себе – все це спричинює стан

когнітивного дисонансу, вихід із якого здійснюється через непродуктивні копінг-стратегії та призводить до деструкцій, професійного вигорання.

Акмепрофесіоналізм у медицині та об'єктне ставлення до життя – це взаємовиключні явища. Є багато прикладів в історії хірургії, що доводять об'єктивність даного положення. Таким був В. Войно-Ясенецький (єпископ Лука), хірург-акмепрофесіонал, доктор медицини і релігійний діяч, котрий мав високий рівень професійної майстерності і сповідував ціннісне ставлення до людини як до Божого створіння. Вихованець медичного факультету Київського університету, єпископ Лука, у сані священика практикував у лікарні. Під час Великої вітчизняної війни працював у Красноярському шпиталі. Тут же був призначений РПЦ архієпископом Красноярським. Написав «Нариси гнійної хірургії», за що був нагороджений Сталінською премією у 1944 році. Останні роки життя присвятив просвіті, служінню церкві, людям. Автор 10 томів православних праць, 55 науково-медичних робіт. Українською православною церквою канонізований як святий.

Важливою причиною деперсоналізації, з якою стикається сучасний медичний працівник, у багатьох випадках є прийняття помилкових рішень, що призводять до смерті чи погіршення здоров'я пацієнтів [2, 49, 172].

Безперечно, сучасна медицина – одна з найскладніших форм людської діяльності і потребує не тільки глибоких спеціальних знань і відповідних практичних навичок, а й високих душевних якостей, моральних переконань. Впродовж багатьох століть до представників лікарської справи висувалися вимоги щодо неприпустимості помилок (юридично закріплені вже з часів Римського права). Однак лікар помиляється внаслідок складності людського організму, він повсякденно стикається із складними задачами, нетиповим протіканням патологічних процесів та й, зрештою, сама медична наука в цілому не є досконалою [166, 172, 187].

Варто зазначити, що, незважаючи на актуальність поставленої проблеми, фундаментальних досліджень, що висвітлюють власне морально-етичні аспекти

лікарської помилки, замало. Більше того, юридичного терміна «лікарська помилка» не існує. Є лише теорія І. В. Давидовського, в межах якої уперше з'явилося означене поняття як добросовісна помилка лікаря без елементів халатності, недбалості і професійного невігластва [47].

Проте питання і в тому, що саме морально-етичні основи зазначеної проблеми уможливають її вирішення. Отже, на наш погляд, проблема стосунків у системі «лікар – пацієнт» уособлюється в межах концепції самоцінності життя, сутність якої полягає у ставленні до життя як до фундаментальної цінності, сповненої духовним смислом [200, 221, 232].

Таким чином, на наш погляд, проблема лікарської етики, саме морально-етичного контексту лікарської помилки є найактуальнішою у сучасному суспільстві, проте її вирішення уможливується не стільки правовими засобами, скільки етичними. Передусім вона має бути предметом дослідження спеціальних етичних комісій, що повинні існувати у кожній медичній спеціальності й приймати рішення щодо факту лікарської помилки після експертної оцінки фахівців та на підставі морально-етичних норм.

Тобто проблема професійної етики лікаря, особливостей самоствавлення і стосунків з колегами та пацієнтами пов'язана із ціннісними установками особистості, її переконаннями і водночас є підґрунтям для розвитку внутрішньо-особистісних конфліктів, що й відбиваються у синдромі професійного вигорання або взагалі у професійній деформації особистості [75, 90].

Досить цікавими і значущими для вищезгаданої проблеми є експериментальні дослідження Н. Гафарової, в яких брали участь середній персонал (медичні сестри) психіатричного, хірургічного, терапевтичного відділень та відділення інтенсивної терапії і реанімації зі стажем професійної діяльності від 2 до 45 років [41]. За результатами діагностування за опитувальником Н. Водоп'янової «Професійне вигорання» встановлено, що емоційне виснаження виявляється у відчутті емоційної напруги і почутті спустошення, зникнення власних емоційних ресурсів. Виникає відчуття «зменшення» емоцій, у надважких проявах можливі

емоційні зриви.

У медичного персоналу професійне вигорання представлене у вигляді деперсоналізації або тенденції щодо негативного, цинічного ставлення до пацієнтів. Контакти набувають формальності, з'являються негативні установки, які мають прихований або явний характер, що проявляється у роздратуванні, конфліктах з колегами, пацієнтами та їх близькими.

Редукування персональних досягнень відображається у зниженому почутті професійної компетентності, цінності власної діяльності і негативному самосприйнятті у професійному плані. Спостерігаючи за собою, особистість звинувачує себе, внаслідок чого зменшується професійна та особистісна самооцінка, з'являється почуття власної неповноцінності, незацікавленість у роботі. Все вищезазначене є причиною виникнення когнітивних конфліктів.

Отже, відсутність стабільного «Я» особистості ускладнює встановлення нормальних взаємин з оточуючими, що призводить до плутанини у рівнях, ролях у міжособистісних стосунках. Тобто особистість не розмежовує два типи стосунків: професійні і функціонально-рольові, безособові й інтимно-особистісні. Такий стан зумовлює надмірне емоційно-особистісне реагування у ситуаціях (частіше у професійній діяльності), що не передбачають цього, і це, в свою чергу, призводить до синдрому емоційного вигорання.

Цікаво, що серед груп досліджуваних із низьким, середнім та високим рівнем емоційного вигорання, у третю групу увійшли медичні сестри, які демонстрували дистанціювання у взаєминах із колегами і пацієнтами. Завдяки такому механізму психологічного захисту, з одного боку, унеможливується одержання зворотного зв'язку, соціальної підтримки, а з іншого – стає неможливим отримання морального задоволення від професійної діяльності. Для медичних працівників цієї групи характерним є виражене нервово-психічне напруження, низька оцінка персональних досягнень, емоційне виснаження. Також властивими є високий рівень особистісної тривожності, котрий має прояв у сприйнятті широкого кола ситуацій як травмуючих. Психотравмуючий досвід найчастіше витискується, але це не знижує тривогу. Прагнення до регресії у значущих міжособистісних

стосунках (родина, праця) супроводжується зниженням рівня самоприйняття, дотриманням звичних поведінкових стереотипів, що в цілому зменшує потенційно можливий арсенал подолання внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів.

А для групи із низьким рівнем вигорання характерним є середній рівень особистісної і низький рівень реактивної тривожності, що свідчить про достатність внутрішніх ресурсів для подолання більшості стресорів, з котрими стикається медична сестра в ході виконання професійних обов'язків. Професійна діяльність сприймається як соціально значуща, ставлення до пацієнтів і колег тактовне, шанобливе. Окрім цього, провідним механізмом психологічного захисту є раціоналізація, що сприяє успішному професійному функціонуванню. Раціоналізація дозволяє знизити емоційну напругу, попередити дезорганізацію діяльності і поведінки, а також підтримувати власну самооцінку об'єктивною. Більше того, колеги і пацієнти відзначають високу моральність спеціалістів, котрі увійшли до цієї групи. Моральність і духовність сприяє подоланню конфліктних і фруструючих ситуацій.

Отже, саме моральність виступає важливим чинником формування власних переконань і атитюдів. З одного боку, вона дозволяє особистості уникати когнітивних конфліктів, а з іншого боку (ситуації невідворотного зіткнення переконань із протидією реальності і неможливістю діяти в русі особистісних уявлень) є причиною серйозного конфлікту, який може трансформуватись у кризу [27, 33, 97, 103].

Проблема моральності стосується і сфери стосунків пацієнта та лікаря. Встановлення довірливих стосунків між лікарем і пацієнтом є найсуттєвішим чинником процесу лікування (В. Ташликов, А. Чазов). Окрім професійно виконаної операції та інших лікувальних процедур, необхідною є і допомога духовного характеру, що покращує психологічний і соматичний стан пацієнтів (Д. Томасма, Е. Даун Свабі-Елис), допомога і психологічна підтримка у вирішенні емоційних проблем, які виникають під час важкого захворювання (В. Ананьєв, В. Ніколаєва, Т. Рогачева, В. Чулкова), у віднайденні смислу життя в ситуації,

котра змінюється (В. Франкл). Шанобливість до потреб людини передує особливому – ціннісному ставленню до неї, її життя. М. Жукова, Г. Малигіна, І. Харді, Н. Ельштейн вважають, що ціннісне ставлення до життя пацієнта спеціалісти виокремлюють як найбільш професійно значущу особистісну властивість медичного працівника.

У теорії ставлення, яку розвиває В. Мясіщев, відзначається, що система стосунків є складним утворенням, тому що можливий прояв не лише однозначного (позитивного, негативного або нейтрального), але й суперечливого ставлення (загальне позитивне ставлення до предмета в цілому може поєднуватися з негативним ставленням до окремих його властивостей і навпаки) [136]. Складна структура ставлення, що вирізняє когнітивний, емоційний, поведінковий компоненти, зумовлює можливість невідповідності знання про важливість предмета і реального прояву ставлення в поведінці людини.

Отже, поняття «ціннісне ставлення», уведене в психологію О. Донцовим, демонструє особистісну значущість для людини матеріальних, соціальних, культурних, моральних та інших явищ, що сприймаються як цінності [53].

Складовими ціннісного ставлення можна визначити: спрямованість особистості (Л. Божович, О. Донцов); ціннісні орієнтації, котрі уособлюються у поведінці людини й особливостях міжособистісних відносин (Г. Массон); ціннісні установки, які впливають на прояв окремих актів поведінки, що реалізуються у типових ситуаціях (В. Ядов, І. Зотова, М. Бобнева).

О. Донцов вважає, що ціннісне ставлення, незалежно від його усвідомлення, є регулятором поведінки, однак при умові усвідомленості його вплив має більше значення, тому що надає можливість трансформувати таке ставлення із однієї сфери життя в іншу [53].

Слід зазначити, що «ціннісне ставлення до життя» як наукова категорія не знайшла належного відображення у психологічній науці. Натомість у філософії (Л. Фесенкова, Ф. Михайлов) більш глибоко відбувається осмислення цього поняття. Переоцінювання традиційних цінностей і спрямованість масової свідомості на утилітарно-побутові цінності піддали сумніву моральні та духовні

ідеали гуманізму (І. Сілуянова, П. Беннер, К. Томпкінс), тому розвиток ціннісного ставлення до життя, на думку філософів, є гострою проблемою сучасності.

При цьому І. Сілуянова, Л. Фесенкова зазначають, що стосовно загальних підходів до дослідження ціннісного ставлення до життя ще немає визначеного ставлення, хоча філософи акцентують увагу на певних світоглядних позиціях, від котрих залежить розуміння природи цінностей, життя власне людини.

Ціннісне або не ціннісне ставлення до життя пронизує усі сфери життєдіяльності людини, зумовлює політичні, економічні, соціокультурні, міжособистісні стосунки. На думку Л. Фесенкової, за усталеною тезою про цінність життя досить часто приховується знецінення життя, що має прояв у людському егоїзмі, прагматизмі, агресивності тощо [43]. М. Семенов акцентує увагу на тому, що у медичній сфері моральне зубожіння виявляється у тому, що процес догляду за хворими перетворився у технологію виконання лікувальних процедур, що сприймається пацієнтами як неухважність, нечуливість, байдужість.

На думку О. Фонарьова, Е. Даун Свабі-Еліс, Е. Лоуї формування ціннісного ставлення до життя пацієнта уможлиблюється завдяки закладенню в основу професійної мотивації – спрямованості на благо іншої людини, в структуру ціннісних орієнтацій – духовно-моральних цінностей альтруїстичного характеру, а також професійно-моральних установок на служіння заради Людства. Втім Г. Малигіна, А. М. Гетман-Сієферт зазначають, що у медичній галузі ціннісне ставлення до життя й особистості пацієнта, його соціального оточення, життєвих обставин тощо повинно бути основою професійної діяльності [116].

Поряд із цим слід підкреслити, що незважаючи на соціально-економічні, політичні або культурні умови, в яких перебуває суспільство, завжди у кожній людини зберігається ядро цінностей, що вважаються істинними або вічними. Хоча іноді зовнішні умови життя людини можуть пригнічувати розвиток духовно-моральних цінностей і заважати прояву ціннісного ставлення до життя людини. Власне такої думки дотримуються С. Волочкова, Д. Єрмоленко, коли констатують збереження у сучасній молоді цінностей товаришування, любові, родини, котрі традиційно вважалися духовно-моральними.

Звернення до глибинних духовно-моральних цінностей і актуалізація досвіду їх переживання виявляються можливими завдяки діалогу. Т. Флоренська вважає, що діалогічна взаємодія є своєрідним засобом пробудження внутрішнього діалогу. Отже, саме завдяки діалогу людина здійснює моральне самовизначення, що сприяє розвитку ціннісно-мотиваційної сфери [207].

Так, у внутрішньому діалозі виокремлюються голос буденного «Я» і вищого духовного «Я». Однак духовне «Я» або не усвідомлюється, або неявно відчувається людиною, проте навіть якщо й воно не усвідомлюється, то все одно може керувати особистістю у випадку, коли її життєві установки не суперечать істинним духовним цінностям.

Досить часто духовне «Я» і буденне «Я» зіштовхуються або перебувають у конфлікті, в останньому випадку духовне «Я» виявляється витисненим із свідомості. Отже, перед медичним працівником постає завдання: усвідомити реальність власного духовного «Я». Проявами духовного «Я» є совість, відповідальність, повага до праці, творчість, любов до людей і життя.

Потенційно ціннісне ставлення до життя як прояв духовного «Я» притаманне кожній людині. Духовно-орієнтований діалог, спрямований на підтримку голосу духовного «Я», сприяє виявленню ціннісного ставлення до іншого (пацієнта) і розвитку цього ставлення.

Серед філософів духовні якості є предметом вивчення С. Булгагова, І. Ільїна, П. Флоренського, С. Франка. У психологічній науці духовно-моральні властивості особистості досліджуються Г. Баллом, Б. Братусем, Л. Бурлачуком, Ф. Василюком, М. Воловіковою, О. Мелік-Пашаєвим, В. Слободчиковим, Ю. Трофімовим, Т. Флоренською та ін.

Таким чином, ціннісне ставлення до життя є професійно важливою властивістю медичного працівника, лікаря у тому числі, що пов'язане із уважливим, турботливим, милосердним ставленням до пацієнта [71, 134, 157]. Втім стереотип механічного виконання лікувальних процедур, природничо-наукова спрямованість освіти, криза цінностей у сучасному суспільстві протидіють розвитку ціннісного ставлення до життя пацієнта, з одного боку і

сприяють дії внутрішньоособистісних конфліктів, в тому числі й когнітивних, з іншого боку [205, 235].

Окрім цього, слід відзначити, що психологічні (особистісні і соціальні) ресурси сприяють позитивному виходу із когнітивного дисонансу та життєвих ситуацій. Серед таких ресурсів Е. Фромм [212, 213] виокремлює:

- надію – психологічна категорія, що сприяє життєдіяльності й особистісному зростанню. Це активне очікування і готовність зустрітися з тим, що може з'явитися у житті;

- раціональну віру – переконання у тому, що існує безліч можливостей і необхідно своєчасно виявити ці можливості. Віра – це раціональне інтерпретування теперішнього;

- душевну силу – мужність. Душевна сила – здатність протидіяти спробам зруйнувати надію і віру, перетворити на «голий» оптимізм чи в ірраціональну віру.

Г. Нікіфоров серед особистісних ресурсів, що сприяють резистентності особистості відзначає:

- активну мотивацію здолання, переборення, ставлення до подій життя як до можливості набуття особистісного досвіду й особистісного зростання;

- силу «Я-концепції», самоповагу, об'єктивну самооцінку, сформованість почуття власної гідності, самодостатність;

- активну життєву установку: чим активніше ставлення до життя, тим більш усталеною є психологічна стійкість у складних життєвих ситуаціях;

- позитивність і раціональність мислення;

- емоційно-вольові якості;

- фізичні ресурси (стан здоров'я і ставлення до нього як до цінності)

[165].

На думку Б. Ананьєва, стійкість особистості до фрустраторів залежить від підтримки, моральної допомоги, співчуття інших людей, солідарності групи [8]. Розпад соціальних зв'язків призводить до руйнування інтраіндивідуальної структури особистості, виникнення гострих внутрішніх конфліктів, що

дезорганізують поведінку. Соціальна підтримка у групі, що постійно працює в умовах стресу, в екстремальних умовах діяльності (це є характерним для хірургів), не зменшуючи рівня напруження, може сприяти «переходу» із несприятливих проявів у сприятливі або із дистресу в евстрес. Таким чином, соціальна підтримка є інституційною, такою, що спрямовується державними структурами; корпоративною, пов'язаною із професійно-трудовою структурою (адміністративна, профспілкова підтримка) і міжособистісною, яка здійснюється близькими, колегами, пацієнтами. Різновидом соціальної підтримки є соціально-психологічна: емоційна, інформаційна чи функціональна.

Варто відзначити, що соціальна підтримка є зовнішнім ресурсом і залежить від готовності особистості скористатися нею [6, 7, 34]. Водночас здатність звернутись за допомогою та прийняти її є внутрішнім ресурсом, що залежить від соціально-психологічної активності особистості. Отже, соціальна підтримка є важливим ресурсом збереження психологічної стійкості особистості у складних життєвих ситуаціях, у внутрішньоособистісних конфліктах [263, 267, 277].

Психологічну компетентність особистості також є необхідність вважати суттєвим ресурсом особистісної життєстійкості, резистентності [1, 16, 144, 145]. Тобто рівень психологічної грамотності і культури разом із соціальним досвідом сприяє спрямуванню адаптивних процесів на подолання складних життєвих обставин.

Важливою категорією ресурсів резистентності, життєстійкості особистості є стратегії і створені на їх основі моделі поведінки, спрямовані на подолання несприятливих ситуацій, котрі медикам необхідно опановувати [11, 19, 62].

Таким чином, підсумовуючи вищесказане, слід зазначити, що деперсоналізація у медичних працівників найчастіше розглядається як негативна специфічна властивість, пов'язана із ціннісними трансформаціями, що спричинюються дискомфортом. Означена властивість закріплюється у ситуаціях, коли особистість відчуває неузгодженість у власних ідеях, віруванні, цінностях, думках і т. ін. [56, 71, 88]. Тобто деперсоналізація виявляється в ситуації, що потребує прийняття рішення; в котрій когнітивні дії, що проектуються, не завжди

узгоджуються (частіше зовсім не узгоджуються) із думками і знаннями. Негативні відчуття, спричинені дискомфортом, що переживається, спонукають спеціаліста або зменшити, або подолати зазначене ставлення, тому що традиційно індивід спрямовується до узгодженості. Відтак резистентність, внутрішня відповідність або консонанс спрямовує особистість до задоволення відповідної потреби.

З'ясовано, що деперсоналізація стимулює невідповідність фахівця певним нормам культури, набутого і минулого досвіду, професійним знанням та умінням, навикам – вимогам професійної діяльності, особистісним властивостям – необхідним професійним якостям [137, 146].

Визначено, що психопрофілактика і корекція негативних наслідків деперсоналізації, формування резистентності уможлиблюється завдяки сформованості ціннісного ставлення до життя, професійної діяльності, оптимальному виробленню необхідних особистісних ресурсів і поведінкових стратегій [163, 164].

Деперсоналізація є системним явищем, амбівалентним за власною природою: вона може переживатися як самодіагностика системи, котра виявляє нові параметри розвитку й готовність до нього, і як оцінка деструкції системи, що не може втримати власну цілісність завдяки впливу чинників, які блокують можливість саморозвитку й самореалізації. Емоції, що супроводжують цинічне ставлення до професійної діяльності, віддзеркалюють ціннісно-сміслову поле життєвого світу людини, який приховує боротьбу двох протилежних тенденцій – прагнення до стабільності, з одного боку, й до змін – з іншого, вирішення чого призводить до саморозвитку системи, що, у відповідності із наявністю ціннісного ставлення до життя, є підґрунтям її стійкості.

Важливим аспектом професійної діяльності особистості лікаря варто розглядати її резистентність, психологічні захисти й копінг-стратегії як суттєву передумову успішності або неуспішності професійної реалізації [138].

1.3. Теоретичні положення моделі формування резистентності до емоційного вигорання лікаря

Відомо, що для формування будь-якої властивості фахівця певної галузі необхідно, насамперед, визначитися із метою його діяльності. Разом з тим, для того, щоб зорієнтуватися із цілями формування резистентності спеціаліста до професійного стресу, потрібно вирішити такі завдання: у чому полягає зміст властивості (що треба сформувати); який засіб доцільно застосувати для цієї методологічної процедури; з чого складається зміст поняття «модель». Вирішити поставлені завдання можна, якщо виділити складові властивості, яку передбачається сформувати. Для цієї методологічної процедури варто застосувати метод моделювання (В. Казміренко, Ю. Трофімов, В. Пушкар).

Слід зазначити, що модель розуміється нами як описовий аналог, що віддзеркалює суттєві характеристики узагальненого зразка формування резистентності спеціаліста до професійного стресу лікаря. Кожна з характеристик моделі фахівця носить інтегрований характер, де функціонально взаємозалежні професійно важливі властивості особистості і якості фахівця.

Розроблена нами модель формування резистентності спеціаліста до професійного стресу лікаря представлено у схематичній формі на рисунку 1.3. Теоретичне обґрунтування моделі формування резистентності спеціаліста до професійного стресу лікаря подається у Додатку Б.

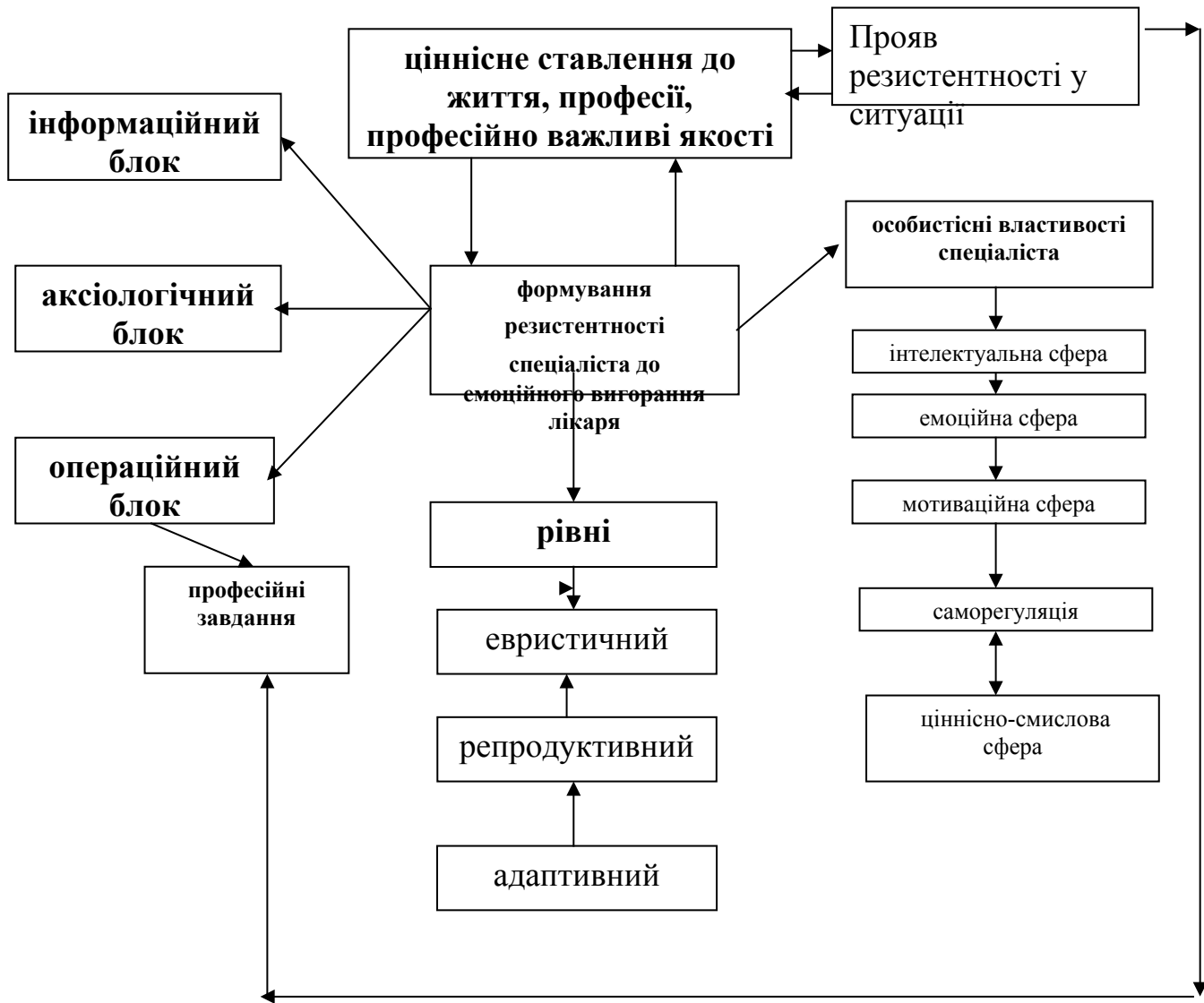


Рис.1.4. Модель формування резистентності спеціаліста до емоційного вигорання

Таким чином, результати теоретичного аналізу проблеми сутності прояву резистентності до емоційного вигорання у професійної діяльності спеціалістів, передусім, лікарів дозволяє зробити такі **висновки**.

1. За результатами теоретичного аналізу професійної діяльності лікаря нами виявлено, що резистентність – особлива властивість, що виявляє узгодженість між

когнітивними установками й реальними умовами трудової діяльності лікаря. Визначено, що резистентність особистості має суттєвий як позитивний, так і негативний вплив на результативність професійної діяльності лікаря, задоволеність професією й особистісно-професійну реалізованість в цілому.

2. Виокремлення особливостей прояву резистентності до емоційного вигорання у лікарів дозволило висвітлити специфіку професійної діяльності, соціального оточення та індивідуально-особистісні властивості професіоналів. Водночас ті ж самі обставини спричиняють і професійно-особистісні деформації у лікарів. Таким чином, деперсоналізація, пов'язана з нею професійно-особистісна деформація спричиняються негативними змінами соціально-психологічної структури особистості, а саме ціннісно-сислової сфери, професійних можливостей і особистісних характеристик спеціаліста під впливом внутрішніх передумов і умов, досвіду професійної діяльності, міжособистісного спілкування, специфіки найближчого соціального оточення.

3. Явище емоційного вигорання по-різному трактується й висвітлюється в наукових дослідженнях. Найчастіше означене явище розглядається як стан фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, що зумовлюється тривалим перебуванням у емоційно напружених ситуаціях, а також як «афективний чинник», який відноситься до сфери поганого самопочуття, нервового перенапруження, і деперсоналізація як фактор установки, що має прояв у змінах стосунків із іншими та власне з собою. Окрім цього, є спроби представити зазначене поняття у вигляді зворотної реакції на тривалі професійні стреси міжособистісних комунікацій, яка складається із трьох компонентів: емоційне виснаження, деперсоналізація і редукція персональних досягнень.

4. Екстремальні умови, в котрих працюють лікарі, є чинником, що водночас стимулюють прояви резистентності до емоційного вигорання, і, навпаки, внутрішньоособистісні конфлікти, які спричиняють професійне вигорання. Тобто, саме умови професійної діяльності лікарів та особливості міжособистісного спілкування, що виникають в процесі цієї діяльності, виступають фактором виникнення «синдрому емоційного вигорання».

5. Соціально-психологічні умови професійної діяльності і спілкування, що її супроводжує, обумовлюють своєрідні способи пристосування (адаптації) особистості лікаря до цих умов. У зв'язку з цим (для забезпечення процесу адаптації) актуалізуються різні індивідуально-психологічні якості (риси, структури), що і формує своєрідні поведінкові патерни, індивідуальний стиль діяльності (у даному випадку - спілкування). В результаті – різні типи пристосування і різні рівні розвитку резистентності. Аутоагресія, наприклад, – це теж пристосування, тільки непродуктивне з т.зору соціальних стандартів («лікар має бути здоровим і веселим, а не сумним»), хоча ефективність професійної діяльності і у похмурого і у веселого лікаря можуть бути однаковими!) До певної міри трансформації, що відбуваються у ціннісно-мотиваційній сфері особистості й сприяють формуванню резистентності, а також сприяють змінам у системі особистісних властивостей лікарів і мають специфічні професійні прояви.

РОЗДІЛ 2

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ

2.1. Психологічні принципи організації експериментального дослідження

Специфіку резистентності до емоційного вигорання, стресу у професійній діяльності лікарів не можна розглядати, не висвітлюючи особливості саме особистісної сфери лікарів. Тому досягнення означеної мети ми здійснювали завдяки вирішенню таких завдань: вивчення взаємозв'язку резистентності із особистісними рисами, паттернами поведінки та їх спільного впливу на ціннісне ставлення до професійної діяльності лікарів; виявлення особливостей психологічної природи деперсоналізації як чинника, що впливає на професійну самореалізацію лікарів; розроблення цілеспрямованої комплексної програми формування резистентності професійному вигоранню лікарів.

Загальна стратегія дослідження полягає в тому, щоб виділити ті тенденції розвитку загальнонаукового й загальнопсихологічного знання, які дозволяють адекватно обґрунтувати роль безперервності й наступності розвитку особистості протягом усього життя людини. Можна констатувати, що проблема дослідження розвитку особистості дорослої людини залишається тривалий час досить актуальною, суперечливою й викликає низку труднощів на різних рівнях її вирішення: на методологічному, конкретно теоретичному й власне методичному. Це означає необхідність виходу за рамки окремих класичних парадигм при визначенні основних стратегій дослідження.

Для сучасного стану наукового психологічного знання характерна асиміляція знань, фактів і підходів. Сучасні уявлення про розвиток не виключають, а взаємодоповнюють один одне й розширюють границі пізнання процесів розвитку. Увага до таких реалій як безперервність і наступність розвитку особистості, нерівномірність і гетерохроність розвитку, вікові закономірності, роль суб'єкта й середовища, роль культури в особливостях розвитку протягом усього життя людини дозволяє констатувати, що вивчення розвитку особистості в цей час більш

багатогранне й продуктивно. Найбільш перспективними, на наш погляд, є підходи, що інтегрують уявлення про роль культури, особливостей формування суб'єктивних змістів і життєвих цілей особистості, що утворюються, про життєвий шлях, місце рефлексії в процесах розвитку, саморозвитку й творчої сили розвитку. Розуміння психічного розвитку як чергування процесів переходу, рефлексії й власне розвитку, пов'язане з визнанням безперервності онтогенетичних змін, чергування стабільних і критичних періодів актуально й може бути покладене в основу концепції розвитку особистості дорослої людини.

Висхідними для дослідження резистентності до емоційного вигорання особистості дорослої людини повинні стати уявлення: про безперервність психічного розвитку протягом усього онтогенезу; про стадіальність; про існування загальновікових закономірностей і якісних відмінностей вікових етапів розвитку особистості дорослих. Визнання якісних відмінностей між стадіями спричиняє необхідність постановки питань про причини цих якісних змін, умови, варіанти і способи переходу від однієї стадії до іншої якісно нової. Визнання загальновікових змін особистості дорослих спричиняє питання й про способи збереження індивідуальності й самототожності в процесі безперервного розвитку особистості.

Дослідження відбувалося у три етапи. У ході першого етапу нами здійснювалася перевірка припущення щодо виокремлення паттернів поведінки студентів-медиків та лікарів у процесі емоційного вигорання й висвітлення їх специфіки.

У рамках другого етапу дослідження ми намагалися з'ясувати психологічну природу власне резистентності як чинника, що сприяє професійному зростанню особистості або протидіє емоційному вигоранню у фахівців медичної галузі, зокрема лікарів.

Також під час другого етапу дослідження ми намагалися визначити ефективність задіяних профілактичних та корекційних заходів щодо формування резистентності емоційному вигоранню фахівців, «оптимальних» копінг-стратегій,

що сприяють позитивному вирішенню внутрішньоособистісних конфліктів, виходу із кризових станів, підвищенню стресостійкості лікарів.

Упродовж третього етапу, з метою з'ясування сутності зазначеної проблеми, постановки завдань, визначення інструментарію, було організовано пілотажне дослідження особливостей змістовно-сміслових та структурно-динамічних характеристик системи ціннісних орієнтацій особистості.

Пілотажне дослідження показало, що в структурі особистості студентів медичного профілю є відмінності, пов'язані з включенням в професійно опосередковані відносини в новому середовищі, що вплинуло на формування у них певного типу ціннісних орієнтацій. Так, систему ціннісних орієнтацій студентів математичного напрямку відрізняла більш висока позиція в ранговій структурі цінностей-засобів у порівнянні з цінностями-цілями. В інших групах значно домінували цінності термінального характеру ($p < 0,05$ за критерієм Манна-Уїтні), причому, найбільш яскраво термінальний компонент виражений у гуманітаріїв ($p < 0,01$). Відповідно до особливостей змістовних блоків базових інструментальних цінностей студентів виявлено, що вони орієнтовані на досягнення цілей (термінальних) за допомогою різних засобів (самореалізації, самоствердження та ін.) Відмінності у цінностях у різних групах значимі ($p < 0,05$ за критерієм χ^2 Фрідмана). Аналіз результатів дослідження виявив виражену своєрідність особистісних властивостей у представників різних типів ціннісних орієнтацій, засвідчив стійкі для дослідженого вікового інтервалу статеві відмінності в характері зв'язків між ціннісними орієнтаціями та особистісними характеристиками, проілюстрував достовірні відмінності в ціннісних орієнтаціях респондентів з різною професійною спрямованістю.

Вибірку склали 149 студентів, майбутніх лікарів (Національний медичний університет ім. О. Богомольца, НМУ; медичний факультет, спеціалізація: лікарська справа, а також лікарі м. Кіровограда, Обласної лікарні, 122 особи, спеціалісти різних напрямів (анестезіологи, хірурги, стоматологи, психотерапевти, психіатри).

Нами виконано перший дослідний зріз з метою встановлення ціннісних орієнтацій та особистісних особливостей студентів майбутніх лікарів та студентів майбутніх економістів, філологів. Плануючи експеримент, ми виходили з наступного положення: перший дослідний зріз, виконаний у перший місяць навчання у професійному навчальному закладі (поки професійні цінності та інші особливості ще не встигли сформуватися) повинен показати особистісний соціально-психологічний простір, ціннісні орієнтації та інші особливості, сформовані під впливом сімейно-шкільного середовища.

Для контролю ряду побічних зовнішніх змінних (фонового впливу, ефект «історії» та ряд інших), відповідно до квазіекспериментального плану, була сформована контрольна група, до якої увійшли студенти майбутні лікарі, вчителі.

З використанням опитувальника «Значуще оточення» встановлені значимі інші, їх функції, місце в системі координат особистісного соціально-психологічного простору і ступінь психологічної близькості. Досліджено окремі характеристики особистості: характерологічні, соціально-психологічні (ціннісно-орієнтаційні, стиль ставлення до людей) тощо. Крім того, досліджувались ціннісно-орієнтаційні характеристики і ставлення до людей найбільш значущих і психологічно близьких інших особистісного соціально-психологічного простору.

Для виявлення динаміки проведено повторне дослідження тих же особливостей і феноменів у наступному навчальному році. Об'єктом дослідження виступили ті ж досліджувані. Ключовою зовнішньою змінною в експерименті стала зміна соціального впливу, пов'язана зі зміною освітнього середовища та виходом на більш високий рівень професійного становлення (включення в систему професійного навчання) для одних досліджуваних (135 осіб, експериментальна група) і відносна їх незмінність для інших (136 осіб, контрольна група), що зумовила зміни в особистісних соціально-психологічних просторах респондентів.

Нами проводилася обробка даних за допомогою якісних і кількісних методів: визначалася особистісна значимість, психологічна близькість інших та їх місце в структурі особистісного соціально-психологічного простору; виявлялись взаємозв'язки ціннісних орієнтацій особистості і експонованих ціннісних

орієнтацій значущих і психологічно близьких інших; простежувалася динаміка й особливості цих взаємозв'язків; фіксувалися взаємопов'язані з ціннісними орієнтаціями зміни інших особистісних особливостей; проводилось зіставлення всіх змін у контрольній та експериментальній групах.

Задля досягнення мети дослідження та перевірки представлених гіпотез ми вирішували такі завдання:

- серед студентів медичних навчальних закладів і лікарів провести дослідження резистентності до емоційного вигорання;
- визначити наявність взаємозв'язків між специфікою прояву механізмів психологічного захисту та індивідуально-психологічними особливостями, а також дослідити поєднання особистісних та захисних властивостей, що утворюють паттерни поведінки стильових рис «успішних» та «неуспішних» копінг-стратегій, резистентності емоційному вигоранню лікарів та студентів-медиків;
- встановити специфіку проявів механізмів психологічного захисту та окреслити структуру психологічного захисту й резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів;
- виявити особливості соціально-психологічного простору особистості, що сприяють становленню резистентності емоційному вигоранню, стресу, життєвим кризам.

У ході першого етапу експерименту ми використовували такі методики:

- 1) методика типологій психологічного захисту Р. Плутчик в адаптації Л. Вассермана, О. Єришева, О. Клубової та ін. (для з'ясування основних типів его-захистів);
- 2) опитувальник для вивчення копінг-поведінки Е. Геїма (для виявлення адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій);
- 3) 16-факторний тест Р. Кетелла (для встановлення індивідуальних особистісних диспозицій);
- 4) Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості Л. Собчик;

5) методика «Прогноз», розроблена (В. Рибніковим) у Санкт-Петербурзькій військово-медичній академії і призначена для визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації людини у стресових ситуаціях.

В процесі другого етапу експерименту було застосовано:

1) структуроване інтерв'ю (В. Вінонокур) з метою вивчення суб'єктивного ставлення лікарів до ситуацій професійної взаємодії й оцінки лікарями ступеня впливу професійних проблем на їх емоційний та соматичний стан, внутрішню гармонію;

а також діагностичні методики:

2) стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості, Л. Собчик;

3) опитувальник для вивчення копінг-поведінки Е. Геїма (для виявлення структури й особливостей усвідомлення стратегій подолання труднощів);

4) індекс життєвого стилю Л. Вассермана, О. Єришевої, О. Клубової та ін. (з метою з'ясування інтенсивності використання індивідом різних механізмів психологічного захисту).

Завдання формувального етапу дослідження вирішувалися завдяки втіленню «Комплексної програми розвитку резистентності до емоційного вигорання у лікарів», що включає теоретичний курс для лікарів та низку практичних занять. Означений курс складається з двох теоретичних блоків: «Професійна стресологія» та «Основи професійної реабілітації». Окрім цього, для лікарів експериментальної групи було запропоновано розроблений нами тренінг корекції емоційних станів із задіянням психокорекційних тілесно-орієнтованих вправ М. Сандомирського [185]. Метою програми є корекція та профілактика професійного стресу, деперсоналізації через формування резистентності, стресостійкості у лікарів; ціннісного ставлення до життя та професійної діяльності у лікарів.

Комплексна програма передбачає інформування й формування знань про психологічну природу, прояви, наслідки та особливості деперсоналізації, перебігу внутрішньоособистісних конфліктів у лікарів впродовж лекційного курсу (10 занять - стресологія, 10 занять - реабілітація); корекцію емоційного стану та

розвиток умінь саморегуляції завдяки тренінгам. Тривалість означеної програми - 3 тижні (1-й тиждень - стресологія, 2-й тиждень - реабілітація, 3-й тиждень - тренінгова програма).

Критеріями успішної корекції деперсоналізації, стомленості є сформованість резистентності професійному вигоранню, «успішних» копінг-стратегій особистості, ціннісне ставлення до життя та професійної діяльності, що проявляється у ставленні до власного життя, здоров'я й інших людей. Результативність вищезазначеної комплексної програми перевірялась за допомогою психодіагностичних методик SF-36 Health Status Survey (опитувальник для визначення якості життя) та опитувальник для вивчення копінг-поведінки Е. Геїма (для виявлення адаптивних і неадаптивних копінгових стратегій); методів математичної статистики [135].

Варто відзначити, що завдяки виявленню копінг-стратегій особистості уможлиблюється виявлення адаптивності-дезадаптивності особистості, у поєднанні із результатами резистентності професійному вигоранню.

Після виділення осіб – студентів-медиків (15 осіб) та лікарів (15 осіб), котрі переживають синдром хронічної втоми, ми здійснили спробу емпіричного дослідження впливу когнітивно-стильових та індивідуально-психологічних особливостей на успішність або неуспішність подолання зазначеного синдрому чи вирішення внутрішньоособистісного конфлікту. Також варто відзначити, що за результатами кореляційного аналізу ми виявили зв'язок між копінг-стратегіями лікарів та студентів-медиків.

У зв'язку із нашим припущенням щодо проявів у лікарів паттернів поведінки у стані синдрому хронічної втоми, ознак професійного вигорання, які зумовлюються поєднаннями когнітивно-стильових і характерологічних властивостей особистості віднайдення лише звичайних лінійних кореляцій індивідуальних характеристик із «успішним» вирішенням когнітивного конфлікту не є адекватною процедурою. Тому є необхідність виявити найбільш узагальнені тенденції. Для більш глибокого вивчення було застосовано дисперсійний і кластерний аналіз даних.

Дисперсійний аналіз (Breakdown & one-way ANOVA) використовувався нами для визначення можливих нелінійних залежностей між характеристиками резистентності та характерологічними рисами особистості із паттернами поведінки у професійному стресі. Показник резистентності виступає як незалежна змінна й критерій розподілу досліджуваних на три групи: 1) з низькими значеннями змінної (нижній квартиль); 2) із середніми значеннями; 3) з високими значеннями (верхній квартиль). Тобто 1 – високий рівень резистентності; 2 – середній рівень; 3 – низький рівень резистентності; або 1 – ціннісне ставлення до професії; 2 – середній рівень; 3 – деперсоналізація. Було здійснено аналіз варіації залежних змінних (особистісних методик і оптимальності вирішення) для трьох груп «резистентності», потім для трьох груп «деперсоналізації».

Акцент у роботі здійснено власне на кластерний аналіз даних, завдяки чому уможлиблюється виокремлення однорідних за проявами стильових та індивідуально-психологічних характеристик субгрупи й визначення найсуттєвіших ознак, що дозволяють виявити відмінності паттернів поведінки в стресі з різними характерологічними когнітивно-стильовими поєднаннями. Контрастні групи «успішних» і «неуспішних» копінг-стратегій виокремлювалися серед лікарів та студентів-медиків, позаяк розподіл балів за деякими тестовими показниками у перших і других значно відрізняється. Окрім цього, особи, які увійшли до групи «успішних», за допомогою кластерного аналізу (метод «Complete linkage») [55], були згруповані за їх психологічними характеристиками. Програма кластеризації формувала групи осіб, схожих між собою за низкою значущих психологічних властивостей і таких, що суттєво відрізняються від інших груп.

Групи індивідів, котрі мають схожі поєднання рис (паттерни), варто розглядати як певні психологічні типи, що зустрічаються серед лікарів та студентів-медиків, які обирають копінг-стратегії, що сприяють «успішно» і «неуспішно» протистояти стресу. Означені типи виокремлено емпірично як такі, що реально представлені у професійному середовищі. Навчальна діяльність

студентів і професійна діяльність лікарів різних спеціальностей висуває, ймовірно, різні вимоги до психологічних характеристик суб'єктів.

Завдяки використанню кластерного аналізу ми, задля представлення результатів дослідження, надали назви групам досліджуваних: «резистентні – нерезистентні», «деперсоналізовані – недеперсоналізовані» студенти-медики й лікарі (Див. Додаток В, Д).

2.2. Соціально-психологічні особливості прояву стратегій поведінки лікарів у протидії емоційному вигоранню

У ході аналізу емпіричних даних специфіки прояву властивостей особистості необхідно спочатку їх висвітлити окремо, а потім віднайти інтегральні поєднання стильових параметрів. Тому ми розглянемо лінійні й нелінійні зв'язки особистісних рис із резистентністю, стратегіями самоопанування.

Необхідно зазначити, що важливим є встановлення граничних значень показника продуктивності «W», який відділяє полезалежних суб'єктів від полenezалежних. При цьому є суттєві відмінності у розподілі показника на вибірці студентів-медиків і лікарів. Так, середній показник «резистентності» студентів-медиків 1,8; стандартне відхилення 0,6. На вибірці лікарів - середнє 2,9; стандартне відхилення - 1,1. Отже, до «резистентності» лікарів варто віднести осіб із показником продуктивності «W» більше 2,9 балів, а до «резистентності» - студентів із показником продуктивності «W» більше 1,8.

Тому при подальшому інтерпретуванні результатів ми розглянемо окремо групи студентів-медиків і лікарів, а також сукупну вибірку.

Варто відзначити, що лінійні зв'язки «резистентності» із характерологічними рисами є слабо виявленими (коефіцієнти кореляції низькі, проте статистично достовірні).

У процесі аналізу співвідношення стильових характеристик із характерологічними властивостями особистості, як уже зазначалося, виявлені відмінності на вибірці студентів-медиків і лікарів.

За допомогою кореляційного аналізу ми виявили статистично значущі зв'язки параметра «резистентність» (показник продуктивності «W») із такими особистісними чинниками:

на вибірці лікарів:

– O («схильність до почуття провини – самовпевненість») – 0,23 ($p < 0,001$);

на вибірці студентів-медиків:

– I («м'якосердечність – реалістичність») – 0,29 ($p < 0,001$)

На сукупній вибірці студентів-медиків та лікарів:

– O («схильність до почуття провини – самовпевненість») – 0,18 ($p < 0,001$);

– I («м'якосердечність – реалістичність») – 0,16 ($p < 0,001$);

– Q² («самостійність – залежність від групи») – 0,21 ($p < 0,001$);

– T («ригідність – гнучкість») – 0,20 ($p < 0,001$).

Одержані результати свідчать, що «резистентним» лікарям більш «притаманна упевненість в собі» («O»), «резистентним» студентам-медикам – «реалістичність» і «практичність» («I»). За сукупною вибіркою ми виявили, що «резистентність» статистично достовірно пов'язана з «упевненістю в собі», «соціальною сміливістю», «реалістичністю», «ригідністю» й, водночас, із «соціальною залежністю».

За результатами кореляційного аналізу зв'язку параметра «МПЗ» з рисами особистості показники «поняття часу/кількість груп», «поняття часу/величина груп», «поняття характеру/кількість груп», «поняття характеру/величина групи» виявили кореляційний зв'язок між собою:

на вибірці лікарів:

– Q³ («високий – низький самоконтроль поведінки») – 0,26 ($p < 0,001$);

На вибірці студентів-медиків:

– B («високий інтелект – низький інтелект») 0,29 ($p < 0,005$);

– шкала «інтроверсія» 0,27 ($p < 0,005$);

На сукупній вибірці:

– Q¹ («гнучкість – ригідність») – 0,15 ($p < 0,005$);

– Сенситивність – 0,15 ($p < 0,005$).

Одержані результати свідчать, що «оптимальним МПЗ» у лікарів властивий низький рівень самоконтролю поведінки («Q³»), а «оптимальним» студентам-медикам – інтровертованість та високий рівень інтелектуального розвитку. Сукупна вибірка демонструє, що високий рівень «неоптимальних МПЗ» пов'язаний із ригідністю і сенситивністю.

Також слід зазначити, що виявлений зв'язок між «МПЗ» та «самоконтролем поведінки» є досить важливим положенням, що дозволяє зробити суттєві висновки стосовно професійної діяльності лікарів, а саме: особливості самоконтролю взаємопов'язані із оптимальними і неоптимальними МПЗ лікарів. Тобто особам із переважанням оптимальних МПЗ менше властивий самоконтроль, ніж із неоптимальними.

Окрім цього, значущою є відзначена кореляція між «резистентністю» й «залежністю від групи». Імовірно, тут важливо враховувати професійне середовище, що визначає необхідність поєднання конформності і резистентності лікарів.

На основі одержаних даних можна здійснити певний психологічний опис співвідношення резистентності, МПЗ й особистісних рис, відповідно із урахуванням специфіки вибірки - студентів-медиків та лікарів. На підставі статистично значущих лінійних кореляцій можна виокремити декілька особистісних лінійних кореляцій, пов'язаних із полюсами резистентності.

Отже, «резистентний» індивід, який реалізується в медичній професійній галузі, постає як: упевнений в собі, у власних успіхах і можливостях, життєрадісний; відрізняється практичністю і реалізмом і більше довіряє раціональним аргументам; відповідальний, доволі незалежний, проте думка групи є досить важливою для нього й визначає його поведінку. Тобто «резистентним» лікарям більш притаманна сміливість, активність у поєднанні із ригідністю та соціальною залежністю. Означена категорія досліджуваних більше поважають прийняті ідеї, власні думки, способи реалізації, дії; виявляють терпіння до

традиційних труднощів. Для «резистентних» студентів-медиків характерним є високий рівень інтелекту і незалежності.

«МПЗ» як характеристика самоопановуючої поведінки демонструє на сукупній вибірці студентів-медиків та лікарів статистично значущі, але слабкі кореляції із ригідністю та сенситивністю. Тобто «оптимальність МПЗ» у лікарів (високий рівень «оптимальності МПЗ») виявляє напруженість, а «оптимальність МПЗ» у студентів-медиків – інтровертованість, високий рівень інтелекту, відповідальність.

Таким чином, «оптимальність МПЗ» не випадково поєднується із певними характерологічними рисами, однак характер та щільність зв'язків можуть варіювати в різних групах за професійним або індивідуально-типологічним критеріями.

За результатами кластерного аналізу ми припустили, що характеристики МПЗ можуть бути пов'язані із характерологічними рисами особистості та з оптимальністю вирішення когнітивних конфліктів, резистентністю професійному стресу нелінійно. Задля виявлення можливих зв'язків такого роду ми застосовували однофакторний дисперсійний аналіз, реалізований у програмі для статистичної обробки даних Statistica 5.5A (Breakdown & one-way ANOVA). Тобто показник МПЗ виступає як незалежна змінна і є підґрунтям для розподілу досліджуваних кожної категорії (студентів-медиків та лікарів) на три групи: 1-а група – з низькими значеннями змінної (нижній квартиль); 2 група – із середніми значеннями; 3-я група – з високими значеннями (верхній квартиль). Також було проведено аналіз варіації усіх змінних (тобто особистісних методик і для виявлення копінг-стратегій поведінки) для трьох груп «резистентності», потім для трьох груп «МПЗ».

Відтак, «резистентність-нерезистентність» на вибірці студентів-медиків виявляє значущі зв'язки з: <інтроверсією ($p=0,02$)

- соціальною сміливістю ($p=0,05$)
- недовірою ($p=0,06$)
- соціабельністю ($p=0,03$)

- соціальною бажаністю ($p=0,03$)

«Власне неоптимальні МПЗ» й «власне оптимальні МПЗ» студенти-медики є більш інтровертованими. Проте середні показники демонструють більш виражену «залежність від групи» у порівнянні із «граничними» типами.

«Оптимальні МПЗ» більш довірливі, більше орієнтуються на взаємини в групі, ніж на себе. Для них характерною є соціальна бажаність під час відповіді на запитання. Така тенденція також має прояв у студентів-медиків із «власне неоптимальними МПЗ».

Студенти-медики із «оптимальними МПЗ» відрізняються самодостатністю й меншою залежністю від групових норм, а з «неоптимальними МПЗ» є більш терплячими, довірливими й соціабельними.

На вибірці лікарів «оптимальні - неоптимальні МПЗ» виявляє суттєві нелінійні зв'язки із:

- самовпевненістю ($p=0,0001$)
- соціальною сміливістю ($p=0,004$)
- рівнем інтелекту ($p=0,03$)
- домінантністю ($p=0,05$)
- схильністю до соціально бажаних відповідей ($p=0,07$)

Лікарям із «оптимальними МПЗ» притаманним є високий рівень інтелекту, впевненість у собі, соціальна сміливість, домінантність. Із «неоптимальними МПЗ» більш схильні до проявів почуття провини, соціальної скутості, разом з тим їм властива самодостатність.

Отже, схожість двох вибірок (студентів-медиків та лікарів) виявилася в тому, що «власне неоптимальні МПЗ» на відміну від «оптимальних МПЗ» демонструють соціальну скутість і високу соціальну бажаність відповідей.

«МПЗ» на вибірці студентів-медиків за показником «поняття характеру/кількість груп» виявляє суттєві зв'язки з:

- сенситивністю ($p<0,05$)
- мрійливістю ($p<0,07$)

За показником «поняття часу/кількість груп» із:

- рівнем інтелекту ($p < 0,02$)
- милосердністю ($p < 0,05$)

Отже, «власне неоптимальні» є більш сенситивними, ніж «оптимальні», які відрізняються найменшою сенситивністю. «оптимальні МПЗ» виявляють високий рівень інтелекту, меншу вразливість, вони більш раціональні, реалістичні. У них краще розвинена уява, але, у порівнянні із «неоптимальними МПЗ», показник уяви набагато підвищується.

На вибірці лікарів «МПЗ» за показником «поняття часу/кількість груп» пов'язана із:

- активністю ($p = 0,02$)
- самодостатністю ($p = 0,02$)
- самоконтролем ($p = 0,04$)
- ригідністю ($p = 0,2$)
- інтелектом ($p = 0,1$)

Таким чином, з «неоптимальними МПЗ» лікарі виявляють менший рівень самоконтролю в поведінці у порівнянні із «оптимальними МПЗ», характерною є раціональність, переважання логіки над почуттями.

Досліджувані з «оптимальними МПЗ» відрізняються активністю, життєрадісністю, залежністю від групових норм. Граничні типи – «неоптимальні МПЗ» і «нерезистентні» – серйозні, більш напружені й самодостатні.

Риси характеру, особистісні властивості здійснюють певний вплив на результативність вирішення конфліктів, застосування задля цього відповідних копінг-стратегій, втім, не можуть опосередковано не задіювати стресостійкість. Якщо особистість оптимально вирішує конфлікти й залучає відповідні копінг-стратегії, то найчастіше можна говорити про стресостійкість. Лише аналіз взаємодії стресостійкості й характерологічних властивостей дозволяє краще висвітлити особливості і можливості особистості щодо резистентності до професійного вигорання.

Нами застосовувались такі критерії визначення оптимальності стратегій стосовно резистентності до професійного стресу, професійного вигорання:

специфіка копінг-стратегій та показник задіяних механізмів психічного захисту, самооцінювання власного стану. Ми намагалися в такий спосіб створити «профіль» лікаря, що дозволяє упрозорити структуру, специфіку копінг-стратегій, механізмів психічного захисту в процесі становлення резистентності до професійного вигорання.

Для з'ясування того, які індивідуально-психологічні характеристики є передумовами резистентності до професійного вигорання, було проведено кореляційний аналіз і порівняння психологічних рис груп – «успішних» і «неуспішних» копінг-стратегій. За результатами кореляцій психологічних показників зі стратегіями вирішення конфліктів було встановлено статистично значущі зв'язки.

Таблиця 2.1.

Кореляції особистісно-стильових показників із задіянням копінг-стратегій поведінки (статистична значущість $p < 0,05$)

Особистісно-стильові показники	Коефіцієнт кореляції
«напруження»	- 0,19
«наївність»	- 0,17
«самовпевненість»	- 0,21
«гнучкість»	0,44
«сенситивність»	0,28
«спілкування»	- 0,17

Керуючись отриманими кореляціями, можна зробити висновок, що загальними характерологічними передумовами резистентності до емоційного вигорання є:

- сприйняття нового, наявність інтелектуальних інтересів;
- сенситивність, чутливість, повага до цінностей, конформність;
- безпосередність і прямолінійність;

- серйозність, розсудливість;
- упевненість у собі, відсутність депресивних тенденцій;
- висока вимогливість до себе й оточуючих, цілеспрямованість;
- оптимальні стратегії МПЗ;
- комунікабельність.

Отже, у таблиці 2.2. представлено дані кореляцій особистісно-стильових характеристик із копінг-стратегіями поведінки студентів-медиків та лікарів із оптимальними МПЗ.

Таблиця 2.2.

Особистісно-стильові характеристики студентів-медиків і лікарів, що корелюють із копінг-стратегіями поведінки (статистична значущість $p < 0,05$)

Категорія вибіркової сукупності	Особистісно-стильові показники	Коефіцієнт кореляції
Студенти-медики	Гнучкість Q ¹ (16PF)	0,44
	Інтуїція S (16PF)	- 0,32
	Комунікабельність A+ (16PF)	0,49
Лікарі	Гнучкість Q ¹ (16PF)	0,33
	Логічність T (16PF)	0,27
	Комунікабельність A+ (16PF)	0,51

За нашими спостереженнями успішному становленню резистентності передують вимогливість до себе та оточуючих, відсутність депресивних тенденцій, а також упевненість у собі, власній компетентності, цілеспрямованість, інтелектуальні потреби.

Окрім цього, слід відзначити, що передумовою формування оптимальних копінг-стратегій поведінки лікарів є гнучкість, логічність.

Розглянемо більш докладніше означені копінг-стратегії в різних вибіркових сукупностях.

Передусім варто відзначити, що, у відповідності із дослідженнями С. Фролової, ми виокремили такі, що найбільш часто використовуються, форми реагування в таких сферах життєдіяльності, як:

- родина;
- взаємини з колегами;
- взаємостосунки зі значущими за статусом (викладачі; керівництво);
- навчальна діяльність (професійна діяльність);
- здоров'я.

Відтак, стратегії поведінкового копінгу:

- адаптивні (активне здолання, альтруїзм);
- частково адаптивні (пошук соціальної підтримки, відволікання);
- неадаптивні (ізоляція, компенсація із використанням допінгових засобів, втеча від реальності).

Стратегії когнітивного копінгу:

- адаптивні (пошук рішення проблеми, надання смислу);
- частково адаптивні (орієнтація на значущих інших, збереження апломбу, неприйняття);
- неадаптивні (уникання проблеми, розгубленість).

Стратегії емоційного копінгу:

- адаптивні (емоційна сконцентрованість);
- частково адаптивні (пошук емоційної підтримки, емоційна розрядка);
- неадаптивні (придушення почуттів, почуття провини, агресивність, покірність).

Таблиця 2.3.

Представленість адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій у студентів-медиків (у відсотках) (за модифікованою методикою С. Фролової)

Копінг-стратегії студентів-	Родина	Взаємини з	Взаємостосунки із викладача	Навчальна діяльність	Здоров'я
	а	и з			

медиків		однолітка	ми		
		ми			
адаптивні	33,1	28,8	26,4	19,7	17,5
частково адаптивні	37,8	39,4	40,5	40,2	37,5
неадаптивні	29	31,8	33	40,1	45
Разом	99,9	100	99,9	100	100

Представленість адаптивних та неадаптивних копінг-стратегій у студентів-майбутніх медиків у таблиці 2.3.

Отже, найоптимальніші копінг-стратегії поведінки застосовуються студентами-медиками у сферах сімейних стосунків та взаємин з однолітками. Проте надпроблемними і неефективними виявляються копінг-стратегії у навчальній діяльності та у сфері здоров'я.

Розглянемо іншу вибірку – лікарів. За результатами, представленими в таблиці 2.4., зрозуміло, що в досліджуваній вибірці «адаптивність» як ефективна копінг-стратегія поведінки виявляється в родині й найменш характерна для професійної діяльності.

Таблиця 2.4.

Представленість адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій у лікарів (у відсотках) (за модифікованою методикою С. Фролової)

Копінг-стратегії лікарів	Родина	Взаємини з колегами	Взаємини з керівниками	Професійна діяльність	Здоров'я
адаптивні	38	27	24	17	17
частково адаптивні	35	41	45	41	32

неадап тивні	27	32	31	42	51
Разом	100	100	100	100	100

Часткова адаптивність виявляється в усіх сферах, суттєво важливих для життєдіяльності. Водночас, тривожним моментом є те, що неадаптивність, як найменш оптимальна копінг-стратегія поведінки лікарів, співвідноситься саме із такими сферами як професійна діяльність та здоров'я.

Отже, дані, що висвітлюються в таблиці 2.4, є досить важливими стосовно завдань нашого експерименту. Дійсно, у порівнянні із студентами-медиками, лікарі виявляють неоптимальні копінг-стратегії поведінки, що стосуються, передусім, сфери професійної реалізації особистості й відображаються на стані здоров'я.

Проаналізуємо більш докладно одержані нами емпіричні дані. У студентів-медиків і в лікарів найадаптивніші копінг-стратегії мають прояв у сфері сімейних відносин. Тобто більш адаптивними студенти і лікарі є саме до складних родинних ситуацій, що виникають у сімейних взаєминах. Однак, якщо для студентів-медиків характерними стратегіями подолання життєвих труднощів, кризових ситуацій у родині є альтруїзм, то у лікарів найчастіше виявляється стратегія збереження апломбу. Тобто, лікарі при виникненні складної життєвої ситуації в сім'ї намагаються робити вигляд і поводити себе так, щоб інші вважали, що в них усе гаразд.

Проте, як уже зазначалося, найменша представленість адаптивних стратегій подолання кризових станів спостерігається в обох вибірках у сфері проблем здоров'я. Це зумовлено особистісним та професійним становленням у студентів-медиків і «професійним вигоранням» у лікарів. Студенти-медики в ситуації фізичної травми або соматичного захворювання сприймають все це як те, що потребує великої кількості психологічних сил. Тому часто застосовуються такі копінг-стратегії, як втеча від реальності або заміщення. У лікарів неефективне

подолання кризового стану спричинене особливостями професійної діяльності, яка відбувається в умовах постійного стресу. Нехтування власним здоров'ям віддзеркалюється в копінг-стратегіях – неприйняття та інтелектуалізація.

Неадаптивність у сфері взаємовідносин з однолітками та колегами у студентів-медиків та лікарів майже однакова (31,8 % та 32 % відповідно). Однак студенти обирають найчастіше стратегію ізоляції, а лікарі - проєкції.

У взаємовідносинах із викладачами (студенти) та керівництвом (лікарі) досліджувані демонструють переважно часткову адаптованість, проте 33 % студентів-медиків «неадаптовані» до кризових ситуацій у цій сфері. Варто відзначити, що студенти найчастіше обирають копінги неприйняття та ухилення від проблеми, а деякі – агресивність. Стосовно лікарів (31 %), слід підкреслити, що типова неадаптивна стратегія – збереження апломбу.

Важливими для обох груп є навчальна діяльність та професійна діяльність. Так, у студентів-медиків 40,1 % демонструють неадаптованість – збереження апломбу та ухилення від проблеми. У лікарів 42 % виявляють неадаптивні стратегії в професійній діяльності, вони найчастіше застосовують такі копінги, як збереження апломбу та неприйняття.

Отже, аналіз використання різних копінг-стратегій у поведінці студентів-медиків та лікарів дозволяє зазначити, що в цілому обидві групи намагаються використовувати адаптивні чи частково адаптивні стратегії вирішення складних життєвих ситуацій. Однак виявляється суттєва доля досліджуваних, у по – інтровертованість, високведінці яких найменше представлені такі стратегії, як «співпраця», «альтруїзм», «надання смислу тому, що відбувається», «пошук підтримки та емоційної розрядки». Усе, безсумнівно, відображається на соціально-психологічних взаємовідносинах за умов кризових ситуацій, особливо це стосується медичних працівників, професійна діяльність котрих пов'язана із постійним напруженням і стресом.

За результатами методики О. Фанталової «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» в різних життєвих сферах» ми намагалися виявити внутрішні конфлікти у студентів-медиків та лікарів.

В даному випадку суттєвою детермінантою мотиваційної сфери особистості є динамічне співвідношення бажаних життєвих цілей та того, що є безпосередньо доступним, пов'язаним зі здійсненням конкретних цілей. Дане співвідношення може поступово змінюватись в процесі діяльності і в залежності від життєвих обставин. Тобто, нерезистентність до професійного вигорання – стан розриву в системі «свідомість – буття», а саме розрив між потребою в досягненні внутрішньо значущих ціннісних об'єктів та можливістю такого досягнення в реальності. Розходження між цінністю мети та її доступністю є своєрідним показником нерезистентності до професійного вигорання у мотиваційній сфері людини (у випадку, коли цінності перевищують доступні конкретні цілі) або внутрішнім вакуумом (коли доступність конкретних легких цілей є важливішою для особи, ніж наявність цінностей).

Тобто, резистентність пов'язана з означеним співвідношенням, а в методичному плані має точні якісні і кількісні показники. За результатами факторного аналізу ми представили співвідношення наявності цінностей та доступності конкретних життєвих цілей, що знайшло відображення у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Співвідношення «цінності» та «доступності» в різних життєвих сферах у студентів-медиків та лікарів (методика О. Фанталової)

Факто р	Назва цінності	$p < 0,05$
F1	Активна життєдіяльність	0,18
F2	Здоров'я	0,15
F3	Цікава робота	0,12
F4	Краса природи, мистецтва, переживання прекрасного	0,59
F5	Любов	0,44
F6	Матеріальне забезпечене життя	- 0,02
F7	Наявність вірних друзів	0,65

F8	Упевненість у собі, свобода від внутрішніх суперечностей	0,53
F9	Пізнання (підвищення освіти, розвиток культури, інтелекту)	0,77
F10	Свобода як незалежність у вчинках та діях	0,45
F11	Щасливе сімейне життя	0,73
F12	Творчість	0,54

За результатом факторного аналізу виявлено, що для обох груп досліджуваних найсуттєвішими сферами, з якими пов'язана резистентність, є переживання краси як етичної категорії, «любов», «наявність вірних друзів», «упевненість у собі, свобода від внутрішніх суперечностей», «пізнання (підвищення освіти, розвиток культури, інтелекту)», «свобода як незалежність у вчинках та діях», «щасливе сімейне життя», «творчість». Тобто, розрив між потребою та її реалізацією в професійній діяльності у лікарів та академічній діяльності студентів-медиків спричиняє нерезистентність до професійного вигорання.

Порівняння показників психологічних тестів у контрастних групах «успішних» і «неуспішних» студентів-медиків та лікарів представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Показники психологічних тестів у контрастних групах «успішних» і «неуспішних» копінг-стратегій студентів-медиків

Тестовий показник	«Успішні» стратегії студентів-медиків	«Неуспішні» стратегії студентів-медиків	Достовірність різниці
Фактор С 16 PF	емоційна стабільність	емоційна нестабільність	0,1
Фактор	самодостатність	конформність	0,1

Q ² 16 PF			
Фактор М 16 PF	мрійливість	практичність	0,1

Статистично значущі відмінності виявлені за шкалою «висока емоційна стабільність», сила «Я» (шкала «С», Кеттелл), «самодостатність» (шкала «Q²») і «мрійливість», «розвинена уява» (шкала «М»). При цьому «самодостатність» і «мрійливість» в «успішних» студентів не виходять за рамки середніх значень. Імовірно, що надвисока «незалежність від групових норм» також не є сприятливим чинником для вибору оптимальних адаптивних копінг-стратегій під час становлення резистентності.

Разом з тим, і «надвисока відірваність від реальності», «непрактичність» не являються позитивними факторами у виборі успішних стратегій становлення резистентності. На заваді успішному становленні стресостійкості у «неуспішних» студентів-медиків постає «недостатність уяви», «надвисока практичність», «залежність від групової думки», «соціального схвалення».

Суттєві відмінності, які виявлені між «успішними» і «неуспішними» копінг-стратегіями, котрі використовують лікарі під час становлення резистентності до моцінного вигорання, представлено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Показники психологічних тестів у контрастних групах «успішних» і «неуспішних» копінг-стратегій лікарів

Тестовий показник	«Успішні» копінг-стратегії лікарів	«Неуспішні» копінг-стратегії лікарів	Достовірність різниці
Фактор Q4 16 PF	розслабленість	фрустрованість	0,005
Фактор O 16 PF	самовпевненість	стурбованість	0,06
Фактор F 16 PF	серйозність	безпечність	0,06
Продуктивність	полenezалежність	полезалежність	0,06

«W» (Віткін)	ь	ь	
Показник «поняття часу/величина групи» (Гарднер)	Недиференційов а-ність	Диференційов а-ність	0,05

Означені відмінності дозволяють зазначити, що «успішні» під становлення резистентності лікарі:

- більше спираються на логіку, ніж на почуття («Т»)
- менше фрустровані («Q4»);
- менше піддаються почуттю провини й депресивним станам («О»);
- не такі активні та імпульсивні («F»), як «неоптимальні», тобто більш серйозні та розсудливі.

Таким чином, «успішного» лікаря від «неуспішного» відрізняє керування логікою, схильність до оптимальних стратегій МПЗ. Водночас, «успішного» студента-медика від «неуспішного» відрізняє менша екстравертованість, в більшій мірі розвинена увага.

Отже, як уже зазначалося, «успішність» вибору копінг-стратегій поведінки й становлення резистентності може забезпечуватися різними поєднаннями характерологічних властивостей особистості, тому пошук лише лінійних кореляцій індивідуальних характеристик із «оптимальністю» копінг-стратегій є недостатнім для вирішення поставлених завдань. У зв'язку з вищезазначеним для подальшого вирішення завдань необхідно задіяти дисперсійний та кластерний аналіз.

За результатами дисперсійного аналізу ми з'ясували, що існують нелінійні залежності «оптимальності МПЗ» на вибірці студентів-медиків з:

- успішністю становлення резистентності ($p=0,005$);
- деякими критеріями «успішності» вибору копінг-стратегій поведінки ($p=0,07$).

На вибірці лікарів параметра «оптимальності МПЗ» з:

- успішністю становлення резистентності ($p=0,01$);

– деякими критеріями «успішності» вибору копінг-стратегій поведінки ($p < 0,05$).

Отже, «оптимальність МПЗ» пов'язана з успішністю вибору копінг-стратегій у процесі становлення резистентності як у лікарів, так і в студентів-медиків (хоча тут означений зв'язок виражений менше), але нелінійного характеру. Фактором зниження успішності становлення резистентності є яскраво виражена «оптимальність стратегій МПЗ».

У лікарів, за нашими спостереженнями, неуспішність становлення резистентності пов'язана із показниками (нижче середнього рівня): «активність», «уміння налагоджувати стосунки», «конкурентність», «самостійність», «сумлінність», що є яскравою характеристикою «неоптимальних стратегій МПЗ». Тобто відсутність достатнього рівня розвитку означених властивостей є характерною саме для яскраво виражених «неоптимальних стратегій МПЗ» лікарів і може слугувати чинником неуспішності становлення резистентності до професійного вигорання. У студентів-медиків із «оптимальними стратегіями МПЗ» неуспішності становлення резистентності сприяє такий показник, як «конкурентність».

Між параметром «оптимальність стратегій МПЗ» та успішністю становлення резистентності до професійного вигорання у студентів-медиків нелінійних залежностей не виявлено. Тобто, успішність становлення резистентності до професійного вигорання більше пов'язана з «оптимальністю стратегій МПЗ», ніж із «неоптимальністю стратегій МПЗ».

Із представленої вибірки - 103 особи (лікарі) нами було виокремлено 28 досліджуваних, котрі виявляють резистентність; 102 особи (студенти-медики) нами було виокремлено 20 досліджуваних, котрі також виявляють резистентність.

Паттерни рис «успішних» і «неуспішних» копінг-стратегій поведінки студентів-медиків (результати кластерного аналізу)

Контрастні групи «успішних» і «неуспішних» копінг-стратегій поведінки виокремлювалися серед лікарів та студентів-медиків окремо. Суб'єкти, котрі увійшли до групи «успішних» копінг-стратегій, за допомогою кластерного аналізу

були згруповані за їх психологічними характеристиками. Програма кластеризації формувала групи суб'єктів, котрі схожі між собою за суттєвими психологічними особливостями, що відрізняють їх від інших груп.

Проаналізуємо результати кластерного аналізу контрастних за успішністю копінг-стратегій становлення резистентності груп і утворені, відповідно до одержаних кластерів, паттерни психологічних рис.

Групи осіб, котрі мають схоже поєднання рис (паттернів), виступають певними психологічними типами, що мають місце як серед «успішних», так і «неуспішних» копінг-стратегій, які обирають студенти-медики, лікарі. Зазначимо, що типи виокремлено емпірично як такі, котрі існують в певному середовищі (медичні заклади, клініки). Однак, зрозуміло, що навчальна і професійна діяльність мають власну специфіку й висувають вимоги, які відрізняються за своїм змістом. Тому особливості становлення резистентності у студентів-медиків та лікарів можуть відрізнятися, тому й поєднання характерологічних рис та стратегій МПЗ можуть бути різними. У зв'язку з вищезазначеним, окремо представлені результати студентів-медиків та лікарів.

Група «успішних» копінг-стратегій поведінки лікарів, за результатами кластерного аналізу, утворюється з двох типів, перший з яких відрізняється більш вираженою емоційною стабільністю («С») (17 із 28 осіб), соціальною сміливістю («Н»), енергійністю і життєрадісністю («F»), практичністю («М»), а також більшою соціабельністю, орієнтуванням на групову думку («Q²»). У осіб зазначеного типу не так чітко представлена резистентність, але більш вираженою є оптимальність стратегій МПЗ. Назва типу: «Активні, практичні, конформні екстраверти – «оптимальні».

Представники другого емпірично-виокремленого типу «успішних» копінг-стратегій поведінки лікарів менш екстравертовані (11 із 28 осіб), виявляють меншу соціальну сміливість та силу «Я», менш практичні й більш тривожні. Також менше вираженою у них є залежність від групи, однак вони більше спираються на логіку, ніж на почуття, виявляють високу резистентність і оптимальність стратегій МПЗ. Цей тип одержує назву «Нерішучі, резистентні «оптимальні». Отже, обидва

паттерни рис (типу «успішних») виявляють загальні особливості, найсуттєвіша з яких – відсутність інтровертованості.

Лікарі, котрі використовують «неуспішні» копінг-стратегії становлення резистентності, розподілилися на три типи. Перший тип характеризується надвисокою екстравертованістю (5 із 28 осіб), життєрадісністю, енергійністю, низькою тривожністю, разом із тим знижений самоконтроль, виражена імпульсивність, опора на почуття, безпосередність. При цьому спостерігається більш виражена, ніж у інших «неуспішних», м'якість та чутливість («I»), висока залежність від думки групи («Q²» = 1,9), менша ригідність, схильність відкладати рішення і висновки. Зазначений тип вирізняється високим показником «неоптимальності стратегій МПЗ», а також зазначена група є більш нерезистентною. Назва типу: «Імпульсивні екстраверти – «неоптимальні». Ймовірно, складність становлення резистентності пов'язана із труднощами у соціальній адаптації, особливо у взаємодії із пацієнтами, колегами.

Другий тип «неуспішних» копінг-стратегій становлення резистентності до професійного вигорання лікарів демонструє більш високу тривожність (9 осіб), стурбованість («F»), меншу емоційну стабільність («C»). Їм властива соціальна боязкість («H»), депресивні тенденції («O»), фрустрованість («Q4»), обачна, але «штучна» поведінка («N»). За результатами методики ІТО Л. Собчик, вони виявляють одночасно високі показники екстраверсії та інтроверсії. Згідно із автором методики, це є передумовою дезадаптації, а також її проявом. У порівнянні з іншими «неуспішними» копінг-стратегіями поведінки, тут дуже чітко представлена «неоптимальність стратегій МПЗ». Назва типу: «Нестабільні амбіверти – неоптимальні, нерезистентні».

Третій тип – єдиний серед «неуспішних» щодо становлення резистентності до професійного вигорання лікарів, котра характеризується чітко вираженою нерезистентністю (14 із 28 осіб). Тобто сама по собі неоптимальність стратегій МПЗ не є чинником успішного становлення резистентності до професійного вигорання. Цікаво, що при високому рівні потреби у спілкуванні у досліджуваних спостерігається знижений рівень міжособистісної чутливості, самовпевненість.

Ймовірно, все це зумовлює труднощі у взаємодії з пацієнтами та колегами, а також створює перепони під час виходу із кризових ситуацій. Назва типу: «Неемпатійні, самовпевнені, нерезистентні».

Серед студентів-медиків, котрі обирають «успішні» копінг-стратегії щодо становлення резистентності професійному стресу, за результатами кластерного аналізу виокремлюються два типи. Перший демонструє екстраверсію (13 із 20 осіб), емоційну стійкість та, водночас, енергійність, соціальну сміливість. У них високий показник «радикалізму» («Q1»), тобто домінують інтелектуальні інтереси, сприйняття нового. Окрім цього, їм притаманна розвинена уява, здатність до абстрагування. Назва типу: «Самодостатні, емоційно стабільні екстраверти – «резистентні».

Другий тип «успішних» студентів-медиків – інтроверти (7 осіб) з високим рівнем особистісної тривожності, більш низьким рівнем «сили «Я» (але не за межею середнього значення) («С»). Вони більш боязкі («Н»), стримані, серйозні та розсудливі («F»). Означений тип демонструє чутливість, підвищене почуття провини («O») та фрустрованість («Q4»). А також вони характеризуються схильністю спиратися більше на факти, ніж на почуття; їм властиво підпорядковувати власну картину світу соціальній реальності та життєдіяльності, швидко приймати однозначні рішення. Представники даного типу консервативні, вважають за необхідне дотримуватися чітких правил та цінностей. Показник резистентності – середній. Назва типу: «Сенситивні консервативні інтроверти – «резистентні».

«Неуспішні» копінг-стратегії у процесі становлення резистентності до професійного стресу – студенти-медики також розподіляються на два типи. Перший тип представляють яскраві екстраверти (12 із 20 осіб), енергійні, сміливі, проте орієнтовані на підтримку групи, конформні, ригідні. Характерним для представників цього типу є те, що вони менше керуються логікою, виявляють схильність до однозначних оцінювань та визначеної, несуперечної картини світу. Назва типу: «Однозначні, конформні, ригідні екстраверти – «нерезистентні».

Другий тип студентів-медиків, котрі використовують «неуспішні» копінг-стратегії у становленні резистентності до професійного стресу – інтроверти, стримані, серйозні, напружені. Більш самодостатні («Q2»), ніж перші, але майже однаково керуються як логікою, так і почуттями. Ще більш яскравою є схильність до однозначних суджень, оцінок, до підтримки простої, чіткої та несуперечливої картини світу. Назва типу: «Стримані, напружені інтроверти – нерезистентні».

За результатами аналізу одержаних кластерних груп, варто відзначити, що самі по собі характеристики стратегій МПЗ не є передумовами «успішності» чи «неуспішності» копінг-стратегій становлення резистентності до професійного вигорання, професійного стресу, вони лише елементи особистісних паттернів, які вміщують риси характеру, особистісні властивості студентів-медиків та лікарів. Інформація щодо означених комплексних індивідуально-психологічних паттернів є більш надійним підґрунтям для пояснення та прогнозу успішності становлення резистентності професійному вигоранню, ніж знання про окремі характеристики МПЗ чи характеру студентів, лікарів.

Слід зазначити, що екстравертовані паттерни рис властиві як «успішним», так і «неуспішним» копінг-стратегіям студентів-медиків. Схожа ситуація із інтровертованими типами. Тому варто проаналізувати, чим відрізняються паттерни рис, що визначають адекватність та успішність їх копінг-стратегій в процесі становлення резистентності до професійного вигорання. Задля цього важливо порівняти екстравертів, що використовують «успішні» та «неуспішні» копінг-стратегії поведінки, зокрема «самодостатніх, емоційно стабільних екстравертів – «резистентних» та «однозначних, конформних, ригідних екстравертів – «нерезистентних». Обидві групи – активні, енергійні, соціально сміливі, у прийнятті рішень, однаково керуються як логікою, так і почуттями, схожими є і прояви оптимальності-неоптимальності стратегій МПЗ. Однак «успішні» виявляють більш високу самодостатність та «силу «Я», мають нижчий за «неуспішних» рівень ригідності.

Здійснимо порівняльний аналіз інтровертів, які застосовують «успішні» та «неуспішні» копінг-стратегії становлення резистентності до емоційного вигорання

– це «сенситивні консервативні інтроверти – «оптимальні» та «стримані, напружені інтроверти – неоптимальні». Характерною є саме яскрава інтроверсія в «успішних». Окрім цього, вища за середній рівень тривожність, а також високий рівень сором'язливості, соціальної тривожності, стриманості, серйозності, керування логікою, ригідність. Відзначені якості, з одного боку, сприяють необхідній розсудливості та схильності до розмірковувань, цілеспрямованості, а з іншого, - благочесності, а також сенситивності в оцінюванні власних зусиль.

Слід зазначити, що, «неоптимальність стратегій МПЗ» є характерною саме для інтровертів, а «оптимальність стратегій МПЗ» - для екстравертів. Можливо, у студентів-медиків вплив на «успішність» копінг-стратегій становлення резистентності здійснює екстраверсія-інтроверсія, а також «стратегії МПЗ», з одного боку, а з іншого, - такий вплив відбувається за принципом взаємодоповнюваності. Тобто, означені властивості є сприятливим підґрунтям двох стратегій «успішного» становлення резистентності професійному вигоранню: 1) екстраверсія із високою оптимальністю МПЗ; 2) інтроверсія з низькою оптимальністю МПЗ. Тобто, екстраверту, менше сконцентованому і цілеспрямованому, у порівнянні із інтровертом, на внутрішній світ, допомагає вирішувати кризові ситуації висока оптимальність стратегій МПЗ. Вона дозволяє розрізняти більш тонкі деталі, аспекти внутрішнього «Я», відтворювати власні цінності й співвідносити їх з реальністю. Екстраверт сильніше, ніж інтроверт, прагне бути зрозумілим оточуючими, що дозволяє йому бути прийнятим. Діяльність у сфері «Людина – Людина» передбачає, що особистість має поєднувати у власній свідомості різні, не завжди співвідносні, моделі реальності, точки зору, позиції. Саме висока оптимальність стратегій МПЗ дозволяє все це досягнути. Втім, екстраверсія надає змогу бути гнучким, «не зациклюватися» на певних картинах світу, динамічно сприймати живу людську реальність.

Інший паттерн – інтроверсія у поєднанні із низькою оптимальністю стратегій МПЗ. «Успішні» копінг-стратегії у становленні резистентності, що використовують студенти-медики, у порівнянні із «неуспішними», виявили стабільність внутрішнього світу, незважаючи на будь-які впливи зовнішньої

реальності. Некомунікабельні, розсудливі, ригідні, послідовні і, водночас, із яскраво вираженою неоптимальністю стратегій МПЗ, вони створюють власні когнітивні конструкти, що уможлиблюють рівновагу системи й виступають стабільною передумовою самозбереження в процесі становлення резистентності, оптимального протистояння професійному вигоранню, професійному стресу. Означені конструкти можуть вважатися іншими спрощеними, але вони задовольняють потребу суб'єкта у стабільності внутрішнього світу. Все це дозволяє означеній групі студентів бути традиційними носіями класичних знань й копінг-стратегій у поведінці.

Стосовно «неуспішних» під час становлення резистентності професійному вигоранню студентів-медиків, варто сказати, що тут виокремлюються паттерни, що заважають успішному виходу із стресових станів: 1) екстраверсія у поєднанні із залежністю від групи та «неоптимальністю стратегій МПЗ; 2) інтроверсія у поєднанні з недостатньою тривожністю та чутливістю, схильністю до категоричності суджень та рішень й «неоптимальністю стратегій МПЗ». На відміну від «успішних» студентів-медиків, для обох груп також характерним є недостатність уяви, здатність до абстрагувань, конкретне мислення. Слід зауважити, що в першій групі труднощі пов'язані з особливостями мислення, а в другій – зі спілкуванням. Обидва когнітивно-характерологічні паттерни, що не сприяють успішності становлення резистентності професійному вигоранню, можна охарактеризувати як: 1) комунікабельні, відкриті, але не можуть мислити абстрактно і самостійно, задіюють неоптимальні стратегії МПЗ; 2) застосовують достатньо оптимальні стратегії МПЗ, але у категоричній формі, виявляють низький рівень комунікативних умінь.

У лікарів екстравертовані типи представлені серед «успішних» та «неуспішних». Успішність становлення резистентності до професійного вигорання лікарями («активні, практичні, конформні екстраверти – «оптимальні») на відміну від «неуспішності» («імпульсивні екстраверти – «неоптимальні» та «неемпатійні, самовпевнені») пов'язана зі сміливістю, емоційною стабільністю. Так, «імпульсивні екстраверти – «неоптимальні» сміливі й активні, але рішення

приймають хаотично, не керуючись фактами, логікою, стабільними принципами (успішні екстраверти – навпаки). Означені індивіди не відповідають специфічним вимогам галузі, а саме – чіткості, підпорядкованості картини світу особистості професійній реальності, а також стабільності і прогнозованості. Неоптимальність стратегій МПЗ, що має вияв у вигляді хаотичності понять, складність та мозаїчність суб'єктивних категорій спричиняють певні труднощі у пізнанні та спілкуванні, взаємодії з оточуючими.

Причини «неуспішності» використання копінг-стратегій поведінки «неемпатійних, самовпевнених неоптимальних» полягають у їх нечутливості до оцінок, залежності від групових норм. Рівень тривоги є нижчим за «успішних» екстравертів, а також нижчим є почуття провини, проте надвисоким – самовпевненість. Негативну роль тут відіграють небажані риси характеру.

Наступний психологічний тип «неуспішних» копінг-стратегій лікарів – «нестабільні амбіверти – неоптимальні». Ймовірно, «неуспішність» становлення резистентності пов'язана у них із вираженими невротичними, депресивними тенденціями. Саме тут зустрічається поєднання неоптимальності стратегій МПЗ. Очевидно це також є чинником «неуспішності» становлення резистентності до професійного вигорання.

Отже, підсумовуючи вищезазначене, слід сказати, що серед медичних працівників виокремлюються три основних характерологічних паттерни, що заважають успішності становлення резистентності до емоційного вигорання у лікарів: 1) самовпевнена нечутливість до оцінок їх роботи найближчим соціальним оточенням; 2) виражена тривожність, напруженість, репресивність у спілкуванні з колегами і пацієнтами; 3) динамічність, життєрадісність зі зниженим самоконтролем і нелогічним для такого середовища стилем поведінки і мислення. За стратегіями МПЗ представники першого типу – переважно неоптимальні стратегії МПЗ, другого – неоптимальні стратегії МПЗ, а третього – неоптимальні стратегії МПЗ.

На третьому етапі, нашого дослідження ми з'ясовували особливості ціннісних орієнтацій студентів майбутніх лікарів, лікарів.

На першому етапі, у відповідності з програмою дослідження, були визначені характер і ступінь переваги різних категорій інших значущих осіб для цієї особистості. З цією метою були перераховані кожним з учнів значимі інші (особи, що здійснюють вплив на особистість) були ним проранжовано за ступенем значущості та віднесені до відповідних категорій. Крім того, учні дали розгорнуті відповіді-характеристики на запитання: «У чому полягає значущість кожного з них для Вас?» Отримані дані піддавалися контент-аналізу і частотному аналізу.

За результатами дослідження безумовний пріоритет був відданий батькам (таблиця 2.8.): першою за значущістю 70,5% юнаків і 74,3% дівчат назвали маму, тому що вона «дала життя», «дбає», «годує, напуває», «хвилюється за мене», «опікає», «робить для мене все» тощо; тато є найбільш значущим для 18,0% юнаків і 6,6 % дівчат. Він служить «опорою», «захищає», «вчить життя», «забезпечує», «дає чоловічі поради» тощо.

Бабуся (1,1% і 4,4%) «виростила», «доглядає», «з нею тепло і добре», вона «завжди зрозуміє і пробачить» і т.ін. Люди, що забезпечують добробут індивіда, закономірно стають значущими для нього. Значимість дідуся (він на першому місці тільки у дівчат-студенток коледжу в 2,5% випадків) проявляється в іншому: він «бере на виставки», «допомагає вибрати напрям у житті», «я його поважаю», «дорожу їм» і тощо. Слід зауважити, що згідно з теоретичною моделлю Е. Еріксона, котрий описав послідовну зміну референтних фігур на різних стадіях життєвого циклу, до юнацького віку особистісний соціально-психологічний простір закономірно повинен сформуватися у такому складі елементів, який і був тут отриманий нами емпіричним шляхом (таблиця 2.8.).

Таблиця 2.8.

Розподіл різних категорій значущих інших в особистісних соціально-психологічних просторах респондентів (%)

Категорія значущих інших	студенти		лікарі		вибірка в цілому		
	юнак	дівч	чо	жінк	чоло	жін	серед
	и	ата	лов.	и	віки	ки	не

мама	72,0	72,5	68,9	76,2	70,5	74,3	72,4
тато	16,0	10,0	20,0	3,2	18,0	6,6	12,3
бабуся		2,5	2,2	6,3	1,1	4,4	2,8
дідусь		2,5				1,3	0,6
брат, сестра	1,3				0,6		0,3
інші родичі		2,5				1,3	0,6
друг (подруга)	6,7		8,9	1,6	7,8	0,8	4,3
кохана людина	4,0	10,0		12,7	2,0	11,3	6,7

Явна схожість відстежується між дитячо-батьківськими відносинами зі старшими братами і сестрами (1,3% у юнаків-студентів). Вони теж «захищають», «розуміють», «радять», «підтримують», з ними часто виникають «довірливі стосунки» тощо. До молодших у самого суб'єкта фактично проявляється «батьківське» ставлення: «маленький пустун», «можу виховати по-своєму», «я завжди поруч», «маленький радує завжди» і тощо. Тут спостерігаються вияви феномена гетерохронного соціально-психологічного дозрівання. Можна стверджувати: той, про кого дбають, у житті якого беруть участь, або мають намір це зробити, також стає значущим для інших. Тобто дві окреслені вище «парадигми» розуміння особистісної значущості повинні бути доповнені: особистісною значимістю наділяються не тільки люди, що впливають на індивіда, а й ті інші, у кому зміни спричинив сам індивід.

Як видно з представлених у таблиці 2.8. даних, 11,3% жінок (з усієї вибірки) першим за значущістю назвали «кохану людину» і 4,0% чоловіків найбільш значимою для себе виділили «кохану». У числі значущих інших були представлені також кращі друзі (7,8% всіх чоловіків і менше 1,0% всіх жінок), рідше - приятелі, товариші по клубу чи секції. Серед відомих людей згадувалися (але ніколи не опинялися на першому місці) політичні лідери, зірки шоу-бізнесу, спорту та

культури («Шевченко - хороший футболіст», «Джекі Чан і Брюс Лі володіють карате і мистецтвом бою», «Шнуров - улюблений співак» тощо). У числі значущих інших називалися іноді комп'ютерний персонаж або домашня тварина («єдиний, з ким я можу поговорити», «... хто мене любить» і т. ін.).

На основі узагальнення представлених суджень про значущість інших для респондентів нами була виділена сукупність емпіричних індикаторів, складових смислових одиниць, які в результаті якісного аналізу були об'єднані в смислові категорії. Отримані категорії ми розглядаємо як критерії значимості інших, уявлення про яких включені в особистісний соціально-психологічний простір. У таблиці 2 показано розподіл виділених критеріїв значимості за ступенем важливості (у відсотках) в даній вибірці. Розглянемо їх детально в тій послідовності, в якій вони подані в таблиці 2.9.

Значимий інший може становити особливу суб'єктивну важливість, необхідність для особистості («єдиний, ким я дорожу», «живу завдяки їй», «людина всього мого життя», «життя без нього втрачає сенс» і т. ін.). У смисложиттєвій потребі проявляється особливий зв'язок особистості з навколишнім соціальним світом, за наявності якої суб'єкт фактично усвідомлює принципову «неможливість існування без цієї людини». Виразність критерію в даній вибірці - 4,88%.

Вага критерію «цінність пов'язаних з іншим почуттів і відносин» (у вибірці складає 24,18%). Значущим іншим для людини завжди стає той, з ким вона пов'язана насамперед почуттями: любові («людина, яка любить мене») і, навпаки, - ненависті, ворожнечі («мій головний ворог» і т. ін.). Значущим може стати і людина, з якою індивід пов'язаний певними відносинами, наприклад, тривалою дружбою («давня дружба», «дружба, яка пережила багато чого») або родинними відносинами («це мій батько», «моя сім'я»), в основі яких часто лежать альтруїстичні мотиви та орієнтації: коли хвилює благополуччя іншого, людина повністю присвячує себе турботі про іншого, наданню йому допомоги, захисту і т. ін.

Показники значущості інших у студентів-медиків (%)

Критерії особистісної значущості інших	Вага за вибіркою %
Важливість, цінність, сутнісна (смісложиттєва) необхідність особистості	4,88
Цінність почуттів і відносин	24,18
Авторитет	8,32
Безумовна довіра до думок, поглядів, оцінок	8,32
Еталон суджень, норм, цінностей, ідеалів	8,32
Приклад для наслідування	8,32
Привабливість фізичного і соціального образу	7,59
Якості та вміння особистості	7,59
Зовнішня привабливість	7,59
Істотна роль у житті	32,99
Забезпечення благополуччя, допомога	32,99
Виховання, навчання, розвиток	32,99
Єдність	12,15
Спільність інтересів, життєвих цілей	12,15
Спільна діяльність, спілкування, дозвілля	12,15
Часова характеристика відносин	9,89
Тривалість відносин	9,89
Частота контактів	9,89
Перспектива майбутніх відносин	9,89

Авторитет (вираженість у вибірці 8,32%). Значимі інші, включені в особистісний соціально-психологічний простір в якості його елементів, можуть ставати еталоном, з яким особистість співвідносить свої оцінки, думки, судження про людей («він для мене - еталон відносин з людьми»), засвоює трансльовані ним «зразки поведінки», «правила життя», життєві принципи, цінності, ідеали й т. ін.

Привабливість фізичного і соціального вигляду, бажання «... бути у всьому схожим зовні і внутрішньо» на свого кумира може призводити до того, що прикладом стає «його вміння жити» або партнерські якості, якими він володіє («відповідальність», «надійність»), властивості його особистості («хороший характер», «щирість»), ставлення до життя («оптиміст»), «стиль в одязі» і т. ін. Виразність критерію в даній вибірці - 7,59%.

Результати нашого дослідження підтверджують вагомість критерію «роль значущого іншого» (вага - 32,99 %). Ступінь впливу інших особливо висока на стадії формування і становлення особистості. При цьому молода людина відзначає як позитивні зміни («відіграв велику роль у моєму житті», «навчив багато чому» і т. ін.), так і дії інших, що інтерпретуються негативно («забороняє робити те, що я хочу», «від них залежить моє майбутнє»). Нерідко значущими іншими суб'єкт визнає тих, у чиєму житті сам приймає участь («я про неї дбаю», «я вірний їм», «ми вмовили його лікуватися»), і тих, хто від нього безпосередньо залежить, про що може згадувати побічно («я завжди з ним поруч, адже йому всього чотири роки») або повідомляти прямо («вони залежать від мене»).

Переживання себе в психологічній єдності з іншими як фактор-критерій (з вагою 12,15%) також представлений в особистісному соціально-психологічному просторі. Об'єднані спільною діяльністю, досягненням спільних цілей суб'єкти стають значущими одне для одного як люди, яких пов'язують спільні інтереси і прагнення, спілкування і дозволя: «цікаво бути разом», «ходити в похід», «займатися спортом» або «разом відпочивати» і т. ін. Часова характеристика відносин (вага у вибірці - 9,89%): значимий інший може знаходитися дуже далеко, але, незважаючи на незначну кількість зустрічей або їх повну відсутність, він не втрачає свого місця в значимому оточенні особистості («близький, хоча живе далеко»). У ході дослідження було виявлено, що вибір різних категорій значущих інших пов'язаний з особливими ціннісними уподобаннями респондентів. У таблицях 2.10 та 2.11 показані групи цінностей, що мають підвищену/знижену вагу у зв'язку з вибраною категорією значущих інших юнаками та дівчатами.

Таблиця 2.10

Значимість категорій «прийняття-неприйняття» в системах ціннісних орієнтацій студентів-медиків

Категорія значущого іншого	Високозначимі цінності (чоловіки)
----------------------------	-----------------------------------

мама	Підвищена значущість цінностей: «впевненість у собі**», «розвиток», «відповідальність», «щастя інших», «раціоналізм»; при зниженій значущості цінностей: «ефективність у справах**», «непримиренність до недоліків*», «пізнання*», «розваги», «краса»
батько	Підвищена значущість цінностей: «ефективність **», «цікава робота», «здоров'я», «продуктивне життя», «непримиренність до недоліків*», «суспільне визнання», «краса природи і мистецтва**»; при зниженій значущості цінностей: «любов*», «щастя інших», «впевненість у собі*», «акуратність», «відповідальність».
бабуся	Підвищена значущість цінностей: «суспільне визнання**», «високі запити», «сміливість у відстоюванні поглядів»; при зниженій важливості цінностей: «самоконтроль», «тверда воля», «здоров'я».
старший брат	Підвищена значущість цінностей: «пізнання**», «розвиток*», «освіченість»; при зниженій значущості цінностей: «вірні друзі», «розваги», «незалежність».
кохана людина, жінка	Підвищена значущість цінностей: «любов*», «відповідальність», «щастя інших», «творчість»; при зниженій важливості цінностей: «впевненість у собі*», «друзі», «суспільне визнання».
кращий друг (подруга)	Підвищена значущість цінностей: «розваги**», «широта поглядів», «друзі», «життєрадісність», «непримиренність до недоліків», «ефективність у справах»; при зниженій значущості цінностей: «пізнання», «розвиток », «освіченість», «чесність*», «щастя інших».
відома всім людина	Підвищена значущість цінностей: «творчість*», «пізнання**»; при зниженій важливості цінностей: «щасливе сімейне життя».

Для чоловіків висока значимість мами пов'язана з підвищеною значимістю вольових цінностей: «впевненість у собі**» ($p = 0,001$), «розвиток», «відповідальність», «щастя інших» ($p = 0,066$), «раціоналізм»; при зниженій значущості активних цінностей: «ефективність у справах**» ($p = 0,000$), «непримиренність до недоліків **» ($p = 0,001$), «пізнання *» ($p = 0,035$), «розваги», «краса». Висока значимість батька для юнаків пов'язана з підвищеною значимістю цінностей продуктивного життя: «ефективність**» ($p = 0,000$), «здоров'я», «цікава

робота» ($p = 0,083$), «продуктивне життя», «непримиренність до недоліків*» ($p = 0,022$), «суспільне визнання», «краса природи і мистецтва**» ($p = 0,004$); при зниженій значущості цінностей міжособистісних відносин: «любов*» ($p = 0,049$), «щастя інших», «впевненість у собі*» ($p = 0,012$), «відповідальність», «акуратність» ($p = 0,083$).

Вибір в якості значущого іншого бабусі пов'язаний з підвищеними вимогами до життя, виражається у високій важливості «суспільного визнання**» ($p = 0,008$), «високих запитів», «сміливості у відстоюванні поглядів», «чесності»; при низькій важливості вольових цінностей: «самоконтроль», «тверда воля», «здоров'я» ($p = 0,098$). Коли найбільш значущим для чоловіка є старший брат, високу значимість мають індивідуальні цінності: «пізнання**» ($p = 0,000$), «розвиток*» ($p = 0,050$), «освіченість»; при зниженій значущості міжособистісних цінностей: «вірні друзі», «розваги», «незалежність».

Висока значимість для чоловіка коханої жінки пов'язана з підвищенням рангу цінностей особистого життя: «любов*» ($p = 0,042$), «відповідальність» ($p = 0,055$), «щастя інших», «творчість»; при зниженій важливості цінностей соціальної успішності: «впевненість у собі*» ($p = 0,045$), «друзі», «суспільне визнання». Виділення як найбільш значущого іншого - кращих друзів (подруг) пов'язане з прагненням юнака до свободи від будь-яких зобов'язань - підвищеною значимістю наділяються такі цінності: «розваги**» ($p = 0,009$), «широта поглядів», «друзі» ($p = 0,092$), «життєрадісність», «непримиренність до недоліків» ($p = 0,057$), «ефективність у справах» ($p = 0,056$); при зниженій значущості цінностей розвитку: «пізнання», «розвиток», «освіченість», «чесність*» ($p = 0,034$), «щастя інших».

У випадках, коли найбільш значущим для чоловіка стає відома людина, відзначено перевагу цінностей самореалізації: «творчість*» ($p = 0,025$), «пізнання**» ($p = 0,003$); при низькій оцінці: «щастя сім'ї» ($p = 0,078$). Система ціннісних орієнтацій жінок, як і ціннісна система чоловіків, багато в чому визначає вибір значущого іншого, але, на відміну від чоловіків, в основі вибору

категорій значущих інших дівчатами лежать інші ціннісні переваги (таблиця 2.11.).

Таблиця 2.11.

Значимість категорій «прийняття-неприйняття» в системах ціннісних орієнтацій студентів-медиків

Категорія значущого іншого	Високочначимі цінності (жінки)
мама	Підвищена значущість цінностей: «здоров'я**», «вихованість**», «старанність», «акуратність», «щастя інших»; при зниженій значущості цінностей: «незалежність**», «свобода**», «розваги».
батько	Підвищена значущість цінностей: «сміливість у відстоюванні поглядів**», «незалежність**», «свобода», «матеріально забезпечене життя», «життєва мудрість»; при зниженій значущості цінностей: «самоконтроль», «вихованість*», «чуйність*», «щастя інших*» і «здоров'я**».
бабуся	Підвищена значущість цінностей: «чесність*», «щастя інших», «вихованість», «ефективність у справах», «освіченість», «пізнання»; при зниженій значущості цінностей: «тверда воля» і «старанність».
дідусь	Підвищена значущість цінностей: «незалежність», «творчість**», «сміливість у поглядах», «чуйність*», «продуктивне життя», «розваги*»; при зниженій значущості цінностей: «любов**» і «здоров'я».
Значущі інші	Підвищена значущість цінностей: «життєва мудрість*», «пізнання**», «свобода*»; при зниженій значимості: «щасливе сімейне життя», «відповідальність», «вихованість».
Коханий, чоловік	Підвищена значущість цінностей: «любов**», «незалежність*»; при зниженій важливості цінностей: «життєва мудрість*», «здоров'я», «цікава робота», «освіченість», «сміливість», «вихованість», «щастя інших».

найкраща подруга	Підвищена значущість цінностей: «продуктивне життя**», «свобода*», «активне життя», «чуйність»; при зниженій значущості цінностей: «щасливе сімейне життя», «здоров'я», «освіченість».
компанія приятелів	Підвищена значущість цінностей: «розваги*», «сміливість», «незалежність»; при зниженій важливості цінностей: «щаслива родина», «освіченість», «відповідальність».

Як показано в таблиці, ціннісні орієнтації жінок, які мають в якості значущого іншого маму, характеризує спрямованість на вольові цінності: «здоров'я**» ($p = 0,001$), «вихованість**» ($p = 0,004$), «старанність», «акуратність», «щастя інших*» ($p = 0,022$); при зниженій значимості цінностей «незалежності**» ($p = 0,000$), «свободи**» ($p = 0,0001$), «розваг» ($p = 0,064$). І, навпаки, висока значимість батька зумовлюється значимістю цінностей незалежності: «сміливість у відстоюванні поглядів**» ($p = 0,009$), «незалежність**» ($p = 0,000$), «свобода» ($p = 0,088$), «матеріально забезпечене життя», «життєва мудрість» ($p = 0,057$); при зниженій значущості вольових та етичних цінностей: «самоконтроль», «вихованість*» ($p = 0,014$), «чуйність*» ($p = 0,048$), «щастя інших*» ($p = 0,022$) і «здоров'я**» ($p = 0,002$).

Високу значущість бабусі, що опікає і піклується, визначає підвищена важливість для дівчат етичних цінностей і цінностей розвитку: «чесність*» ($p = 0,038$), «вихованість», «щастя інших», «ефективність у справах» ($p = 0,055$), «освіченість», «пізнання»; «при зниженій значущості вольових цінностей: «тверда воля» ($p = 0,056$) і «старанність». Висока значимість дідуся пов'язана зі спрямованістю особистості на цінності продуктивного творчого життя: «незалежність», «творчість**» ($p = 0,000$), «сміливість у поглядах», «чуйність*» ($p = 0,032$), «продуктивне життя» ($p = 0,065$), «розваги*» ($p = 0,013$); при зниженій значущості цінностей особистості: «любов**» ($p = 0,008$) і «здоров'я» ($p = 0,083$).

Значимість інших дорослих в житті жінки визначена високим пізнавальним інтересом, підвищену значимість мають: «пізнання**» ($p = 0,000$), «свобода*» ($p = 0,035$), «життєва мудрість*» ($p = 0,026$); при зниженій значущості сімейних

цінностей: «щасливе сімейне життя» ($p = 0,067$), «відповідальність», «вихованість». Висока значимість для жінок коханого чоловіка пов'язана з підвищеною значимістю цінностей особистого життя: «любов**» ($p = 0,001$), «незалежність*» ($p = 0,032$); при зниженій важливості індивідуальних цінностей: «життєва мудрість*» ($p = 0,047$), «здоров'я» ($p = 0,068$), «цікава робота» ($p = 0,061$), «освіченість» ($p = 0,091$), «сміливість» ($p = 0,088$), «вихованість» ($p = 0,083$), «щастя інших*» ($p = 0,028$).

Виділення в якості значущого іншого найкращої подруги обумовлено прагненням жінок до насиченого подіями, цікавого життя. Підвищену важливість для них мають цінності: «продуктивне життя**» ($p = 0,000$), «свобода*» ($p = 0,035$), «активне життя» ($p = 0,083$), «чуйність» ($p = 0,071$); при зниженій значущості пріоритетних за вибіркою цінностей: «щасливе сімейне життя» ($p = 0,067$), «здоров'я» ($p = 0,083$) і «освіченість».

Вибір в якості значущих інших компанії приятелів визначений (подібним з чоловіками) прагненням жінок до життя, сповненого розваг, при абсолютній відсутності зобов'язань, підвищену важливість для них мають: «розваги*» ($p = 0,050$), «незалежність», «сміливість»; при зниженій важливості цінностей: «щаслива родина», «освіченість», «відповідальність». Таким чином, вибір в особистісному соціально-психологічному просторі значущих інших, що належать до різних соціальних категорій, достовірно пов'язаний з різною спрямованістю ціннісних орієнтацій респондентів. Тобто, саме ціннісні переваги (і відкидання) особистості визначають зміст її соціально-психологічного простору.

Результати емпіричного дослідження підтвердили вихідне положення про те, що найбільш значущі інші не завжди виявляються в центральному колі психологічної близькості особистісного соціально-психологічного простору. Крім того, були встановлені суб'єктивні ознаки (індикатори), що стали підставами (або критеріями) психологічної близькості, та визначено категорії найбільш психологічно близьких інших із загальної сукупності значущих інших.

Так, мама названа 72,4 % респондентів (більшість вибірки) як найбільш значимий інший, найбільш психологічно близьким іншим вона є лише для 36,1%

хлопчиків (більше 1/3 вибірки) і 27,1 % дівчаток (більше 1/4 вибірки). Проте тата психологічно близьким вважають 26,0 % юнаків і 15,1 % дівчат, що значно більше, ніж тих, для кого він найбільш значимий інший (відповідно 18,0 % і 6,6 %).

Родинні зв'язки (бабуся і дідусь) (з уявленнями про їх цінності, переваги і т. ін.) займають місця в першому колі близькості - у 7,9 % і 3,3 % випадків відповідно. У решти молодих людей найбільш психологічно близькими є однолітки (друзі, одногрупники тощо). Виділяючи категорії «просто мама», «батько як батько», «друг» або «найкращий друг», суб'єкт розрізняє їх межі. Але, визнаючи різницю відносин, які складаються з ними, людина переносить деякі їх форми, характерні для одного виду відносин, на інші: «друг, але він мені як брат», «ця людина для мене як батько» або, навпаки, «мама, але ми як найкращі подруги». Надаючи таким відносинам додаткові якості, особистість переводить їх на інший, як правило, більш високий рівень.

Таблиця 2.12.

Розподіл різних категорій психологічно близьких інших в особистісному соціально-психологічному просторі (%)

КАТЕГОРІЯ	студенти медичного напряму		лікарі		вибірка в цілому	
	юнаки	дівчата	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Психологічно близькі Інші						
мама	34,1	30,7	38,1	23,4	36,1	27,1
батько	21,9	18,4	30,1	11,7	26,0	15,1
бабуся	3,3	8,2	4,7	15,6	4,0	11,9
дідусь	3,3	6,1		3,9	1,7	5,0
сестра	2,2		1,6	2,6	1,9	1,3
брат	12,1	4,1	3,2	1,3	7,7	2,7
інші родичі	1,1	2,0	1,6	2,6	1,4	2,3
подруга	3,3	8,2	3,2	11,7	3,2	9,9
друг	15,4	2,0	11,1	7,8	13,2	4,9
кохана людина, жінка	2,2	16,3		12,9	1,1	14,6
Одногрупник,	1,1	2,0	1,6	1,3	1,3	1,6

колега						
товариш по секції			3,2		1,6	
компанія, приятелі		2,0		2,6		2,3
значущий інший				2,6		1.3

Аналіз результатів виявив, що уявлення інших, включених в коло (або поле) психологічної близькості, відрізняє «надійність»; на думку респондентів, на них «можна покластися». У реально існуючих відносинах з представниками цієї категорії нерідко відзначається сформована ними атмосфера «близькості», тому особистість, включаючи їх образи в центральне коло психологічної близькості особистісного соціально-психологічного простору, нерідко представляє це коло як поле абсолютної захищеності, «повне довіри», коли «можна поділитися думками» і навіть «розповісти все».

На основі аналізу та групування виявлених суджень респондентів про психологічно близьких інших нами були виділені 6 основних і кілька додаткових критеріїв психологічної близькості.

Таблиця 2.13

**Прояв (у%) критеріїв психологічної близькості інших у студентів
майбутніх лікарів**

Критерії психологічної близькості інших	вага (%) за вибіркою
Важливість, цінність, сутнісна (смысловиттєва) необхідність	9,12
Життєвий орієнтир (близькість за духом)	6,93
Авторитетність особистості, її поглядів (3,85)	6,93
привабливість поведінки і особистісних якостей (3,08)	27,97
Психологічна близькість, спільність (близькість відносин до життя)	27,97
Спілкування, спільне дозвілля (3,21)	27,97
Спільність інтересів, життєвої спрямованості (8,73)	27,97
Відносини спільності (16,03)	17,88
Соціальна захищеність особистості	17,88
Допомога, підтримка, забезпечення благополуччя (11,10)	17,88
Порада, істотна роль у житті (6, 78)	17,88
Психологічна захищеність особистості	29,59
Розуміння (4,19)	29,59

Довіра (4,56)	29,59
Любов (8,26)	29,59
Психологічна доступність іншого (12,58)	29,59
Емоційно-позитивна модальність відносини 8,51	8,51
«Несе позитив» (4,13)	8,51
Симпатія (до душі) (4,38)	8,51

Найбільш високі і в рівній мірі виражені частотні показники у двох критеріях психологічної близькості: «психологічна захищеність» (29,59%) і «психологічна близькість, спільність» (27,97%), що складає близько 2/3 всіх одиниць, і потреба в забезпеченні яких в особистості виявляється найсильнішою. У юнацькому віці особливо виражені потреби в близьких, довірливих відносинах, прийнятті, розумінні, а їх реалізація гарантує особистості почуття психологічної захищеності. Менш вираженими в групах, що вивчалися, стали такі критерії психологічної близькості: «соціальна захищеність особистості» (17,88%); «важливість, цінність, сутнісна (смысловиттєва) необхідність» (9,12%); «емоційно-позитивна модальність відносин» (8,51%); «життєвий орієнтир» (як близькість за духом) (6,93%). Особистість нерідко виділяє особливих інших - «близьких по духу», з якими подобається діяти в якійсь спільноті, бути об'єднаними цілями та інтересами. А єдині ціннісні і життєві орієнтири здатні зближувати як з існуючими реально, так і з віртуальними іншими. Перелік критеріїв, отриманий в результаті аналізу дослідних даних, може вважатися повним. При необхідності він може бути продовжений за рахунок додаткових (більше приватних). Слід зауважити також, що розподіл частот (ваги) критеріїв характерний саме для даного віку.

Таким чином, психологічна близькість в особистісному соціально-психологічному просторі виводиться проективно із сукупності складових: величини психологічної дистанції, векторного напрямку і вираженості емоційно-позитивного ставлення до значимого іншого. Викладені на цьому етапі результати дозволяють визначити особливості формування, основні елементи і деякі компоненти особистісного соціально-психологічного простору, не даючи повного уявлення про його структуру. Вирішити дану проблему дозволила статистична обробка даних, отриманих за методикою «Значуще оточення», в якій для

виконання функцій вимірювального інструмента кожна з виявлених емпіричних одиниць особистісної значущості була представлена як система заходів, що мають різну ступінь вираженості.

У підсумку факторного аналізу дискограм по всій вибірці виділені три основні чинники, які визначають структуру особистісного соціально-психологічного простору, пояснюючи 88,32 % дисперсії.

Перший фактор - значимість оточення для особистості (36,65%) - включав такі характеристики статусу та авторитету (престиж і перевагу, керівництво та управління, повага до думки, приклад для наслідування), окремі характеристики відносин (підтримка, захист, тиск і залежність), а також цінність, незамінність іншого, важлива роль іншого у своєму житті, тимчасова характеристика відносин, які показують значимість інших для суб'єкта формування простору.

До другого фактору – значущість особи для її просторового оточення - з вагою 34,24% увійшли складові статусу та авторитету (компетентність, повага до думки, приклад для наслідування), характеристики відносин (підтримка, турбота, допомога, занепокоєння, забезпечення благополуччя), незамінність особистості для іншого, важлива роль особистості в житті іншого, які є показниками значущості суб'єкта формування простору для кожного із зазначених респондентами значущих інших.

Третій фактор - психологічна близькість (17,43 %) - складають психологічна дистанція, виражена взаємна симпатія, характеристики відносин (надійність, стійкість, турбота про благополуччя один одного).

Як свідчать результати дослідження, саме критерій «психологічні відносини», маючи найбільшу вагу, стає визначальним при виділенні значущих і психологічно близьких інших, уявлення про яких і ставлення до яких особистість формує, базуючись на їх поведінці в міжособистісних відносинах та відповідності даної поведінки уявленням про бажане і належне на основі власних ціннісних орієнтацій. У той же час, психологічно близькі та значимі інші (частина з яких існує лише у свідомості), введені особистістю в її соціально-психологічний простір, стають для неї не тільки прикладом поглядів, моральних і ціннісних

орієнтирів, але й зразком поведінки і відносин з людьми. Таким чином, стиль ставлення до людей особистості буде багато в чому визначено її уявленням про стилі ставлення до оточуючих значущих і психологічно близьких інших її соціально-психологічного простору.

У нашому випадку типологія, складена на основі самооцінювання респондентами свого, а також акредитуючого (спостережуваного або передбачуваного) стилю ставлення до оточуючих усіх, включених в особистісний соціально-психологічний простір, дозволяє наблизитися до розуміння не тільки індивідуального, але й побачити типове в уявленні про особистісно значущих інших та їх ставленні до оточуючих.

Щоб найбільш повно уявити всю просторову систему одночасно з вивченням стилю ставлення особистості до людей, визначалися стилі ставлення до людей значущих і психологічно близьких інших особистісного соціально-психологічного простору.

Належність до *першого (I) типу*, яка проявилась у більшій частині студентів майбутніх лікарів, (22,5 %) і більшості психологічно близьких для них інших (27,8 %), а також у чималій частині значущих інших (27,3 %), характеризує відповідально-доброзичливу особистість, впевнену в собі, доброзичливу, готову до співпраці, ввічливу, делікатну, чуйну і безкорисливу, схильну довіряти, піклуватися про інших.

Другий (II) тип - особистість, схильна до лідерства, надобов'язкова-конвенціональна особистість - більшою мірою притаманна значущим іншим (34,3% від загального їх числа), найменшою - старшокласникам (16,7%) і психологічно близьким для них іншим (17,4%). Це авторитетний, гіперсоціальний, але великодушний тип, що прагне в усьому допомагати і наставляти, орієнтований на соціальне схвалення осіб.

Належність до *третього (III) типу* особистості - владної, компетентної, незалежної, наполегливої, що не схильна до взаємодопомоги і не прагне брати на себе чужі обов'язки - виявилася різною мірою у різних категорій людей. У цю

групу увійшли 19,6% учнів, 11,2% значущих і 19,6% психологічно близьких інших.

Четвертий (IV) тип - залежна недружня особистість, що поєднує в собі недовірливість і агресивність, запальність і образливість - з одного боку, а з іншого - покірну залежність і слухняність, готовність співпрацювати і повну залежність від чужої думки. Такий тип особистості розповсюджений серед студентів (19,3%), але надзвичайно рідко виявлявся у значущих (8,4%) і психологічно близьких інших (12,8%).

П'ятий (V) тип - тип особистості - щирої, безпосередньої, впевненою в собі, з низькою потребою у сторонній допомозі, найбільш часто зустрічався серед психологічно близьких (22,4%), рідше - серед значущих інших (18,8%), у респондентів - у 21,9% випадків.

Таблиця 7.

Представленість емпірично виявлених типів особистості серед респондентів, психологічно близьких і значущих інших (%)

Розподіл за типами особистості	І тип	ІІ тип	ІІІ тип	ІV тип	V тип
суб'єкт побудови простору	22,5	16,7	19,6	19,3	21,9
психологічно близький інший	27,8	17,4	19,6	12,8	22,4
значимий інший	27,3	34,3	11,2	8,4	18,8

Тип особистості орієнтований на цінності взаємин: досить високо цінує «наявність друзів», «любов*», «життєрадісність», «щасливе сімейне життя*», «щастя інших», «здоров'я», «широту поглядів» і «чесність». Малозначущі: «матеріальна забезпеченість*», «впевненість у собі», «пізнання*», «акуратність» і «відповідальність».

Другий тип особистості відрізняє спрямованість на забезпечене, вільне від зобов'язань та відносин життя, повне розваг. Високозначущі для особистості цінності-цілі - «матеріальна забезпеченість», «свобода», «активна діяльне життя», «розваги», з цінностей-засобів переважають «тверда воля*» і «акуратність». Найменш значущі, порівняно з іншими типами особистості, «наявність друзів», «щасливе сімейне життя*», «любов*», «щастя інших», «життєрадісність», «вихованість*» і «старанність».

Четвертий тип, орієнтовані на цінності соціального визнання. Значно вище від інших вони оцінюють «впевненість у собі», «любов*», «суспільне визнання», «непримиренність до недоліків*», «незалежність*», «сміливість у відстоюванні поглядів» і «терпимість» як якість, що характеризує оточуючих людей.

П'ятий тип особистості, демонструють орієнтації на професійну реалізацію: «цікава робота*», «продуктивне життя», «пізнання», «вихованість», «впевненість у собі», «високі запити і вимоги до життя», «самоконтроль». При цьому, найменш значущими є: «любов*», «сміливість». У відстоюванні орієнтацій психологічно близьких інших I типу особистості з ціннісними орієнтаціями, що їх обрали респонденти, виявлено найбільше число релевантних ($p < 0,01$) кореляційних зв'язків.

Результати дослідження ціннісних орієнтацій психологічно близьких інших виявленого II типу особистості свідчать про незначну кількість кореляційних значущих зв'язків з ціннісними орієнтаціями респондентів. Кореляції, виявлені між тими ж блоками цінностей, які корелювали зі значущим іншим (II тип).

У ході дослідження зв'язків експонованих ціннісних орієнтацій психологічно близьких інших (IV тип) з ціннісними орієнтаціями особистості були виявлені як позитивні зв'язки (у блоці цінностей творчої самореалізації), так і негативні високозначущі кореляції (цінність «непримиренність до недоліків у собі та інших»)

З уявними ціннісними орієнтаціями психологічно близьких інших, віднесених до V типу особистості, виявлені найбільш високо значущі кореляційні зв'язки ціннісних орієнтацій респондентів в оцінках вольових цінностей. Таким чином,

аналіз рангових кореляцій між ціннісними орієнтаціями особистості та уявними ціннісними орієнтаціями значущих і психологічно близьких інших, обумовлених типом транслятора їх особистості, виявляє серед термінальних цінностей значну кількість позитивних зв'язків.

Розгляд особистісних соціально-психологічних просторів, що формуються респондентами з різними типами особистості, дозволив нам виявити деякі закономірності, пов'язані з їх поелементним наповненням і, відповідно, різним змістом. Переглянувши всі можливі поєднання характеристик експонованих значущих і психологічно близьких інших, що вводяться в просторі, ми визначили стратегію в організації особистісного соціально-психологічного простору особистістю кожного типу. Під стратегіями формування ми розуміємо ті форми і способи, які застосовує особистість у ході організації власного життя і в процесі формування особистісного соціально-психологічного простору, включаючи в нього значно частіше саме тих особистісно значущих інших, чиє репрезентоване ставлення до оточуючих викликає у даного типу особистості особливе прийняття або особливу зацікавленість.

Для виявлення закономірностей ми проаналізували всі 125 можливих поєднань (типів особистості, значущих і психологічно близьких інших) по 25 для кожного з п'яти типів особистості. З'ясувалося, що такі закономірності існують. Так, І тип - відповідальна, товариська особа; впевнена в собі, доброзичлива, чуйна і безкорислива, готова до співпраці, в особистісний соціально-психологічний простір набагато частіше за інших включає (у 42% випадків) інших з тим же І або подібним з ним V типом особистості (ширих, самостійних, реалістичних, але не схильних до співпраці). При цьому представники V типу також воліють до свого соціально-психологічного простору включати (у 43% випадків) значущих і психологічно близьких інших, що належать тільки до V і І типів особистості (4 поєднання з 25), вдаючись в одних випадках (частіше у чоловіків) до стратегії ТОЕ, і в інших (частіше у жінок) - комплементарності. Крім того, загальна орієнтація на цінності пізнання і освіти характеризує представників І типу, корелює з орієнтацією на цінності самореалізації особистості V типу. Значущі

відмінності між даними (I і V) типами особистості спостерігаються в оцінці етичних цінностей: представники I типу значно вище (за умовою I-Манна-Уїтні) цінують «сміливість у відстоюванні поглядів**» ($p = 0,001$) і «чесність*» ($p = 0,02$), а представники V типу особистості досить високо цінують «непримиренність до недоліків*» ($p = 0,04$).

Представники II типу - надобов'язкові, конвенційні і підкреслено альтруїстичні особистості, орієнтовані на соціальне схвалення, тому до свого соціально-психологічного простору найбільш часто (у 38% випадків) включають значущих і психологічно близьких інших з тим же II типом особистості. В основі їх відносин лежить властиве даному типу прагнення до співпраці і схвалення, зокрема, спостерігається взаємне схвалення систем ціннісних орієнтацій, в яких не виявлено значущих відмінностей.

Прагнення допомагати іншим, високий ступінь обов'язковості і навіть гіперсоціальність значущих інших II типу особистості необхідні для особистості протилежного III типу – владної, наполегливої, незалежної і несхильної до взаємодопомоги. М'якість і великодушність осіб II типу дозволяють особистості III типу задовольняти властиву їй потребу в перевазі, хоча поради перших, нав'язливе прагнення допомагати ведуть нерідко до нестриманості, дратівливості особистості III типу, що пояснює значну кількість виявлених значущих відмінностей між даними (II і III) типами особистості: у належних до III типу вище підозрілість (L^{**}) ($p = 0,0002$), тривожність ($F1^{**}$) ($p = 0,003$), заклопотаність (F^*) ($p = 0,027$), ініціативність ($F4^*$) ($p = 0,025$), незалежність ($Q2^*$) ($p = 0,006$) і, навпаки, низька емоційна стійкість (C^*) ($p = 0,044$) (за 16PF-опитувальником Р.Кеттелла) та інтернальність в галузі невдач* ($p = 0,023$) (за ДМО Л. Собчак).

Психологічна близькість у особистості III типу виявилася лише з представниками того ж III типу - взаємна передбачуваність, тотожність сприяли її виникненню. Тобто, формуючи свій простір, особистість III типу використовує стратегії суперництва в поле значущості та тотожності в колі психологічної близькості.

Особистість IV типу - залежна, недружелюбна, що поєднує недовірливість, агресивність, запальність і образливість, - з одного боку, і покірність, повну залежність від чужої думки - з іншого. Люди, що належать до даного суперечливого типу, використовують різні стратегії формування свого соціально-психологічного простору: а) найбільш часто (в 17% випадків) використовуючи стратегію тотожності, в простір включаються значимі і близькі інші з тим же IV типом особистості, подібними поглядами на життя, стилем поведінки і ставленням до оточуючих, б) дещо рідше (у 13% випадків) використовуючи стратегію додатковості, в простір включаються і значущі, і психологічно близькі з протилежними I типом (відповідальний, дружелюбна особистість) і в 14% випадків - з II типом особистості (схильна до лідерства особистість) - тобто тоді, коли значимий і психологічно близький інший з надлишком наділені тими якостями, в яких істотна потреба у суб'єкта, що формує простір. В інших 56% випадках зустрічався значущий інший з решти 22-х варіантів організації простору (з частотою від 0 до 3%).

Таким чином, висвітлення особистісного соціально-психологічного простору, який вибудовується різними типами особистості, дозволило виявити деякі закономірності, пов'язані з різним його вмістом, визначеним різним поелементним наповненням, що дає можливість говорити про різні типи сформованих особистісних соціально-психологічних просторів. Соціально-психологічний простір, на нашу думку, є суттєвим чинником становлення резистентності до емоційного вигорання у лікарів та вагомим чинником рекзистентності до емоційного вигорання у майбутніх лікарів.

Дискримінантний аналіз дозволив встановити передбачувану точність виявленої типології особистісного соціально-психологічного простору. Залежною змінною у дискримінантному аналізі, як і раніше, є емпірична типологія особистості. Предикторами, включеними в рівняння регресії, являється сукупність дослідницьких даних по кожному респонденту. Точність класифікації при даному наборі дискримінантних змінних (дискриптор) склала 98,2%. Таким чином, представлені результати дозволяють стверджувати, що кожному з п'яти виділених

типів особистості відповідає характерний тип особистісного соціально-психологічного простору, сформованого переважно з використанням стратегії, властивої даному типу особистості.

У колі значущості структури цінностей студентів майбутніх лікарів, лікарів ціннісні орієнтації суттєво відрізнялись від термінальних цінностей. Значимо (*): вище оцінювалися чоловіками: «наявність друзів*» ($p = 0,018$), «розваги*» ($p = 0,047$), «сміливість у відстоюванні поглядів*» ($p = 0,029$), а нижче оцінювалася ними «життєва мудрість*» ($p = 0,002$). Такі результати передбачувані у зв'язку з віковими відмінностями респондентів і більшої частини їх значущих інших. На другому етапі квазіексперименту для чоловіків значно (*) зріс ступінь значимості інструментальної цінності «тверда воля*». В цілому, виявлено посилення подібності в ціннісних структурах чоловіків з ціннісними структурами значущих інших.

Структури цінностей жінок, судячи з сукупності значущих (*) відмінностей, будуються відносно автономно від впливу значущих інших. Виявлені на першому зрізі у великій мірі незалежні цінності-цілі («любов», «наявність друзів»), на другому зрізі доповнилися необхідними для досягнення наявних цілей цінностями-засобами (інструментальними), що суттєво (*) відрізняються від експонованих пріоритетних цінностей-засобів значущих інших.

Таблиця 2.14.

Значущі відмінності між структурою ціннісних орієнтацій особистості й структурою експонованих ціннісних орієнтацій значущих інших у студентів

Цінності, вище оцінювані респондентами (КГ)	Значимість відмінностей	Цінності, вище оцінювані значущими іншими	Значимість відмінностей
1 зріз (чоловіки)			
Наявність друзів	0,018*	Життєва мудрість	0,002**
Сміливість у відстоюванні поглядів	0,029*		
Розваги	0,047*		

2 зріз (чоловіки)			
Тверда воля	0,0002 ***		
1 зріз (жінки)			
Любов	0,0001 ***	Життєва мудрість	0,0001***
Наявність друзів	0,0001 ***	Щастя інших	0,012*
Суспільне визнання	0,049*	Продуктивне життя	0,015*
Чесність	0,001**		
2 зріз (жінки)			
Любов	0,0001 ***	Життєва мудрість	0,0058**
Наявність друзів	0,0001 ***	Продуктивне життя	0,040*
Чесність	0,036*	Суспільне визнання	0,0004***
Життєрадісність	0,022*	Старанність	0,009**
Освіченість	0,025*		

Такими важливими інструментальними цінностями, які проявляються через особистісні якості, у жінок, крім «чесності», стали: «освіченість *» і вміння радіти життю - «життєрадісність *», разом з тим, знизився ранг «старанності *», що має для значущих інших особливу значущість.

У колі психологічної близькості у чоловіків (контрольна група) виявлено незначна кількість суттєвих відмінностей між структурами ціннісних орієнтацій особистості і експонованих ціннісних орієнтацій психологічно близьких інших: найбільше відмінностей виявлено в оцінках інструментальних цінностей (зокрема, в блоці вольових цінностей); в оцінках термінальних цінностей, навпаки, відзначається їх ідентичність. У динаміці ж простежується зближення досліджуваних ціннісних структур.

У структурі ціннісних орієнтацій жінок відзначається більш висока, ніж для експонованих психологічно близьких інших оцінка термінальних цінностей:

«здоров'я», «любов», «наявність друзів», «щаслива родина» тощо - блок конкретних цінностей.

Таблиця 2.15.

Значущі відмінності між структурами ціннісних орієнтацій особистості й експонованих ціннісних орієнтацій психологічно близьких інших у лікарів

Цінності, вище оцінювані респондентами (КГ)	Значимість відмінностей й	Цінності, вище оцінювані психологічно близькими іншими	Значимість відмінностей
1 зріз (чоловіки)			
Здоров'я	0,0001* **	Ефективність у справах	0,054
Освіченість	0,006**		
Відповідальність	0,047*		
Вихованість	0,03*		
2 зріз (чоловіки)			
Розвиток	0,017*		
Вихованість	0,027*		
1 зріз (жінки)			
Здоров'я	0,033*		
Любов	0,00003 ***		
Наявність друзів	0,0001* **		
Щасливе сімейне життя	0,0018* *		
Вихованість	0,03*		
Освіченість	0,006**		
Чесність	0,035*		
Терпимість	0,02*		
Сміливість у відстоюванні поглядів	0,047*		
Суспільне визнання	0,010**		
2 зріз (жінки)			
Здоров'я	0,08	Ефективність у справах	0,012*
Любов	0,016*	Розваги	0,057
Наявність друзів	0,0001*		

	**		
Освіченість	0,0006*		
Щасливе сімейне життя	0,053		
		0,001	

* p < 0,05 ** p < 0,01 ***p < 0,001
* P < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Слід підкреслити, що порівняно більш високий ранг отримують етичні цінності і цінність «освіченість», а нижчий (в тенденції) - значимість «розваг». Враховуючи значну кількість виявлених відмінностей в оцінках базових цінностей, можна вважати, що в основі вибору складу психологічно близьких інших тут лежали інші критерії, ніж «близькість цінностей і цілей». Тим не менш, в динаміці простежується деяке зближення досліджуваних ціннісних структур. Таким чином, у чоловіків з контрольної групи реєструвалося зближення цінностей-цілей з цінностями-цілями значущих інших, а цінностей-засобів - з цінностями-засобами психологічно близьких інших. У жінок з контрольної групи суттєво збільшуються кількість значущих відмінностей у структурах цінностей особистості і значущих чи психологічно близьких інших. Це свідчить, про те, що, вибудовуючи свою структуру цінностей, особистість не бере за зразок ціннісні орієнтації значущих і психологічно близьких інших, а, навпаки, відштовхуючись від них, здійснює самостійний вибір ціннісних пріоритетів, приймаючи незалежні рішення.

Експериментальна група. У колі значущості (таблиця 2.16) відзначається наявність суттєвих (*) відмінностей у структурах ціннісних орієнтацій чоловіків-студентів зі структурами ціннісних орієнтацій значущих інших, що можна пояснити наслідком переходу даних респондентів у нове середовище, з іншим простором соціальних відносин.

Таблиця 2.16.

Значущі відмінності між структурою ціннісних орієнтацій особистості і структурою експонованих ціннісних орієнтацій значущих інших в особистісних соціально-психологічних просторах студентів (контрольна група) (ЕГ)

Цінності, оцінювані респондентами-студентами (ЕГ)	Значимість відмінностей	Цінності, оцінювані значущими іншими	Значимість відмінностей
1 зріз (юнаки, 1 курс)			
Наявність друзів	0,0007**	Життєва мудрість	0,002*
Вихованість	0,009**	Творчість	0,026*
Терпимість	0,006**	Непримиренність до недоліків	0,002*
Чесність	0,003**	Високі запити до життя	0,003*
Життєрадісність	0,001**		
2 зріз (юнаки, 2-й курс)			
Наявність друзів	0,0000**	Життєва мудрість	0,0001***
Сміливість у відстоюванні поглядів	0,025*	Краса природи і мистецтва	0,02*
		Щастя інших	0,005*
1 зріз (дівчата, 1-й курс)			
Любов	0,006**	Продуктивне життя	0,042*
Наявність друзів	0,03*	Високі запити до життя	0,047*
2 зріз (дівчата, 2-й курс)			
Любов	0,001**	Життєва мудрість	0,0001***
Наявність друзів	0,005**		

* p < 0,05 ** p < 0,01

***p < 0,001

Аналіз результатів обох дослідних зрізів і виявлена більша схожість ціннісних структур юнаків-студентів та їх значущих інших через рік дає підстави для висновку, що в періоди адаптації особистості в нових умовах, яка веде до перебудови особистісного соціально-психологічного простору, підвищується важливість окремих особистісних якостей, і на перший план висуваються інструментальні цінності, які в періоди інтеграції в середовищі повертаються на звичні позиції і більш помітними стають відмінності в цінностях-цілях (таблиця 2.16). У першу чергу це стосується ціннісних пріоритетів, домінуючих в ціннісній структурі юнаків-студентів.

У дівчат з експериментальної групи пережиті зміни соціального плану, зміна освітньої системи (перший зріз) зближують їх структуру ціннісних орієнтацій зі структурою експонованих ціннісних орієнтацій значущих інших, які і є у важкі періоди життя еталоном поглядів на світ або ціннісним і моральним ідеалом. На другому зрізі лише стійкі ціннісні пріоритети «любов*» і «друзі*» залишаються, як і раніше, найбільш значущими, вище оцінюваними дівчатами, ніж їх значущими іншими, незважаючи ні на які зміни соціального плану.

У колі психологічної близькості структури ціннісних орієнтацій юнаків-студентів і експонованих ціннісних орієнтацій психологічно близьких інших наявна велика кількість суттєвих (*) відмінностей у пріоритетах, причому на другому зрізі відмінності виявлені ті ж, що були відзначені на першому зрізі. Це є свідченням незначної динаміки відмінностей.

Таблиця 2.17.

Значущі відмінності між структурою ціннісних орієнтацій особистості й структурою експонованих ціннісних орієнтацій психологічно близьких інших в особистісних соціально-психологічних просторах студентів (експериментальна група) (ЕГ)

Цінності, вище оцінювані респондентами-студентами (ЕГ)	Значимість відмінностей ей	Цінності, оцінювані психологічно близькими іншими	Значимість відмінностей

1 зріз (юнаки, 1-й курс)			
Наявність друзів	0,002*	Активне діяльне життя	0,002**
	*		
Освіченість	0,03*	Життєва мудрість	0,003**
Сміливість	0,04*	Краса природи	0,047*
відстоюванні думки		мистецтва	
Чесність	0,02*	Високі запити	0,04*
		Акуратність	0,02*
2 зріз (юнаки, 2-й курс)			
Наявність друзів	0,0000	Активне діяльне життя	0,039*

Чесність	0,02*	Життєва мудрість	0,002**
		Краса природи	0,002**
		мистецтва	
		Продуктивне життя	0,0006*
			**
		Раціоналізм	0,005**
1 зріз (дівчата, 1-й курс)			
Любов	0,01*	Пізнання	0,049*
Щасливе сімейне життя	0,008*	Акуратність	0,039*
	*		
		Високі запити	0,02*
2 зріз (дівчата, 2-й курс)			
Любов	0,02*		
Чесність	0,048*		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

На основі отриманих результатів можна зробити висновок: у юнаків з експериментальної групи відстежується тенденція до збільшення відмінностей зі значимими і психологічно близькими іншими в цінностях-цілях (термінальних) і зменшення відмінностей в цінностях-засобах (інструментальних). Очевидно, майбутні життєві зміни, що ведуть до змін в особистісних соціально-психологічних просторах респондентів, впливають, в першу чергу, на інструментальні цінності молодих людей, які, виходячи на перший план, забезпечують особистості пристосування до нових умов і обставин (реалізовані у виборі нових значущих інших і введенні їх у свій простір). У дівчат відзначаються

мінімальні, але стійкі відмінності зі значущими іншими при зменшенні відмінностей у ціннісних орієнтаціях з психологічно близькими іншими.

Узагальнюючи наявні результати, слід зазначити, що найбільш виражене зміщення в рангах цінностей за умовою Г-Вілкоксона спостерігається саме в експериментальній групі, в структурі ціннісних орієнтацій юнаків-студентів (** $p = 0,004$); у дівчат-студенток значущих змін відзначено не було. І, навпаки, у контрольній групі динаміка в системі цінностей була виявлена тільки у дівчат (на рівні тенденції, $p = 0,062$); у юнаків достовірних змін не було виявлено. Оцінка зміщення значущості окремих цінностей за умовою Г-Вілкоксона в структурах ціннісних орієнтацій респондентів контрольної та експериментальної груп показала таке:

- у ціннісних орієнтаціях респондентів, включених в контрольну групу, спостерігається зменшення значущості цінностей «старанність*» ($p = 0,033$), «цікава робота*» ($p = 0,028$), «пізнання» ($p = 0,086$), «розвиток» ($p = 0,085$) при підвищенні значущості цінностей: «суспільне визнання*» ($p = 0,011$), «тверда воля*» ($p = 0,030$), «краса природи і мистецтва*» ($p = 0,027$), «щасливе сімейне життя» ($p = 0,078$) і «щастя інших» ($p = 0,093$). Тобто, закінчення школи для юнаків і дівчат пов'язано із ухиленням від вимог шкільного середовища, декларованих нею цінностей і надією на майбутню соціальну успішність. Наголошувані при цьому явні протиріччя у блоці вольових цінностей, демонструючи незрілість намірів, характеризують нестійку, не цілком сформовану систему ціннісних орієнтацій особистості;

- ієрархія цінностей респондентів, включених в експериментальну групу, характеризується деяким зниженням (на рівні тенденції, $p < 0,1$) рангу цінностей «пізнання», «ефективність у справах», «активне діяльне життя», «наявність друзів», «незалежність» і значним підвищенням рангу цінностей «щастя інших*» ($p = 0,050$), «щасливе сімейне життя» ($p = 0,093$), «життєрадісність» ($p = 0,089$) і «чесність» ($p = 0,099$). Таким чином, зміни в ціннісних орієнтаціях особистості, яка перебудовує свій соціально-психологічний простір у новому навчально-професійному середовищі, пов'язані зі зниженням цінностей активного життя при

значному посиленні цінностей міжособистісних відносин, характеризуючи цілком узгоджену, достатньо сформовану систему ціннісних орієнтацій особистості.

Порівняння даних із застосуванням критерію Фрідмана підтверджує значимість (* $p = 0,038$) відмінностей за структурно-динамічними характеристиками ціннісних орієнтацій між респондентами контрольної та експериментальної груп. Таким чином, сформований в різних умовах (щодо незмінних - у контрольній групі і змінених - в експериментальній) особистісний соціально-психологічний простір зумовлює різну за спрямованістю динаміку і різну за характером сформованості структуру ціннісних орієнтацій особистості.

Вивчення особистісного соціально-психологічного простору і окремих експонованих характеристик значущих інших шляхом квазіексперименту, а також проведений якісний аналіз дозволив встановити, що значущих інших, крім іншого, відрізняють різні стилі відносин і взаємодій. При цьому вони прямо або побічно характеризуються різною стратегією встановлення і підтримки контролю, мають різний статус і авторитет тощо, що дозволяє нам на цій підставі розподілити значущих інших на дві групи. Представники однієї групи значущих інших характеризуються вираженою асиметрією соціального контролю, який об'єктивується у званнях, посадах, віці, середовищі, визнаних знаннях і навичках, делеговане право приймати рішення за інших - більш високий статус. Представники іншої групи значущих інших характеризуються відносно рівним становищем, знаннями, навичками, віком і рівним соціальним статусом. Представників третьої групи, найбільш значущих інших з більш низьким соціальним статусом не виявлено в силу вікових особливостей респондентів.

Поділ виявлених значущих інших за описаними ознаками такого критерію значущості як статус на дві групи: «високостатусні» і «рівностатусні» дозволяє розглянути узагальнено їх рух у полі значущості мінливого особистісного соціально-психологічного простору. Так, у контрольній групі у юнаків на другому зрізі (у випускних класах) спостерігається посилення значущості представників «високостатусних» інших в 54,2% випадків, і лише у 20,8% учнів виявилось підвищення значимості «рівностатусних» інших.

В експериментальній групі юнаки відзначають у рівній мірі посилення значимості і «високостатусних» інших (38,3%), і «рівностатусних» інших (38,3%). При цьому в однакої кількості юнаків з контрольної (25,0%) та експериментальної (23,4%) груп не виявлено змін в особистісних соціально-психологічних просторах. У дівчат значимість «високостатусних» інших підвищилася у 33,3% представниць експериментальної групи і лише у 12,8% представниць контрольної групи. І, навпаки, лише для 13,4% дівчат з експериментальної групи, і 35,9% дівчат з контрольної групи зросла значимість «рівностатусних» інших. При цьому у більшій частині дівчат контрольної (53,3%) та експериментальної (51,3%) груп ранги значущих інших не змінилися. Таким чином, у дівчат в колі значущості спостерігаються менші, ніж у юнаків зміни.

Аналіз показав, що в середньому у 56,0% юнаків з контрольної групи до випускного класу школи спостерігається посилення психологічної близькості (зменшення психологічної дистанції і зміни інших складових психологічної близькості) з «родинними-іншими». І лише у незначній їх кількості (19,5%), посилюється психологічна близькість з «не-родинними-іншими». Юнаки з експериментальної групи, на відміну від перших, зближуються в переважній більшості випадків (43,5%) саме з «родинними-іншими». З «не-родинними-іншими» рідше - в 34,8% випадків. При цьому у юнаків з контрольної групи (24,5%) і того ж числа юнаків з експериментальної групи (21,7%) виявилася відносна стійкість позицій психологічно близьких інших у структурі простору.

У сфері психологічної близькості у більшій частині дівчат з експериментальної (46,1%) та контрольної (45,9%) груп відзначені значні зміни в напрямку зближення в особистісних соціально-психологічних просторах «не-родинних-інших». Значна кількість дівчат з контрольної групи (35,2%) в період випускних іспитів продемонстрували більш близькі зв'язки з «родинними-іншими», в порівнянні з минулим роком, і, навпаки, лише невелика частина дівчат з експериментальної групи (20,0%) вважали за краще посилити психологічну близькість з «родинними-іншими». Третина дівчат з експериментальної (33,3%) і

лише чверть з контрольної групи (18,9%) залишили психологічно близьких інших на звичних позиціях в особистісних соціально-психологічних просторах.

Виявилось, що зміни, виражені в посиленні значущості «високостатусних» інших в особистісних соціально-психологічних просторах, ведуть до зміни окремих вимірюваних особистісних характеристик респондентів з обох груп.

Так, для досліджуваних контрольної групи пріоритетні на першому зрізі етичні та міжособистісні цінності: «вихованість» (2 ранг), «відповідальність» (4 ранг), «любов» (3 ранг), «друзі» (5 ранг) і «щаслива родина» (6 ранг), при незмінно першочергових цінностей «здоров'я» (1) значно знизили свій ранг, поступившись місцем на другому зрізі індивідуальним цінностям: «тверда воля» (2), «матеріальна забезпеченість» (4), «освіченість» (5), з посиленням значущості «щасливої родини» (3). Суттєві зміни відбулися в середній частині структури: цінність «широта поглядів*» з малозначущих перемістилася на середні позиції ($p = 0,021$), і, навпаки, цінність «щастя інших» змістилась у розряд незначущих ($p = 0,082$).

У досліджуваних експериментальної групи домінуючі на першому зрізі цінності особистого життя: «любов» (1) і «щаслива родина» (2) поступилися місцем у верхній частині структури більш важливими в нових умовах цінностям: «наявність друзів» (1), «здоров'я» (2), «вихованість» (3). З числа більш значущих (*) в нижню частину структури перемістилися етичні і вольові цінності: «чесність» і «тверда воля*» ($p = 0,012$), а цінності міжособистісних відносин: «вихованість», «терпимість*» ($p = 0,044$), «впевненість у собі», і «активне життя*» ($p = 0,037$) різко збільшили на 2-му зрізі свою значимість.

Досліджувані з контрольної групи, для яких значимість «рівностатусних» інших зростає, продемонстрували на першому зрізі ціннісну систему психологічно незрілої особистості, у якій пріоритетними є цінності: «незалежність», «розваги», «друзі», «матеріальна забезпеченість» при реалізованій базовій цінності «здоров'я». У досліджуваних (другий зріз) в ціннісних орієнтаціях сталися трансформації: на першу позицію піднялась «освіченість» і підвищилася значимість «цікавої роботи», що могло б бути свідченням сформованої готовності

до професійного самовизначення, але зниження ($p = 0,02$) значущості «самоконтролю*» (цінності, що змістилася з 4-го місця на 30-е) характеризує психологічну незрілість намірів.

Досліджувані з експериментальної групи також ініціюють посилення значущості «равностатусних» інших. На першому етапі (1-й курс) вони продемонстрували пріоритет конкретних цінностей і цінностей безпосередньо-емоційного світовідчуття: «здоров'я» (1), «наявність друзів» (2) і «щасливої родини» (3), «життєрадісність» (4), «вихованість» (5), «смівість» (6) «цікава робота» (7). На другому етапі (2-й курс) система їх ціннісних орієнтацій дещо трансформувалася: важливість «сім'ї», «роботи» і значимість «життєрадісності» знизилася, але зросла важливість цінностей особистого життя: «любові» (3), «відповідальності»). Крім того, суттєво підвищився ранг цінності «широта поглядів*» ($p = 0,040$).

Для досліджуваних з контрольної групи з відносно стабільним особистісним соціально-психологічним простором незмінно найбільш значущими були цінності: «здоров'я» (1) і «друзі» (2). У цієї групи респондентів система цінностей частково змінюється: актуалізується значимість етичних і вольових цінностей; «чесність» (3), «тверда воля» (4), «вихованість» (5), «відповідальність») і «акуратність» (7) підвищують ранг.

Досліджувані з експериментальної групи, особистісний соціально-психологічний простір яких залишався відносно незмінним, орієнтовані (на 1-му курсі) на конкретні цінності: «здоров'я» (2), «наявність друзів» (3), «сім'я» (4), «матеріальна забезпеченість» (5), «акуратність» (6), «впевненість у собі » (7); на перше місце висувують «освіченість» (1); (на 2-му курсі) перебудовують свою ціннісну систему незначно, замінюючи дві останніх цінності на цінності самореалізації: «ефективність у справах», «чесність» і суттєво збільшують ранг цінності «суспільне визнання*» ($p = 0,042$).

Досліджувані контрольної групи, в чиему особистісному соціально-психологічному просторі спостерігається посилення значущості «високостатусних» інших, були орієнтовані (в 10-му класі) на конкретні та етичні

цінності: «любов» (1), «сім'я» (2), «друзі» (3), «впевненість у собі» (4), «вихованість» (5), «відповідальність»), «чесність» (7). По закінченні одного року (в 11 класі), ціннісна система змінюється досить кардинально: «наявність друзів», «впевненість у собі», «старанність» знижують ранг, а «високі запити» переходить в розряд несуттєвих. При цьому цінність «освіченість*» досить стійко ($p = 0,025$) підвищує свій ранг, починає очолювати ціннісну ієрархію (1-й ранг).

У досліджуваних експериментальної групи з просторовим посиленням значущості «високостатусних» інших ціннісна система змінюється найбільш радикально. Орієнтації на цінності міжособистісних відносин «впевненість у собі*» через рік значно ($p = 0,027$) знижує свій ранг, і наступні за нею «вихованість», «чесність», «здоров'я», «друзі», «сім'я», «любов» у різному ступені змінюють свої позиції. У аналізованій групі змінилася позиція на другому етапі (2-му курсі) ієрархію очолюють орієнтації на цінності самоствердження: «здоров'я», «сміливість у відстоюванні поглядів», «любов», «незалежність», «освіченість», «надійні друзі». При цьому суттєво посилюється значення цінності «сміливість у відстоюванні поглядів*» ($p = 0,046$) і «освіченість».

При підвищенні значущості «рівностатусних» інших в особистісному соціально-психологічному просторі жінок контрольної групи, їх орієнтації на цінності особистого життя: «любов», «сім'я», «друзі», «вихованість», «здоров'я», «освіченість» в цілому залишаються незмінними і через рік. Лише слід підкреслити, що знижується важливість «вихованості*» ($p = 0,050$) і зростає значимість «незалежності*» ($p = 0,017$).

Досліджувані (жінки) експериментальної групи при посиленні значущості «рівностатусних» інших в особистісному соціально-психологічному просторі на першому етапі дослідження (1-й курс) висувають в якості пріоритетних цінностей «вихованість», «життєрадісність», «щасливе сімейне життя», «суспільне визнання», «відповідальність», «освіченість», тобто орієнтовані на соціальну успішність, через рік значно трансформували свою ціннісну систему. На другому етапі (2-й курс) вони стали мало цінувати «вихованість», «життєрадісність», знизилася прагнення до «суспільного визнання» (*) ($p = 0,003$) - дані цінності

перемістилися з верхніх позицій на найнижчі. Цінність чесності у відносинах з друзями і в сім'ї стає провідною.

Досліджувані контрольної групи (жінки), простір яких залишився відносно незмінним, мають настільки ж стійкі ціннісні переваги. Найбільш значущими для цієї категорії піддослідних були (1 зріз) конкретні цінності: «здоров'я», «любов», «вихованість», «наявність друзів», «сім'я», «акуратність», «життєрадісність» - вони становили той блок бажаних життєвих цінностей, які залишилися пріоритетними і по закінченні року (2 зріз). Значущі зміни відбулися щодо цінності «суспільне визнання*» (0,040), яка змістилася в нижню частину ієрархії, і «освіченості», важливість якої зростає.

Крім того, інші особистісні зміни в особистісному соціально-психологічному просторі виявилися в тій чи іншій мірі у досліджуваних з різних груп. У контрольній групі (як у юнаків, так і у дівчат), з демонстрованим посиленням значущості «високостатусних» інших у просторі, ми не змогли відзначити значних особистісних змін. Лише по відношенню до людей юнаки стали менш вимогливі, різниця в оцінках (3 октант), а дівчата - менш залежні від інших, конформних (6 октант).

Таким чином, позначені особистісні зміни в експериментальній групі більш виражені і демонструють різноспрямовану їх динаміку в юнаків і в дівчат, порівняно з контрольною групою, де фактор статі не виявив відмінностей у спрямованості динаміки позначених особистісних змін. Так, в експериментальній групі у чоловіків виявляються, як правило, позитивні особистісні зміни («чуйність», «готовність до співпраці», «терпимість», «відповідальність»), у той час як у жінок відзначаються особистісні зміни, що носять, як правило, негативний характер («підозрілість», «ворожість», «тривожність», «незадоволеність життям»). У контрольній групі виявляються позитивні особистісні зміни як у чоловіків («зменшення різкості в оцінках, вимогливості», при підвищенні «щирості у ставленні до оточуючих», «загальної інтернальності»), так і в жінок («відвертість», «доброзичливість», «орієнтація на соціальне схвалення»).

Визначення параметрів і компонентів особистісного соціально-психологічного простору і окремих його складових дозволило виявити особливості організації особистісних соціально-психологічних просторів респондентами в об'єктивно різних умовах (у змінних і відносно незмінних).

Особистісний соціально-психологічний простір «значущих-близьких» в експерименті в середньому продемонстрували 69,39% респондентів: 40,63% чоловіків і 28,76% жінок; 31,66% лікарів та 37,73% студентів. Особистісний соціально-психологічний простір «значущих-чужих» виявлявся у 30,61% респондентів: 14,78% чоловіків і 15,83% жінок; 13,19% лікарів та 17,42% студентів. Причому на різних етапах експерименту, у зв'язку з виявленими змінами в особистісних соціально-психологічних просторах респондентів, ці показники різнилися.

Так, на першому етапі експерименту простір «значущих-близьких» демонстрували 71,04% респондентів: 33,03% лікарів та 38,01% студентів; 38,91% чоловіків і 32,13% жінок. Простір «значущих-чужих» зустрічався значно рідше - у 28,96% респондентів: 15,39% лікарів та 13,57% студентів; 14,03% чоловіків і 14,93% жінок.

На другому етапі експерименту ситуація суттєво змінюється. Простір «значущих-близьких» виявлено лише у 67,89% респондентів: 29,75% лікарів та 37,34% студентів; 43,04% чоловіків і 24,05% жінок, у той час як простір «значущих-чужих» зустрічається тепер частіше, ніж на першому зрізі - у 32,91% респондентів: 10,13% лікарів та 22,78% студентів; 15,82% чоловіків і 17,09% жінок. Таким чином, нами відмічається тенденція до реформування просторів одного виду в простори іншого виду. При цьому слід зауважити, що в найбільшій мірі особистісний соціально-психологічний простір змінюється у респондентів, включених в експериментальну групу. Саме у них в 2 рази частіше на другому зрізі (22,78%), в порівнянні з першим зрізом (13,19%), реєструється наявність просторів «значущих-чужих».

Так, перших (з простором «значущих-близьких») характеризує велика впевненість ($p = 0,013 *$) (H), контактність ($p = 0,012 *$) (F2), але при цьому

ригідність ($p = 0,007 **$) (Q1) і конформність ($p = 0,022 *$) (F4) при більш високій самооцінці ($p = 0,024 *$) (МД), і в цілому вираженість комунікативних властивостей і якостей у них (за 16PF-опитувальником Р. Кеттелла) значно вища. При цьому жінок характеризує високий рівень чутливості (I) ($p = 0,019 *$), чоловіків - більш висока інтернальність в галузі досягнень ($p = 0,083$) (за методикою УСК Дж. Роттера). По відношенню до людей респонденти з даним видом організації особистісного соціально-психологічного простору {«значущих-близьких»} виявляють меншу критичність ($p = 0,005**$), велику залежність ($p = 0,010*$), підпорядкованість ($p = 0,009**$) (IV, V і IV октанти Л. Собчик). Крім того, їх експонованих значущих інших відрізняє велика чуйність до людей ($p = 0,098$) (VIII октант), а близьких - авторитетність ($p = 0,008 **$) і менша критичність до подій і людей ($p = 0,008 **$) (I і IV октанти).

Другі (з простором «значущих-чужих») значно відрізняються більшою стурбованістю ($p = 0,001**$) (O), жорсткістю ($p = 0,059$) (I), замкнутістю ($p = 0,073$) (A); як чоловіків, так і жінок характеризує підвищена тривожність ($p = 0,071$) (F1) (за 16PF-опитувальником Р. Кеттелла). За сукупністю чинників даного опитувальника, у представлених респондентів яскравіше виражені емоційно-вольові особливості. По відношенню до людей чоловіки з даним видом простору («значущих-чужих») відрізняються від перших (з простором «значущих-близьких») більш високою підпорядкованістю ($p = 0,080$), залежністю ($p = 0,011*$), а також відповідальністю за інших ($p = 0,017*$) (V, VI, VIII октанти діаграми). Жінок відрізняє більший скептицизм, критичність по відношенню до оточуючих (VI октант Л. Собчик).

Просторова динаміка спостерігалася як у контрольній (у 20% чоловіків і 33,3% жінок), так і в експериментальній (у 38,7% чоловіків і 29,5% жінок) групах. При цьому у включених у змінні соціальні умови респондентів з експериментальної групи більш часто виявлялася тенденція до реорганізації особистісних соціально-психологічних просторів «значущих-близьких» у простори «значущих-чужих» (18,2%, проти 9,2%), а в контрольній групі яскравіше виражена тенденція до реорганізації просторів «значущих-чужих» у простір

«значущих-близьких» (21,8% проти 6,4%). Разом з тим у 63,6% респондентів з експериментальної групи і 71,8% з контрольної групи реорганізації просторів не виявилось.

Пошук відмінностей в особистісних характеристиках респондентів при наявній у них готовності/неготовності до реорганізації особистісного соціально-психологічного простору зумовив такі результати:

- при готовності до реорганізації просторів «значущих-близьких» в простори «значущих-чужих», в порівнянні з тими, хто не реорганізує особистісне соціально-психологічний простір, у респондентів вище прагнення до контактів* (F2) ($p = 0,013$); тривожність** (F1) ($p = 0,003$); мінливість інтересів* (C) ($p = 0,010$); владність* ($p = 0,041$) і критичність** ($p = 0,009$) (I і IV октанти). Висока значимість цінностей «суспільне визнання**» ($p = 0,009$) «сміливість у відстоюванні поглядів*» ($p = 0,036$), «непримиренність до недоліків*» ($p = 0,013$); значимість «освіченості**» ($p = 0,004$), «здоров'я**» ($p = 0,006$);

- при готовності до реорганізації просторів «значущих-чужих» у простори «значущих-близьких», в порівнянні з тими, хто не реорганізує особистісний соціально-психологічний простір, у респондентів досить висока самовпевненість* (0) ($p = 0,043$), самодостатність* (Q2) ($p = 0,037$), низька критичність* ($p = 0,017$), потреба в соціальному схваленні* ($p = 0,012$), альтруїстичність* ($p = 0,029$) (IV, VII і VIII октанти). Найбільш значимими є цінності «старанність*» ($p = 0,020$); «відповідальність» ($p = 0,059$), і менш значимою є цінність «любов» ($p = 0,067$).

Таким чином, вид організації особистісного соціально-психологічного простору, з одного боку, багато в чому зумовлений усім спектром особистісних характеристик респондентів. А з іншого боку, розглядаючи динаміку особистісних соціально-психологічних просторів, ми можемо з упевненістю стверджувати, що в умовах, що змінюються - в умовах переходу в інше середовище (в експериментальній групі), - спостерігаються тенденції в реорганізації особистісних соціально-психологічних просторів, які кардинально відрізняються від тих, що відбуваються у відносно стабільних умовах (у контрольній групі). Це,

в свою чергу, відображають продемонстровані особистісні зміни, зокрема, особлива динаміка ціннісних орієнтацій.

Виділено основні критерії значимості інших як елементів особистісного соціально-психологічного простору, що сприяє становленню резистентності особистості життєвим труднощам, стресам, кризовим ситуаціям. Найбільш виражені частотні показники у двох критеріїв особистісної значущості: «істотна роль в житті» і «цінність зв'язків почуттів і відносин». Менш вираженими в групах стали такі критерії значимості: «важливість, цінність, сутнісна (смысловиттєва) необхідність», «авторитет», «привабливість фізичного і соціального вигляду», «тимчасова характеристика відносин», «єдність».

Розкрито особливості розташування значущих інших в особистісному соціально-психологічному просторі. Психологічна близькість, обумовлена нами як найбільш сильна, що має виражене емоційно-позитивне забарвлення, психологічний зв'язок, що характеризується такою прихильністю, тяжінням до іншого і т. ін., в особистісному соціально-психологічному просторі зумовлюється сукупністю складових: величини психологічної дистанції, векторного напрямку і вираженості емоційно-позитивного ставлення до значимого іншого.

У дослідженні визначено склад і виділені основні критерії психологічної близькості значущих інших як елементів особистісного соціально-психологічного простору, що сприяє оформленню стресостійкості особистості, резистентності життєвим кризам. Найбільш високі і в рівній мірі виражені частотні показники у двох її критеріїв: «психологічна захищеність» і «психологічна спільність», що вбирають 2/3 всіх частотних одиниць, і потреба в забезпеченні яких у особистості гранично сильна. Вони найбільшою мірою характеризують значущих інших, що включаються особистістю в число (коло) психологічно близьких інших. Менш вираженими в групах, що вивчалися, стали такі критерії психологічної близькості: «соціальна захищеність особистості»; «важливість, цінність, сутнісна (смысловиттєві) необхідність», «емоційно-позитивна модальність відносин» і «життєвий орієнтир (як близькість за духом)».

Достовірно розрізнені за цілою низкою психологічних параметрів: стилю ставлення до оточуючих, ціннісними орієнтаціями, особливостями суб'єктивного контролю над життєвими подіями і ситуаціями, характерологічними особливостями і низкою інших, емпірично виявлені типи особистості (I-й тип - відповідально-доброзичлива особистість; II-й тип - схильна до лідерства, надобов'язкова-конвенціональна особистість; III-й тип - владна, компетентна, незалежна, наполеглива особистість, не схильна до взаємодопомоги; IV-й тип - залежна недружня особистість; V-й тип - щира, безпосередня, здатна співпереживати, впевнена в собі особистість. Виділені типи по різному розподіляють в особистісних соціально-психологічних просторах значущих і психологічно близьких інших, залежно від експонованих їм характеристик, виявляючи застосування різних стратегій їх формування. Так, I-й і V-й типи вдаються до стратегії тотожності (частіше чоловіки), або комплементарності (частіше жінки), II-й тип використовує стратегію тотожності, III-й (суперечливий) тип - стратегію суперництва в поле значущості та тотожності - в колі психологічної близькості, IV-й тип - стратегії тотожності (часто) і додатковості (рідше). Аналіз закономірних відмінностей у змісті та особливостях формування своїх просторів різними типами особистості підтвердив існування відповідних типів особистісних соціально-психологічних просторів.

Щодо динаміки, слід зазначити, що в експериментальній групі у чоловіків відзначено наростання відмінностей зі значимими і психологічно близькими іншими в цінностях-цілях і зменшення відмінностей в цінностях-засобах; у жінок - мінімальні, але стійкі відмінності в ціннісних орієнтаціях зі значущими іншими при зменшенні відмінностей з психологічно близькими іншими. У контрольній групі у чоловіків відстежуються зближення цінностей-цілей з цінностями-цілями значущих інших, а цінностей-засобів - з цінностями-засобами психологічно близьких інших. У жінок виявлено значну кількість значущих відмінностей у структурах цінностей особистості і експонованих значущих і психологічно близьких інших.

У ході експерименту доведено існування взаємозв'язку особливостей просторових змін і динаміки ціннісних орієнтацій особистості. Варто зауважити, що в контрольній та експериментальній групах спрямованість динаміки має подібні тенденції. У той же час більш інтенсивна динаміка змістовних характеристик ціннісних орієнтацій особистості виявлена в експериментальній групі, що є свідченням більш суттєвих змін в особистісних соціально-психологічних просторах респондентів.

Напрямок, інтенсивність тощо інших особистісних змін в експериментальній групі достовірно пов'язані зі статтю досліджуваних: у чоловіків особистісні зміни, як правило, позитивні (велика чуйність, готовність до співпраці, терпимість, відповідальність), у жінок вони, як правило, негативні і більш виражені (підозрілість, ворожість, тривожність, незадоволеність життям). У контрольній групі фактор статі не виявив відмінностей у спрямованості динаміки: відзначені позитивні особистісні зміни як у чоловіків (зменшення різкості в оцінках і вимогливості, при підвищенні щирості, загальної інтернальності), так і в жінок (відвертість, велика доброзичливість).

Зміни в особистісних соціально-психологічних просторах респондентів виражаються в інтенсивній диференціації або інтеграції елементів простору (значущих інших і психологічно близьких інших) з тенденцією до реорганізації просторів одного виду в простір іншого виду. Просторові зміни значно частіше проявлялись у досліджуваних з експериментальної групи, з наявною тенденцією до реорганізації просторів «значущих-близьких» в простір «значущих-чужих». І навпаки, у респондентів з контрольної групи відзначена тенденція до реорганізації просторів «значущих-чужих» в простір «значущих-близьких». Особливості реорганізації просторів відображають особистісні зміни, зокрема, особливу динаміку ціннісних орієнтацій респондентів: в умовах, що змінюються (в експериментальній групі), відзначено динаміку етичних цінностей в міжособистісних відносинах (підвищення значущості «вихованості» при зниженні значущості «чесності»; у відносно стабільних умовах (в контрольній групі) - динаміку вольових цінностей в міжособистісних відносинах: підвищення

значимості цінностей «друзі», «розваги», «високі запити», «незалежність», «ефективність у справах» при зниженні значущості «відповідальності» і «старанності».

Таким чином, наприкінці психологічного аналізу результатів констатувального експерименту варто зробити **висновки**:

1. На підставі емпіричних даних нашого дослідження (констатувальна частина) нам вдалося виокремити типи паттернів поведінки студентів-медиків та лікарів в процесі становлення резистентності до емоційного вигорання. За результатами кластерного аналізу даних досить чітко було виокремлено групи «успішних» та «неуспішних» копінг-стратегій, що задіюються як опір професійному вигоранню, професійному стресу.

2. Група «успішних» паттернів поведінки лікарів, за результатами кластерного аналізу утворюється, з двох типів. Обидва паттерни рис виявляють загальні особливості, найсуттєвіший з яких – відсутність інтровертованості та оптимальності стратегій МПЗ:

– перший тип відрізняється вираженою емоційною стабільністю, соціальною сміливістю, енергійністю і життєрадісністю, практичністю, а також більшою соціабельністю, орієнтуванням на групову думку. У осіб зазначеного типу не так чітко представлена резистентність, але більш вираженою є оптимальність МПЗ: «активні, практичні, конформні екстраверти – «оптимальні»;

– другий тип вирізняється меншою екстравертованістю та соціальною сміливістю, силою «Я», вони менш практичні й більш тривожні. Характерною ознакою є керування логікою, а не почуттями, виявлення високої резистентності і оптимальності стратегій МПЗ: «нерішучі, резистентні «оптимальні».

3. Визначено три типи лікарів, які характеризуються «неуспішними» паттернами поведінки під час становлення резистентності професійному вигоранню. Перший характеризується надвисокою екстравертованістю, життєрадісністю, енергійністю, низькою тривожністю. Також знижений самоконтроль, імпульсивність, опора на почуття, безпосередність. Поряд із цим більш виражена, ніж у інших «неуспішних», м'якість та чутливість, висока

залежність від думки групи, менша ригідність, схильність відкладати рішення і висновки. Зазначений тип вирізняється високим показником «неоптимальності стратегій МПЗ»: «імпульсивні екстраверти – «неоптимальні». Переважно складність під час становлення резистентності пов'язана у них із труднощами у соціальній адаптації, особливо у взаємодії із пацієнтами, колегами.

Другий паттерн «неуспішних» копінг-стратегій під час становлення резистентності в лікарів пов'язаний із високим рівнем тривожності, стурбованості, втім менш вираженою емоційною стабільністю. Характерною є соціальна боязкість, достатньо виражені депресивні тенденції, фрустрованість, надмірна обачність. У порівнянні з іншими «неуспішними» паттернами поведінки, тут представлена дуже чітко «неоптимальність стратегій МПЗ»: «нестабільні амбіверти – неоптимальні, нерезистентні».

Третій паттерн вирізняється чітко вираженою оптимальністю стратегій МПЗ. Хоча, сама по собі оптимальність стратегій МПЗ не є чинником успішного становлення резистентності. Однак високий рівень схильності до спілкування поєднується зі зниженим рівнем міжособистісної чутливості, самовпевненістю, що спричинює труднощі у взаємодії з пацієнтами та колегами, а також конфлікти: «неемпатійні, самовпевнені полenezалежні».

4. «Успішні» паттерни студентів-медиків, котрі проявляються в процесі становлення резистентності професійному вигоранню, представлені двома типами. Перший визначається екстраверсією, емоційною стійкістю, енергійністю та соціальною сміливістю. Важливо відмітити переважання «радикалізму», інтелектуальних інтересів, сприйняття нового. Поряд із цим характерним для цієї групи є розвинена уява, здатність до абстрагування. Суттєвими особливостями паттерна є висока резистентність та середній показник оптимальності стратегій МПЗ: «самодостатні, емоційно стабільні екстраверти – «резистентні».

Другий тип «успішних» паттернів поведінки студентів-медиків пов'язаний з інтроверсією, високим рівнем особистісної тривожності, дещо низьким рівнем «Сили «Я» (але не за межею середнього значення). А також мають прояв боязкість, стриманість, серйозність та розсудливість. Також означений тип

відрізняється чутливістю, підвищеним почуттям провини та фрустрованістю. Втім, схильність у більшій мірі спиратися на факти, ніж на почуття, підпорядковувати власну картину світу соціальній реальності та життєдіяльності, швидко приймати однозначні рішення також є суттєвими ознаками типу. Більш консервативні, вважають за необхідне дотримуватися чітких правил і цінностей. Показник резистентності середній - «сенситивні консервативні інтроверти – «оптимальні».

5. «Неуспішні» паттерни, що проявляються у процесі становлення резистентності студентами-медиками, також відрізняється у двох типах. Перший тип – яскраво виражені екстраверти, надто енергійні та сміливі, хоча орієнтовані на підтримку групи, конформні, ригідні, менше спираються на логіку, виявляють схильність до однозначних оцінювань та несуперечної картини світу. Резистентність – низька, оптимальність стратегій МПЗ – середня - «однозначні, конформні, ригідні екстраверти – «нерезистентні».

Другий тип – інтроверти, стримані, серйозні, напружені. Проте більш самодостатні, ніж перші. Яскраво вираженою є схильність до однозначних суджень, оцінок, до підтримки простої, чіткої та несуперечливої картини світу. У порівнянні з попереднім типом, виявляють більш високу «оптимальність стратегій МПЗ»: «стримані, напружені інтроверти – нерезистентні».

6. Отже, на основі емпіричних даних та результатів статистико-математичного аналізу чітко відрізняються дві стратегії «успішного» становлення резистентності до емоційного вигорання: 1) екстраверсія із високою оптимальністю стратегій МПЗ; 2) інтроверсія з низькою неоптимальністю стратегій МПЗ.

7. «Успішні» паттерни, які реалізуються у процесі становлення резистентності професійному стресу студентами-медиками, відрізняються від «неуспішних» стабільністю внутрішнього світу. Слід зазначити, що некомунікабельність, розсудливість, ригідність, послідовність, а також яскрава оптимальність стратегій МПЗ сприяють створенню власних когнітивних

конструктів, котрі врівноважують систему в цілому й виступають передумовою стабільності та самозбереження в процесі резистентності емоційному вигоранню.

Проте «неуспішність» копінг-стратегій, що задіюються в процесі становлення резистентності емоційному вигоранню студентами-медиками, пов'язана із: 1) екстраверсією у поєднанні із залежністю від групи та «неоптимальністю стратегій МПЗ»; 2) інтроверсією у поєднанні з недостатньою тривожністю та чутливістю, схильністю до категоричності суджень та рішень і «неоптимальністю стратегій МПЗ». Суттєвою ознакою означених паттернів є недостатність уяви, здатності до абстрагування й переважання конкретного мислення.

Обидва когнітивно-характерологічні паттерни, які не сприяють успішності становлення резистентності емоційному вигоранню, можна охарактеризувати як: 1) комунікабельні, відкриті, але нездатні мислити абстрактно і самостійно, задіюють крупні, неоптимальні стратегії МПЗ; 2) розмірковують достатньо диференційованими категоріями, але у категоричній формі, виявляють низький рівень комунікативних умінь.

8. Успішність становлення резистентності емоційному вигоранню лікарями пов'язана зі сміливістю, емоційною стабільністю. Проте «імпульсивні екстраверти – «оптимальні» сміливі і активні, але рішення приймають хаотично, без спирання на факти, логіку, стабільні принципи. Тому вони не вписуються в специфіку галузі внаслідок слабкої представленості таких властивостей як чіткість, підпорядкованість картини світу особистості професійній реальності, а також стабільності і прогнозованості. Отже, висока оптимальність стратегій МПЗ, що постає у вигляді хаотичності понять, складності та мозаїчності суб'єктивних категорій спричиняють певні труднощі у пізнанні та спілкуванні, взаємодії з оточуючими.

Причини «неуспішності» копінг-стратегій поведінки полягають у нечутливості до оцінок, залежності від групових норм лікарів. Рівень тривоги є нижчим за «успішних» екстравертів, а також нижчим є почуття провини, проте надвисокою – самовпевненість. Негативну роль тут відіграють небажані риси характеру.

9. Отже, слід сказати, що три основних характерологічних паттерни, які заважають успішності становлення резистентності емоційному вигоранню лікарями: 1) самовпевнена нечутливість до оцінок; 2) виражена тривожність, напруженість, депресивність; 3) динамічність, життєрадісність зі зниженим самоконтролем і нелогічним для такого середовища стилем поведінки і мислення.

10. Викладені в роботі результати дозволяють характеризувати структуру, основні елементи і деякі компоненти особистісного соціально-психологічного простору, що сприяє становленню резистентності емоційному вигоранню, відстежити особливості змін у позначеному просторі в різних групах досліджуваних (контрольної та експериментальної) на різних етапах експерименту. Підсумки виконаної роботи дозволяють показати динаміку ціннісних орієнтацій особистості та інші особистісні зміни під впливом різних факторів, у тому числі, найбільш важливого - мінливого особистісного соціально-психологічного простору, сформованого самою особистістю.

У дослідженні були розглянуті лише окремі складові соціально-психологічного простору, однак, критерії особистісної значущості та психологічної близькості, виділені і представлені на прикладі особистісного соціально-психологічного простору, є, на нашу думку, універсальними для аналізу можливих інших соціально-психологічних просторів людини. Одні з них структуруються об'єктивно, в тому числі існуючими соціальними відносинами, інші - суб'єктивно - через уявлення людей про навколишній світ, треті, перебуваючи на стику, включають в себе поєднання того й іншого. Але вивчення різних видів просторів цієї категорії пов'язане з величезною складністю, через множинності взаємозв'язків різноманітності їх функцій, форм і структур.

РОЗДІЛ 3

ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД

3.1. Комплексна програма формування соціально-психологічної резистентності до емоційного вигорання у лікарів

За означеною теоретичною моделлю резистентності до емоційного вигорання лікарів, було розроблено відповідну комплексну програму, адаптація якої відбувалася в рамках експериментальної групи.

Завдання третього етапу дослідження вирішувалися завдяки реалізації комплексної програми формування резистентності до професійного вигорання у лікарів, яка включає теоретичний курс для лікарів та низку практичних занять, спрямованих на формування ціннісного ставлення до життя, професійної діяльності, формуванню у лікарів успішних копінг-стратегій особистості задля корекції й профілактики внутрішніх конфліктів, емоційних криз. Означений курс складається з двох теоретичних блоків – «Професійна стресологія» та «Основи професійної реабілітації». Окрім цього, для лікарів експериментальної групи було запропоновано розроблений нами тренінг корекції

емоційних станів із використанням музикотерапії та тренінг соціальної адаптованості із залученням психокорекційних тілесно-орієнтованих вправ М. Сандомирського [185].

На третьому етапі нашого експериментального дослідження ми намагалися сформуванати у лікарів-групи ризику (із «неуспішними» паттернами поведінки, підвищеним емоційним дискомфортом) ціннісне ставлення до життя, професії, а також успішні копінг-стратегії для профілактики професійного вигорання та розвитку умінь стресостійкості як важливої передумови формування резистентності особистості до емоційного вигорання.

Задля досягнення поставленого завдання нами було розроблено цикл лекційно-практичних занять у відповідності із теоретичною моделлю резистентності професійному вигорання лікаря. Такі заняття включають низку лекцій з теорії стресу та його специфіки прояву у професійній діяльності лікарів, а також семінарів, що мають на меті формування ціннісного ставлення до життя, професії, а також самоопановуючих технік профілактики та корекції «неуспішних» паттернів поведінки, схильності до професійного стресу.

Зміст програми:

Перший теоретичний блок «Професійна стресологія»

1. Образ людини у сучасних психологічних концепціях

- особливості актуалізуючої свідомості у сучасній гіпнотерапії;
- гуманістична психологія про самоактуалізацію особистості;
- проблема людини у вітчизняній психології.

2. Соціально-психологічний аналіз кризових ситуацій:

- поняття емоцій та емоційних станів;
- стрес, пост стресові розлади;
- поняття про міжособистісні комунікації, професійне спілкування;
- поняття кризи;
- специфіка та типологія особистісної кризи. Темпоральна характеристика

кризових станів. Криза як чинник трансформації особистості;

- криза через призму надзвичайних ситуацій. Швидка психологічна допомога.

3. Особистість у стані професійного стресу:

- загальне уявлення про професійний стрес. Професійний стрес та методи його вивчення;

- особливості (стратегії) поведінки людини у стані професійного стресу;

- самоопанування, стресостійкість. Посередницька роль психолога у формуванні самоопановуючих умінь та засобів самоуправління у складних професійних та життєвих ситуаціях.

4. Проблеми толерантності щодо стресу:

- актуальність вивчення стресових станів. Теорії стресу;

- емоції та поведінка людини у стресових станах. Постстресовий синдром. Стресові і пост стресові розлади;

- травмована особистість. Стресові стани, що пов'язані із переживанням складних життєвих ситуацій, горя, насилля;

- професійний стрес. Проблема саморегуляції та психокорекції у професійній діяльності;

- психотерапія постстресових станів.

5. Психологія здоров'я та захворювання:

- захворювання як причина кризи та реакція на кризу;

- песимізм та здоров'я. Депресія як граничний песимізм. Техніки переходу від песимізму до оптимізму;

- стиль життя як середовищно-поведінкова основа здоров'я. Суб'єктивне відчуття здоров'я. Взаємозв'язок та взаємовплив фізичного та психічного здоров'я.

6. Копінг-стратегії поведінки особистості в складних життєвих ситуаціях, під час кризи, конфлікту, стресу:

- закономірності, що визначають самоопановуючу поведінку;

- копінг-процеси: усвідомлений та неусвідомлений рівні. Активна та пасивна копінг-поведінка. Копінг-стиль, що використовується в родині;

- дослідження копінг-стратегій за допомогою спеціалізованих опитувальників та психодіагностичних методів;

- технології управління психологією здоров'я. Арт-технології.

7. Професійна стресологія: стрес в професійній діяльності лікаря. Стресостійкість як професійно-важлива якість особистості лікаря; діагностика стресу та стресостійкості до професійної діяльності лікаря; профілактика та подолання стресу у професійній діяльності. Можливість підвищення рівня стресостійкості у професійній діяльності.

Окрім цього пропонується обговорення у формі дискусії: «Копінг-стратегії поведінки в ситуації когнітивного дисонансу, професійного стресу».

Водночас здійснюються консультації з проблем:

1. Психологічні концепції та технології надання психологічної допомоги.
2. Проблеми адаптації до нового культурного середовища.
3. Конфлікти у різних сферах людської взаємодії.
4. Професійні конфлікти та статусно-рольові чинники дезадаптації.
5. Синдроми «професійного вигорання» та «хронічної втоми».
6. Особливості мотивації у самоопановуючій поведінці.
7. Роль релігії у самоопануванні кризових станів.
8. Роль мистецтва та засобів масової інформації у самоопануванні кризовими ситуаціями, станами.

Другий теоретичний блок

1. Проблема психологічної реабілітації: поняття про психологічну реабілітацію; історико-культурне обґрунтування психологічної реабілітації; сучасний розгляд проблеми реабілітації у суспільстві; специфіка психологічної реабілітації; її місце у системі психологічної допомоги; загальні напрямки психологічної реабілітації та їх відмінності у практико-орієнтованому підході до пацієнта;

2. Психологічна реабілітація особистості в залежності від особливостей психологічного стану: людина у стані кризи; посттравматичний стрес; травмуючі життєві події, що виходять за межі «нормального людського досвіду». Трансферні елементи проблеми особистості: образи минулого, стилі взаємодії із оточуючими, об'єкти із дитинства; психологічні стани як переживання внутрішньо

особистісного конфлікту; деструктивні поведінкові та вербальні реакції стосовно інших людей, негативні реакції, спрямовані на себе; тривожність, острах;

3. Методи психологічного дослідження особистості, котра знаходиться у переживає професійний стрес, професійне вигорання: методи діагностики, що використовуються для визначення зрілості особистості, котра потребує реабілітації; її місця у соціумі; характеру соціальних зв'язків, особливостей соціального оточення індивіда; методи визначення проблем особистості, причин її соціальної дезадаптації: консультування, анкетування, експертне опитування, метод незалежних характеристик, спостереження, тестування, інтерв'ювання, аналіз історії родини та соціальної біографії;

4. Системний підхід у психологічній реабілітації:

- концептуальні рівні психологічної допомоги людині; тенденції збереження стремління – до змін. Два типи базових процедур: підтримка, супровід.

Підтримка: прояснення почуттів, думок; реалістичне заспокоєння; прийняття взаємостосунків; забезпечення зворотного зв'язку стосовно власної поведінки під час взаємодії із оточуючими; робота з почуттями пацієнта.

Супровід: формування уміння жити в суспільстві, співпрацювати; розвиток толерантності до інших людей, інших позицій, точок зору; виховання відповідальності, почуття впевненості; навчання вирішенню життєвих проблем; тренування навиків саморегуляції, самоконтролю, вміння не перекладати на інших розв'язання власних проблем; усвідомлення обмежень.

5. Базові технології практичної реабілітації корекції і компенсації: психологічна реабілітація і корекція осіб (соціальних груп), що потребують допомоги та підтримки (активізація та самоактивізація особистості, утвердження позитивного сприймання власної «Я – концепції», розбудова нових життєвих планів, ситуацій, включення у референтні групи, поетапна особистісна реабілітація, профілактика наступних можливих проявів соціальної дезадаптації); загальні стратегії психологічної компенсації: опора на можливості резерву, збереження особистості, компенсація відсутніх якостей та властивостей

особистості. Оцінка ефективності психологічної допомоги. Знайомство із різними практичними методами (з демонстрацією та обговоренням).

6. Прийоми психологічної реабілітації: система заходів, що мають на меті покращення та реконструкцію психологічного здоров'я громадян, котрі потребують реабілітації та повернення до активного життя. Психологічна реабілітація як вплив на психічну сферу особистості, спрямовано на подолання у її свідомості уявлення про відсутність смислу життєвої активності. Прийоми зняття психологічної напруги: аутогенне тренування, релаксація, медитація, точковий масаж; психологічне здоров'я як шлях до узгодження із самим собою завдяки реальним фактам власного життя. Самоопановуюча поведінка, як реалістична і гнучка, що включає довільний вибір. Активна поведінка як стремління до удосконалення і реалізації власних потенціальних можливостей.

7. Психотерапевтичні методи, що використовуються психологом під час психологічної реабілітації: психодинамічна психотерапія; прийоми підтримуючій психотерапії; досвід оволодіння трансфером (досвід дії, чуттєвості та сприймання стосовно іншої людини); саногенне мислення як регулятор почуттів та креативного мислення.

Окрім цього нами розроблено тренінг емоційно-ціннісного ставлення до професійної діяльності. Провідна ідея тренінгу емоційно-ціннісного ставлення до професії у лікарів полягає в тому, щоб, спираючись на реальний ціннісний досвід людини, використовуючи його як основу, реконструювати й актуалізувати ті суб'єктні цінності, які сприяють резистентності до емоційного вигорання у лікарів.

Тренінг складається з таких етапів. Завдання *першого* – рефлексія ціннісного досвіду і створення моделі ціннісної свідомості. *Другий етап* – аналітичний. Тут виявляються проблемні моменти і ресурси для ціннісної підтримки професійного розвитку. На *третьому* – моделюючому етапі тренінгу – впроваджуються нові діяльнісні та моральнісні конструкти і створюється нова модель ціннісної свідомості, яка більшою мірою відповідає завданням професійного розвитку.

Важливим моментом є те, що в нову модель залучаються не лише нові ціннісні конструкти, а й люди з контактного оточення, які є носіями цих цінностей. Обґрунтовується ідея про те, що основою професійного зростання має бути взаємодія і співпраця з цими людьми. *Четвертий етап* пов'язаний із контролем та самоконтролем змін, які відбулися у ціннісній свідомості. Контролюються чотири групи показників: перелік професійно-важливих діяльностей, якими володіє людина, кількість дій і операцій у кожній діяльності та рівень оволодіння ними, кількість референтних осіб у сфері професійної діяльності та їх належність до контактного оточення й особистісні якості, які необхідні для професійної діяльності. Цей етап спрямовано більшою мірою на розвиток діяльнісних і соціальних компонентів здібностей як необхідної умови професійного росту. *П'ятий етап* – це повторна реконструкція ціннісної свідомості, яка проводиться через деякий час, як правило, через місяць-півтора для того, щоб виявити усталені зміни в ціннісній свідомості.

Загалом тренінг емоційно-ціннісного ставлення до професії базується на методиках, пов'язаних з факторним моделюванням ціннісної свідомості і є досить складним як з точки зору теоретичних засад, так і процедури проведення. Провідними принципами тренінгу емоційно-ціннісного ставлення до професії є:

Принцип опори на ціннісний досвід людини. Підтримати можна лише ті ціннісні смисли та інтенції, які вже існують і складають основу особистості.

Принцип „вмонтовування” у досвід принесених цінностей. Нові ціннісні конструкти мають доповнювати усталену систему цінностей, а не руйнувати її. Радикальні зміни навряд чи можливі як результат тренінгу.

Принцип групового зняття ціннісних дисонансів. Ті розбіжності у ціннісному досвіді, які здаються людині травмуючими, досить часто знімаються завдяки трактуванню їх групою як допустимих, нормальних, таких, що часто зустрічаються.

Принцип доповнення ціннісно-регуляційних схем. Часто в структурі суб'єктних цінностей не вистачає певних діяльнісних чи моральних компонентів. Ціннісна

підтримка спрямована насамперед на заповнення цих прогалін з метою активізації смислового чи інтенційного компонентів суб'єктної активності.

Принцип зняття ціннісної конфліктності. Часто у ціннісному досвіді людини співіснують ціннісні утворення, пов'язані з різними життєвими періодами та людьми, які є протилежними за своєю ціннісною спрямованістю. Такий досвід може бути або вмонтований у систему професійних цінностей, або дискредитований шляхом повторної реконструкції ціннісної свідомості.

Принцип включення нових ціннісних регуляційних схем у нові схеми особистісного росту. Цей принцип діє шляхом включення в програму професійного розвитку не лише ціннісних конструктів, а й реальних референтних осіб, які входять до контактного оточення.

Принцип особистісного наближення діяльнісних цінностей. Втілюється шляхом виокремлення окремих дій і операцій у професійних уміннях за допомогою методики.

Принцип особистісного наближення моральнісних цінностей реалізується шляхом визначення їх носіїв – людей з контактного оточення.

Принцип соціальної валідизації цінностей. Іноді цінності професійного зростання не узгоджуються із системою цінностей тієї соціальної групи, до якої входять студенти. Тренінгова група може надати ціннісну підтримку, визнаючи такі цінності важливими та необхідними.

Принцип рефлексивно-особистісної асиміляції цінностей. Реконструкція ціннісної свідомості, орієнтована на професійне зростання, можлива лише за умови активності самих студентів, їх спрямованості на самопізнання і самовдосконалення.

Принцип визнання за особистістю права на відторгнення чи неприйняття певних цінностей, які є несумісними з її рівнем особистісного або професійного розвитку. Тренінг емоційно-ціннісного ставлення до майбутньої професії, як і будь-яке навчання, має здійснюватися в зоні ближчого розвитку.

Принцип латентного існування ціннісних конструктів як потенціалу професійного розвитку. Досить часто окремі ціннісні уявлення існують у

свідомості людей та оцінюються ними як позитивні, але регулювати поведінку починають лише тоді, коли втілюються у реальні життєві контексти, у мотивацію реальних вчинків людини.

Принцип врахування необхідності латентного періоду, який потрібний для фіксації результатів ціннісної підтримки. Після тренінгу студентам необхідний деякий час для того, щоб одні цінності включити в контекст регуляції професійного зростання, а інші – відкинути. Цей час іде на перебудування як способів власної діяльності, так і соціальних стосунків.

Принцип поєднання двох рівнів аналізу: особистісного і професійного. Ціннісна підтримка професійного становлення має використовувати, а не переробляти ті особливості особистості, які вже склалися у людини, прилаштовуючи до них „споріднені” напрямки і методики психологічної роботи.

Принцип фіксування і ціннісного закріплення успіхів у нових видах професійної діяльності.

Принцип взаємного оцінювання досягнень. Це ціннісний обмін, у результаті якого відбуваються як процеси групової інтеграції на основі спільних професійних інтересів та цінностей, так і процеси індивідуалізації, які реалізуються шляхом визнання високого рівня компетентності особистості в окремих сферах професійної діяльності.

Принцип нерівномірності розвитку і динаміки ціннісних пріоритетів. Професійне становлення відбувається у процесі життєдіяльності особистості. Життєві переживання, пов’язані з коханням, втратою близьких людей, втотою тощо можуть відсунути на задній план проблеми професійного зростання. У таких випадках не залишається нічого іншого, як дати людині пережити ці події, включити їх у систему особистісних цінностей, а вже тоді повернутися до проблеми професійного зростання.

Тренінг емоційно-ціннісного ставлення до професії є досить гнучким і методично насиченим методом. Виконання завдань і вправ, які є технологічно доволі складними, стимулює розвиток професійної спрямованості студентів, а ціннісна підтримка групи надає їй стійкості й упевненості.

Провідна ідея тренінгу емоційно-ціннісного ставлення до професії у лікарів полягає в тому, щоб, спираючись на реальний ціннісний досвід людини, використовуючи його як основу, реконструювати й актуалізувати ті суб'єктивні цінності, які сприяють розвитку професійних здібностей.

Тренінг складається з таких етапів. Завдання *першого* – рефлексія ціннісного досвіду і створення моделі ціннісної свідомості. *Другий етап* – аналітичний. Тут виявляються проблемні моменти і ресурси для ціннісної підтримки професійного розвитку. На *третьому* – моделюючому етапі тренінгу – впроваджуються нові діяльнісні та моральнісні конструкти і створюється нова модель ціннісної свідомості, яка більшою мірою відповідає завданням професійного розвитку. Важливим моментом є те, що в нову модель залучаються не лише нові ціннісні конструкти, а й люди з контактного оточення, які є носіями цих цінностей. Обґрунтовується ідея про те, що основою професійного зростання має бути взаємодія і співпраця з цими людьми. *Четвертий етап* пов'язаний із контролем та самоконтролем змін, які відбулися у ціннісній свідомості. Контролюються чотири групи показників: перелік професійно-важливих діяльностей, якими володіє людина, кількість дій і операцій у кожній діяльності та рівень оволодіння ними, кількість референтних осіб у сфері професійної діяльності та їх належність до контактного оточення й особистісні якості, які необхідні для професійної діяльності. Цей етап спрямовано більшою мірою на розвиток діяльнісних і соціальних компонентів здібностей як необхідної умови професійного росту. *П'ятий етап* – це повторна реконструкція ціннісної свідомості, яка проводиться через деякий час, як правило, через місяць-півтора для того, щоб виявити усталені зміни в ціннісній свідомості.

Загалом тренінг емоційно-ціннісного ставлення до професії базується на методиках, пов'язаних з факторним моделюванням ціннісної свідомості і є досить складним як з точки зору теоретичних засад, так і процедури проведення. Провідними принципами тренінгу емоційно-ціннісного ставлення до майбутньої професії є:

Принцип опори на ціннісний досвід людини. Підтримати можна лише ті ціннісні смисли та інтенції, які вже існують і складають основу особистості.

Принцип „вмонтовування” у досвід привнесених цінностей. Нові ціннісні конструкти мають доповнювати усталену систему цінностей, а не руйнувати її. Радикальні зміни навряд чи можливі як результат тренінгу.

Принцип групового зняття ціннісних дисонансів. Ті розбіжності у ціннісному досвіді, які здаються людині травмуючими, досить часто знімаються завдяки трактуванню їх групою як допустимих, нормальних, таких, що часто зустрічаються.

Принцип доповнення ціннісно-регуляційних схем. Часто в структурі суб'єктних цінностей не вистачає певних діяльнісних чи моральних компонентів. Ціннісна підтримка спрямована насамперед на заповнення цих прогалів з метою активізації смислового чи інтенційного компонентів суб'єктної активності.

Принцип зняття ціннісної конфліктності. Часто у ціннісному досвіді людини співіснують ціннісні утворення, пов'язані з різними життєвими періодами та людьми, які є протилежними за своєю ціннісною спрямованістю. Такий досвід може бути або вмонтований у систему професійних цінностей, або дискредитований шляхом повторної реконструкції ціннісної свідомості.

Принцип включення нових ціннісних регуляційних схем у нові схеми особистісного росту. Цей принцип діє шляхом включення в програму професійного розвитку не лише ціннісних конструктів, а й реальних референтних осіб, які входять до контактного оточення.

Принцип особистісного наближення діяльнісних цінностей. Втілюється шляхом виокремлення окремих дій і операцій у професійних уміннях за допомогою методики.

Принцип особистісного наближення моральнісних цінностей реалізується шляхом визначення їх носіїв – людей з контактного оточення.

Принцип соціальної валідизації цінностей. Іноді цінності професійного зростання не узгоджуються із системою цінностей тієї соціальної групи, до якої

входять студенти. Тренінгова група може надати ціннісну підтримку, визнаючи такі цінності важливими та необхідними.

Принцип рефлексивно-особистісної асиміляції цінностей. Реконструкція ціннісної свідомості, орієнтована на професійне зростання, можлива лише за умови активності самих студентів, їх спрямованості на самопізнання і самовдосконалення.

Принцип визнання за особистістю права на відторгнення чи неприйняття певних цінностей, які є несумісними з її рівнем особистісного або професійного розвитку. Тренінг емоційно-ціннісного ставлення до майбутньої професії, як і будь-яке навчання, має здійснюватися в зоні ближчого розвитку.

Принцип латентного існування ціннісних конструктів як потенціалу професійного розвитку. Досить часто окремі ціннісні уявлення існують у свідомості людей та оцінюються ними як позитивні, але регулювати поведінку починають лише тоді, коли втілюються у реальні життєві контексти, у мотивацію реальних вчинків людини.

Принцип врахування необхідності латентного періоду, який потрібний для фіксації результатів ціннісної підтримки. Після тренінгу студентам необхідний деякий час для того, щоб одні цінності включити в контекст регуляції професійного зростання, а інші – відкинути. Цей час іде на перебудування як способів власної діяльності, так і соціальних стосунків.

Принцип поєднання двох рівнів аналізу: особистісного і професійного. Ціннісна підтримка професійного становлення має використовувати, а не переробляти ті особливості особистості, які вже склалися у людини, прилаштовуючи до них „споріднені” напрямки і методики психологічної роботи.

Принцип фіксування і ціннісного закріплення успіхів у нових видах професійної діяльності.

Принцип взаємного оцінювання досягнень. Це ціннісний обмін, у результаті якого відбуваються як процеси групової інтеграції на основі спільних професійних інтересів та цінностей, так і процеси індивідуалізації, які реалізуються шляхом

визнання високого рівня компетентності особистості в окремих сферах професійної діяльності.

Принцип нерівномірності розвитку і динаміки ціннісних пріоритетів. Професійне становлення відбувається у процесі життєдіяльності особистості. Життєві переживання, пов'язані з коханням, втратою близьких людей, втотою тощо можуть відсунути на задній план проблеми професійного зростання. У таких випадках не залишається нічого іншого, як дати людині пережити ці події, включити їх у систему особистісних цінностей, а вже тоді повернутися до проблеми професійного зростання [20].

Тренінг емоційно-ціннісного ставлення до професії є досить гнучким і методично насиченим методом. Виконання завдань і вправ, які є технологічно доволі складними, стимулює розвиток професійної спрямованості студентів, а ціннісна підтримка групи надає їй стійкості й упевненості.

Програма тренінгу:

Перший етап.

Перше заняття.

Формування атмосфери довіри.

Мета: знайомство з учасниками групи; створення атмосфери взаєморозуміння та довіри.

Завдання:

Розширення зони особистісної впевненості учасників.

Прийняття сильних сторін особистості, котрі сприяють ефективній взаємодії з навколишніми.

Хід заняття

1. Правила групи.

- Добрий день, моє ім'я ...

Наша робота сьогодні передбачає деякі правила, а саме:

- довірливий стиль спілкування;
- активна участь у тому, що відбувається;
- спілкування за принципом «тут і тепер»;

- повага до промовця.

2. Вітання.

Обладнання: бджики, фломастери, голки.

Оформлення бджики, укажіть своє тренінгове ім'я. Розповідайте про своє ім'я так, щоб учасники тренінгу змогли його запам'ятати.

Запитання:

- 1) Що довідалися нового про учасників тренінгу?
 - 2) Що запам'яталося?
 - 3) Як себе зараз відчуваєте?
3. Вправа «Карусель компліментів».

Багато хто з нас у дитинстві любив кататися на каруселі, зараз ми також покатаємося, але на незвичайній, а на «Каруселі компліментів». Необхідно утворити два кола (зовнішнє і внутрішнє) і таким чином, щоб стати обличчям один до одного. Коли ви з'являєтесь перед партнером, то необхідно сказати йому комплімент. «Карусель» зупиняється тоді, коли ви виявилися перед першим партнером.

Запитання:

- 1) Як ви зараз себе відчуваєте?
 - 2) Що змінилося у вашому стані?
 - 3) Чи важко було виконувати вправу?
4. Вправа «Хвастощі».

Мені хотілось би поговорити про Ваші успіхи. Життя таке розмаїте, що в ньому завжди знайдеться сфера, у якій Ви є успішними. Згадайте, будь ласка, будь-яке досягнення, котре Ви досягли останнім часом, при цьому не має значення: чи велике воно, чи маленьке, головне, щоб це було важливим для Вас. Подумайте про це 1-2 хвилини.

Зараз Вам необхідно повідомити про свої досягнення якомога більшій кількості людей. Спробуйте показати, наскільки Вам це приємно. Учасники, котрим Ви повідомите про успіх, відповідають: «Я радий за тебе!».

Запитання:

- 1) Чи легко було говорити про свої успіхи?
- 2) Чи довідалися ви щось нове про кого-небудь?
- 3) Чи легко було радіти разом з іншими?
- 4) Як почували себе, коли говорили про свої досягнення?
5. Вправа «Точка опори».

Обладнання: аркуші паперу, ручки.

У ситуаціях, у яких добилися успіху, ми відчуваємо себе впевнено. А що для Вас це значить? (обговорити) Напишіть, що Вам для цього необхідно.

Ми звикли вважати, що робота над собою й самовдосконалення передбачають тільки аналіз помилок і боротьбу зі своїми слабкостями. Однак є ще одна важлива сторона роботи над собою, вона полягає у виявленні в собі друга й помічника. У кожного з нас є свої сильні сторони, але виявити їх буває нелегко. Деякі люди навіть вважають, що не мають якостей, які могли б слугувати для них внутрішньою точкою опори.

Зараз кожний учасник тренінгу протягом 3-4 хвилин повинен подумати й розповісти про свої «сильні сторони», про те, що дає йому почуття внутрішньої впевненості, що є точкою опори в різних життєвих ситуаціях.

Запитання:

- 1) Які були відчуття під час виконання вправи?
- 2) Що було загального у висловленнях учасників?

Обговорення результатів роботи групи.

Другий етап.

Розробка стратегій поведінки для досягнення мети.

Мета: розвиток позитивного мислення, аналізу наслідків та особливостей власної поведінки.

1. Вправа «Розквіт троянди».

І на Сході, і на Заході деякі квіти із прадавніх часів розглядалися як символи «Я». В Індії, на Тибеті – лотос, у Європі, Персії – троянда.

Зараз я пропоную виконати вправу «Квітування троянди», яка допоможе відчути внутрішню життєву силу.

Перед проведенням вправи необхідно попросити учасників сісти зручно (руки вільно лежать на колінах; зняти окуляри, якщо вони є; якнайкраще розслабитися) і закрити очі.

Уявіть кущ троянди: коріння, стебла, листочки, а на самому вершечку – пуп'янок. Пуп'янок закритий і оточений зеленими чашолистиками. Якийсь час розглядайте всі деталі. А тепер уявіть, що чашолистики стали розкриватися, розвертатися назовні, відкриваючи погляду приховані раніше пелюстки – ніжні, тонкі, усе ще закриті.

Тепер починають повільно розкриватися самі пелюстки. У міру того, як це відбувається, ви усвідомлюєте, що в глибинах вашої самості також відбувається якийсь розквіт. Ви відчуваєте, як у вас щось розкривається й поступово приходить усвідомлення.

Дивлячись на троянду, ви відчуваєте, що вона відкривається в тому ж темпі, що й ви. Її розкриття – це ваше розкриття. Ви продовжуєте спостерігати, як троянда відкривається світлу й повітрю, виявляючи себе світу у всій красі. Ви вдихаєте аромат і всмоктуєте його всім своїм іством.

Тепер вдивіться у самий центр, у джерело рушійних його життєвих сил. Нехай звідти з'явиться образ. Цей образ буде виражати те прекрасне, значиме, творче, що прагне вийти зараз на світло свідомості із глибин вашого несвідомого. Це може бути образ чого завгодно. Нехай він виникне сам собою без вашої участі. Споглядайте якийсь час цей образ, аналізуючи його зміст. Образ може щось повідомити вам за допомогою слів і без них. Будьте готові прийняти це повідомлення.

Запитання:

- 1) Що ви зараз відчуваєте?
 - 2) Чи були труднощі під час виконання вправи?
2. Вправа «Мета».

Мета: розширення діапазону власних можливостей.

На дошці крейдою малюють мішень. Учасникам пропонують саморобним м'ячиком (зім'ятим аркуш паперу) влучити у мішень так, щоб поцілити в

«десятку». Після чого аналізується хід гри. Звісно, що хтось зміг потрапити в «десятку». Але чи завжди ми виявляємо активність у досягненні мети?

Коли ми не можемо досягнути мети, то відмовляємося від неї, як від чогось нереального, замість того, щоб проаналізувати причини помилок. Спробуйте поставити собі запитання: чи було сказано, що м'ячик можна кидати, не підводячись з місця, що не можна підходити до дошки, що не дозволяється повторювати кидок? А мета була такою досяжною. І недостатньо сказати, що мету треба ставити і досягати її, треба ще й розуміти, для чого ми ставимо собі цю ціль, недостатньо лише мріяти, необхідно шукати шляхи досягнення мети. І ще один висновок: якщо щось із задуманого вами не вдалося, треба вчитися знаходити позитивне в тому, що трапилось.

3. Вправа «Відчуття потоку».

Ведучий: «У кожного з вас були в житті моменти, коли ви робили те, що вам дуже подобається, від чого ви отримували задоволення. Давайте спробуємо з'ясувати, що ви відчували в ті моменти. Для цього візьміть свої робочі альбоми. Згадайте один-два таких випадки. Спробуйте подумки перенестися у той час. Переживіть цю подію так, ніби ви зараз є її учасником.

А тепер запишіть навпроти цієї події ті почуття, які ви тоді переживали. Пишіть їх так, як вони вам спадають на думку, особливо не задумуючись над ними. Давайте тепер я на аркуші (А3) буду записувати ті почуття, які ви мені по черзі будете називати.

Для чого ми це робили? Дослідник М. Чікзентміхалі проводив аналогічні дослідження з обдарованими людьми (спортсменами, вченими, художниками) і встановив, що для внутрішньо мотивованої діяльності характерний певний комплекс почуттів, названий ним «Потік» (The flow):

- відчуття повної (розумової та фізичної) включеності у діяльність;
- повна концентрація уваги, думок, почуттів на справі;
- ясне усвідомлення мети діяльності;
- чітке усвідомлення того, наскільки вдало виконуєш свою роботу;
- відсутність тривоги з приводу можливої невдачі, помилки;

- відчуття суб'єктивної зупинки часу;
- втрата звичного відчуття чіткого усвідомлення себе і свого оточення.

Можемо порівняти два цих списки і побачимо, що вони дуже близькі між собою. Ті стани, про які ви згадували, і були власне станами внутрішньої мотивації».

4. Вправа «Вплив винагород на формування ціннісних орієнтацій».

Ведучий: «Давайте обговоримо таке питання: що більше спонукає людей до здійснення певної діяльності – винагорода чи покарання?» (відбувається обговорення).

Ведучий: «А тепер я пропоную нам подумати над низкою реальних експериментальних ситуацій. Давайте розіб'ємося на три групи. Кожній групі буде дано по одному експерименту. Однак там не буде вказано найголовнішого – результату експерименту. Вам необхідно буде за 30 хвилин спрогнозувати його результат, а також сформулювати аргументи на захист своєї думки.

Експеримент № 1.

Для участі в експерименті були відібрані дошкільники, які проявляли помітний інтерес до малювання кольоровими фломастерами.

Після цього одним дітям за малювання наперед обіцялась винагорода (грамота з печаткою, кольорова стрічка), інші винагороджувались неочікувано після малювання, а третім не давалось ні обіцянок, ні винагород. Потім протягом двох тижнів велось приховане спостереження за вільною ігровою діяльністю дітей у дитячому садку.

Як ви вважаєте, які діти продовжували малювати фломастером, а які майже перестали цим займатися? Обґрунтуйте відповідь.

Експеримент № 2.

Першій групі учнів, які брали участь в експерименті з вивчення процесу утворення понять задля отримання необхідної для них довідки, недружелюбним тоном повідомлялося, що вони цієї довідки не отримають. Другій групі учнів нічого не говорили, і вони, як і очікували, отримали свої довідки. Після створеної

таким чином ситуації проводили запланований експеримент, під час якого вимірювали ступінь прикладених зусиль, рівень досягнень, інтерес до завдань.

Як ви вважаєте, в якій групі студентів названі показники виявилися вищими? Обґрунтуйте відповідь.

Експеримент № 3.

В одній зі шкіл була традиція: учні IV і V класів допомагали виконувати домашні завдання учням I і 2 класів. Одна група «наставників» не отримувала за це ніякої винагороди, інша ж отримувала білети в кінотеатр. Між обома групами відстежувалися певні відмінності у взаємодії зі своїми «учнями».

Завдання:

1) Як ви вважаєте, в чому полягали ці відмінності?

2) Чи відрізнялася між собою успішність «учнів» різних груп «наставників»?

Обґрунтуйте відповідь.

Відповідь: друга група наставників була більш жорсткішою, а їх учні мали нижчий рівень успішності.

Ведучий: «Якщо всі готові, нехай по черзі кожна група продемонструє свою ситуацію, її вирішення та обґрунтування. У нас в кожній групі декілька осіб, тому нехай хтось один з кожної групи презентує ситуацію, хтось інший – її вирішення, а ще хтось – обґрунтування. Почнемо з першої групи...

Давайте тепер обговоримо. Може, хтось незгоден з вирішенням ситуації однією з груп?

Отже, ми з'ясували, що винагороди та покарання не такі уже й важливі для мотивації. І при цьому чинять вони скоріше гальмуючий, ніж підсилюючий вплив.»

5. Вправа «Міні-лекція» (за Р. де Чармса).

Дослідник Р. де Чармс зробив такі висновки:

1. Якщо людина винагороджується за те, що вона робить чи зробила за власним бажанням, така винагорода призведе до послаблення внутрішньої мотивації.

2. Якщо людина не винагороджується за нецікаву діяльність, яку вона почала робити лише задля винагороди, то внутрішня мотивація до неї може зрости.

Ці висновки нам показують, що відбувається з внутрішньою мотивацією при дії на неї винагород, однак вони не розкривають, де вона береться, в чому її джерело. Дослідження з цього приводу проводилися і проводяться зараз іншими вченими, зокрема такими, як Е. Дісі, Р. Раян.

Давайте повернемося до тих відчуттів, які супроводжували вашу внутрішню мотивовану діяльність. Подивимося на них ще раз, але дещо з іншої точки зору. Чи можемо ми сказати: про задоволення якої потреби говорить кожне із записаних почуттів?

Справа у тому, що кожен з названих вами потреб можна віднести до однієї з трьох базових потреб, виокремлених Е. Дісі:

- у самодетермінації (потреба відчувати себе джерелом власної активності);
- у компетентності (потреба відчувати себе компетентним, знаючим й уміючим дещо);
- у значимих міжособистісних стосунках (потреба бути включеним у значимі стосунки з іншими людьми в процесі діяльності).

Саме задоволення цих потреб у певній діяльності і може зробити її мотивованою внутрішньо, це і є основні фактори внутрішньої мотивації.

6. Вправа «Шляхи задоволення базових психологічних потреб».

Ведучий: «Оскільки ми вже знайомі з факторами внутрішньої мотивації, давайте знову розділимося на групи. Кожна з груп отримає по одній базовій потребі. Завдання – розробити системи способів задоволення кожної базової потреби для студентів в умовах навчальної діяльності. На виконання завдання – 30 хвилин, по 3 аркуші паперу формату А 4 та кольорові маркери...»

Ведучий: «Завдання виконано. А тепер наступне завдання. Подивіться уважно на свою систему і спробуйте продемонструвати дію вашої системи, розігравши сценку зі студентського життя. Після демонстрації кожною групою – теоретична презентація. Якщо в когось у ході роботи виникають якісь зауваження, пропозиції – записуйте їх собі в альбоми, обговоримо під час дискусії...»

Ну що ж, здається із завданням усі справилися. Давайте обговоримо».

7. Вправа «Система розвитку внутрішньої мотивації ціннісного ставлення до майбутньої професії, життя».

Ведучий: «Для розвитку внутрішньої мотивації жодну з цих потреб не можна задовольнити окремо одна від одної. Тому наше наступне завдання всій групі – на цьому аркуші А3 зобразити цілісну систему розвитку внутрішньої мотивації молодого покоління. Давайте обговоримо наш проект».

8. Міні-лекція «Зворотний зв'язок та поняття «цінності».

Для того щоб людина могла з'ясувати, наскільки вона самодетермінована та компетентна, їй слід отримати з оточуючого середовища зворотний зв'язок. Зв'язок цей може мати три види: контролюючий, інформуючий, індіферентний.

Часто контролюючий зворотний зв'язок здійснюється за допомогою грошової винагороди чи стягнення, позитивної чи негативної оцінки, доган, покарань.

Індіферентний зв'язок – просто інформація про результат діяльності.

Інформуючий зворотний зв'язок має позитивний характер, оскільки при його використанні людина отримує інформацію про успіх чи невдачу з поясненням причин та шляхів покращення результатів. Даний зв'язок найпростіше створюється, коли людина включена в систему значимих стосунків з іншими.

Цінності

В чому ж тут проблема? Чому так?

Якщо в кожній людині є базові потреби, то достатньо задовольнити їх, і виникне внутрішня мотивація до діяльності. Однак не така вже проста істота – людина. В неї, крім потреб, є ще й цінності. Цінність – це уявлення про те, що для людини є найбільш значиме. Цінностями може бути будь-що – річ, робота, емоції і навіть потреби.

Людина, яка в діяльності керується лише потребами, є повністю під їх владою, і фактично є споживачем.

А коли ж людина стає джерелом? Тоді, коли починає користуватися в оцінці ситуації не її можливістю задовольнити потреби, а власними цінностями. Тобто тоді, коли стає над ситуацією, і вже не є об'єктом її впливу, а сама свідомо

видозмінює її так, щоб вона прийшла у відповідність з її власною системою цінностей. Цінності є чинниками внутрішньої мотивації діяльності особистості.

Які будуть питання, думки? Давайте обговоримо».

Завершення робочого дня та підбиття підсумків.

Третій етап.

Заняття «Цілеутворення».

Мета: формування усвідомленої мети щодо майбутньої професії, життєдіяльності.

Вступне слово.

1. Вправа «Побажання друга».

Ведучий: «Зараз я роздам вам ваші робочі альбоми. Спочатку продивіться свої записи за другий день (теоретичний етап). Відновіть у пам'яті основні положення цього дня. Прочитайте також самохарактеристики, прогляньте цінності та життєвий шлях...

Тепер нехай кожен зосередить свою увагу на смислі та меті своєї участі у нашій групі. Закрийте очі. Нехай вам згадається людина, яка, як вам здається, зацікавлена у тому, щоб ви брали участь у роботі нашої групи, і очікує від вас якихось змін. Це може бути просто ваш знайомий, а може бути якась близька людина. Тепер уявіть, що ця людина говорить вам, що ви повинні тут навчитися. Відкрийте очі. Запишіть в свої альбоми ці побажання».

2. Вправа «Що я хочу змінити?».

Ведучий: «Встаньте в коло. Нехай кожен по черзі виходить в середину кола і протягом 1-2 хвилин показує ті форми поведінки, від яких він хотів би позбавитися. Після невеликої паузи він повинен зобразити поведінку-замінник. Той, хто вважає, що зрозумів дії того, хто в центрі, виходить до нього і демонструє такі ж способи поведінки. Тоді тому, хто в центрі, буде не так самотньо, а нам стане легше його зрозуміти. Давайте обговоримо».

3. Вправа «Правила створення фіксованої ролі».

Ведучий: «А зараз ми будемо конструювати нові особистості. Кожен з нас отримає можливість стати творцем НОВОЇ людини, побути драматургом життя. Це

відчуття вражаюче, але не слід занадто захоплюватися цією роллю. Зараз ми будемо знову створювати нариси-п'єси, але вже не самохарактеристики, а нариси фіксованих ролей. Ми будемо створювати нові ролі для своїх колег. При написанні цих нарисів будемо користуватися системою певних правил:

1. Слід розвивати основну тему, а не виправляти незначні недоліки.
2. Можна використовувати різкий контраст.
3. Приводити в рух поступальні процеси, а не створювати якісь нові стани.
4. Роль повинна мати гіпотетичний характер (брати до уваги події з повсякденного життя).
5. Роль повинна бути близькою людині.

Однак нариси ми будемо створювати поступово, крок за кроком, не поспішаючи, адже ми отримуємо в руки життя інших людей...

Давайте представимо свої нариси та обговоримо їх».

4. Вправа «Ідентифікація ціннісних груп».

Ведучий: «Зараз ми обмінємося своїми робочими альбомами. Давайте будемо передавати їх по колу один одному. Коли я скажу: «СТОП!», ми зупинимо конвеєр, і в кожного буде чийсь альбом...

Тепер розділимося на трійки так, щоб в трійку не потрапили учасники, альбом яких має трійка, а також, щоб альбоми учасників кожної трійки знаходилися в трьох різних групах. Всі повинні тримати в руках чужі альбоми. Тепер я попрошу вас подивитися на цінності, зображені на плакаті, та на цінності в рангових решітках в альбомах. На плакаті ви бачите (і пам'ятаєте) з нашого теоретичного дня 3 групи цінностей, які характеризують внутрішньо мотивовану людину (джерело), – самодетермінованість, компетентність, значимі міжособистісні стосунки. Кожна з цих груп для кожного з вас має своє неповторне, індивідуальне наповнення. У когось переважають цінності самодетермінованості – для нього важливо, щоб ніхто йому не наказував, лише тоді він буде мотивований внутрішньо; в когось це компетентність – найважливіше для такої людини відчувати, що її цінять за її знання та вміння, що вона досягла в чомусь успіху; а ще в когось це значимі стосунки – тоді людині

найважливішим є робота в колективі, де всі між собою в дружніх стосунках, де вона всім важлива та цікава. А ще в декого може не бути жодної з виділених груп цінностей – тоді у людини відсутня внутрішня мотивація, і вона більшу частину часу відчуває себе пішаком, і можливо, їй це подобається. Ідеальним випадком є гармонійне поєднання всіх трьох груп цінностей.

Ваше завдання – розсортувати цінності людей, альбоми яких ви тримаєте в руках. Ви в трійках, тому можете всі разом працювати спочатку над однією людиною, потім над другою, третьою. Подивіться уважно на кожен з цінностей та поставте біля неї назву групи, до якої її можна віднести. Може бути, що одна і та ж цінність відноситься до всіх груп, або лише до двох, або до жодної – можливо все. Також може бути, що цінність носить негативний характер (агресія, жорстокість). Тоді її також можна віднести до однієї з ціннісних груп.

Розпочинайте, тільки пам'ятайте – у вас в руках чуже життя, так само як і ваше життя зараз у когось в руках...

Обговоримо? Чи згодні всі з такими систематизаціями?»

5. Вправа «Трансформація системи цінностей».

Ведучий: «А тепер нам слід запропонувати кожній людині нову систему цінностей. У кожній з груп є по три альбоми, по три життя. Вивчіть детально кожен альбом, прогляньте життєві шляхи людей, прочитайте нариси самохарактеристики, ще раз подивіться на систему цінностей.

Вже тепер ви можете побачити, де чого не вистачає для ідеальності – яка з груп цінностей відсутня, якої забагато, які цінності негативні, чим це зумовлено.

І тепер ви можете приступити до змін. Наділіть людину, ціннісну сферу якої ви аналізуєте, новою системою цінностей, такою, яка, на вашу думку, була б для неї корисною і відповідала ідеалу внутрішньої мотивації. Обов'язково беріть до уваги життєвий шлях людини, її якості, ваші враження про неї, щоб та ціннісна сфера, яку ви їй запропонуєте, не була для неї занадто чужою. Працюйте спочатку з цінностями самодетермінації, потім – з компетентністю, потім – із значимими стосунками. Нову систему цінностей спочатку записуйте на роздані аркуші. Після ознайомлення з нею інших учасників тренінгу та обговорення, переписіть її до

робочого альбому тієї людини, з якою ви працювали. Готово? Тепер проведемо презентацію.

Для цього будемо розформовувати по одній трійці. Кожен учасник розформованої трійки йде в трійку, яка – працювала з його альбомом, стає ніби аналітиком трьох партнерів - розглядає запропоновану йому систему цінностей. Трійка обгрунтовує вибір таких цінностей, а аналітик трійки – висловлює свою згоду з нею чи незгоду. У разі незгоди з якоюсь цінністю, всі аналізують причину цієї незгоди, однак, якщо клієнт готовий до кардинальних змін, а психологи ґрунтовно підійшли до своєї роботи, то незгод не повинно виникнути. Партнери повинні переконати та бути самі впевнені в правильності своєї системи, а також готові до її перегляду.

Якщо всі розбіжності узгоджені, нова система цінностей заноситься до робочого альбому аналітика. Аналітик повертається до своєї трійки, а його альбом залишається у трійки партнерів.

Тоді розформуємо наступну трійку, і т. ін.»

6. Вправа «Створення нарису фіксованої ролі».

Ведучий: «Отже, нові системи цінностей створені. Однак, цінності – це найвищий рівень. Для того щоб ними можна було користуватися в житті, ці цінності слід включити в життєві ситуації особистості, конкретизувати їх на рівні поведінки.

Тому зараз ми будемо писати фіксовані ролі. Ви всі читали п'єси. Це буде щось подібне. Вам потрібно буде на основі нової системи цінностей створити нові способи поведінки аналітика в різних життєвих ситуаціях: на роботі, вдома, в університеті, при спілкуванні з друзями та колегами. Акцентуйте, свою увагу на навчанні, оскільки саме це є метою наших занять. Розпочинайте роботу».

Ведучий: «Давайте тепер презентуємо нариси фіксованих ролей всім учасникам тренінгу, у тому числі й аналітику. Обговоримо кожен з нарисів. Отже, всі ознайомилися зі своїми нарисами. Тепер нехай кожен візьме свій нарис та прочитає його ще раз. Немає заперечень? Приймаєте?»

7. Вправа «Початок великої гри».

Ведучий: «А тепер ми почнемо гру – ми вийдемо за стіни цієї аудиторії і зустрінемося для обговорення проблем та ідей. Ми вийдемо звідси для того, щоб розпочати свою велику гру. Ми будемо грати ролі інших людей – людей, які були створені тут. Для цього вам слід обов'язково носити з собою свій нарис, прочитувати його три рази на день протягом тижня і грати роль.

Вам не слід намагатися бути дійсно подібними персонажу зі свого нарису. Вам слід лише робити вигляд, що ви є цим персонажем.

Це не спроба змінити Вашу особистість, це лише запрошення до гри!

Завершення робочого дня та підбиття підсумків.

Четвертий етап.

Заняття «Формування».

Мета: перегляд особистістю своєї системи цінностей: виділення цінностей внутрішньої мотивації до майбутньої професії, життєдіяльності в цілому.

Учасники програми програють нариси фіксованих ролей у реальних життєвих ситуаціях протягом заняття.

1. Вправа «Аналіз системи цінностей».

Мета: контроль та корекція процесу перегляду систем цінностей учасників програми; перегляд особистістю своєї системи цінностей; формування ціннісних груп, виявлення змін у системах індивідуальних цінностей досліджуваних.

Ведучий: «За цей час, що ми не бачилися, багато чого трапилося, і ви багато думали та переживали. Відображенням наших думок та сподівань є сни наяву – фантазії та мрії, які захоплюють нас.

Я пропоную вам записати будь-який сон, будь-яку фантазію, яка вас відвідала протягом цього тижня, коли ви відпочивали, скучали, щось робили чи просто сиділи. Якщо ви не можете згадати – придумайте.

Поділіться з усіма. Символом чого може бути ця фантазія?»

2. Вправа «Обговорення».

Ведучий: «А тепер давайте обговоримо, як ви провели цей тиждень. Нехай кожен бажаючий виходить в центр кола, сідає на стілець та розповідає про цей тиждень, починаючи з першого дня: як він прокинувся, що думав, що робив, що

відчував протягом першого і наступних днів. Розкажіть також, як ви грали свою роль, що заважало і що допомагало її грати.

Якщо виникла якась проблемна ситуація – давайте програємо її всі разом. При необхідності можемо внести зміни у ваш нарис та до ціннісної сфери».

Під час аналізу кожного з випадків частою є ситуація, коли учасники не можуть грати розроблену для них фіксовану роль. Причиною цього не є небажання, а лише відсутність стратегій внутрішньо мотивованої поведінки. У цьому разі може допомогти рольове моделювання різних складних ситуацій.

3. Вправа «Зворотний зв'язок».

Ведучий: «Давайте спочатку проаналізуємо історію розвитку нашої групи. В робочому альбомі зобразіть малюнок, який символічно буде відображати вас та ваше самопочуття від початку роботи в групі і до сьогодні. Ключовими словами можете відмічати найбільш важливі ситуації.

Обов'язково зобразіть моменти: коли ви були найбільш щасливі в групі, коли вам було дуже неприємно і коли ви просто відчували себе спокійно і комфортно. Обговоримо?»

4. Вправа «Що я отримав?»

Ведучий: «Щоб нам легше було попроситися, давайте зробимо так: нехай кожен зосередиться на тому, що він тут отримав. Подумайте декілька хвилин про таке: який досвід я отримав в цій групі, і як він допоможе мені справлятися з негараздами повсякденного життя. Закрийте очі і не відкривайте, поки не знайдете відповіді на це питання. Поділіться з іншими своїми думками».

5. Вправа «Прощання».

Ведучий: «Станемо в тісне коло. Покладемо руки на плечі один одному. Закриємо на хвилину очі і подумки передамо один одному усі можливі позитивні емоції, почуття, побажання. Подякуйте один одного за співпрацю і попрощайтесь».

Підведення підсумків. Обговорення результатів тренінгу.

Далі ми пропонуємо програму корекції емоційних станів, психічної адаптації осіб, котрі перебувають в умовах хронічного психоемоційного стресу у зв'язку із

особистісно-типологічними характеристиками, що включає тренінг корекції емоційних станів з використанням музикотерапії та тілесно -орієнтованої терапії (за М. Сандомирським).

Тренінг корекції емоційних станів з використанням музикотерапії

Мета: формування адекватних реакцій на соціальне середовище, відчуття положення у системі неформального міжособистісного спілкування та гармонія взаєностосунків з ними; уміння приймати та розуміти інших, здатності до самокорекції власної поведінки у відповідності із нормами, що є значущими у спільноті; уміння самореалізовуватися та самостверджуватися у колективі, але без нанесення шкоди іншим.

Форми роботи: рухове розслаблення і злиття з ритмом музики; музично-рухові ігри і вправи; психічна і соматична релаксація за допомогою музики; вокальні вправи-співи; гра на музичних інструментах і ритмічна декламація; рецептивне сприймання музики; музичне малювання; пантоміма; рухова драматизація під музику; музична розповідь; гра з лялькою.

1. Рухове розслаблення і злиття з ритмом музики.

Основна мета – вироблення здатності психічно й соматично підкорятися ритму музики та зливатися з ним.

У цій роботі застосовується така вправа: під звуки музики із заплющеними очима погойдуватись у ритм музики, стоячи в колі й тримаючись за руки.

Орієнтовні музичні твори:

В. Адамець «Зірочне»;

Р. Адисалл «Варшавський концерт»

Р. Бінгел «Серенада Альжбеті»;

П. Чайковський «Танець маленьких лебедів» (балет «Лебедине озеро»);

А. Дворжак «Слов'янський танець № 1, до-мажор», «Слов'янський танець № 2, ля-мінор», «Слов'янський танець № 6, ре-мажор», «Слов'янський танець № 15, до-мажор»;

Е. Гріг «Пісня Сольвейг із сюїти «Пер-Гюнт»;

Ф. Шопен «Етюд мі-мажор»;

М. Равель «Болеро»;

М. Римський-Корсаков «Пісня індійського гостя з опери «Садко»;

К. Ейднінг «Розквіт весни»;

Б. Сметана «Нашим дівам» (полька);

А. Вівальді «Симфонія сі-мінор» (largo).

2. Музично-рухові ігри та вправи.

Основна мета – стимуляція та концентрація уваги, координація аудіовізуальної, моторної і тактильної кореляції людини, створення умов для комунікації та взаємодії у групі.

Орієнтовні музичні твори:

М. Бернар «Пісенька «М»; «Марш дерев'яних солдатиків»; «Марш із балету «Лускунчик»;

І. Доніцетті Увертюра до опери «Дочка полку»;

М. Глінка Увертюра до опери «Руслан і Людмила»;

А. Хачатурян Танок із шаблями з балету «Гаяне»; Танець з музичної сюїти «Маскарад»;

Ф. Шопен «Вальс сі-бемоль-мажор»; «Революційний етюд до-дієз-мінор»;

Ф. Ліст «Угорська рапсодія»;

М. Мусоргський ф-п цикл: «Картинки з виставки»; «Гра дітей»;

В. Новак «Розбійницька сонатина»;

С. Прокоф'єв Марш із збірника «Дитяча музика»;

Р. Шуман «Лісові сцени «Одинокі квіти», «Мисливська»; Марш з «Альбому для молоді»;

Б. Сметана «Нашим дівам» (полька);

Й. Штраус «На прекрасному голубому Дунаї»; «Піцикато».

3. Психічна і соматична релаксація за допомогою музики.

Основна мета – пасивне сприймання музики, спрямоване на процес розслаблення та занурення у вільну течію асоціацій, зумовлених виразністю та динамічністю музики.

Орієнтовані музичні твори.

I.-С. Бах. Концерт для клавесину з оркестром ре-мінор, 2 ч. Концерт для двох скрипок ре-мінор, 2 ч.

А. Вівальді. Пори року. Частини „Літо”, „Зима”. Концерт фа-мажор.

В.-А. Моцарт. Дивертисмент № 7.2 ч.

А. Дворжак. Симфонія № 3, соль-мажор, 2 ч. (adajio).

А. Кореллі. Концерт грощо № 5 (adajio).

4. Вокальні вправи – співи.

Основна мета – зняття напруження, гармонізація особистості, позитивний психічний і соматичний вплив на процеси дихання, травлення, серцеву діяльність. Встановлення соціальних контактів.

Рекомендується використовувати пісні, які можна драматизувати, відображати. Вони мають бути емоційними, мати просту і приємну мелодію, живий темп, відповідну тональність.

5. Гра на музичних інструментах (фортепіано) і ритмічна декламація.

Основна мета – реалізація відчуття ритму й розвиток творчих здібностей, акустичного, ритмічного, моторного, тактильного, та візуального сприйняття, уваги, фантазії, подолання комплексу неповноцінності.

6. Рецептивне сприймання музики.

Основна мета – зняття внутрішнього конфлікту, проблем, сприяння стабілізації особистості.

Орієнтовні музичні твори

Кітаро «Peace»; «Harmony of the forest»;

М. Фолмер «United»;

К. Матсуї «Savanna, No Problem»;

Дж. Ласт «The Lonely Shepherd»;

Ф. Гойя «Classical Dream»;

Caravelli Orchestra «Midnight Blue»;

Ф. Папетті «Summertime»;

1. Зменшення роздратованості, розчарування, для посилення відчуття тлінності життя природи, частиною якої є людина:

I.- С. Бах «Кантата № 2»;

Л.-В. Бетховен «Місячна соната»;

С. Прокоф'єв Соната «Ре»;

С. Франк Симфонія ре-мінор;

2. Зменшення почуття тривоги, невпевненості в благополучному звершенні того, що відбувається:

Ф. Шопен «Мазурка і прелюдія»;

I. Штраус Вальси;

А. Рубінштейн «Мелодія».

3. Загального заспокоєння та примирення з багатогранністю життя:

Л.-В. Бетховен Шоста симфонія, 2 ч;

I. Брамс «Колискова»;

Ф. Шуберт «Ave Maria», «Анданте з квартету»;

Ф. Шопен «Ноктюрн соль-мінор»;

К. Дебюссі «Світло місяця»;

4. Уникнення злобливості, заздрощів до успіхів інших людей:

I.- С. Бах «Італійський концерт»;

Й. Гайдн Симфонія;

Я. Сібеліус «Фінляндія».

5. Зняття емоційних симптомів гіпертонії та напруження у взаєминах іншими людьми:

Б. Барток «Соната для фортепіано»; Квартет № 5.

6. Зменшення головного болю що виникає внаслідок емоційного перенапруження:

Л.-В. Бетховен «Фіделіо»;

В.-А. Моцарт «Дон-Жуан»;

Ф. Ліст «Угорська рапсодія № 2»;

А. Хачатурян Сюїта «Маскарад»;

Гершвін «Американець у Париж».

7. Підвищення загального життєвого тону, поліпшення самопочуття, підвищення активності та поліпшення настрою:

І.-С. Бах «Прелюдія та фуга мі-мінор»;

Л.-В. Бетховен Увертюра «Егмонт»;

П. Чайковський «Шоста симфонія» ч. III.;

Ф. Шопен «Прелюдія»;

Ф. Ліст «Угорська рапсодія № 2»;

8. Нейтралізації негативних психічних станів:

Р. Вагнер «Пісня вечірніх зірок з опери «Тангейзер»;

В. Белліні Увертюра до опери «Норма»;

К. Дебюссі Море «Місячне світло»;

І. Брамс «Колискова»;

Ф. Мендельсон-Бартольдї «Блискоче капричіо»;

9. Уникнення депресивних станів:

Л.В. Бетховен Увертюра «Егмонт»;

Ж. Бізе Сюїта з опери «Кармен»;

К. Дебюссі «Іверія»;

Й. Гайдн «Створення світу».

10. Зменшення психічної та соматичної втоми.

І.-С. Бах «Кавова кантата»;

Б. Бріттен «Пітер-Граймо»;

М. да Фолья «Ночі в садах Іспанії»;

Г. Гендель «Музика на воді»;

11. Нейтралізації тривожних станів:

Ф. Шопен «Прелюдії»;

Й. Штраус «Вальси»;

Ф. Шуберт «Веселі пісні»;

Д. Верді «Мелодійні арії з опер».

12. Запобігання невротичним реакціям:

Л.В. Бетховен «П'ята симфонія», ч. I.;

Б. Сметана «Влтава»;

П. Чайковський «Концерт сі-бемоль-мінор», ч. I.;

Ф. Шуберт «Восьма симфонія», ч. II.;

Ф. Мендельсон-Бартольдї «Скрипковий концерт мі-мінор», ч. II.;

М. Равель «Болеро».

13. Для гармонізації, психічної врівноваженості, впевненості в собі, соматичної стабільності:

I.C. Бах «Концерт для двох скрипок з оркестром ре-мінор»; «Оркестрова сюїта до-мажор»; ч. II. «Бранденбурзький концерт» № 5 ч. II.

7. Музичне малювання.

Мета – динамічна стимуляція та спонтанне вивільнення внутрішніх конфліктів і проблем, зняття негативних переживань.

Основні твори:

П. Чайковський Вальс із опери «Євгеній Онєгін»;

А. Глазунов Галоп з балету «Раймонда»;

Й. Гайдн «Концерт у ре-мажорі» (у виконанні М. Варги);

А. Хачатурян «Танець з шаблями з балету «Гаяне»;

Ф. Легар «Золото і срібло» (вальс);

Й. Штраус «Марш кадетів»;

Ф. Зуппе Увертюра до опери «Легка кавалерія» (швидка частина);

К. Вебер «Запрошення до танцю»;

8. Пантоміма.

Мета – сприяти психічній релаксації та творчій стимуляції, розвивати творчу фантазію та уяву, рухові здібності до самовираження, допомагати зняти психічне напруження.

Використовуються прості короткі оповідання чи драматичні етюди, які виконуються під музику в пантомімі.

9. Рухова драматизація під музику

Мета – рухове розслаблення і злиття з ритмом музики. Використовуються пісні, сюжет яких можна зобразити в рухових елементах.

10. Музична розповідь

Мета – психічна та соматична стимуляція за участю рухів драматизації та мовлення.

Використовуються звуки природи (спів птахів, шум вітру, води).

11. Гра з лялькою

Мета – сприяти вираженню внутрішнього стану та характеру взаємин з оточуючими.

Тематичний план

Час: 2 години

№ з/п	Зміст роботи	Ресурсне забезпечення	Кількість хвилин
1	Вступ. Організація роботи в групі.		5 хв.
2	Організація роботи в групі.	Музика природи	5 хв.
3	Знайомство. «Ім'я + Якби я був музичним твором, то я був би ...»	М'яч, музичний твір З. Фібаха «Поєма»	10 хв.
4	Вправа «Вернісаж» (Я – музичний інструмент)	Папір, маркери, кольорові олівці.	15 хв.
5	Музична релаксація (Почуття – це музика, музика це – почуття).	Папір, маркери, кольорові олівці, музичний твір І. С. Баха «Концерт ре-мінор для клавесина з оркестром»	20 хв.
6	Вправа «Метафора» (Це – я, ця – мелодія про мене, це – мій внутрішній світ).	Папір, маркери, кольорові олівці, музика природи.	20 хв.
7	Вправа «Чарівна країна»	Папір,	20 хв.

	почуттів» (Духовний світ людини).	маркери, кольорові олівці, музика природи.	
8	Музичне есе «Мої почуття»	Папір, маркери, музика природи.	20 хв.
9	Підбиття підсумків		5 хв.

Вступ

Сьогодні ми з вами зібрались, щоб краще пізнати себе, інших, налагодити взаємодію з оточуючими нас людьми за допомогою музики.

Один мудрець сказав: «для людини немає цікавішого об'єкта, ніж сама людина». Ця вічна проблема найголовніша і стосується важливих питань місця людини в історичному процесі, світогляду, духовного та психічного розвитку.

Звернення до музики як засобу корекції та лікування емоційно-поведінкових розладів сягає третього тисячоліття до нашої ери. Ще в Парфянському царстві за допомогою спеціально підібраних мелодій лікували від недугів, нервових розладів і серцевого болю. А в Давньому Єгипті за допомогою музики зціляли душевнохворих, катаючи їх у човнах по Нілу і при цьому граючи на музичних інструментах. А в Індії існували так звані медичні пісні. А давні китайці вважали, що музика рятує від усіх недуг, які непідвладні лікарям.

Загалом, культуру якого народу ми б не розглядали, можемо знайти чимало прикладів використання музики для нормалізації душевного стану людей.

У наші дні музичну терапію застосовують практично у всіх країнах Західної Європи, спрямовуючи її не тільки на лікування нервовопсихічних й соматичних захворювань, а й на профілактику емоційно-поведінкових розладів у особистості таких, як: порушення самоприйняття, неадекватні реакції на переживання, неврози, депресії, нав'язливі стани, дефекти інтелектуального, емоційного і фізичного розвитку.

Музикотерапія – один із засобів підвищення соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її адекватної соціалізації в суспільстві.

Звернення до музики відкриває перед учасниками зміст набуття певного емоційного досвіду в своїх інтересах. Учасники дають відповіді на запитання: «Що мені дає музика?», «Чому подобається саме ця музика?». Сенс сприймання музики полягає в тому, щоб навчити не лише відчувати красу і гармонію музики, а й осмислювати її як аналог краси і гармонії Всесвіту, природи людини, формувати особистісне ставлення до них через знаходження свого «Я».

2. Організація роботи в групі

Мета: вироблення вміння керувати власним соматичним та емоційним станом, підкорятися ритму музики та зливатися з ним, знімати емоційне напруження.

Всі учасники стають у коло тримаючись за руки. Під звуки музики із заплющеними очима погойдуються під ритм музики.

Обговорення:

- Які відчуття у вас викликало виконання цієї вправи?
- Як фізично та емоційно на вас впливає музика?

3. Знайомство «Ім'я + Якби я був музичним твором, то я був би ...»

Мета: розвивати вміння самопрезентації за допомогою асоціації себе з музичним твором.

Всі учасники сидять у колі. Звучить тиха музика. Кожен учасник по черзі називає своє ім'я додаючи до нього музичний твір, з яким асоціюється його тип характеру, поведінка, темперамент, і водночас передає м'яч іншому.

4. Вправа «Вернісаж» (Я – музичний інструмент)

Мета: визначити особливості самовираження за допомогою музики та малювання.

Всім учасникам пропонується намалювати себе у вигляді музичного інструменту з яким асоціюється його стиль спілкування та взаємодії з іншими людьми. Після чого малюнки презентуються та вивішуються на дошці.

Обговорення:

- Чому ви вважаєте себе саме цим музичним інструментом?
- Чи в усіх життєвих ситуаціях ви схожі на цей музичний інструмент? Чому?
- З яким із музичних інструментів ви хотіли б грати разом? Чому?

5. Музична релаксація. (Почуття – це музика, музика це почуття)

Мета: зняття внутрішнього конфлікту, проблем, сприяння стабілізації емоційного стану, розслаблення.

Учасники сидять у колі так як їм зручніше. Лунає тиха музика. Тренер пропонує всім заплющити очі і уявити себе на березі моря та зіставити свої почуття з почуттями, які виражені в музиці. Після прослуховування всі учасники малюють свої почуття, які викликала дана мелодія.

Обговорення:

- Що ви відчували під час прослуховування музики?
- Який був ваш настрій? Чому?
- Розкажіть про свої проблеми, свої цінності.
- Чого ви боїтеся у житті?
- Про що ви думаєте під час сприймання музики?
- Що вас найбільше тішить?
- Що вас пригнічує?

6. Вправа «Метафора» (Це – я, ця мелодія про мене, це мій внутрішній світ)

Мета: визначити особливості самопізнання та самовираження за допомогою метафори.

Тренер розповідає казку «Чарівне дерево»:

«В одній казковій країні росло чарівне дерево на якому жили думки на ім'я Радість, Смуток, Злість, Цікавість, Образа, Провина, Страх. Кожного ранку вони прокидалися і летіли до людей. До кого завітала Радість, у того був радісний настрій, до кого Смуток - сумний. До нас також кожного дня прилітають різні думки в залежності від того, як ми сприймаємо ту чи іншу подію, ситуацію або людину. Все це впливає на наш настрій, зміну емоцій».

Тренер пропонує учасникам за допомогою метафори відобразити свої емоції і те, як вони змінюються протягом дня.

Уявіть, що музика це «джерело», розкрийте свої індивідуальні особливості:

- З якою музикою ви асоціюєте свій ранок?
- З якою музикою ви асоціюєте свою роботу?
- З якою музикою ви асоціюєте спілкування із друзями?
- З якою музикою ви асоціюєте спілкування з неприємними для вас людьми?
- З якою музикою ви асоціюєте відповідальне завдання?
- З якою музикою ви асоціюєте свій публічний виступ на сцені?

Обговорення:

- Як виглядає ваше обличчя, коли ви асоціюєте себе з тією чи іншою музикою?

- Який настрій приховано за цим?
- Чи відчуваєте ви щасливими? Чому?

7. Вправа „Чарівна країна почуттів” (Духовний світ людини)

Мета: оцінка психоемоційного стану, поглиблене пізнання своїх почуттів, розвиток уміння відчувати свої почуття через музичні образи, мелодію і звук.

Тренер роздає учасникам бланк. Звучить тиха мелодія.

Завдання:

«Уявіть себе чарівниками, які будують будинки. В Чарівній країні живуть почуття: Радість, Злість, Провина, Образа, Смуток, Злість, Цікавість. І кожній з них потрібен дім. Крім того кожне почуття хоче мати свій власний будинок, який не схожий на інших за кольором. Шановні чарівники, вам потрібно розмалювати будинки для кожного почуття і розмістити їх на карті Чарівної країни».

Карту Чарівної країни учасники виготовляють самі. Складають аркуш паперу і за допомогою ножиць вирізають силует людини.

Обговорення:

Уважно подивіться на себе очима мудрої людини.

- Що ви відчували під час виконання вправи?
- Якими ви зараз собі здаєтеся і якими ви є насправді?
- Що добре, а що погане у вас відбувається?
- Дайте інтерпретацію своїй країні почуттів.

8. Музичне есе „Мої почуття”

Мета: формувати вміння сприймати твори через власні враження, роздуми, які виникли через візуалізацію своїх почуттів та духовних цінностей.

Тренер пропонує учасникам прослухати музику і написати роздум над почуттями, які викликає даний музичний твір: «Знайдіть у глибині вашої душі найкращі душевні почуття і відчуйте як світлішає ваше обличчя. Опишіть його».

Обговорення:

- Які у вас виникли відчуття під час прослуховування даної музики?
- За яких обставин ви відчуваєте у своєму внутрішньому світі зміни на краще?
- Як виглядає ваш уявний прекрасний образ? Як ви його створюєте?
- Що вам перешкоджає виглядати щасливою людиною?
- Чи ваш образ гармонує з музикою, яку ви зараз прослухали? Якщо так, то спробуйте і надалі бути внутрішньо схожими на образ тієї людини, яку ви зараз створили.

9. Підведення підсумків

Вправа «Закінчи речення»

Мета: підбити підсумки роботи в групі, створити гарний настрій.

Тренер пропонує всім учасникам висловити свої почуття, які вони відчували під час тренінгу.

«Мені було... тому що...»

Окрім цього, учасникам експериментальної групи було запропоновано тренінг тілесно-орієнтованої терапії (за М.Сандомирським)

Програма тренінгу тілесно-орієнтованої терапії

Мета: нормалізація психофізичного стану індивіда в цілому, допомога у керуванні власним емоційним та психофізичним станом

Форми роботи:

- управління увагою, чуттєве усвідомлення;
- м'язова релаксація;
- саморегуляція дихання;
- усвідомлення схеми тіла;

- тілесно-орієнтовані афірмації та репетиція поведінки;
- опрацювання власних копінг-стратегій.

I. Управління увагою й чуттєве усвідомлення

Усвідомлення відчуттів за, М. Сандомирським, є своєрідним тренуванням уміння жити в теперішньому часі, відсторонитися від мрій про майбутнє або спогадів про минуле й звернутись до переживань «тут і тепер».

1. «Розподіл уваги»

Мета: розподіл уваги, формування уміння керувати власної увагою.

Оволодіння означеним умінням дозволяє спостерігати на свідомому рівні водночас за декількома процесами, що відбуваються поза, всередині або в нашому психічному просторі. Навичка розподіляти увагу уможливорює поєднання таких аспектів, як контакт з пацієнтом й відстеження власного стану. Також все це дозволяє здійснювати контроль стану свідомості – окреме усвідомлення активності «центру» та «периферії» свідомості.

Послідовне спостереження за одним внутрішнім або зовнішнім процесом, що чергується із паралельним спостереженням.

Оберіть деякий зовнішній предмет, котрий необхідний для фіксації погляду. Впродовж всієї вправи зберігайте фіксовану позу, не змінюючи положення голови. Спочатку необхідно сконцентрувати увагу на внутрішніх відчуттях, на диханні (10-12 вдихів / видихів). Потім – відкрити очі, спрямувати погляд на обраний предмет, що з цього моменту представляє фокус вашої уваги (мов би «краєчком ока» продовжуйте водночас паралельно спостерігати за відчуттям дихання), утримуючи увагу таким чином протягом аналогічного часового проміжку. Далі важливо багатократно чергувати періоди спостереження переважно за внутрішніми відчуттями та переважно за зовнішнім предметом.

Кінцева фаза вправи: із відкритими очима спостерігати водночас за зовнішнім предметом та внутрішніми відчуттями.

Ускладнений варіант вправи: паралельне спостереження за двома зовнішніми процесами (у випадку двох зорових об'єктів один сприймається «центральною»,

другий - «периферійним» зором; якщо це два джерела звуку – вони повинні здійснюватися окремо в праве та ліве вухо і т. і.).

2. «Знайомство з собою»

Вправа призначена для тренування уміння спостерігати за власними відчуттями. Це одна із базових навичок самоспостереження за власними фізіологічними процесами. Об'єкт спостереження – кисть руки.

Перша фаза – підготовча. Для розминки необхідно здійснити низку простих рухів:

1. З'єднайте кінцівки пальців обох кистей, притисніть їх одна до одної із зусиллям, спираючись одна на іншу. Здійсніть із силою 15-20 зустрічних рухів долонями, мов би стискуєте гумову грушу, що знаходиться між долонями;
2. Енергійно потирайте долоні одна об іншу до появи відчуття інтенсивності тепла;
3. Сильно й швидко не менше 10 разів стисніть та розтисніть кулак, досягаючи відчуття втоми у м'язах кисті;
4. Потрусіть пасивно висячу кисть.

У наступній частині вправи важливо підтримувати спрямовану, сконцентровану увагу на задану частину тіла.

Отже, покладіть долоні симетрично на коліна. Спрямуйте усю увагу на внутрішні відчуття – зовнішні подразники на цей час для вас мов не існують. сконцентруйте увагу на правій долоні. Прислухайтесь до власних відчуттів.

Зверніть увагу на такі відчуття:

- 1) почуття ваги. Відчуваєте ви у кисті важкість чи легкість?
- 2) почуття температури. Відчуваєте ви у кисті холод або тепло?
- 3) додаткові відчуття (в наявності не обов'язкові, але можливі):
 - сухість або вологість;
 - пульсація;
 - поколювання;
 - відчуття проходження електричного струму;
 - відчуття «мурашок»;

- оніміння (найчастіше у кінцівках пальців);
- вібрація;
- м'язове тремтіння.

Спостерігайте за відчуттями весь час, мов би занурюючись в цей процес, подумки від'єднуючись від всього навколишнього. Намагайтеся вловлювати зміни у відчуттях, тому що вони ніколи не є постійними і незмінними, важливо лише утримувати, концентрувати на них увагу, щоб помітити ці зміни. Слідкуйте за тим, як відчуття змінюються: посилюючись або зменшуючись, як вони змінюють власну локалізацію, поступово переходячи з однієї точки в іншу, як одні відчуття поступаються іншим. Тривалість вправи не менше 8-10 хвилин.

3. «Говорити правду легко та приємно»

Мета: досягнення стану безпосереднього переживання, управління цим станом та його утилізація, що дозволяє добитися більшої сконцентрованості на теперішньому.

Важливим механізмом психокорекційного ефекту вправи є виникнення відчуття «несуттєвості» або неважливості власної мисленнєвої продукції, що є містком між запобіганням реальності та об'єктивним контактом з нею. Відчуваючи його, людина починає розуміти, що відгороджуючись від реального світу, закриває від себе його об'єктивне бачення із допомогою різних шаблонів та фільтрів сприймання. Такими можуть бути: неправомірне узагальнення, зведення нового досвіду до раніше набутого – своєрідне «надання ярликів», пристрасність та забобони, створені вихованням, людьми. Бар'єром адекватного сприйняття є гіперрефлексія, надмірна сконцентрованість думок на власній особі та своїх розумових процесах; Така інтелектуалізація (безплідне розмірковування) лежить в основі редуccionізму, або намагання зводити складні, комплексні проблеми до елементарних пояснень та простих рішень.

В реальності всі ці спроби є намаганням уникнути дійсності задля заповнення екзистенційного вакууму й приглушення внутрішньої тривоги від можливого зіткнення із протиріччями, труднощами реального, а не вигаданого життя.

а) конкретно-чуттєвий варіант вправи (1 етап) – є описом (у вигляді зовнішнього мовлення) сенсорного досвіду, що усвідомлюється «тут і тепер». Мовлення структуроване в такий спосіб: кожна фраза починається із обов'язкової частини, що описує почуттєвий досвід: «Я бачу...», «Я чую...» або «Я відчуваю...» – з детальним описом зорової, слухової або кінестетичної інформації, що в цей момент привертає увагу.

Отже, говоріть не зупиняючись, без пауз, про все, що в цей момент бачите поряд себе, чуєте, або помічаєте на рівні тілесних відчуттів. Коли мовлення продовжується без зупинки достатньо тривалий час, виникає особливе почуття простоти та природності, в якому можна відчути себе справді легко й приємно, стан, в якому «що у розумі, та й на язиці», стан подолання внутрішньої подвійності, коли не треба грати ролі, внутрішньо напружуватися й обманювати, коли можна побути самим собою. Відчуйте пов'язані із цим станом відчуття, запам'ятайте стан, щоб повертатися до нього в подальшому.

Така навичка спостереження за тілесними відчуттями «потокем свідомості» використовується як ресурс для самоаналізу та ідентифікування почуттів. З його допомогою людина навчається впливати на власний емоційний стан, щоб менше залежати від впливів підсвідомості та зовнішніх обставин. Окрім цього, вона допомагає людині запобігати й надлишкового свідомого контролю.

б) асоціативний варіант (2-й етап) – схожий із вільними асоціаціями психоаналітичної «розмовної терапії» із зв'язком логічних асоціацій та чуттєвого досвіду індивіда. Тут додається до початку фрази її друга половина, що описує асоціації, котрі можуть виникати у зв'язку із чуттєвим усвідомленням: «...і це викликає у мене думку про те, що...»

Відтак, ви продовжуєте описувати все те, що усвідомлюєте в теперішній момент, намагаючись промовляти усі свої думки, не залишаючи їх на потім, на початку думки мов би групуються у черзі, поспішаючи бути проголошеними, але поступово «швидкість течії» потоку свідомості (внутрішнього мовлення) узгоджується із швидкістю мовлення зовнішнього таким чином, що ви дійсно встигаєте промовити кожну думку, лише вона з'являється у вашій свідомості, в

такий спосіб, що ви промовляєте усе, що приходить на розум. Підтримуйте такий стан певний час, водночас проголошуючи потік вашої свідомості, все це може призвести до неочікуваних корисних результатів.

Отже, метою варіанта цієї вправи є вивільнення потоку свідомості від внутрішньої цензури, завдяки чому доступним усвідомленню можуть стати раніше віддалені із свідомості думки. При цьому часто відбувається нове усвідомлення старої проблеми – інсайт. Такий новий погляд на конкретну проблему, що раніше вважалася такою, що не можна вирішити, може призвести до її зняття, до пробудження раніше витіснених емоцій. Систематична практика «усвідомлення власної свідомості» сприяє її розкріпаченню, відновленню безпосередності сприймання, подоланню його обмежень та викривлень.

У подальшому, за М. Сандомирським, дана техніка використовується як підготовчий етап різних методик саморегуляції.

4. «Ревізор думок»

Мета: оптимізувати потік свідомості, створити його більш цілеспрямованим, позбавлення негативних думок.

Для цього необхідно уповільнити потік свідомості, швидкість внутрішнього мовлення. Кожну думку необхідно промовляти або вголос чи подумки. При цьому кожна нова думка повинна супроводжуватися власним коментарем, її оцінкою. Таким чином, запобігання негативних думок здійснюється завдяки підвищенню ефективності «внутрішньої цензури», яка із підсвідомого переходить у свідомість. Так саморегуляція психічного стану відбувається через функціонування «Его як спостерігача» (А.Фрейд).

Таким чином, розпочнемо «проголошувати» потік власної свідомості. При цьому кожна думку прискіпливо і критично аналізуємо за такою схемою:

- 1) Навіщо мені необхідна ця думка?
- 2) Які зорові або слухові образи з нею пов'язані?
- 3) Які тілесні відчуття?
- 4) Які емоції вона викликає?
- 5) Чи є вона необхідною саме в цей момент?

Розглянувши «зайву» думку, усвідомивши її недоцільність, необхідно в той же час позбавитися від неї:

- 1) на рівні сприймання – переключити увагу на конкретний чуттєвий досвід (бачу...чую...відчуваю...) з його вербалізуванням;
- 2) позитивно переформулювати думку (афірмації);
- 3) логічно її спростувати;
- 4) трансформувати думку, що заважає, на рівні образів:
 - візуально (уявити як фразу, що написана крейдою на дошці, й подумки витерти її вологою ганчіркою);
 - аудіально (уявити фразу як таку, що лунає у радіо ефірі, потім настроювання радіоприймача поступово змінюється; хвиля, на якій відбувається прийом, мов би «відступає»; звук мовлення, що сприймається, поступово згасає, повністю втрачається від радіошуму);
 - кінестетично – здолання дискомфортних відчуттів за допомогою м'язового розслаблення й керованого дихання.

II. М'язова релаксація

1. «Втомлена рука»

Мета: розвиток «м'язового почуття», для запам'ятання відчуття розслаблення м'язів.

Необхідно використовувати спостереження за внутрішніми відчуттями, що пов'язані із м'язовим розслабленням.

Прийміть зручне положення тіла. Заплющити очі, щоб сконцентрувати увагу на внутрішніх відчуттях, відключившись від усього зовнішнього, зайвого. Підніміть праву руку на рівні пліч. Почніть швидко й сильно стискати та тискати кулак, (до тих пір, доки не відчуєте, що рука втомилася і немає сил продовжувати). Покладіть руки на коліна, симетрично. Спостерігайте за відчуттями в них. Намагайтеся помітити різницю у відчуттях у правій та лівій кисті. При цьому, у першу чергу зверніть увагу на такі відчуття, що є характерними для розслаблення м'язів:

- почуття ваги (відчуйте, наскільки права кисть важче, ніж ліва);

- відчуття температури (відчуйте, наскільки права кисть тепліше).

Намагайтеся запам'ятати відчуття ваги й тепла – вони ще раз будуть у нагоді в подальшому. Поспостерігайте за ними мов би з різних сторін, порівнюючи їх з відомими відчуттями (рука втомилася, як після важкої роботи; тепло, мов у гарячій ванні...). Таким чином попрацюйте з відчуттями 5-6 хвилин. Потім, зберігаючи вже звичне відчуття у кисті, переходьте до виконання вправи.

В подальшому, коли ви засвоїте процедуру розслаблення й будете використовувати її у повсякденному житті для відпочинку або зняття стресу, кожного разу починайте виконання розслаблення з цієї вправи, використовуючи його як умовно-рефлекторний сигнал для входу у відповідний стан.

2. «Уявний рух – пальці рук»

Мета: тренування ідеомоторних рухів як елементу м'язового розслаблення.

Здійснюємо рух подумки, в уяві, а не реально, в той час отримуємо м'язову реакцію, пов'язану із рухом. Ідеомоторний рух може супроводжуватися зоровими образами, а може залишатися тільки на рівні тілесних відчуттів.

Права кисть покладено на коліна долонею догори. Для контролю покладіть долоню лівої руки поверх правої. Заплющить очі, подумки уявіть праву кисть, спостерігаємо за відчуттями в ній. Починаємо уявляти, як пальці правої кисті стискаються у кулак, водночас ледь-ледь згинаючи їх насправді й напружуючи м'язи кисті. Ліва долонь відчуває невеличкий тиск з боку пальців правої. Розслабляємо праву кисть, водночас трохи сильніше притискаючи ліву долоню до правої. Повторюємо уявний і дійсний рух пальців, але тепер реальний рух робимо з меншою амплітудою, однак контролюючи його лівою долонею. Повторюємо все знов з ще меншою амплітудою, ще меншою, до тих пір, доки ліва долоня не перестане сприймати незначний, невідчутний рух пальців правої, але у вашому уявленні і у відчуттях пальців правої кисті відчуття руху і відчуття напруги кисти зберігаються.

Наступний важливий крок – поєднати дві навички, два відчуття - м'язове розслаблення (тяжкість, тепло) та ідеомоторний рух. Для цього треба повернутися

до вправи «втомлена рука» й виконати її в уяві, намагаючись добитися реалістичних відчуттів тепла і тяжкості у руці, що й при м'язовій роботі насправді.

III. Самоаналіз

1. «Тілесно-орієнтовані афірмації»

Мета: виведення проблеми, що існує, із підсвідомості на рівень свідомості, оцінити її на рівні здорового глузду і перевести негативний контекст проблеми у позитивний.

Афірмації розбудовуються на підґрунті базового психокорекційного принципу полярності: спочатку виявляється негативний «полюс» психологічної проблеми, а потім логічно створюється позитивний «полюс», що його врівноважує. Серед альтернативних варіантів позитивного формулювання відбирається найбільш прийнятний, котрий у подальшому й використовується для саморегулювання.

Афірмації також використовуються для усвідомлення внутрішнього конфлікту і переведення його у конструктивне русло через словесно-опосередкований спосіб переконати підсвідомість. Конкретні формулювання афірмацій визначаються змістом психологічних проблем, що вирішуються: самозвинувачення, нав'язливі думки, тривожне відчуття невдачі та ін. Використання афірмацій дозволяє людині самотійно гармонізувати стосунки свідомості та підсвідомого і в такий спосіб одержати прямий доступ до власних прихованих, підсвідомих ресурсів для вирішення проблем, котрі виникли.

Відтак, сконцентруйте увагу на власних фізичних, тілесних відчуттях. Спочатку налаштуйтеся на проблему, спробуйте знайти у власному тілі відчуття, що гіпотетично пов'язані із проблемою, котра переживається, й негативними емоціями, які спричинюються нею (дискомфортні відчуття, що проявляються та посилюються, коли ви розмірковуєте про неї – наприклад, головний біль, тяжкість в грудях або почуття порожнечі та ін.). Саме ці відчуття є матеріалом для подальшої роботи. Їх необхідно використовувати як чутливий індикатор, що виявляє психолого-корекційні зміни, котрі повинні відбутися на підсвідомому рівні.

Візьміть чистий папір, розділіть його на дві половини вертикальною рисою. На лівій, «темній» половині напишіть негативну думку – можливо, таку, що самозвинувачує, – котра першою приходить на розум, коли ви розмірковуєте про проблему, що розглядаєте. Вимовляйте її вголос або подумки. Спостерігайте, як при цьому змінюються дискомфортні тілесні відчуття – найчастіше, вони посилюються. Повторіть попередній крок – попрацюйте з різними варіантами формулювання проблеми, з різними негативними думками, що підказуються нею. Спробуйте обрати із декількох варіантів той, котрий найбільше наближається до витоків проблеми – той, що викликає найяскравіші дискомфортні відчуття.

Тепер почніть в такий спосіб проголошувати твердження, що протилежні за смыслом, – як аргументи у обговоренні, які допомагають переконати власну підсвідомість. Робіть це повільно, не поспішаючи, залишаючи між фразами, що вимовляються, паузи і уважно спостерігайте за тим, на які з них реагують тілесні відчуття – саме ці аргументи є найбільш переконливими для вашої підсвідомості. Запишіть їх на правій частині паперу. Зазвичай, достатньо підібрати 4-5 таких фраз впродовж 15-20 хвилин, щоб самопочуття нормалізувалося й емоційний спалах згаснув.

Потім розріжте ваш папір за вертикальною рисою. Від його лівої частини ви можете позбавитися й забути її зміст (можете просто викинути його або спалити). Праву частину листа зберігайте і запам'ятайте весь ваш «правий» список позитивних думок, щоб використати їх для подальшої роботи над собою.

1. «Прийняти те, що не можна вирішити»

Мета: усвідомлення тілесних відчуттів, пов'язаних із осмисленням проблем смерті, народження, самотності, свободи, прийняття відповідальності за власне життя, життєвого смислу.

Вправа спрямовується на вирішення внутрішніх конфліктів, екзистенційних криз через тілесний підхід. Чим менше ми розмірковуємо свідомо про ці проблеми, тим більше вони турбують нас підсвідомо. Й, навпаки, їх усвідомлення сприяє зниженню постійної внутрішньої напруги, зменшенню тривожності і депресії.

Перша екзистенційна проблема: первинний життєвий смисл.

Чи розмірковуєте ви про власний життєвий смисл? Чи є суєтна діяльність, постійне стремління до (грошей, кар'єри, влади й статусу, визнання і слави, любові) не самоціллю, а лише пошуком життєвого смислу, спробою замінити смисл, що не є доступним або не думати про нього, ухилитися від тривожних думок? Які тілесні відчуття з'являються, коли ви думаєте про це? (Увагу треба звернути на те, які тілесні відчуття виникають у голові).

Друга екзистенційна проблема: самотність.

Як ви ставитеся до самотності? Як часто ви вважаєте себе самотнім? Пригадайте близьких, знайомих вам самотніх людей (похилого віку, безпомічних, пригнічених, у відчаї...). Пригадайте ситуації, що відбувалися з вами або відомі вам про втрату близьких (смерть, розлучення, будь-яке припинення стосунків, не залежно від того, відбувалося це розставання через людину, яка страждає, або не залежно від неї). «Одягніть» подумки цю проблему на себе. Які тілесні відчуття виникають при цьому. (Зверніть увагу на відчуття в області тілесно-емоційних центрів усередині грудної клітини й у верхній частині живота).

Третя екзистенційна проблема: відповідальність/свобода.

Які ситуації пов'язані для вас із психологічною напругою, особливо надмірною, з мобілізацією усіх сил, острахом через можливі помилки або неуспіх, боязкістю можливої критики з боку оточуючих, важкою для вас необхідністю керувати діями інших людей. У яких ситуаціях для вас важливо очікувати вказівок від інших або сумніватися у виборі рішень? Уникати ризику, перестраховуватися, шукати можливості перекласти відповідальність на чужі плечі. А в котрих, навпаки, ви могли б активно діяти, але не дозволяєте собі цього робити, придушуйте власні бажання, вимушені власноруч приборкувати ініціативу? Як ваше тіло намагається позбавлятися відповідальності і на які частини тіла «вантаж відповідальності» давить більше за все. (Зверніть увагу на відчуття в області задньої частини шиї, а також нижньої частини живота).

Четверта екзистенційна проблема: смерть.

Які слова у вас асоціюються із смертю? Що ви думаєте про смерть стосовно себе (на свідомому рівні)? Що ви відчуваєте, які свідомі емоції переживаєте, коли ви про це думаєте? Які тілесні відчуття виникають у вас коли з'являються такі думки?

Щоб усе це з'ясувати, пригадайте ситуацію, коли вашому життю загрожувала небезпека, зазвичай пов'язана із надзвичайною ситуацією, нещасний випадок або важке захворювання, коли ви відчували страх смерті поза ситуацією реальної небезпеки. Пригадайте почуття, що виникали у вас у зв'язку із присутністю на похоронах. Пригадайте, якщо це можливо, стан коли раптово усвідомили страх смерті, що вже раніше спонтанно виникало у хвилини сильного стресу. Якщо вам за 30, згадайте маленькі, але безупинно супроводжуючі ознаки старіння, котрі ви виявляєте у дзеркалі - зморшки, сиве волосся, інші прояви поступового зів'янення тіла. Пригадайте миттєві моменти тихого суму, котрі, можливо, виникали у вас під час чергового ювілею.

Чи можете ви уявити власне тіло неживим? Уявіть, що ви відчуваєте стан тіла, що підкорюється вашій волі. Поступове припинення дихання, що не приносить живильний кисень у ваше тіло, уповільнення й послаблення інших життєвих процесів. Чи можете ви уявити, що ВАС більше НЕМАЄ? Як ваше тіло реагує на такі думки?

Помітивши й запам'ятавши характерні відчуття, пов'язані із переживанням фундаментальних проблем буття, в подальшому необхідно вірно впізнавати їх у різних життєвих ситуаціях. Усвідомлення їх саме як екзистенційної частини проблеми, яка виникає у типових ситуаціях повсякденного буття, дозволяє зменшити емоційно-стресове навантаження. Це допомагає відділити вирішувані проблеми від таких, що неможливо вирішити, реалістичні бажання від таких, що не можна виконати. Відокремити те, що можна змінити власними зусиллями, від того, що знаходиться поза індивідуальними можливостями, й прийняти неминуче як даність.

1. «Тілесний інтуїтивний самоаналіз»

Мета: усвідомлення проблеми, зміна ставлення до неї, створення «успішних» копінг-стратегій.

Вправа складається з декількох етапів:

1. Уявлення проблеми на рівні думки.

Поєднує звичний набір думок (словесний опис, в якому присутні самозвинувачувальні думки, а також неприємні висловлювання на вашу адресу) або наочно-образне, зорове уявлення (із знайомими обличчями значущих для вас осіб).

2. Тілесне уявлення проблеми.

Які тілесні відчуття спричинює робота вашої уяви, що відбулася на попередньому етапі? Передусім необхідно відмітити дискомфортні відчуття, що негативно вплинули на ваше самопочуття, емоційний стан.

3. В яких ситуаціях схожий тілесний образ виникав раніше?

Можливо, спочатку свідомо пригадується випадок із недавнього минулого. А потім саме відчуття мов би підказує іншу ситуацію, з далекого минулого. Можливо, ви пригадаєте перший такий випадок, що відбувся у дитинстві.

4. Зміна ставлення до проблеми.

Розгляньте ситуацію з боку, очима дорослої людини, задля зміни власного до неї ставлення, поясніть підсвідомій частині особистості недоцільність збереження колишніх звичок і помилкових стереотипів.

а) стосовно минулого:

- на раціональному рівні спробуйте пояснити собі безглуздість перенесення негативного досвіду у нові умови, небажаність повтору помилок минулого;

- на емоційному рівні намагайтеся прийняти власне минуле, простити себе та інших людей;

- індикатором успішності вашого переконання, внутрішньої трансформації, примирення із підсвідомістю буде слугувати зменшення дискомфортних тілесних відчуттів.

б) плани на майбутнє – заміщення колишніх стереотипів:

- підберіть позитивні самоінструкції- афірмації, що допомагають змінити ставлення до проблеми, перевести негатив у позитив (рефреймінг), примирити свідомість із підсвідомістю, прийняти нові обов'язки стосовно самого себе;

- орієнтуванням правильності здійсненої роботи є нейтралізація дискомфорту тілесних відчуттів.

5. Побудова мостів між минулим й майбутнім.

Проаналізуйте, в яких ситуаціях означені тілесні відчуття, пов'язані із самозвинуваченням й самообмеженням, здійснювали вплив досі:

- порушували ваші активні дії, заважали приймати рішення або сковували ініціативу;

- створювали конфлікти із оточуючими;

- спричинювали тривогу й невпевненість у власних силах;

- призводили до немотивованого зниження настрою й гнітючо-депресивних передчуттів;

- підштовхували до нелогічних, непродуманих або вочевидь неправильних вчинків, про які потім жалкували у подальшому.

Спробуйте докладно запам'ятати виявлені впродовж самоаналізу відчуття, щоб відстежити їх у подальшому. В такий спосіб опрацьовані відчуття набувають для свідомої частини особистості сигнальне значення. Вони стають індикатором внутрішнього конфлікту, їх поява може використовуватися у подальшому для усвідомлених дій у ситуаціях «втрати контролю», для того, щоб ваше минуле «залишилося у минулому» й подібні допінги не спрацьовували у майбутньому.

1. «Незавершена справа»

Мета: подолання внутрішніх бар'єрів на шляху реальних досягнень, визначення внутрішніх мотивів, психологічних причин затягування вирішення проблемної ситуації.

«Незавершена справа» – конкретна життєва ситуація, проблема, вирішення якої відкладається переважно у зв'язку із внутрішніми, психологічними причинами. Щоб виявити витoki внутрішнього опору, необхідно подумки

здійснити «прохід у майбутнє» – уявити, що проблемна ситуація вже вирішилася, що результат, до якого прагнули, досягнуто.

Потім необхідно відділити один від одного «плюси» й «мінуси» такого положення – як на свідомо-логічному рівні, так і підсвідомо-тілесному. Розмірковуючи про переваги завершеної справи, спробуйте помітити комфортні тілесні відчуття, що з'являються після уявного досягнення мети. Коли ви думаєте про можливі негативні сторони успіху, зверніть увагу на тілесні відчуття (зазвичай дискомфортні), з цим пов'язані. Власне із їх допомогою й висловлюють заперечення «несвідомі» частини особистості, котрі не погоджуються з нашими свідомими діями.

Задля подолання внутрішнього психологічного бар'єру й зняття перепон на шляху реального досягнення, необхідно через тілесний діалог, окремо «поспілкуватися» з кожною із конфронтуючих частин особистості – і прихильниками, і супротивниками вирішення проблеми. Або зважити відповідні тілесні відчуття на чашах уявних «вагів» (як у наступній вправі).

1. «Шальки терезів, або безмовний голос інтуїції»

Мета: формування навички прийняття рішення із опорою на інтуїцію.

Вправа ґрунтується на алгоритмі бінарного вибору або полярності. Для прийняття оптимального, інтуїтивного рішення необхідно звести вибір до двох різних альтернатив (або поділити процес на кроки, етапи, на кожному з яких відбувається вибір одного із варіантів).

В основу вправи покладено принцип полярності, що спирається на функціональну асиметрію півкуль. В кінестетиці використовується асиметрія відчуттів у руках, в долонях, що віддзеркалює асиметрію активності «свідомої» і «підсвідомої» півкуль. При цьому кожна долоня виступає у якості уявної «чаши вагів», а відчуття у долонях стають тілесними сигналами інтуїції, її «безмовним голосом».

Діалог з інтуїцією здійснюється за допомогою тілесних відчуттів внаслідок того, що саме ця мова є для неї природною. Власне в такий спосіб й виявляються

інтуїтивні передчуття («шосте почуття»), особливо в екстремальних надзвичайних ситуаціях.

Спонтанні інтуїтивно-кінестетичні підказки носять характер передчуттів (тривожних або радісних), відображають емоційний стан пацієнта, співрозмовника й наше власне ставлення до нього (тілесний резонанс). Для використання механізмів інтуїції цілеспрямовано, необхідно створити на фізіологічному рівні оперантний умовний рефлекс, а на поведінковому – своєрідний ритуал. Такий ритуал призначений для «приручення» або локалізації відповідних інтуїтивно-тілесних відчуттів на рівні кистей рук.

Переваги означеного способу прийняття рішення полягають у підвищенні надійності прогнозу (хоча підсвідомість також може помилятися), тому що для вирішення проблеми використовуються два альтернативні стилі мислення, діаметрально протилежні способи пізнання, що осягають реальність з різних боків й взаємно доповнюють один одного. Це мислення лівопівкульове, словесно-логічне й правопівкульове, образно-інтуїтивне. Окрім цього, врахування підсвідомої «думки» ще більш виявляється важливим, коли вирішуються проблеми, що вимагають від людини активної діяльності, мобілізації усіх доступних ресурсів.

В таких ситуаціях підсвідомий вибір є своєрідною стрілкою компасу, що вказує в якому напрямку необхідно докласти власних зусиль й це буде виправданим. Тому «правопівкульове» рішення, що може здаватися нелогічним й спричинювати свідомий протест, має насправді велике значення. Воно спрямовує свідому увагу до тієї мети, на досягнення якої людина найбільше мотивована, причому на глибинному, підсвідомому рівні. Таким чином, це рішення відкриває доступ до підсвідомих резервів психіки, що дозволяють досягнути максимально можливих (й навіть за межею можливого) результатів у професійній діяльності, житті в цілому.

На підготовчому етапі проблема спочатку аналізується логічно й можливі її рішення зводяться до двох основних варіантів (процес рішення проблеми розбивається на декілька етапів, на кожному з яких повинний відбуватися вибір

одного з двох проміжних рішень). Якщо питання передбачає лише взаємовиключні варіанти рішення («бути чи ні»), то вони розглядаються як два можливі варіанти («так» або «ні», «за» та «проти»). Важливо, що кожний варіант пов'язується із тілесними відчуттями у одній руці.

1. Перший крок – релаксація, перехід у стан сенсорного усвідомлення. Потім – калібровка уявних інтуїтивних «вагів». Сконцентрувавши увагу на рівні кистей рук, подумки задайте питання власному організму: яке відчуття у долоні буде інтерпретуватися як позитивна відповідь інтуїції? Тобто, в чому полягає тілесна асиметрія, різниця інтенсивності цього відчуття у правій та лівій руках? Надайте можливість підсвідомості обрати відповідь й дочекайтеся появи відповідного відчуття у якійсь долоні. Інтуїтивна відповідь – це те відчуття, яке змінюється впродовж декількох хвилин після питання, що було задано; відчуття, динаміка якого мимовільно привертає нашу увагу.

Найчастіше позитивною відповіддю є зміна відчуття ваги. Або з'являється важкість у долоні чи кисти в цілому. Рука починає сприйматися більш тяжкою. Це символізує вагомість і в образному сенсі, а також асоціюється із надійністю, стійкістю. Іноді, навпаки, відповідь полягає у тому, що одна долоня починає ставати більш легкою. Символічне значення такої відповіді у тому, що відбувається полегшення, позбавлення від проблеми або асоціюється із тим, що запропоноване рішення є легко виконуваним.

Рідше можуть виникнути інші, додаткові відчуття – тепла, вібрації, поколювання, шкіряної сверблячки – або мінімальні за амплітудою мимовільні рухи – легкі зігнуті рухи пальців або незначні м'язові посмикування.

Перед початком подальшої роботи необхідно вирішити, яка рука буде асоціюватися із тим або іншим варіантом свідомого рішення.

2. Наступний крок – тілесно-інтуїтивне оцінювання першого варіанта рішення, його «зважування». Для цього відповідний варіант треба буквально «потримати у руці». Тобто, утворюючи його на словесному рівні, промовляєте подумки усі аргументи щодо цього рішення, уявивши усі його боки, усі «за» (і усі «проти» іншого варіанта), в той час спостерігати за реакцією

підсвідомості – за відчуттями у долоні руки, пов'язаною на рівні уяви саме із таким варіантом. Якщо ви можете уявити візуальний образ, пов'язаний із таким варіантом рішення, то подумки помістіть його у ту саму долоню. Запам'ятайте додаткові фізичні відчуття, що виникли.

3. Те ж саме важливо повторити із другим варіантом рішення, ретельно запам'ятовуючи відчуття у протилежній долоні.

4. Потім порівнюємо відчуття у обох руках, подумки намагаючись відповісти на запитання: який з варіантів рішення для підсвідомості (для інтуїції організму) є більш сприятливим. Декілька разів переміщуємо увагу між лівою й правою руками, повертаючись у думках до першого або другого варіантів. Виявлені відмінності інтерпретуємо згідно із п.1.

5. Якщо відчуття у обох руках є однаковими, то необхідно повернутися до попередніх кроків (пп. 2 і 3). При цьому важливо ще раз уявити у подробицях різницю між варіантами рішення, котрі порівнюються спочатку на логічному рівні, потім на тілесному, намагаючись вловити тонку різницю у відчуттях, котра є завжди. Або повторюємо процедуру через деякий час, коли з'являться інші обставини й упрозориться внутрішнє, підсвідоме ставлення до ситуації в цілому.

Варто відзначити, що коли сформуються навички виконання тілесно-орієнтованого діалогу у реальному житті, то цей процес виявиться простим й звичним, ніж це може здаватися з першого погляду на методику, й, зазвичай, займає від декількох хвилин до декількох секунд.

6. «Прогулянка у дитинство»

Мета: позбавлення неефективних его-станів, усвідомлення власної життєвої позиції.

Вправа дозволяє за допомогою біографічних спогадів й спричинених ними тілесних відчуттів прослідкувати «індивідуальну історію» таких складових особистості, як «Батьки» й «Дитина».

а) Пригадати «золоте дитинство».

Як вас хвалили батьки? Як лаяли за певні вчинки й витівки? Які ваші думки, дії батьки схвалювали? За які не схвалювали? Які тілесні відчуття виникають у зв'язку із такими спогадами?

б) Дитинство продовжується або «Як стати батьком самому собі». Пригадайте, у яких ситуаціях у дорослому житті ви відчували схожі відчуття? У яких ситуаціях ви відчували себе дитиною або помічали зв'язок ваших вчинків із засвоєними у дитинстві взірцями поведінки? Як ви стимулюєте й караєте себе? Які слова, фрази ви говорите собі у ці моменти? Що спільного у тілесних відчуттях, котрі виникають, із тими, що ви відчували у дитинстві, коли вас виховували ваші батьки. Чий голос, інтонації, висловлення лунають у вашому внутрішньому діалозі, коли ви надаєте оцінку власній поведінки? Чи схоже це із батьківськими інтонаціями, докорами, які ви вислуховували у дитинстві? Чи можете ви почувати себе більш впевнено, позбавившись від таких самозвинувачень й самопокарань? Усвідомлюючи це, уявіть, як ви можете змінити власну поведінку у типових життєвих ситуаціях, набути зрілості, відповідальності, впевненості й незалежності.

Тілесно-орієнтована репетиція поведінки

Техніка уявної репетиції поведінки, має на меті подолати дефіцит певних форм поведінки людини в конкретних життєвих ситуаціях, широко використовується у поведінкових методах психотерапії. Означена техніка використовується задля саморегуляції, особистісного зростання для створення «основ» успішної та самоутверджуючої поведінки в різних умовах, для подолання внутрішніх психологічних бар'єрів і комплексів.

Перший, підготовчий, крок репетиції – перехід у стан сенсорного усвідомлення, максимально концентрації уваги на тілесних відчуттях. Спочатку необхідно уважно вивчити їх висхідний фон, первинний спокійний безтурботний стан, в якому як у дзеркалі відображаються тілесні прояви емоцій під час «розіграшу» драматичних життєвих сцен на мисленнєвому рівні.

Другий крок – зберігаючи зосередженість на індикаторах емоцій – відчуттях тіла, необхідно уявити собі майбутню ситуацію з різних боків, починаючи й

закінчуючи саме виграшними сторонами. Здійснюючи «інвентаризацію» чеснот й переваг, котрі надає успішна поведінка в уявній ситуації, спробуйте якомога яскравіше й повніше відчувати й головне – запам'ятати тілесні емоційні відчуття, пов'язані із цим (тілесно-орієнтована самомотивація).

Третій етап – релаксація, що варіює від поверхневої (розслаблення окремих, найнапруженіших м'яз, що супроводжується черевним диханням) до глибокої («з голови до ніг»). Релаксація – як м'язова, так і дихальна, - необхідна, передусім, для того, щоб позбавитися від внутрішньої напруги й дискомфортних відчуттів, які досі заважали виявляти необхідну поведінку у реальних ситуаціях. Також вона необхідна для того, щоб позбавитися від зайвих подразників. В такий спосіб підвищити надійність виявлення специфічних позитивних тілесних відчуттів (ресурсів), котрі в подальшому повинні слугувати «ключами» для саморегуляції.

Четвертий етап – мисленнєва репетиція. Необхідно уявити образно і конкретно-реалістично майбутню ситуацію та власні «правильні» дії у ній. Тренуючи бажану поведінку, важливо відчувати себе успішним у новій ролі. Головне – відчувати фізичне відображення цієї успішності, тобто помітити й запам'ятати тілесні відчуття, пов'язані із позитивними емоціями, що виникають.

Завершальний етап – перевірка на практиці й втілення на практиці нової форми поведінки. Для того, щоб подолати внутрішні психологічні бар'єри у реальній ситуації, необхідно використовувати як опори тілесно-емоційні «ключі». Насправді, знайоме відчуття завжди можна пригадати свідомо, а іноді це відбувається навіть мимовільно. Пригадавши, важливо зафіксувати на ньому увагу, «триматися обома руками» за це відчуття, як за «нитку Аріадни».

Отже, вищезгадану комплексну програму формування резистентності лікарів поетапно було реалізовано в процесі занять із лікарями: анестезіологами, хірургами, стоматологами, психіатрами експериментальної групи. Варто відзначити, що необхідність використання психокорекційних та психопрофілактичних заходів для медичних працівників є запитом власне практики, про що свідчать численні наукові дослідження з приводу професійної деформації медичного персоналу.

Психологічне обстеження, анкетування й інтерв'ювання студентів медичного коледжу, а також матеріали проведення індивідуальних і групових психотерапевтичних і психокорекційних заходів з фахівцями дозволяють виділити низку найбільш стресогенних чинників у роботі лікаря. Насамперед – це робота в переважно негативному емоційному полі. Суть цього чиннику в тім, що більшу частину робочого часу лікар має справу з об'єктом (хвороба), що фактично викликає лише негативні емоції. Це стосується як скарг і прохань хворих, так і обговорення з колегами чужих діагнозів й історій хвороби, зміст яких – передусім страждання й загроза життю, часом неминуча. Нагромадження подібного емоційного досвіду в процесі роботи з одного боку, призводить до виснаження ресурсів, з іншого боку – розвитку захисних психологічних механізмів у вигляді «неуспішних» копінг-стратегій, особистісної відстороненості як механізму психологічного захисту, розширення сфери економії емоцій й інших ознак емоційного вигорання. У побутовому спілкуванні це проявляється у вигляді так названого «специфічного гумору» або навіть цинізму медпрацівників. Наявність у більшості обстежуваних фахівців-медиків виражених рис емотивності – як здатності співчувати, співпереживати, є своєрідною ознакою наявності в них «базової навички» протистояти даному стресогенному чиннику й адаптуватися до нього. Проте, для збереження емоційної рівноваги необхідний розвиток навичок «поповнення банку позитивних емоцій» і відволікання від роботи на інші види діяльності. Спостереження й психотерапевтичний досвід показують, що при всій очевидності й простоті адаптації до цього стресогенного чиннику, для багатьох фахівців саме він є найбільш важким. Інертність, «ургентна» аддикція (неусвідомлюване прагнення навантажити себе нездійсненою кількістю зобов'язань й, як наслідок – постійний поспіх й емоційна перенапруга), занурення в працю поряд із розвиненим звуженням вибору способів самовідновлення й одержання здорових задовольень у повсякденному житті (поза роботою) є суттєвими перешкодами.

Далі у вигляді цілої групи стресогенних чинників варто виділити небезпеку виникаючих ускладнень у хворих у процесі надання їм допомоги, негативні

результати лікування й смерть пацієнтів, дії лікаря в екстремальних умовах – з необхідністю приймати швидкі й гранично відповідальні рішення. Навіть за умови попередньої поінформованості про можливості таких чинників у студентські роки й наявності в багатьох лікарів рис гіпертимності (за результатами кластерного аналізу) як здатності бути активними і життєрадісними, повністю адаптуватися до них не вдається. На багатьох психотерапевтичних групах звучить теза про те, що «до чужої смерті на своїх руках звикнути неможливо, кожна така ситуація залишає важкий слід у душі, навіть через роки нагадуючи про себе. Проте, нейтралізувати – наскільки це можливо – дію цієї групи чинників необхідно. Це можливо в групах і на заняттях соціальної адаптації із формуванням умінь емоційного переживання, частково цьому сприяє робота балінтовських груп. Але досить часто для фахівців з багатим травматичним досвідом необхідна більш об'ємна психокорекційна допомога.

Перешкодою для проведення повноцінних адаптаційних і профілактичних заходів у цьому випадку були такі чинники, як помилкова незручність («негоже лікарєві бути пацієнтом»), так і безвідповідальна безтурботність («саме пройде – забудеться»). Нерідко лікарі надають перевагу тривалим і непростим заняттям з фахівцем алкоголь як «універсальний адаптоген і детензивний засіб».

Усі без винятку учасники занять й обстежуваних фахівців указали на особливий стресогенний чинник у роботі лікаря – підвищену відповідальність. Уміння відзвітуватися про пророблену роботу, вчасно й грамотно оформити протокол операції й процедури, заповнити історію хвороби й т. ін. – необхідна, але досить не проста навичка. Неможливість відзвітуватися ідеально й бездоганно, уразливість медичної професії, конфлікти з колегами й керівництвом для лікаря є частим приводом для участі в психотерапевтичних і профілактичних заходах. Разом з роботою в тренінговій групі пророблення мотивації до професії й підвищення кваліфікації виявлялися необхідною профілактичною мірою в цьому випадку.

Для ряду медичних спеціальностей не можна не відзначити особливий стресогенний чинник: небезпека для власного здоров'я й власного життя. Це

стосується й небезпеки зараження будь-якою інфекцією, і травматизму на транспорті (наприклад, для лікарів швидкої допомоги) і небезпеки при спілкуванні у випадках роботи з пацієнтами в стані одурманення або психозу.

Відмінність наступного стресогенного чиннику – труднощів безумовно приймаючого спілкування – у тім, що дотепер на етапі навчання у медичному закладі студентів недостатньо готують до зустрічі з ним. Невміння спілкуватися із хворими в стані звуженої свідомості, у сп'янінні, у психозі, зіткнення з хамством, психологічним маніпулюванням хворих й їхніх родичів, мовленнєві й морально-етичні бар'єри не тільки ускладнюють роботу лікаря, але і є основою для розчарувань і фрустрацій – пускових механізмів емоційного вигорання. Поповнення знань з клінічної психології, розвиток комунікативних навичок, тренінги й емоційне відреагування допомагають пристосуватися до цього чиннику. Але тут максимальна адаптація можлива за умови активного особистісного й духовного зростання фахівця, ціннісного ставлення до життя, власної професії протягом тривалого часу. Навчитися бачити у своєму пацієнті не абстрактного носія симптомів, не порушника суспільних норм і спокою (як у випадку із хворими наркологічними або в психозі), а, насамперед – особистість, людину, що бідує в участі й допомозі – неможливо за час тематичного вдосконалення або за роки навчання у навчальному закладі. Тут же варто додати, що безумовно приймаюче спілкування стосуються не тільки спілкування з пацієнтами і їхніми родичами, але й з колегами. Інтриги усередині колективу, недотримання етичних і деонтологічних норм, особливо з боку адміністрації, а так само ревності колег і навіть цілком законні й справедливі дорікання керівництва змушують фахівця занадто багато сил витратити на стримування негативних емоцій. Допомогти фахівцеві в цьому випадку можна тільки при комплексному застосуванні дидактичних (навчальних семінарів і тренінгів) і психокорекційних, психотерапевтичних заходів.

Основними труднощами до дотримання вимог самопрофілактики для лікарів є ілюзія завантаженості разом з відсутністю достатнього стимулу до змін. Сама інформація про професійні стреси викликає в лікарів жвавий інтерес. Не викликає

протидії прохання пройти будь-який психологічний тест або обстеження на предмет емоційного вигоряння й т. ін. Але на пропозицію взяти участь у практичних заходах щодо профілактики й корекції даних явищ реагують, як правило, ті лікарі, у яких уже є психосоматичні або інші симптоми, як наслідок професійних стресів. Сподівання на необхідність підвищення заробітної плати, очікування дій «ззовні» («від керівництва»), виправдання наявних, але вже неефективних способів самовідновлення й зняття напруги (алкоголь, тютюн, кава й т.ін.) також перешкоджають реальній й ефективній турботі про основний інструмент у професії лікаря: власної особистості. Одних тільки нагадувань про можливість працювати над собою, як видно, недостатньо. Потрібна розробка й впровадження організаційних й адміністративних вимог у переліку професійних навичок разом з розширенням можливостей лікарів до самопрофілактики (у тому числі – і забезпечення їх більшої соціальної захищеності). Крім того, необхідне збільшення обсягу занять за темами самопрофілактики, як і взагалі медичної й клінічної психології на всіх факультетах у навчанні лікарів.

Відтак варто відзначити, що для досвідчених спеціалістів, як і для студентів-медиків необхідні спеціально розроблені заняття за темами профілактики – від інформаційних лекційно-семінарських до тренінгових та психокорекційних. Практичні заняття за проблемами клінічної психології сприяють укріпленню самооцінки тих, хто навчається, а також – розвитку комунікативних умінь. В цілому попередження «професійного вигорання», розвиток умінь соціальної адаптації, основ «конфліктогенної культури» є важливим завданням сучасної освіти та практики.

Таким чином, як вже зазначалося необхідність профілактичних та корекційних заходів у медичних закладах не викликає сумніву й обґрунтована багатьма науковими дослідженнями в тому числі й в галузі медицини.

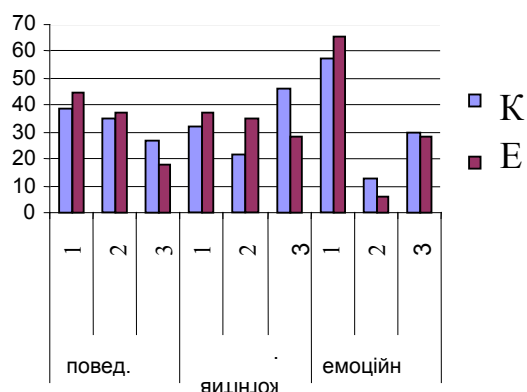
3.2. Психологічний аналіз результатів експериментального дослідження формування резистентності лікарів до емоційного вигорання

У відповідності із теоретичними положеннями нашого експериментального дослідження, а також вимогами, що висуваються до формування професійної культури лікарів у розробленій нами теоретичній моделі розвитку резистентності спеціаліста до професійного вигорання, ми здійснили формувальний експеримент з метою розвитку стресостійкості лікарів до професійного стресу, усвідомлення сутності власних копінг-стратегій під час самоопанування у кризових ситуаціях. А також контрольний експеримент, контрольні зрізи, що мають відобразити ефективність задіяних формувальних заходів.

В такий спосіб було утворено дві групи – контрольну та експериментальну. В експериментальній групі (15 осіб) для лікарів було запроваджено зазначений курс, в контрольній (15 осіб) такі заходи не відбувалися.

Результати експериментального дослідження за методикою Е. Гейма дозволяють представити когнітивні, поведінкові та емоційні копінг-стратегії досліджуваних, а також висвітлити адаптивні можливості копінг-стратегій особистості (адаптивна, відносно адаптивна, неадаптивна).

Динаміка преференцій поведінкових, когнітивних та емоційних копінг-стратегій лікарями експериментальної та контрольної груп відображена на гістограмі на рис. 3.6.



Примітка: 1 – адаптивні КС; 2 – відносно адаптивні КС; 3 – неадаптивні КС.

К – контрольна група, Е – експериментальна група.

Рис. 3.6. Розподіл копінг-стратегій в експериментальній та контрольній групі досліджуваних із різним ступенем адаптивності (методика Е. Гейма)

Отже тенденції змін виборів копінг-стратегій майже ідентичні в експериментальній та контрольній групах. Однак чітко відображається загальна позитивна динаміка – збільшення кількості адаптивних та зниження неадаптивних варіантів копінг-стратегій: поведінкових, когнітивних та емоційних.

Окрім цього варто відзначити, що статистично значуща різниця частоти виборів поведінкових, когнітивних та емоційних копінг-стратегій досліджуваних присутні лише в рамках експериментальної групи, що говорить про більш виражену динаміку змін у самоопановуючій поведінці лікарів, які набувають умінь та навичок конфліктологічної культури.

Таблиця 3.3.

Особливості виборів загальних видів копінг-стратегій лікарями експериментальної та контрольної груп

Вид копінг-стратегій	За ступенем адаптивної можливості	Експериментальна (%)	Контрольна (%)
Поведінкові	Адаптивні	45,0	41,0
	Відносно адаптивні	37,1	33,2
	Неадаптивні	17,9	25,8
Когнітивні	Адаптивні	36,2	36,6
	Відносно адаптивні	34,5	28,8
	Неадаптивні	29,3	34,6
Емоційні	Адаптивні	59,9	56,6
	Відносно адаптивні	12,1	10,7
	Неадаптивні	28	32,7

Отже, цілеспрямоване формування резистентності до емоційного вигорання у лікарів сприяє становленню можливостей особистості протистояти стресам, емоційному вигоранню та внутрішньо особистісним конфліктам на всіх рівнях: поведінковому, когнітивному та емоційному.

За нашими спостереженнями та результатами емпіричного дослідження впливає, що удосконалення механізмів самоопанування пов'язане із розвитком, передусім, когнітивної сфери особистості (переконання, цінності). В цілому аналіз структури когнітивних копінг-стратегій лікарів, дозволяє виявити кількісні та якісні зміни в опрацюванні та оцінці інформації. Суттєве збільшення частоти використання лікарями-хірургами експериментальної групи копінг-стратегій «надання смислу» ($\varphi^*=2,06$, при $p\leq 0,05$), «проблемний аналіз» ($\varphi^*=2,5$, при $p\leq 0,01$), «відносність» ($\varphi^*=1,77$; при $p\leq 0,05$), все це свідчить про виражену динаміку формування та використання адаптивних копінг-стратегій. У контрольній групі динаміка застосування «успішних» когнітивних копінг-стратегій характеризується тенденцією щодо збільшення частоти виборів усіх видів адаптивних стратегій, окрім стратегії «проблемний аналіз».

Самоопановуюча поведінка лікаря в рамках професійної діяльності, що відбувається в умовах постійного стресу, в основному реалізується через копінг-стратегію «співробітництво», частота вибору котрої суттєво збільшується ($\varphi^*=1,81$, при $p\leq 0,05$) та займає провідне місце. При цьому відбувається зниження частоти звернення до неадаптивної копінг-стратегії «активне уникнення» ($\varphi^*=2,1$; при $p\leq 0,05$)

Разом з тим слід зазначити, що зміни у виборі поведінкових копінг-стратегій спостерігаються і в контрольній групі досліджуваних. Адаптивні копінг-стратегії реалізуються навіть і в стресових умовах через вибір стратегії «співробітництво» (збільшення частоти виборів $\varphi^*=3,31$; при $p\leq 0,01$). При цьому у контрольній групі відбувається зменшення ($\varphi^*=2,1$; при $p\leq 0,05$) кількості виборів стратегії «звернення за допомогою» із тенденцією до збільшення частоти виборів означеної стратегії в експериментальній групі. Отже, серед ефективних стратегій, що

ґрунтуються на міжособистісній взаємодії, лікарі частіше обирають стратегії внутрішнього рефлексивного звернення до іншого. Взагалі «співробітництво» та «звернення за допомогою» відносяться до соціально активних копінг-стратегій поведінки, проте виявляють певні відмінності. Так, «співробітництво» передбачає більш партнерську взаємодію із значущими особами, а «звернення за допомогою» за власною формою є менш зрілим паттерном поведінки. Головною метою такого звернення є пошук нових смислів, що дозволяють прийняти рішення в стресових умовах.

Однак за умов сформованої резистентності професійному вигоранню особистість має більш широкий вибір стратегій, котрі ґрунтуються на міжособистісній взаємодії, орієнтуються на особистісну суверенність.

Варто відзначити, що з'ясовано динаміку преференцій у використанні відносно адаптивної стратегії «компенсація». Так, лікарі контрольної групи більш активно ($\varphi^*=4,01$; при $p \leq 0,01$) застосовують зовнішні ресурси, тому часто застосовують стратегію «компенсація» на відміну від них лікарі експериментальної групи переключаються на використання внутрішніх ресурсів для вирішення складних ситуацій, а отже рідко використовують стратегію «компенсація».

Загальна кількість адаптивних емоційних копінг-стратегій у експериментальній групі підвищується завдяки стратегії «оптимізм» ($\varphi^*=2,90$; при $p \leq 0,01$). Кількість відносно адаптивних та неадаптивних стратегій знижується через зменшення використання стратегій «пасивна кооперація» ($\varphi^*=3,10$; при $p \leq 0,01$), «покірність» ($\varphi^*=2,42$; при $p \leq 0,05$), «самозвинувачення» ($\varphi^*=2,51$; при $p \leq 0,01$).

Суттєві відмінності у виборі копінг-стратегій лікарями також стосуються і емоційних копінг-стратегій. Зокрема, у контрольній групі зафіксовано часте використання неадаптивної копінг-стратегії «пригнічення емоцій» ($\varphi^*=1,86$; при $p \leq 0,05$).

Лікарі із контрольної групи менше обирають відносно адаптивні когнітивні ($\varphi^*=2,14$, при $p \leq 0,05$) й частіше неадаптивні когнітивні ($\varphi=3,21$, при $p \leq 0,01$) копінг-стратегії, а також частіше використовують відносно адаптивну емоційну стратегію «пасивна кооперація» ($\varphi=1,24$, при $p \leq 0,05$), котра спирається на довіру, емоційну близькість.

Лікарі експериментальної групи частіше обирають поведінкову відносно адаптивну копінг-стратегію «відволікання» ($\varphi^*=1,58$, при $p \leq 0,05$), менше поведінкову неадаптивну копінг-стратегію «активне уникнення» ($\varphi^*=1,36$, при $p \leq 0,05$). Також лікарі із експериментальної групи менше застосовують адаптивну копінг-стратегію «протест» ($\varphi^*=2,32$, при $p \leq 0,05$), частіше адаптивну копінг-стратегію «оптимізм» ($\varphi^*=1,84$, при $p \leq 0,05$), рідше неадаптивну КС «самозвинувачення».

Таким чином можна зазначити, що цілеспрямоване формування резистентності до емоційного вигорання у спеціалістів, ціннісного ставлення до життя здійснює позитивний вплив на адаптивні механізми у лікарів, професійна діяльність котрих пов'язана із постійним стресом.

З'ясування особливостей ставлення лікарів до власного здоров'я, визначення оцінки ними функціонування на фізичному, руховому, пізнавальному, соціальному рівнях, а також превалювання настрою – позитивного або негативного здійснювалися за методикою оцінки якості життя («SF-36 Health status survey»).

Варто відзначити, що опитувальник складається з 11 розділів, а результати представлені у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, що розроблені таким чином – більш висока оцінка вказує на кращу якість життя (ЯЖ). Кількісно оцінюються такі показники:

1) General Health (GH) – загальний стан здоров'я, суб'єктивна оцінка власного здоров'я в теперішній момент;

2) Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування, що віддзеркалює ступінь, в якій здоров'я обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, хода, підйом сходами, перенесення важких предметів та ін.);

3) Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування (працю, виконання побутової діяльності);

4) Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, що передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (із збільшенням часу на виконання, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження якості її виконання та ін.);

5) Social Functioning (SF) – соціальне функціонування, що визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування);

6) Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю та його вплив на можливість займатися повсякденною діяльністю дома та поза домом;

7) Vitality (VT) – життєздатність (відчуття себе сповненим сил, енергії або, навпаки, спустошеним);

8) Mental Health (MH) – самооцінка психічного здоров'я, що характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Отже, інтегративний показник означеної методики дозволяє виявити якість життя, а також суб'єктивну оцінку щодо відчуття наповненості власної життєдіяльності суттєвими смислами.

Порівняння розподілу показників рівнів функціонування у експериментальній та контрольній групах дозволяє виявити різницю за всіма видами функціонування (таблиця 3.4.).

Таблиця 3.4.

Різниця у показниках якості життя у лікарів (контрольна та експериментальна групи)

Вид функціонування	Рівень функціонування	ЕГ (%)	КГ (%)	Ф*
General Health (GH)	Низький	13,5	28,5	2,58**
	Середній	71,9	51,0	2,99**
	Високий	14,6	20,0	-
Physical Functioning (PF)	Низький	0	5,5	-
	Середній	12,5	31,5	3,24**
	Високий	87,5	63,0	4,08**
Role-Physical (RP)	Низький	0	1,5	-
	Середній	0	12,0	-
	Високий	100	86,5	5,2 **
Role-Emotional (RE)	Низький	0	7,0	-
	Середній	29,2	48,5	2,7 **
	Високий	70,8	44,5	3,7 **
Social Functioning (SF)	Низький	0	6,5	-
	Середній	30,2	64,5	4,8 **
	Високий	69,8	29,0	5,8 **
Bodily Pain (BP)	Низький	22,9	28,0	-
	Середній	66,7	53,0	1,9 *
	Високий	10,4	19,0	1,69 *
Vitality (VT)	Низький	16,7	13,0	-
	Середній	38,5	50,0	-
	Високий	44,8	37,0	-
Mental Health (MH)	Низький	0	15,5	-
	Середній	26,0	36,5	-
	Високий	74,0	48,0	3,7 **

Примітка:

* - $p \leq 0,05$

** - $p \leq 0,01$

Таким чином, слід відзначити, що нами було виявлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами за «Physical Functioning» (PF) – фізичним видом функціонування: лікарі із контрольної групи значно частіше ($\phi=2,58$, при $p\leq 0,01$) оцінювали власний стан як незадовільний. Водночас досліджувані із експериментальної групи демонструють більш високі оцінки за фізичним функціонуванням «Physical Functioning» (PF) ($\phi=2,58$, при $p\leq 0,01$), рольовим функціонуванням «Role-Physical» (RP) та впливом на нього фізичного стану ($\phi^*=5,2$, при $p\leq 0,01$), емоційним станом, що опосередковує рольове функціонування «Role-Emotional» (RE) ($\phi=3,7$, при $p\leq 0,01$), соціальною активністю «Social Functioning» (SF) ($\phi^*=5,8$, при $p\leq 0,01$), самооцінкою психічного здоров'я «Mental Health» (MH) ($\phi^*=3,7$, при $p\leq 0,01$).

Окрім цього нами було виявлено пряму кореляційну залежність між рівнем стратегії «вирішення проблем» та соціальним функціонуванням у лікарів контрольної ($r=0,26$, при $p\leq 0,01$) та експериментальної груп ($r=0,33$, при $p\leq 0,01$).

Тобто показник базисної копінг-стратегії «вирішення проблем» взаємопов'язаний із показниками якості життя у лікарів із експериментальної групи: психічне здоров'я «Mental Health» (MH) ($r=0,30$, при $p\leq 0,01$), емоційне функціонування «Role-Emotional» (RE) ($r=0,37$, при $p\leq 0,01$). У лікарів із контрольної групи копінг-стратегія «вирішення проблем» пов'язано із життєздатністю «Vitality» (VT) ($r=0,23$, при $p\leq 0,05$).

Імовірно, зазначені відмінності свідчать про переключення особистості із зовнішніх копінг-ресурсів на внутрішні після впровадження спеціалізованих корегуючих заходів.

Висновки до третього розділу

Отже, варто відзначити, що становлення резистентності до емоційного вигорання у лікарів стимулює розвиток особистості, сприяє формуванню адаптивних копінг-стратегій, виходу на новий рівень особистісної самореалізації, а з іншого, висуває доволі високі вимоги щодо особистісного потенціалу, життєвих цінностей й внаслідок цього можуть протидіяти «професійне вигорання», «професійну деформацію» – розчарування у виборі професії, життєвій

позиції, у цінності життя власного та інших. Більш інтенсивне використання внутрішніх ресурсів може призвести до виснаження особистості, у зв'язку із чим виникає потреба у ресурсному поповненні. Соціальна підтримка в групі може сприяти трансформації несприятливого дистресу у сприятливий евстрес, тоді, коли руйнування соціальних зв'язків може призвести до порушення інтраіндивідуальної структури особистості, виникненню стану когнітивного дисонансу, що дезорганізує спеціаліста. Взагалі соціальна підтримка, зміцнення соціальних зв'язків є прикладом зовнішніх ресурсів, а здатність звернутися до зовнішньої підтримки та прийняти її – це внутрішній ресурс особистості, що залежить від її соціально-психологічної активності.

За результатами заходів, що було розроблено, ми дійшли до відзначення необхідності впровадження спеціальних заходів з метою формування резистентності до професійного стресу у студентів-майбутніх медиків на етапі навчання у медичних навчальних закладах та в процесі власне практичної діяльності лікарів усіх спеціальностей.

Порівняльний аналіз особливостей копінг-стратегій лікарів експериментальних та контрольних груп для визначення результативності корегуючих впливів ґрунтується на таких показниках: «здоров'я», «якість життя», «ціннісне ставлення до життя, професії», «самосприймання» як ресурс самоопановуючої поведінки особистості.

Так, виявлено статистично значущий зв'язок копінг-стратегій з особистісними властивостями та суб'єктивною оцінкою власного здоров'я, якості життя у досліджуваних експериментальної групи.

В цілому, як свідчать емпіричні дані, удосконалення механізмів самоопанування досліджуваних пов'язане із розвитком, передусім, когнітивної сфери особистості (переконання, цінності). Аналіз структури когнітивних копінг-стратегій лікарів, дозволяє визначити наявність кількісних та якісних змін у опрацюванні та оцінці інформації. Отже, вагоме збільшення частоти використання лікарями експериментальної групи копінг-стратегій «надання смислу», «проблемний аналіз», «відносність», є ознакою вираженої динаміки формування

та використання адаптивних копінг-стратегій. Втім дані контрольної групи фіксують динаміку застосування «успішних» когнітивних копінг-стратегій, виявляють тенденцію до збільшення частоти виборів усіх видів адаптивних стратегій, окрім стратегії «проблемний аналіз».

Поряд із цим, зміни у виборі поведінкових копінг-стратегій відмічаються і в контрольній групі досліджуваних. Насамперед, адаптивні копінг-стратегії, що реалізуються в стресових умовах, здійснюються через вибір стратегії «співробітництво». При цьому у контрольній групі відбувається зменшення кількості виборів стратегії «звернення за допомогою» із тенденцією до збільшення частоти виборів означеної стратегії у експериментальній групі. Також важливим спостереженням є те, що серед ефективних стратегій, котрі мають прояв у міжособистісній взаємодії, лікарі частіше обирають стратегії саме внутрішнього рефлексивного звернення до іншого. Тобто «співробітництво» та «звернення» є соціально активними копінг-стратегіями поведінки, однак суттєво відрізняються. Так, «співробітництво» виявляється переважно у партнерській взаємодії із значущими особами, а «звернення за допомогою» – менш зрілий паттерн поведінки, пов'язаний із пошуком нових смислів, що дозволяють прийняти рішення в стресових умовах. Поза всяким сумнівом, за умов сформованої резистентності до професійного вигорання особистість оперує широким набором стратегій, котрі ґрунтуються на міжособистісній взаємодії та орієнтуються на особистісну автономність.

Разом з тим у динаміці переважань стосовно адаптивної стратегії «компенсація» також виявлені особливості: лікарі контрольної групи досить активно звертаються до зовнішніх ресурсів, а лікарі експериментальної групи роблять акцент переважно на внутрішні ресурси в процесі вирішення складних ситуацій, тому рідко задіюють стратегію «компенсація».

Суттєві відмінності пов'язані із вибором емоційних копінг-стратегій. У контрольній групі переважає використання неадаптивної копінг-стратегії «пригнічення емоцій», а загальна кількість адаптивних емоційних копінг-стратегій

у експериментальній групі підвищується завдяки стратегії «оптимізм». Кількість відносно адаптивних та неадаптивних стратегій в контрольній групі знижується, але через зменшення використання стратегій «пасивна кооперація», «покірність», «самозвинувачення».

В цілому варто відзначити, що за результатами впровадження спеціально організованих засобів відбуваються відповідні зміни у структурі професійної діяльності лікарів, а також у показниках професійної працездатності та задоволеності працею.

Проте лікарі із контрольної групи значно менше, ніж попередня група, обирають відносно адаптивні когнітивні й частіше неадаптивні когнітивні копінг-стратегії, частіше використовують відносно адаптивну емоційну стратегію «пасивна кооперація».

Доречно буде відмітити, що лікарі експериментальної групи частіше обирають поведінкову відносно адаптивну копінг-стратегію «відволікання» й значно менше поведінкову неадаптивну копінг-стратегію «активне уникнення». Окрім цього, лікарі, котрі увійшли до експериментальної групи, менше задіюють адаптивну копінг-стратегію «протест», а частіше адаптивну копінг-стратегію «оптимізм», значно рідше неадаптивну КС «самозвинувачення».

Підбиваючи підсумок усіх спостережень можна зазначити, що цілеспрямоване формування резистентності до емоційного вигорання у фахівців, ціннісного ставлення до життя здійснює не лише позитивний вплив на адаптивні механізми у лікарів, професійна діяльність котрих пов'язана із постійним стресом, а й сприяє особистісному зростанню, професійній самореалізації та життєвій успішності спеціаліста.

ВИСНОВКИ

Таким чином, одержані в процесі теоретико-експериментального дослідження дані в цілому підтвердили гіпотези роботи, актуальність і перспективність

головної ідеї дослідження, що резистентність до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів має позитивні наслідки (професійне зростання на основі ціннісного ставлення до себе, людей, професії, стресостійкість, адаптивність) та сприяє протидії, профілактиці професійного вигорання (професійній деформації, деперсоналізації, редукції професійних досягнень, емоційного вигорання, дезадаптивності) й негативних наслідків при виконанні професійних завдань, вирішення яких відбувається в умовах постійної емоційної напруги. За результатами дослідження визначено зміст, природу, основні чинники соціально-психологічні механізми, які лежать в основі емоційного вигорання, котре здійснює суттєвий вплив на результативність професійної діяльності лікарів, що дає можливість зробити такі висновки:

1. Узагальнюючи теоретичні погляди на проблему, емоційне вигорання можна визначити як системне явище, що складається з таких компонентів: емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження прагнення до досягнень. Перший компонент професійного вигорання, емоційне виснаження, почуття емоційної спустошеності, вичерпність емоційної енергії і відчуття, що емоційних ресурсів не вистачає, щоб перебороти відповідну екстремальну ситуацію. Емоційне виснаження може бути пов'язано із фізичною втомою й когнітивним перенапруженням.

Другий компонент емоційного вигорання – тенденція до деперсоналізації – цинічне ставлення до професії, праці й об'єктам власної праці: у сфері міжособистісного спілкування - це нечутливе, негуманне ставлення до клієнтів, пацієнтів, колег. Проте деперсоналізація дозволяє знизити інтенсивну емоційну активність, що заважає працювати у кризових ситуаціях, але надвисока відчуженість від інших сприяє виявленню байдужого ставлення до здоров'я й благополуччя людей.

Третій компонент емоційного вигорання – редукція професійних досягнень має прояв у негативній оцінці власної поведінки, роботи, у почутті некомпетентності й нездатності досягати поставлених цілей.

2. Вивчення причин розвитку стану емоційного вигорання дозволяє акцентувати роль взаємодії особистісних та ситуаційних чинників у цьому процесі. А також у невідповідності між особистістю й професійною діяльністю: між вимогами до професії, спеціаліста та його ресурсами, прагнення до нагород, незадоволеністю роботою й взаємодією з іншими фахівцями у професійному середовищі.

Таким чином, емоційне вигорання – стан психологічної перевтоми, спустошення енергетичних та особистісних ресурсів. Емоційне вигорання відбувається у результаті тривалого впливу екстремальних соціально-психологічних чинників, дію яких людина не може перебороти. Головним компонентом емоційного вигорання є виснаження, а роль деперсоналізації й редукції власних досягнень залежить від специфіки професійної діяльності, від особистісних властивостей фахівця. Водночас, психологічна перевтома може бути результатом ситуативних й хронічних стресорів, професійне вигорання, на противагу, розвивається впродовж тривалого періоду й має тенденцію щодо більш складної корекції, ніж інші форми перевтоми.

3. Явище резистентності до емоційного вигорання необхідно розглядати на трьох рівнях: по-перше, на рівні особистісних і соціальних ресурсів, які має спеціаліст (його уявлення про власні здібності, уміння, самоефективність у вирішенні професійних завдань), а також можливості надання соціальним оточенням практичної і емоційної підтримки у екстремальній ситуації або перевантаженні. По-друге, на рівні прояву специфічних когнітивних, поведінкових стратегій, що використовуються для управління професійним навантаженням, умовами професійної діяльності й функціональними реакціями на взаємодію цих чинників. По-третє, протидія перевтомленню здійснюється в умовах прояву індивідуального стилю поведінки або реакції індивіда (індивідуально своєрідних засобів реалізації стратегій здолання, копінг-стратегій).

4. На підґрунті теоретичних положень дослідження розроблено модель формування резистентності до емоційного вигорання у лікарів. Представлена модель має значення як цільовий орієнтир у процесі формування резистентності

до емоційного вигорання студентів – майбутніх спеціалістів як засіб самодіагностики в процесі саморозвитку й удосконалювання власної професійної культури. Опис моделі також надає можливість виявити рівні розвитку резистентності емоційному вигоранню фахівця, що розрізняються ступенем сформованості резистентності.

5. Експериментально доведено, що параметр «резистентність-нерезистентність» до емоційного вигорання є суттєвою ознакою особистості лікаря, а «стресостійкість» – студентів-медиків. Для лікарів «резистентність» у вирішенні конфліктів у професійній сфері є досить важливим чинником, але у поєднанні із певними рисами характеру. Висока «нерезистентність» пов'язується із екстраверсією, залежністю від групи, високим рівнем тривожності, помірною активністю, сміливістю, орієнтуванням на логіку, а не почуття. Тут «нерезистентність» не є бар'єром в успішному подоланні кризових ситуацій.

6 Експериментально доведено, що прояви резистентності емоційному вигоранню у професійній діяльності лікарів мають системний характер; передумовами становлення резистентності, стресостійкості у лікарів є індивідуально-психологічні та когнітивно-стильові особливості, копінг-стратегії.

7. Керуючись теоретико-експериментальними положеннями дослідження, важливо наголосити про необхідність цілеспрямованого психологічного супроводу формування резистентності медичних працівників, починаючи з етапу навчання у медичному навчальному закладі й впродовж адаптації в період професійної соціалізації фахівця. Адже, лікарі, професійна діяльність яких відбувається в умовах постійного стресу, потребують спеціальної теоретичної підготовки та формування необхідних практичних умінь й навичок щодо ефективного вирішення внутрішньо особистісних конфліктів, виходу із кризових станів, успішного вирішення професійних завдань в екстремальних умовах.

Доведено, що цілеспрямовані профілактичні та корекційні заходи мають вплив на формування резистентності емоційному вигоранню, «успішних» копінг-стратегій лікарів, підвищення стресостійкості та мотивації до професійної самореалізації, психологічної готовності щодо криз у професійній діяльності.

Перспектива подальших досліджень пов'язана з висвітленням проблеми резистентності у професійній діяльності фахівців різної спеціалізації, специфіки впливу на результативність професійної діяльності та особливості їх самореалізації, визначенні психологічних передумов профілактики та корекції внутрішньо особистісних конфліктів, а також розробкою програм підвищення ефективності стресостійкості медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К. А. Личностный аспект проблемы общения [Текст]: / Ксения Александровна Абульханова-Славская // Проблема общения в психологии / Отв. ред. член-кор. АН СССР Б. Ф. Ломов; Акад. наук. СССР. Ин-т психологии. - М.: Наука, 1981. - С. 218 – 241.
2. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика / М. М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С. 25 – 29.
3. Адлер А. О нервическом характере /А. Адлер; Под ред. Э. В. Соколова; [Пер. с нем. И. В. Стефанович.] – 1997. – 387 с.
4. [Андерсон Дж. Р.](#) Когнитивная психология: [Пер. с англ.] / Дж. Р. Андерсон. - 5-е изд. - СПб. : Питер, 2002. - 496 с. : ил, граф., рис., табл. - (Мастера психологии). - Библиогр.: с. 452. - Алф. указ.: с. 489.
5. Андреев А. А. Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения: автореф. к. мед. н., спец-ть: 14.00.52 «Социология

медицины» / Андреев Арнольд Арнольдович; Волгоградский Научный Центр РАМН и Администрации Волгоградской области: Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2006. – 27 с.

6. Андреева Г. М. Социальная психология: [Текст] учеб. для вузов / Галина Михайловна Андреева. – М.: Аспект – Пресс, 2004. – 376 с.

7. Андреева Г. М. Психология социального познания [Текст] / Галина Михайловна Андреева.- М.: Аспект-пресс, 1998. – 520 с.

8. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания [Текст]: / Борис Герасимович Ананьев. Избранные психологические труды: В 2-х т. – Т. 1. – М.: Педагогика, 1980. – 170 - 178 с.; 232 с.: ил. – (Труды д. чл. и чл-кор. АПН СССР).

9. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал.- 1994. - Т. 15. - № 1. - С. 3 – 16.

10. [Анцупов А. Я.](#) Конфликтология [Текст] : учебник для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. - 3-е изд. - М. [и др.] : Питер, 2007, - 490,[6] с. : ил. - Библиогр.: - С. 468 - 473.

11. Ахиезер А. С. От прошлого к будущему : Россия: критика исторического опыта: социокультурная динамика России : / А. С. Ахиезер. Том 1. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Новосибирск : Сибирский хронограф, 1997. – 676 с.

12. Бадмаева Д. Г. Саморегуляция активности личности в стрессовых ситуациях (На примере экзаменационного стресса) : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Бадмаева Дарима Гындынжаповна: - Красноярск, 2004. - 157 с.

13. Басин Ф. В. О силе «Я» и психологической защите / Ф. В. Басин // Вопросы философии. - 1969. - № 2 – С. 118 - 126.

14. Басин Ф. В. Сознание, бессознательное и болезнь / Ф. В. Басин // Вопросы философии. - 1971. - № 9. – С. 102 - 111.

15. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – М.: Владос, 1988. – 352 с.
16. Берестова Л. И. Социально-психологическая компетентность как профессиональная характеристика руководителя [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. «Социальная психология» / Берестова Людмила Ивановна; Рос. акад. упр. ин-т социологии и психологии управл. – М., 1994. – 24 с. – Библиогр. – 24 с.
17. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных / Эрик Берн / Перев. с англ. А. И. Федорова Пер. с изд.: Berne E. A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis. N.Y.: Simon & Shuster, 1968. – Минск: "Попурри".-1998. Терминологическая правка В. Данченко. - К.: PSYLIB, 2004.
18. Бернс Р. Развитие «Я-концепции» и воспитание: Пер. с англ. / Р. Бернс [Общ. ред. и вступ. ст. В. Я. Пилиповского] - М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
19. Богомолова Н. Н. О методах активной социально-психологической подготовки / Н. Н. Богомолова, Л. А. Петровская // Вестник МГУ. - Сер. 14. - Психология. – 1977. - № 1. – С. 53 - 61.
20. Бодров В. А. Профессиональное утомление: Фундаментальные и прикладные проблемы. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. - - 560 с.
21. Бодров В. А. Система психической регуляции стрессоустойчивости человека-оператора /Бодров В. А., Обознов А. А. // Психологический журнал. - № 4. - 2000. - С. 32 - 40.
22. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. – СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 672, [6] с. – (Большая университетская библиотека).
23. Бондаренко О. І. Типова модель міжпрофесійної комунікації / О. І. Бондаренко, О. Ф. Волобуєва // Збірник наукових праць № 28. Частина II. – Хмельницький: Вид-во НА ДПСУ, 2004. – С. 24–26.
24. Бойко В. В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении / В. В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.

25. Борисова М. В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов / М. В. Борисова // Вопросы психологии. - 2005. - № 2. - С. 96 - 103.
26. Борисова С. Е. Профессиональная деформация сотрудников милиции и ее личностные детерминанты [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 / С. Е. Борисова; Акад. упр. МВД России. - М., 1998. - 27 с. - Библиогр. 27 с.
27. Бохан Т. Г. Культурно-исторический поход к стрессу и стрессоустойчивости [Текст]: автореф. дисс...д-ра психол. н.: 19.00.01 «Ощая психология, психол. личности, история психол.» / Татьяна Геннадиевна Бохан; Томский гос.ун-т. – Т., 2008. – 50 с. – Библиогр. - С. 25 - 26.
28. [Булах І. С.](#) Конструктивна дилема психологічних механізмів захисту на адаптивні та неадаптивні [Текст] / Булах І. С., Кириченко Т. В. // Психологія: Збірник наук. праць: Вип. 2. - К., 1998. - С. 38 - 43.
29. Буякас Т. М. Проблема и психотехника самоопределения личности / Татьяна Марковна Буякас // Вопросы психологии. - 2002. - № 2. – С. 28 - 39.
30. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций /Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. - М.: Наука, 1998. – 412 с.
31. Васильева Е. Н. Социальные детерминанты реформирования высшего социокультурного образования: региональный аспект / Е. Н. Васильева // Известия вузов. нефть и газ. – 2006. – № 6. - С. 104 – 109 (0,6 п.л.).
32. Васильева Е. Н. Приоритетные ценности в личностно-ориентированном образовании / Е. Н. Васильева // Психологический универсум образования человека ноэтического : материалы междунар. симпозиума. - Томск, 27 – 29 сент. 1998 г. / ТГУ. – Томск, 1998. – С. 37 – 41 (0,4 п.л.).
33. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О. С. Васильева, Ф.Р. Филатов : учеб. пособие [для студ. высш. учеб, заведений.] - М.: Издательский центр “Академия”, 2001. - 352 с.

34. Василюк Ф. Е. Жизненный мир и кризис: Типологический анализ критических ситуаций / Ф. Е. Василюк // Психологический журнал. - 1995. - № 3. - С.90 - 101.
35. Вассерман Л. И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы / Л. И. Вассерман, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - Т. 10, вып. 1. - С. 73 - 74.
36. Выготский Л. С. История развития высших психических функций / Л. С. Выготский // Психология развития как феномен культуры: под редакцией М. Г. Ярошевского. - М.: Издательство "Институт практической психологии", Воронеж. - 1996. - 512 с.
37. Водопьянова Н. Е. Психическое выгорание / Н. Е. Водопьянова // Стоматолог. - М.: Медицина, 2002. - № 7. - С. 12.
38. Водопьянова Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях / Н. Е. Водопьянова // Психология здоров'я / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. - С. 443 - 463.
39. Волков Д. А. Деформации профессиональной деятельности [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. «Психология развития, акмеология» / Волков Дмитрий Анатольевич. - М., 2004. - 26 с. - Библиогр.: 24 с.
40. Гадамер Г. -Г. Истина і метод [Текст]: / Ганс-Георг Гадамер / Пер. з нім. Миколи Кушніра. - Т. 2. Герменевтика II / Пер. за виданням: Hans-Georg Gadamer. Hermeneutik II. Wahrheit und Methode, TÜBINGEN, J.C.B. Mohr (Paul Siebrck), 1990. – К.: “Юніверс”, 2000. – 478 с. - предметний покажчик – с.: 457-466. – іменний покажчик – с.: 467 – 476. – Бібліогр.: с. 453-457.
41. Гафарова Н. В. Роль личностных характеристик в формировании синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала / Н. В. Гафарова // Известия Уральского государственного университета. – 2008. – № 60. – С. 42 - 47.
42. Геллерштейн С. Г. К построению психологической теории трудовой терапии / С. Г. Геллерштейн // Восстановительная терапия и социально-

трудова́я реадапта́ция больны́х нервно-психическими́ заболева́ниями: Материа́лы Всес. научной конфе́ренции 10-13 нояб. 1965 г. - Л., 1965.

43. Глоба́льный эволюцио́низм / РАН. Ин-т филосо́фии; Ред. Л. В. Фесе́нкова. - М.: ИФ РАН, 1994. - 150 с.

44. Горя́нина В. А. Психоло́гические́ предпо́сылки непродукти́вности ме́жличностного́ взаимоде́йствия / В. А. Горя́нина // Психоло́гический жу́рнал. – 1977. - № 6. – С. 73 – 84.

45. Гранже́вая Р. М. Защи́та личности́: психоло́гические, механизмы́ / Р. М. Гранже́вая, И. М. Нико́льская - СПб.: "Зна́ние", 1998. - 243 с.

46. Гю́рджян Н. С. Рече́вые манифе́стации когни́тивного ко́нфликта в диало́ге (по материа́лам англ.и русск.языков): автореф. дисс...к. фил. наук: 10.02.20 «Сравни́тельно-исто́рическое́ типоло́гическое́ и сопоста́вительное́ языко́знание» / Гю́рджян На́ира Слави́ковна ; Пятиго́рский гос. лингвисти́ч. ун-т. – Пятиго́рск, 2008. – 17 с. – Библио́гр. - С. 16.

47. Давы́довский И. В. Опы́т сличе́ния кли́нических и патала́гоанато́мических диагно́зов / И. В. Давы́довский // Кли́ническая ме́дицина, 1928. --№ 1. – С. 2 - 19.

48. Джемс У. Психоло́гия / Под ред. Л. А. Петро́вской / Уи́льям Джемс. – М.: Педаго́гика, 1991. – 368 с. (се́рия «Класси́ки миро́вой психоло́гии»). – ISBN 5-7155-0402-3.

49. Дзизи́нский А. А. Вра́чебные оши́бки / Алекса́ндр Алекса́ндрович Дзизи́нский // Иза́бранные ле́кции по те́рапии. – Ирку́тск: Изд-во Ирку́тского ун-та, 1990. – С. 81 - 90.

50. Дени́сова О. В. Стано́вление профе́ссиональной иденти́чности студента-ме́дика в образова́тельном проце́ссе вуза: автореф. дисс. к. психол. н.: 19.00.07 «Пед.психоло́гия» / О́льга Влади́мировна Дени́сова; Башки́рский гос. пед. ун-т им. М. Акму́ллы. – Ека́теринбург, 2008. – 26 с. – Библио́гр. С. 23-25.

51. Дикая Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям / Дикая Л. Г., Махнач А.В. // Психологический журнал. - 1996. - № 3. - С. 137 - 148.
52. Добрович А. Б. Воспитателю о психологии и психогигиене общения: [Текст]: кн.для учителя и родителей / Анатолий Борисович Добрович. – М.: Просвещение, 1987. – 207 с.
53. Донцов А. И.. Схемы понимания и объяснения физической реальности / А. И.Донцов, О. Е. Баксанский // Вопросы философии. – 1998. - № 11. – С. 75 – 90.
54. [Домнич Т. М.](#) Опитувальник на визначення механізмів захисту [Текст] / Домнич Т. М. // Практична психологія та соціальна робота, 2001. - N 6. С. 18 - 21.
55. Жамбю М. Иерархический кластер-анализ и соответствия. / М.Жамбю. - М.: Финансы и статистика, 1988. - 345 с.
56. Завалова Н. Д. Психические состояния человека в особых условиях деятельности / Н. Д. Завалова, В. А. Пономоренко // Психологический журнал.- 1983. - № 6.- С. 92 - 105.
57. Ермолаева Е. П. Преобразующие и идентификационные аспекты профессиогенеза / Е. П. Ермолаева // Психологический журнал. - 1998. – Т. 19. - № 4. – С. 51 - 59.
58. Залюбовская Е. В. Преодоление коммуникативных барьеров в условиях совместной деятельности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 «Социальная психология» / Залюбовская Е. В. – М., 1984.– 222 с.
59. Зеер Э. Ф. Профориентология: Теория и практика: [Текст]: учеб. пособие для высшей школы / Эвальд Фридрихович Зеер, Анна Михайловна Павлова, Надежда Олеговна Садовникова. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2004. – 192 с.- библиогр.: с.170 - 172. (“Gaudeamus”) – ISBN 5-8291-0309-5 (Академический Проект) ISBN 5-88687-161-6 (Деловая книга).

60. Зеер Э. Ф. Психология профессий [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов / Эвальд Фридрихович Зеер. – М.: Академический проект, Фонд “Мир”, 2005. – 336 с.
61. Емельянов Ю. Н. Теоретические и методологические основы социально-психологического тренинга / Ю. Н. Емельянов, Е. С. Кузьмин. - Л.: ЛГУ, 1983. – 106 с.
62. Емельянов Ю. Н. Учиться мастерству общения. Социально-психологический тренинг руководителей и специалистов / Юрий Николаевич Емельянов // Психология в управлении / Сост. А. М. Зимичев. – Л, 1983. – С. 55 – 72.
63. Еникопов С. Н. Некоторые результаты исследования агрессии / С. Н. Еникопов // Личность преступника как объект психологического обследования. - М., 1979. - С. 100 - 110.
64. Иванов В. Б. Использование модифицированного варианта теста на психологические защиты Р. Плутчека у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, осложненными сексуальной дисфункцией / В. Б. Иванов, И. Б. Полонская // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - Т. 10, вып. 1. - С. 75 - 78.
65. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2004. – 701с.
66. Ильиных Л. М. Социально-психологический тренинг как один из путей повышения компетентности в общении / Л. М. Ильиных // Психология педагогического общения: Тезисы докладов научно-практической конференции. – Кировоград, 1990. – С. 225 – 226.
67. Каган М. С. Мир общения: Проблема межсубъектных отношений / Моисей Самойлович Каган. – М.: Политиздат, 1988. – 319 с.
68. Калина Н. Ф. Основы психотерапии. Семиотика и психотерапия / Надежда Федоровна Калина. – М.: Рефл-букф. Ваклер, 1997. – 270 с. ISBN 5-87983-063-2(Реал - бук); ISBN 966-543-012-2 (Ваклер).

69. Калмыкова Е. С. Анализ нарративов пациента / Е. С. Калмыкова, И. Г. Чеснова // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - № 2. – С. 177 – 201.
70. Кан-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении [Текст]: кн. для учителя / Виктор Абрамович Кан-Калик. – М.: Просвещение, 1987. – 190 с.
71. Караванов Г. Индивидуально-психологические особенности личности врача - хирурга / Г. Караванов, В. Коршунова. - Львов: Вища Школа, 1974. - 84 с.
72. Карамушка Л. М. Психологія управління [Текст]: навчальний посібник / Людмила Миколаївна Карамушка. – К.: Міленіум, 2003 – 344 с.- пред. покажчик. – с.: 321-329.- бібліогр. в кінці глав.
73. Карамушка Л. М. Комплексна оцінка проявів стресу у лікарів в умовах соціально-економічних змін /Л. М. Карамушка, О. О.Раковчена // Лікарня в ХХ столітті: організація та управління методичною допомогою: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, 5-6 червня 2008 р. / [Редкол.: Г. О.Слабкий.] – К., 2008. – С. 70 - 72.
74. Карпеня Г. В. Преодоление кризиса выбора профессии как условие развития профессионального самосознания у студентов медицинского колледжа: автореф. дисс...канд. психол. наук 19.00.13 «Психология развития, акмеология (психологические науки)» / Галина Васильевна Карпеня; Северо-Кавказский социальный институт, Ростов-на-Дону, 2007. – 20 с.
75. Кидрон А. А. Умение общаться как фактор взаимодействия / А. А. Кидрон // Сборник тезисов: Взаимодействие коллектива и личности в коммунистическом воспитании. – Таллин, 1979. – 276 с.
76. Кириленко Т. С. Чуттєво-емоційні виміри вчинковості / Т. С. Кириленко / Людина. Суб'єкт. Вчинок: Філософсько-психологічні студії [Текст] : наук. вид. / О. А. Донченко, Т. М. Титаренко, В. О. Татенко ; ред. В. О. Татенко. - К. : Либідь, 2006. - 360 с. - ISBN 966-06-0425-4.
77. Кириченко Р. В. Вплив смислової структури тексту на його розуміння студентами : дис... канд. психол. наук: 19.00.07 «Пед. та вікова

психологія» / Кириченко Римма Вікторівна; Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. - К., 2004. – 162 арк. - Бібліогр.: арк. 150 - 162.

78. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения : учеб. пособие / Евгений Александрович Климов. - 2-е изд., испр. - М. : Academia, 2005. - 301 с.

79. Климов Е. А. Введение в психологию труда : учеб. пособие / Евгений Александрович Климов. МГУ им. М.В. Ломоносова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Изд-во Моск. ун-та : Академия, 2004. - 334 с.

80. Климов Е. А. Психология профессий и акмеология / Евгений Александрович Климов // Психология сегодня. – Т. 2., Вып. 2. – М., 1996. – 225 с.

81. Ковалев Г. А. Об активном социальном обучении как методе оптимизации возможности субъекта общения личности в системе общественных отношений / Георгий Алексеевич Ковалев. – М., 1983. – 253 с.

82. Коваль І. А. Психологічні чинники розвивальної комунікативної ситуації у вищих закладах освіти [Текст]: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 «Пед. та вікова психологія» / І.А. Коваль / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. — К., 2003. — 18 с.

83. Ковальчук В. И. Психическое выгорание тренеров / В. И. Ковальчук // Ананьевские чтения-2000: Тезисы научно-практической конференции. - СПб., 2000. - С. 97 - 98.

84. Коммуникативная компетентность // Коллектив. Личность. Общение. Словарь социально-психологических понятий / Под. ред. Е. С. Кузьмина и В. Е. Семенова. – Л.: Лениздат, 1987. – 144 с.

85. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. - Прага: Авиценум, 1974. - 405 с.

86. Коренюгина А. А. Роль духовно-ориентированного диалога в развитии ценностной сферы мед. работников: автореф. дис...к. психол. н.: 19.00.13. «Психол.развития, акмеология» / Татьяна Юрьевна Коренюгина; Психол. инст-т РАН. – М., 2008. – 37 с. – Библиогр. - С. 35.

87. Косарев В. В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области / В. В. Косарев, Г. Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. - М.: Медицина, 2004. - № 3. - С. 27-38.

88. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочнас [пер.с лит.] - М.: Академический Проект, 2000. - 240 с.

89. Краткий словарь по социологии / Под общ. ред. акад. Д. М. Гвишиани, члена-корр. АН СССР Н. И. Лапина; Сост. Э. М. Коржева, Н. Ф. Наумова. – Политиздат, 1988. – 479 с. ISBN 5-250-00129-7.

90. Кроник А. А. Методика экспериментального исследования взаимопонимания в диаде / Александр Александрович Кроник // Психологический журнал. – 1985. – Т. 6. - № 5. – С. 124 – 130.

91. Костюк Г. С. Избранные психологические труды / Григорій Силович Костюк. – М.: Педагогика, 1988. – 304 с.

92. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і розвиток особистості / Григорій Силович Костюк / Під ред. член-кор. АПН СРСР Л. М. Проколієнко; [Упор. В. В. Андрієвська, Г. О. Балл та ін.] - К: Вища школа, 1989. – 438 с.- ISBN 5-300-00643-0.

93. [Котенев И. О.](#) Психологическая диагностика постстрессовых состояний [Текст] / И. О. Котенев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2004. – N 4. - С. 30 - 62

94. Котенев И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел. [Методическое пособие.] -М.: МЦ при ГУК МВД. - 39 с.

95. Крайнюк В. М. Ефективність впливу психокорекційних методів на формування стресостійкості рятувальників / В. М. Крайнюк. – С .399-407. - Бібліогр.: с. 406-407

96. Кузнецова О. В. Індивідуально-типологічні чинники адаптивності особистості: автореф. дисс...к. психол. н.: 19.00.01.

«Заг. психологія, іст. психології» / Кузнєцова Оксана Володимирівна;
Південноукр. держ. пед. ун ім. К. Д. Ушинського. – Одеса, 2005. – 20 с.

97. Куницына В. Н. Межличностное общение [Текст]: учеб. для вузов. / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. – СПб: Питер, 2003. – 544 с.: ил. – (Серия «Учебник нового века»). – Библиогр. 533-544 с. – ISBN 5-8046-0173-3.

98. Лебедев В. И. Психогенные факторы некоторых измененных условий существования // Вопросы психологи, 1979.- № 5.- С. 62 - 71.

99. Лебедев В. И. Этапы психической адаптации в измененных условиях существования // Вопросы психологи, 1980. - № 4.- С. 50 - 59.

100. Леонтьев А. А. Общение как объект психологического исследования / Алексей Алексеевич Леонтьев // Методологические проблемы социальной психологии. – М.: Наука, 1975. – С. 106 – 123.

101. Леонтьев А. А. Психология общения: пособие [для доп. образования] / Алексей Алексеевич Леонтьев. – М.: Смысл, 1997. – 276 с.

102. Леонтьев А. А. Основы психолингвистики: учеб. [для студентов вузов, обучающихся по специальности «Психология»] / Алексей Алексеевич Леонтьев. – 4 - е изд., испр. – М.: Смысл: Academia, 2005. – 287 с. – (Психология для студента). – Библиогр. В конце глав. – ISBN 5-89357 – 191 – 6.

103. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Дмитрий Алексеевич Леонтьев. – М.: Смысл, 2003. – 487 с.

104. [Либин А. В.](#) Дифференциальная психология: На пересечении европейских, российских и американских традиций : учеб. пособие [для вузов по напр. и спец. "Психология"] / А. В. Либин. - 3-е изд., испр. - М. : Академия : Смысл, 2004. - 527 с. : табл. - Библиогр.: с.457 . - Предм. указ.: с. 513. - ISBN 5-89357-068-5.

105. Ломов Б. Ф. Категории общения и деятельности в психологии. / Борис Федорович Ломов // Вопросы философии. – 1979. - № 8. – С. 73 – 75.

106. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Борис Федорович Ломов. – М.: Наука, 1984. – 444 с.
107. Ломов Б. Ф. Особенности познавательных процессов в условиях общения / Борис Федорович Ломов // Психологический журнал. – 1980. – Т. 1. - № 5. – С. 26 - 42.
108. Любимова Д. В. Клинико-психологические и профилактические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов с учетом их специализации: автореф. дисс...к. мед. наук: 19.00.04. «Мед.психология» / Дарья Владимировна Любимова; Московский гос. медико-стоматологический ун-т Росздрава. – М., 2008. – 25 с. – Библиогр. – С. 22 - 23.
109. Магомед-Эминов М. Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация / М. Ш. Магомед-Эминов // Вестник МГУ. Сер. Психология. – 1996. – № 4. – С. 26 - 35.
110. Мазур Е. С. Смысловая регуляция негативных переживаний у пострадавших при землетрясении в Армении / Е. С. Мазур, В. Б. Гельфанд, П. В. Качалов // Психологический журнал. - 1992. - N 2. - С. 54 - 65.
111. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе / Под ред. М. В. Глущенко, М. В. Ромашкевича. - М.: Независимая фирма "Класс", 1998. – 480 с.
112. Маклаков А. Г. Общая психология. - СПб.: Питер, 2001. - 592 с.: ил. - Серия «Учебник нового века»). - ISBN 5-272-00062-5
113. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // Психологический журнал. - 2001.- № 1.- С. 16 - 24.
114. Максименко С. Д. Основи генетичної психології / Сергій Дмитрович Максименко. – К.: Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 1998. – 298 с.
115. Максименко С. Д. Загальна психологія: підручник [для студентів вищ. навч. закладів] / С. Д. Максименко, В. О. Зайчук, В. В. Клименко, В. О. Соловієнко / За заг. ред. С. Д. Максименка. – К: Форум, 2000. – С. 124 – 149.

116. Малыгина Г. В. Принцип ценности человеческой жизни как регулятор нравственных отношений в медицине [Рукопись] : автореферат дис. ... канд. философ : 09.00.11 / Малыгина Г. В. ; Омский гос. ун-т. - Омск, 1997. - 19 с.
117. Маноха І. П. Психологія потаємного «Я» / І. П. Маноха - К.: Поліграф-книга, 2001. – 448 с.
118. Маноха І. П. Методичні конструкти сучасної психології / І. П. Маноха. - Навчально-методичний посібник. - К.: Генезис, 2005. - 9,0 др.а.
119. Макшанов С. А. Тренинг креативности / С. А. Макшанов, Н. Ю. Хрящева. – СПб.: Ин-т психологии, 1996. – 325 с.
120. Маркова А. К. Психология труда учителя / Аэлита Капитоновна Маркова. – М.: Просвещение, 1993. – 192 с.
121. Маркова А. К. Психология профессионализма / Аэлита Капитоновна Маркова. – М.: РАГС, 1996. — 308 с.
122. Марковець О. Л. Психологічні особливості професійного стресу та попередження його виникнення у майбутніх вчителів: автореф. дисс... к. психол. н.: 19.0007. «Пед.та вікова психологія» / Олена Леонідівна Марковець; НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2005.- 20 с.
123. Маслоу А. Психология бытия [Текст]: пер. с англ. / Абрахам Маслоу. – М.: Рефл-бук: Ваклер, 1997. – 300 с. (Актуальная психология). – Библиогр. 268-282 с. – Пер с изд.: Toward a Psychology of Being (A.H.Maslow (Litton Education Publ., 1968). ISBN 5-87983-027-6.
124. Маслоу А. Мотивация и личность [Текст] / Абрахам Маслоу; Пер. с англ. А. М. Татлыбаевой. – СПб: Евразия, 2001. – 479 с. – Библиогр.: 448-472 с. – ISBN 5-8071-0084-0.
125. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики: Пер. с англ. А. М. Татлыдаевой; Научн. ред., вступ. статья и коммент. Н. Н. Акулиной / Абрахам Маслоу. – СПб.: Издат. группа “Евразия”, 1997. – 430 с.
126. Медведев В. И. О проблеме адаптации / В. И. Медведев // Компоненты адаптационного процесса - Л., 1984.- С. 3 - 16.

127. Методологічні та теоретичні проблеми психології: Навчальний посібник / М. С. Корольчук, Ю. Л. Трофімов, В. І. Осьодло та ін.- К.: Ника-центр, 2008. – 336 с.
128. Миронець С. М. Негативні психічні стани та реакції працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України в умовах надзвичайної ситуації : дис... канд. психол. наук: 19.00.09 / Університет цивільного захисту України. — Х., 2007. — 250арк. — Бібліогр.: арк. 165-184.
129. Митина Л. М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях / Лариса Максимовна Митина // Вопросы психологи. - 1997. - № 4. – С. 28 - 38.
130. Митина Л. М. Интеллектуальная гибкость учителя: Психологическое содержание, диагностика, коррекция: [Текст]: Учеб. пособие / Лариса Максимовна Митина, Наталия Сергеевна Ефимова. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2003. – 144 с.- Библиогр.: с. 137 – 142. – ISBN 5-89502-362-2 (МПСИ) ISBN 5-89349-520-9 (Флинта).
131. Михайлов А. Н. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях /А. Н. Михайлов, В. С. Ротенберг // Вопросы психологии. - 1990. - № 5. - С. 106 - 111.
132. Михайлова Е. С. Коммуникативный и рефлексивный компоненты и их соотношение в структуре педагогических способностей: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. «Пед.психология» / Е. С. Михайлова – Л., 1990. – 198 с.
133. Моляко В. А. Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия (на примере Чернобыльской атомной катастрофы) / В. А. Моляко // Психологический журнал, 1992.- № 2.- С. 66 - 74.
134. Москалець С. М. Гормонально-психологічні аспекти формування стресу у лікарів анестезіологів 2005 года: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.30 «Анестезіологія та інтенсивна терапія» / Сергій Михайлович Москалець; Дніпропетровська держ. медична академія. — Д., 2005. – 20 с.

135. Набиуллина Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). Учебное пособие / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань, 2003, - С. 23-29
136. Назаров О.О. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: Монографія /Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Садковий В.П., Садковий О.В., Склень О.І., Тімченко О.В. - Х.: Вид-во УЦЗУ, 2008. - 221 с.
137. Нартова-Бочавер С. К. Дифференциальная психология: Учебное пособие [Текст] / Софья Кимовна Нартова-Бочавер. – М.: Флинта, Московский психолого-социальный институт, 2003. – 280 с.- Библиогр. В конце глав. – ISBN 5-89349-435-0 (Флинта) ISBN 5-89502-423-8 (МПЦИ).
138. Нартова-Бочавер С. К. «Coping behavior в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – М., 1997. - № 5. – Том 18. – С. 160.
139. Небылицин В. Д. Актуальные проблемы дифференциальной психофизиологии / В. Д. Небылицин // Психология индивидуальных различий: Тексты. - М., 1982.
140. Недуруева Т. В. Социально-психологические детерминанты профессионально-личностных деформаций представителей групп риска: автореф. дис...к. психол. н.: 19.00.05. «Соц.психология» / Татьяна Валерьевна Недуруева; Курский гос. мед. ун-т Федерального агентства по здравоохранению и соц. развитию. – Курск, 2007. – 27 с. – Библиогр. С. 25-26.
141. Новиков Л. А. Искусство слова [Текст] / Л. А. Новиков. – М.: Педагогика, 1991. – 144 с.
142. Новикова Л. И. Ролевая игра как метод преодоления барьеров коммуникации: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. «Соц. психология» / Новикова Л. И. – М., 1985. – 176 с.
143. [Носкова О. Г.](#) Психология труда [Текст] : учеб. пособие для вузов / О. Г. Носкова ; под ред. Е. А. Климова. - 3-е изд., стер. - М. : Академия,

2007. - 383,[1] с. : ил., табл. - (Высшее профессиональное образование. Психология). - Библиогр.: с. 310-328. - ISBN 978-5-7695-4367-8.

144. Обозов Н. Н. Психологическая культура отношений [Текст]: (Метод.пособие) / Николай Николаевич Обозов; Междунар.акад.психол.наук, Автор.шк.практ.психологии. – СПб: АО НПО ЦКТИ, 1995. – 32, [1]., включ. обл. с.: табл. – Библиогр.: 32 с.-

145. Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений [Текст] / Николай Николаевич Обозов. – К.: Изд-во «Льбидь» при Киевск. ун-те, 1990 – 192 с.- Библиогр.: с. 187-190. – ISBN 5-11-001480-9.

146. Олпорт Г. В. Личность в психологии / Гордон В. Олпорт [Пер. с англ. Н. Ю. Авидона; Ред. Л. М.Шлионский]– М.: Ювента, 1998. – 349 с.

147. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія / Лідія Ернестівна Орбан-Лембрик. – К.: Академвидав, 2003. – 448 с.

148. Орел В. Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование /В. Е. Орел // Психологический журнал. - М.: Наука, 2001. - Т. 20. - 1. - С. 16-21.

149. Парыгин Б. Д. Основы социально-психологической теории / Б. Д. Парыгин. – М.: Мысль, 1971. – 348 с.

150. Панок В. Г. Психологія життєвого шляху особистості :монографія / В.Г. Панок, Г. В. Рудь.– К.: Ніка-Центр, 2006 – 280 с.

151. Панок В. Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку :монографія / В. Г. Панок. –Чернівці : технодрук, 2010. – 486 с.

152. Панок В. Г. Теоретико-методологічні засади розвитку практичної психології в Україні / В. Г. Панок // Проблеми загальної та педагогічної психології Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 2011. – Т. XIII, ч. 1.– 480 с. – С.309–318

153. Панок В. Г. Теоретико-методологічні засади розвитку практичної психології в Україні. / Дис... доктора психологічних наук за

спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. – Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Київ, 2011.

154. Панок В. Г. Теоретико-методологічні засади розвитку практичної психології в Україні. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2011. - 368 с.

155. Панок В.Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку. Монографія. – Чернівці: Технодрук, 2010. – 486 с.

156. Платонов К. К. Краткий словарь системных психологических понятий / К. К. Платонов. М., "Высшая школа", 1984. - с. 106.

157. Поваренков Ю. П. Психологическое содержание профессионального становления человека [Текст]: научное издание / Ю. П. Поваренков; Университет Российской Академии образования. - М. : УРАО, 2002. - 160 с. : табл. - Библиогр.: с. 149 - 159.

158. Поппер К. Логика научного исследования: Пер. с англ. / Под общ. ред. В. Н. Садовского. — М.: Республика, 2004. — 447 с. — (Мыслители XX века).

159. Поторій Я. І. Ціннісна система та мотиваційна спрямованість осіб з ендogenous депресією 2004 года: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 «Медична психологія» / Ян Іванович Поторій; Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. — К., 2004. — 19 с.

160. [Постылякова Ю. В.](#) Ресурсы совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности / Ю. В. Постылякова. // Психологический журнал. - 2005. – N 6. - С. 35 - 43. - ISSN 0205-9592.

161. Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа [Текст] / РАН, Ин-т психологии; [Отв. ред. Л. Г. Дикая.] - М. : Ин-т психологии РАН, 1999. - 356 с. - ISBN 5-201-02321-5.

162. Психоанализ и культура: Избранные труды К. Хорни и Э. Фромма / [Сост. и автор послесловия А.М. Рудкевич.] – М.: Юрист, 1995. – 624 с.
163. Психология [Текст]: Словарь / Сост. Л. А. Карпенко / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: Политиздат, 1990. - С. 247 - 248. – 494 с. – темат.указ.статей – с. 477-492. – персоналии – с. 493-494. – ISBN 5-250-00364-8.
164. Психология [Текст]: Учебник. / Под ред. А. А. Крылова. – М.: «Прспект», 1999. – 584 с.
165. Психология здоровья [Текст] / [Л. И. Августова, В. А. Ананьев, Н. Е. Водопьянова и др.]; Под ред. Г. С. Никифорова ; - С.-Петербург. гос. ун-т. - СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2000. - 496,[1] с. - ISBN 5-288-02128-7.
166. Психология в медицине [Текст] / М. Боухал. - Прага: Авиценум, мед. изд-во, 1983. – 405 с.
167. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П. П. Горностає, Т. М. Титаренко. – К.: Рута, 2001. – 320 с. - Бібліогр.: с. 263 – 293. – ISBN 966-7795-11-X.
168. Психологическое сопровождение выбора профессии. Научно-метод. Пособие [Текст] / Под ред. Ларисы Максимовны Митиной. – М.: Московский психолого-социальный институт, Флинта, 1998. – 184 с.- Библиогр. – 176 – 180 с. – ISBN 5 – 89502-016-8 (МПСИ) ISBN 5 – 89349-061-4 (Флинта).
169. Пугачевский О. О. Коммуникативно-личностные смыслы интерпретации невербального поведения: дис... канд. психол. наук: 19.00.05. «Соц. психология» / Пугачевский О. О. – Ростов-на-Дону, 1999. – 223 с.
170. Реан А. А. Агрессия и агрессивность личности //Психологический журнал. - 1996. - № 5.- С. 3 - 17.
171. Реан А. А. Факторы стрессоустойчивости учителей / А. А. Реан, А. А. Баранов // Вопросы психологии. - М.: Школа-Пресс, 1997. - 1. - С. 45 - 53.

172. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок [Текст] : Книга практикующего врача / Р. Ригельман; [Пер. с англ. Ю. Л. Амченкова под ред. М. А. Осипова.] - М. : Практика, 1994. - 203 с. - ISBN 5-88001-006-6.
173. Рікер П. Сам як інший / Поль Рікер [пер. с фр. Віктора Андрушко] – Вид. 2-е. - К.: Дух і літера, 2002. – 458 с. – Бібліогр.: с. 434-444. - Пер. вид. Cet ouvrage, publié dans le cadre du Programme d’Aide á la publication SCOVORODA, bénéficie du soutien de l’Ambassade de France en Ukraine. – ISBN 966-7888-21-5.
174. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека [Текст]: пер. с англ. М. М. Исениной; Общ. ред. и предисл. Е.И. Исениной / К. Р. Роджерс. – М.: Изд. группа “Прогресс”, “Универс”, 1994. – 479, [1] с. – Библиогр.: 473 с. – Пер. изд.: On becoming a person. A therapist’s view of psychotherapy/ Carl R. Rogers (Boston, Houghton Mifflin Comp.). – ISBN 5-01-004150-2: 8800.00 р. Указ.: 474-478.
175. Романова Е. С. Исследование механизмов психологической защиты при девиантном поведении / Е. С. Романова // Российский психиатрический журнал. - 1998. - № 3. - С. 18 - 21.
176. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психологический журнал. – 2002. – том 23. - № 3. – С. 85-95.
177. [Рогов Е. И.](#) Эмоции и воля [Текст] / Е. И. Рогов. - М. : Владос, 2001. - 240 с. : цв. ил. - (Азбука психологии).
178. Руденский Е. В. Игровое тестирование коммуникативных качеств личности / Е. В. Руденский. - Кемерово, 1991. – 60 с.
179. Рудестам К. Групповая психотерапия [Текст] / К. Э. Рудестам. – 2-е изд. – СПб: Питер, 2000. – 373, [3] с.: ил. – (Мастера психологии). – Пер. с изд. : Experiential groups in theory and practice / К.Е.Rudestam. – Monterey, 1982. – ISBN 5-88783-397-6.

180. Русалов В. М. Предметный и коммуникативный аспекты темперамента человека / В. М. Русалов // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10. - № 1. – С. 10 – 21.
181. Рыбалко Е. Ф. Психологическая структура субъекта общения / Е. Ф. Рыбалко // Теоретические и прикладные вопросы психологии. Материалы юбилейной конференции “Ананьевские чтения – 97”. Вып. 3. / Под общ. ред. проф. А. А. Крылова. – СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1997. – С. 140 – 147.
182. Рюмшина Л. И. Психология взаимопонимания / Л. И. Рюмшина // Социальная психология личности в вопросах и ответах. – М.: Гардарики, 1999. – С. 257 - 274.
183. Савин Е. Ю. Понимание как форма познавательной активности субъекта / Е. Ю. Савин. – Калуга: КГПУ им. К. Э. Циолковского. – 1996. – 80 с.
184. Самикіна Н. Синдром вигоряння у працівників пенітенціарної системи / Н. Самикіна, В. Сулицький // Соціальна психологія. - 2004. - № 4 (6). – С. 43 - 48.
185. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
186. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. / Под ред. Владимира Александровича Ядова. – Л.: Наука, 1979. – 264 с.
187. Саркисов Д. С. Существуют ли так называемые функциональные болезни? // Клиническая медицина. - 1994. - № 2. – С. 71 - 74.
188. Семиченко В. А. Мистецтво взаєморозуміння / В. А. Семиченко, В. С. Заслуженюк. – К.: Веселка, 1998. – 210 с.
189. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Елена Сидоренко. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 350 с., ил. – Библиогр.: с. 347. – ISBN 5-9268-0010-2.
190. Сирота Н. А. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 1994. - № 1. - С. 63 – 74.

191. Скориніна О. В. Когнітивний стиль і пам'ять: парадокси дослідження: [Текст] Монографія. / Ольга Володимирівна Скориніна, Тамара Борисівна Хомуленко. – Харків: ВД “ІНЖЕК”, 2003. – 232 с.- Бібліогр.: с. 217-231. – ISBN 966-8327-48-9.
192. Словарь-справочник по психодиагностике [Текст] / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – 2-е изд., перераб., доп. – СПб: Питер, 1999. – 517, [2] с.: рис. – (Мастера психологии). – Библиогр.: 486-495 с. – ISBN 5-88782-336-4. Указ. в конце кн.
193. Суходольский Г. В. Основы психологической теории деятельности / Г. В. Суходольский. – Л.: ЛГУ, 1998. – 168 с.
194. [Солсо Р.](#) Когнитивная психология : учеб. пособие [для вузов] / Р. Солсо. - СПб. : Питер, 2002. - 592 с. : ил, рис. - (Мастера психологии). - Библиогр.: с. 526. - Предм. указ.: с. 521. - ISBN 5-318-00397-4.
195. Социально-психологическая компетентность. Психология. Словарь. / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990. – С. 375.
196. Степанов С. Ю. Психология рефлексии / С. Ю. Степанов, И. Н. Семенов // Вопросы психологии. – 1985. - № 3. – С. 31-40.
197. Столин В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1983. – 285 с.
198. Тарабрина Н. В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная // Психологический журнал.- 1992. - № 2. - С. 14 - 29.
199. Тарабрина Н. В. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. - 1996. - № 2. - С. 30 - 45.
200. Тейлор Ч. Етика автентичності [Текст] / Чарльз Тейлор / Пер. с англ. і заг. ред. Андрій Васильченко. – К.: Дух і літера, 2002. – 138с.- Пер. з вид.: 1991 by Charles Taylor and the Canadian Broadcasting Corporation. – на обклад.

Фрагмент картины Казимира Малевича «Жіноча голова». – ISBN 966-7888-15-0; ISBN 0-674-26863-6 (англ.).

201. Тихонова Т. А. Формирование профессионально-коммуникативной компетентности студентов в процессе обучения в медицинском училище: автореф. дис...к.пед.н.: 13.00.08. «Теория и методика проф. образования» /Тихонова Татьяна Александровна; Московский гуманит.пед.институт. –М., 2008 – 28 с. – Библиогр. – С. 25 - 26.

202. Тихонова Т. А. Модель формирования коммуникативной компетентности студентов медицинских училищ / Т. А. Тихонова // Среднее профессиональное образование. – 2008. –№ 11. – С. 38 – 40.

203. Трофимова Г. С. Формирование коммуникативной компетентности у будущих учителей в условиях педагогической практики в университете: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. «Пед.психол.» / Трофимова Г. С. – Л., 1990. – 194 с.

204. Трунов Д. Г. "Синдром сгорания": позитивный подход к проблеме /Д. Г. Трунов // Журнал практического психолога. - 1998. - № 8. - С. 84 - 89.

205. Уваркіна О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін: автореф. дисс...к.психол.н.: 13.00.04. «Теорія і методика проф. освіти» /Олена Володимирівна Уваркіна; Ін-т вищ.освіти АПН України. – К., 2003. – 22 с.

206. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии. – 2002. – 490 с.

207. Флоренская Т. А. Диалог в практической психологии [Текст] : наука о душе / Тамара Александровна Флоренская. - М. : Владос, 2001. - 206,[1] с : ил; - (Психология для всех). - ISBN 5-691-00535-9.

208. Форверг М. Характеристика социально-психологического тренинга поведения / М. Форверг, Т. Альберг // Психологический журнал. – 1984. - Т. 5. - № 4. – С. 57 – 64.
209. Форманюк Т. В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель дезадаптации учителей // Вопросы психологи. - 1994. - № 6. – С. 57- 63.
210. Фрейд А. Психология "Я" и защитные механизмы / А. Фрейд. - М.: "Педагогик - Пресс", 1993. - 140 с.
211. Фрейд З. Психология бессознательного / З.Фрейд. - М., 1990. – 490 с.
212. Фромм Э. Бегство от свободы [Текст]: учеб. пособие / Э.Фромм; пер. с англ. Г.Ф.Швейника. – 3-е изд. – М.: Флинта, 2006. – 246, [1] с. – (Библиотека зарубежной психологии). – предм. указ.: С. 243-246. – ISBN 5-89349-861-5.
213. Фромм Э. Революция надежды. Избавление от иллюзий / Эрих Фромм ; пер. с англ. ; предисл. П. С. Гуревич. – М. : Айрис-Пресс, 2005. – 352 с. – («Человек и мир»).- ISBN 5-87399-104-9.
214. Хазанова М. А. Исследование факторов, способствующих успешности общения / М. А. Хазанов // Сб. науч.трудов “Психолого-педагогические проблемы коллектива и личности”.- М.: НИИ ОП АПН СССР, 1978. – С. 82 – 87.
215. Хараш А. У. Личность в общении / Адольф Ульянович Хараш // Общение и оптимизация совместной деятельности. / Под ред. Г. М. Андреевой, Я. Яноушека. – М.: Изд-во Москов. ун-та, 1987. – С. 30 – 41.
216. Чепелева Н. В. Актуальні проблеми герменевтики в контексті практичної психології. Психологія / Наталія Василівна Чепелева. - Збірник наукових праць. НПУ імені М. П. Драгоманова. - Випуск 1 (4), 1999. - С. 44 – 54.
217. Чепелева Н. В. Основні поняття наративної психології. Психологія / Наталія Василівна Чепелева. - Збірник наукових праць. НПУ імені М. П. Драгоманова. - Вип. 12. - 2001. – С. 3 – 9.

218. Чистякова Г. Д. Преобразование содержания текста в процессе смысловой переработки / Галина Дмитриевна Чистякова // Новые исследования в психологии. – М.: Педагогика, 1980. – С. 46 - 51.
219. Чистякова Г. Д. Формирование предметного кода как основе понимания текста / Галина Дмитриевна Чистякова // Вопросы психологии. - 1981. - № 4. - С. 61 - 76.
220. Чистякова Г. Д. Развитие саморегуляции понимания в школьном возрасте / Галина Дмитриевна Чистякова // Вопросы психологии. – 1988. - № 4. – С. 158 - 164.
221. Цуканова Е. В. Психологические трудности межличностного общения / Е. В. Цуканова. – К.: Вища школа, 1985. – 159 с.
222. Цуканова Е. В. Деструктивные параметры взаимодействия в ситуации временного дефицита / Е. В. Цуканова // Психологические исследования общения. / Отв. ред. Б. Ф. Ломов и др. – М.: Наука, 1985. – С. 285 – 299.
223. Шадриков В. Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности / Владимир Дмитриевич Шадриков. – М.: Наука, 1982. – 186 с. ISBN: 5-88439-015-7.
224. Шадриков В. Д. Психологический анализ деятельности как системы / Владимир Дмитриевич Шадриков // Психологический журнал. - 1980. – Т. 1. - № 3. – С. 33 – 46.
225. [Швалб Ю. М.](#) Одиночество: Соц.-психол. пробл. [Текст] : научно-популярная литература / Ю. М. Швалб, О. В. Данчева. - К. : Україна, 1991. - 270 с. - ISBN 5-319-00556-3 (в пер.).
226. Шевандрин Н. И. Социальная психология в образовании [Текст]: Учеб. Пособие / Николай Иванович Шевандрин. - Ч.1. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. – М.: ВЛАДОС, 1995. – 544 с.
227. Шихирев П. Н. Современная социальная психология в Западной Европе: Пробл. методологии и теории. - М.: Наука, 1985. - 175 с.
228. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность: теория, эксперимент, тренинг: учеб.пособие / Лидия Бернгардовна Шнейдер. – М.: Изд-во

Московского психолого-социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2004. – 600 с.

229. Штроо В. А. Защитные механизмы: от личности к группе // Вопросы психологи. - 1998. - № 4. - С. 54 - 61.

230. Штроо В. А. Исследование групповых защитных механизмов // Психологический журнал. - 2001. - Т.22. - № 1. - С. 5 - 15.

231. Шудлик Г. Механізми психологічного захисту // Рідна школа, 1999. - № 12. – С. 68 - 71.

232. Эльштейн Н. В. Ошибки диагностики и лечения в практике работы терапевтов. Лекция на факультете международного здравоохранения. – М.: ЦОЛИУВ, 1973.

233. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис/ Эрик Эриксон. – М.: Прогресс, 1996. – 344 с. - ISBN: 5-89502-952-3.

234. Юревич А. В. «Онтологический круг» и структура психологического знания / Андрей Владиславович Юревич // Психологический журнал. – 1992. - № 1. – С. 6-15.

235. Яницкий М. С. Типы ценностных ориентаций студентов вуза. // Ананьевские чтения – 97 (90 лет со дня рождения Б.Г. Ананьева) / Михаил Сергеевич Яницкий: Тезисы научно-практической конференции. 28-30 октября 1997 г. / Под общ. ред. А. А. Крылова. – СПб., 1997. – С. 112 – 113.

236. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: [Текст]: навч. посібник / Тамара Семенівна Яценко. – К.: Вища шк., 2004. – 679 с. – ISBN 966-642-169-0.

237. Alcock J. E., Carment D.W., Sadava S.W. A Textbook of Social Psychology. – Scarborough: Prentice-Hall Canada Inc., 1988. – 678 p.

238. Andrews M. Et al. Lines of narrative. – L., Hampshire: Psychological Press. Taylor & Francis Group, 2000. – 224 p

239. Argyle M. The natural of social skil // Social skills and health. – N.Y., 1981.

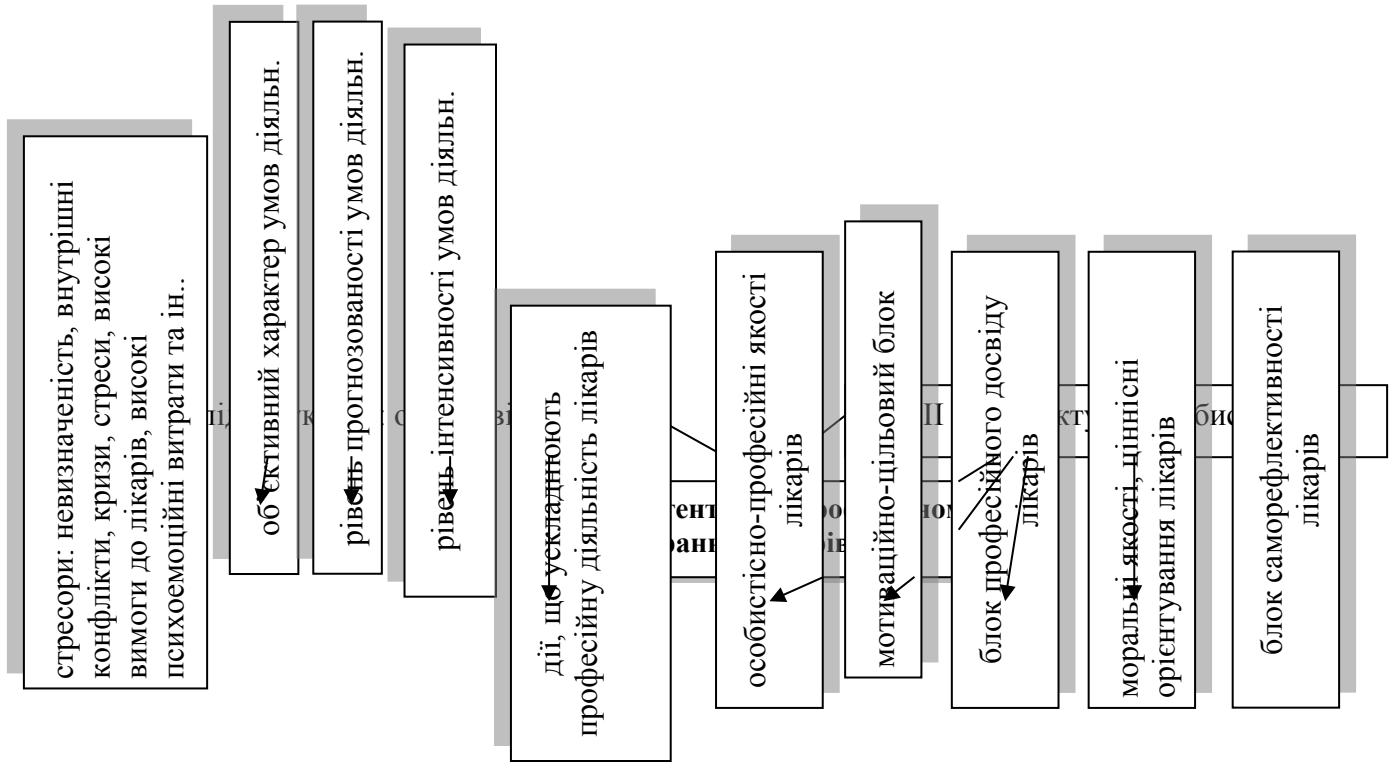
240. Bannister D., Mair I. The evaluation of personal constructs. – L. – N-Y., 1978. – 238 p.
241. Bell P.A. et al. Environmental psychology. – L.: Academic Press, Hatcourt College Publishers, 2001. – 646 p.
242. Bennis W., Shepard A. A theory of group development. // Human Relations, 1956 – P. 415 – 437.
243. Bieri J. Cognitive complexity-simplisity and predictive behavior / J. Bieri // Journal of Abnormal and Social Psychology. - 1955. – V. 51. – N 3. – P. 236-268.
244. Birdwhistell R.L. Kinesics and context. – Philadelphie: Univ. Of Pensilvania, 1970, p. 315.
245. Brewer M.B., Crano W.D. Social Psychology. – N.-Y.: West Publishing Company, 1994. - 556 p.
246. Budner S. Intolerance of ambiquity as a personality variable / S. Budner // Journal of Personality. - 1962. – V. 30. – N 1. – P. 29-50.
247. Chuwattanakul P. Perceived leadership style, style flexibility, and style effectiveness of government hospital administrators in Thailand / P. Chuwattanakul // Dissertation Abstracts International. – Vol. 54. N. 11. – May 1994.
248. Coher D. Psychologist on Psychology. – London: Henley, 1977. – 360 p.
249. Copeland B. D. Cognitive style of female university students of visual art / B.D.Copeland // Perceptual and Motor Skills. – 1983. – V. 56. – N 2. – P. 439 - 442.
250. Crockett W. H. Cognitive complexity and impression formation || Progress in Experimental Personality Research, N-Y – L.: Academic Press. – 1965. V.2. – P. 47-90.
251. Dijk van T. A., Kintch W. Strategies of discourse comprehension. – London: Academic Press, 1983. – 370 p.

252. Dittman-Kohli F., Baltes P., Toward a neofunctional conception of adult intellectual development || Beyond formal operations | Eds. L. Alexander et al. – N.-Y.: Cambridge Univ. Press, 1985. – P. 230-266.
253. Epting F. R., Suchman D. I., Nickeson K.D. An evaluation of elicitation procedures for personal constructs / F. R. Epting, D. I. Suchman, K. D. Nickson // British Journal of Psychology. – V. 62. – N 5. – P. 513-517.
254. Gladstein G. Understanding empathy: Integrating counseling, developmental and social psychology perspectives / G. Gladstein // J. Of Counseling Psychology. – 1983. – V. 30. – P. 467-482.
255. Glaser R. Education and thinking: The role of knowledge / R. Glaser // Amer. Psychologist. – 1984. – V. 39 (2). – P. 93-104.
256. Gontovnick H. Transformation and experiential psychology / H. Gontovnick // AHP Perspective. – October-November. – 1988. – P. 20.
257. Haber A., Runyon R. Psychology of adjustment. – Homewood, Illinois, 1984.
258. Hala S. The development of social cognition. – L., Hampshire: Psychological Press, Taylor & Francis Group, 1998. – 416 p.
259. Hall E. T. The hidden dimension. – N.Y.: Doubleday and Co., 1966. H. 270.
260. Hamachek D. E. Encounters with others (interpersonal relationship and you). – CBS: College Publishing, 1982, p. 254.
261. Kagan J., Posman P., Day D. Information processing in the child significance of analytic attitudes / J. Kagan, P. Posman, D. Day // Psychol. Monographs. – 1976. – Vol. 78. - № 1.
262. Kelly J. A. The Psychology of personal constructs. –N.-Y.: Norton, 1955. –V.1. – 556 p.
263. Kluckhohn C., Strodtbeck F.L. Variations in value orientations. Eranston, IL. – Row Peterson, 1961.– 704 p.
264. Mehrabian A. Relationship of attitude to seated posture, orientation and distance. – J. Of Personality and Soc. Psychol., 1963, v.10, p. 26 – 30.

265. Michener A. H., Delamater J. D. *Social Psychology*. – L.: Academic Press, Harcourt College Publ., 1999. – 688 p.
266. Moffatt K. A. *Poetics of social work*. – U.K, Toronto: Univ. Of Toronto Press, 2001. – 156 p.
267. Myers D. G. *Social Psychology*. Fourth edition. – N.-Y.: McGraw-Hill, Inc., 1993. – 582 p.
268. Pervin L. A., Jong O. P. *Personality*. – N.-Y.: Willey, 2000. – 656 p.
269. Phillipchalk R. P. *Invitation to Social Psychology*. – N.-Y.: Harcourt Brace College Publ., 1995. – 566 p.
270. Robertson J. T. Relationships between learning strategy, attention deployment and personality / J. T. Robertson // *British Journal of Educational Psychology*. – 1978. – V. 48. – N. 1. – P. 86-91.
271. Robertson J. T. Human information-processing strategies and style / J.T. Robertson // *Behavioral and Intellectual Technologies*. - V. 4. – N. 1. – P. 19-29.
272. Rogers C. R. *On becoming a person*. Centry Edition, Boston, 1961. – 420 p.
273. Ruch J. C. *Psychology. The personal Science*. – Belmont, Calif: Wadsworth Publishing Company, A. Division of Wadsworth, Inc., 1984. – 676 p.
274. Sabini J. *Social psychology*. Second edition. – N.-Y.-L.: W. W. Norton & Company, 1995. – 604 p.
275. Shade B. J. Field dependency: Cognitive style or perceptual skill? / B. J. Shade // *Perceptual and Motor Skills*. – 1984. – V. 58. – N 3. – P. 991-995.
276. Straube C. E. Career and identity development of creative persons / C. E. Straube // *Dissertation Abstracts International*. – Vol. 51. – N. 12. – June 1991.
277. *The social psychology of personal relationships* | Eds by W. Iseces, S. Duck. – N.-Y.: Wiley, 2000. – 310 p.
278. Warner B. S. Childrens' psychosocial competence and the relationship of peer sociometric status to social, emotional, and academic competence in the home and school / B. S. Warner // *Dissertation Abstracts International*. – Vol. 56. - N 6. – December 1995.

279. Walker S. G. Psychodynamic processes and framing effects in foreign policy decision-making: Woodrow Wilson's operational code || *Political Psychology*. – 1995. – V. 16. – N. 4.

280. Walker S. G. Psychodynamic processes and framing effects in foreign policy decision-making: Woodrow Wilson's operational code || *Political Psychology*. – 1995. – V. 16. – N. 4.



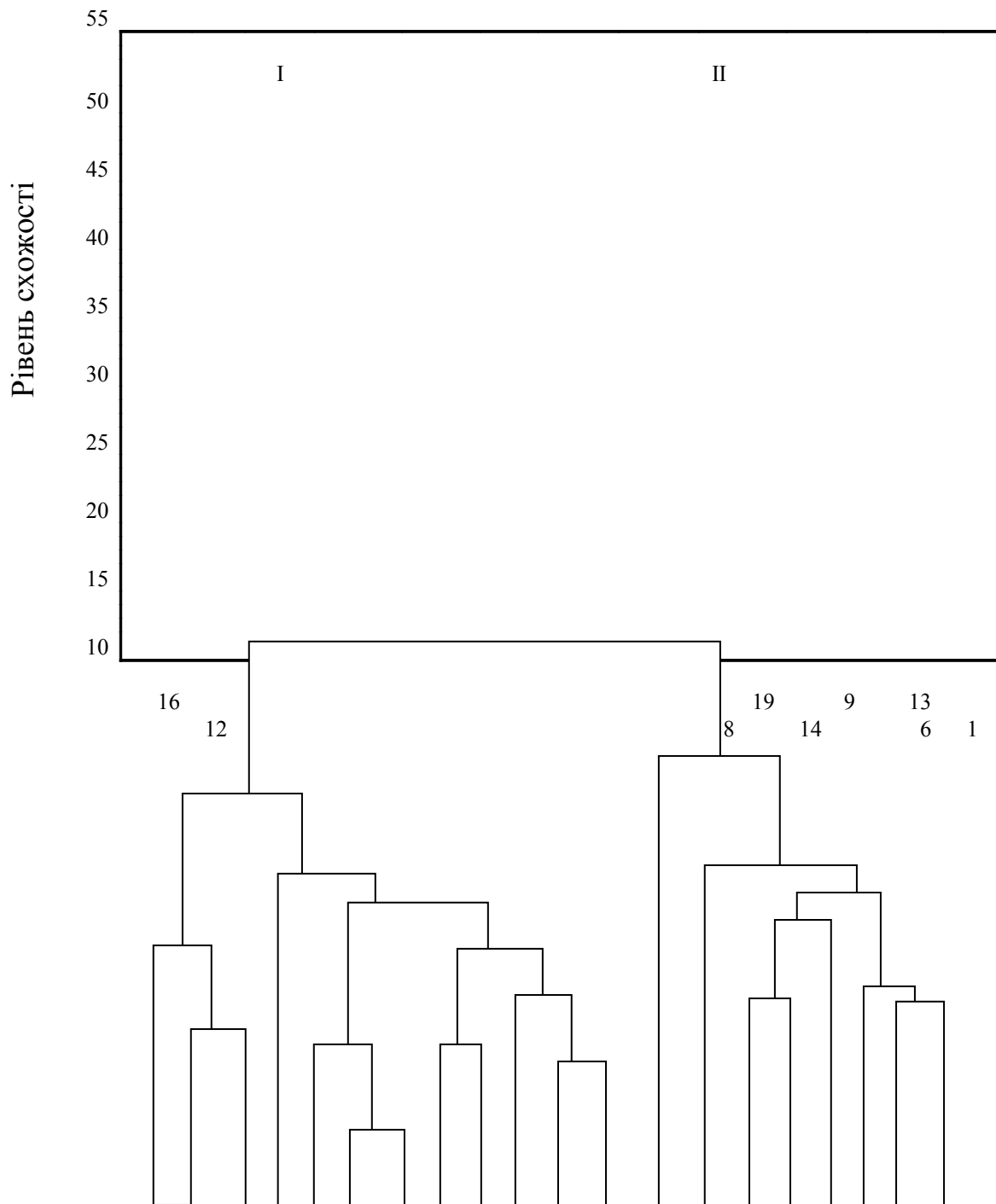
Матриця кореляцій копінг-стратегій лікарів та студентів-медиків (при статистичній значущості $p < 0,05$)

Копінг-стратегії (за Е. Гейм)	Адаптивні КС				Неадаптивні КС					Відносно адаптивні КС	
	проблемний аналіз	збереження самоопанування	протест	звернення	дисимуляція	ігнорування	пригнічення емоцій	самозвинувачення	активне запобігання	надання смислу	компенсація
Студенти-медики											
проблемний аналіз	1.00	0.82	0.75	0.64	0.85	0.58	0.54	0.46	0.45	0.38	0.68
збереження самоопанування	0.80	1.00	0.67	0.60	0.79	0.49	0.53	0.40	0.48	0.54	0.46
протест	0.70	0.59	1.00	0.72	0.78	0.76	0.71	0.38	0.32	0.56	0.32
звернення	0.61	0.59	0.70	1.00	0.71	0.71	0.60	0.32	0.38	0.58	0.46
дисимуляція	0.72	0.69	0.74	0.87	1.00	0.72	0.64	0.36	0.70	0.48	0.30
ігнорування	0.62	0.59	0.71	0.90	0.91	1.00	0.87	0.42	0.78	0.64	0.68
пригнічення емоцій	0.62	0.56	0.69	0.83	0.85	0.89	1.00	0.48	0.72	0.42	0.60
Самозвинувачення	0.82	0.42	0.34	0.30	0.34	0.38	0.46	1.00	0.40	0.46	0.34
активне запобігання	0.70	0.56	0.34	0.36	0.72	0.80	0.82	0.42	1.00	0.60	0.70
надання смислу	0.56	0.68	0.60	0.50	0.52	0.72	0.64	0.70	0.62	1.00	0.67
компенсація	0.80	0.48	0.40	0.48	0.58	0.70	0.64	0.36	0.72	0.65	1.00

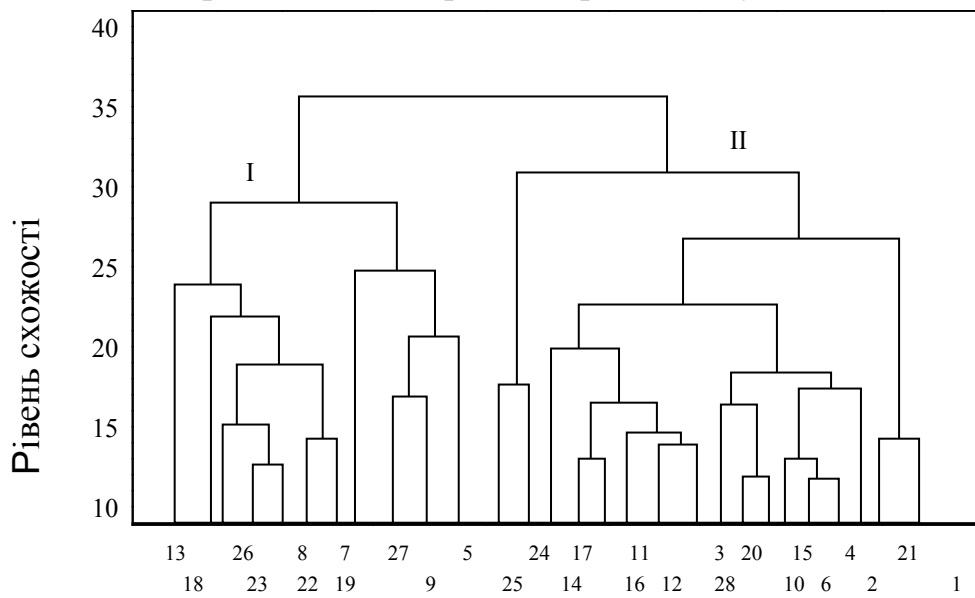
Примітка: Коефіцієнти лікарів надаються під діагоналлю, коефіцієнти студентів-медиків – над діагоналлю

Додаток В

Приклад «кластерного дерева». Результати кластерного аналізу у групі «неуспішних» студентів (римські цифри – кластери (групи, що порівнюються за психологічними властивостями))



Приклад «кластерного дерева». Результати кластерного аналізу у групі



Досліджувані

«успішних» лікарів

