

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ПЕРШОГО РОКУ НАВЧАННЯ	5
1.1 Феномен тривожності	5
1.2. Психологічні аспекти інтернатури в медицині	144
1.3. Гендерні особливості тривожності в лікарів-інтернів	188
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ПЕРШОГО РОКУ НАВЧАННЯ	24
2.1. Підходи до дослідження тривожності	244
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження	255
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	277
Висновки до розділу 2	399
РОЗДІЛ 3. РОБОТА ПСИХОЛОГА З ПРОБЛЕМОЮ ТРИВОЖНОСТІ КЛІЄНТА	41
3.1. Підходи до роботи психолога з проблемою тривожності	41
3.2. Програма психологічної інтервенції	44
Висновки до розділу 3	56
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61

ВСТУП

Актуальність дослідження. Лікарі-інтерни першого року навчання відчувають величезний стрес. Вони стають на новий рівень професійного розвитку і намагаються виправдати покладені на них надії та очікування. У зв'язку з цим зростає рівень тривожності, який може негативно вплинути на успішність професійної діяльності. Крім того, робота лікаря передбачає надмірні навантаження, на нього покладена велика відповідальність – збереження здоров'я та життя людини. Щоб упоратися з усіма поставленими завданнями, потрібно оптимізувати рівень тривожності, адже він впливає на стан психічного та фізичного здоров'я. Тривожність може викликати погане самопочуття. Також підвищення ступеня тривожності може сприяти зміні у поведінці, спотворенню деяких індивідуально-психологічних якостей.

Чоловіки та жінки по-різному справляються зі стресом, переносять навантаження, тому і рівень тривожності у них може бути різним. Виявлення гендерних особливостей тривожності лікарів-інтернів першого року навчання допоможе скласти більш ефективну корекційну та профілактичну психологічну програму допомоги з подолання тривожності, застосування якої позитивно вплине на фізичне та психологічне здоров'я лікарів. Цим обумовлена актуальність даного дослідження.

Тривожність взагалі і зокрема тривожність серед медичних працівників та студентства досліджують О.В. Батюх, І.І. Стрілецька, О.В. Царьова, І.А. Ясточкіна, Г.М. Кожина, В.В. В'юн та К.О. Зеленська.

Об'єкт дослідження – феномен тривожності.

Предмет – гендерні особливості тривожності лікарів-інтернів першого року навчання.

Мета дослідження – дослідити гендерні особливості тривожності лікарів-інтернів першого року навчання.

Завдання:

- 1) проаналізувати наукову літературу з проблеми дослідження;

- 2) організувати та провести емпіричне дослідження гендерних особливостей тривожності лікарів-інтернів першого року навчання;
- 3) проаналізувати та проінтерпретувати результати дослідження;
- 4) розробити програму психологічної інтервенції.

Методи дослідження:

- 1) аналіз наукової літератури;
- 2) психодіагностичні методики:
 - діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна,
 - «Неіснуюча тварина».
- 3) методи статистичної обробки даних: коефіцієнт кореляції Спірмена; показники надійності: показники альфа Кронбаха та омега Макдональда, t-критерій Стюдента для статистичної перевірки гіпотез, критерій Шапіро-Уїлка, критерій Левене, t-критерій Уелча, U-критерій Манна-Уїтні, таблиці сполученості для виявлення залежності категоріальних ознак, V Крамера, Тау-В Кендала для визначення сили зв'язку.
- 4) метод психологічної інтервенції.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ПЕРШОГО РОКУ НАВЧАННЯ

1.1 Феномен тривожності

Слово тривожність у перекладі з англійської «anxiety» – хвилювання, занепокоєння, тривога. Усвідомлення тривожності надійшло до психологічної науки психотерапевтами та психіатрами [8].

Порівняно зі страхом, тривожність, зазвичай, — це реакція на уявну, невідому загрозу. Основою цього явища дуже нерідко є внутрішні конфлікти особистості. Тривожності також притаманна довготривалість, себто вона має властивість розтягуватися в часі, періодично повторюватися чи протікати перманентно [57, с. 156].

З фізіологічної позиції тривожність є реактивним станом. Вона починає фізіологічні зміни і готує організм до, свого роду, опору чи відступу. Дякуючи тривожності, активніше працює серцево-судинна система (збільшується частота пульсу, підвищується артеріальний тиск), а ось робота травної системи, навпаки, пригнічується (знижується секреція та перистальтика). Об'єм крові суттєво збільшується у м'язовій системі, себто організм людини вже готується до активнішої діяльності. Тривожність виявляється на трьох рівнях:

- 1) нейроендокринному;
- 2) психічному;
- 3) моторно-вісцеральному, який має:
 - а) шкірні прояви;
 - б) тахікардія, зростання систолічного тиску;
 - в) сухість у роті, неприємний присмак, анорексія, діарея, закріп;
 - г) гіпервентиляція;
 - д) посилене сечовипускання, порушення менструального циклу, біль в області таза, фригідність, імпотенція;

- е) потовиділення, почервоніння;
- ж) головні болі та артралгії [57, с. 157].

Говорячи про природу тривожності, слід зазначити, що тривожність – це стан, у якому буття розуміється як імовірність власного небуття. Існує схоже твердження: тривожність – це екзистенційне розуміння небуття. Визначення «екзистенційний» представляє тут те, що тривожність породжує рішуче не теоретичне пізнання про небуття і розуміння того, що небуття є частиною особистого буття людини. Тривожність нагадує, що існування має минуций характер.

Наприклад, переживання смерті близької людини породжує розуміння неминучості власної смерті. Така природжена тривожність, притаманна людині і – якимось чином – всім живим істотам. Це занепокоєння з приводу свого майбутнього небуття, розуміння особистої часової межі існування [3].

Становлення загальної доктрини тривожності передбачає насамперед з'ясування зв'язку між трьома різними розуміннями хвилювання: тривожність як минуций стан, тривожність як важкий процес, що включає складові стресу і загрози, а також тривожність як особистісна характеристика.

Вивчення тривожності слід розпочинати з чіткого визначення індивідуальностей реакцій, що характеризують стан тривожності. Особисті (феноменологічні) відчуття напруги і загрози є головними рисами тривожності як емоційного стану. Особливості функціонування вегетативної нервової системи теж є важливими характеристиками фізіологічних змін, що проявляються в стані тривожності.

Усвідомлення тривожності як процесу є концепцію тривожності, у якій робиться акцент на виділенні базових компонентів процесу тривожності. Загальна доктрина тривожності включає в себе основні компоненти: стрес, загрозу, стан хвилювання, когнітивну оцінку і переоцінку, механізми психологічного захисту. До концепції тривожності слід відносити також поняття схильності до переживання стану тривожності або особистісні

відмінності у схильності переходити в стан тривожності під час стресових ситуацій [4].

Враження та відчуття є відображенням реальної дійсності у формі переживань. Різні форми переживання почуттів (емоції, афекти, настрої, потяги) утворюють чутливу сферу людини.

Виділяють такі види емоцій, як моральні, розумові та естетичні. За систематизацією, запропонованою К. Ізардом, виділяються враження фундаментальні та похідні [19].

Зі з'єднання базових вражень виникає такий всеосяжний емоційний стан, як неспокій, який має можливість поєднувати в собі і страх, і агресивність, і провину, і інтерес-збудження.

Занепокоєння – це стан схвильованості. Він виникає під час відчування психічної чи психологічної небезпеки. Цей стан часто називають тривожністю. Тривожність розуміється як відчуття неточної, невизначеної небезпеки, внаслідок якої очікуються негативні зміни життєдіяльності.

Поняття «тривожність», зазвичай, застосовують для позначення більш просторого кола занепокоєнь, які виникають незалежно від причини. У психологічних дослідженнях різнобічність і суттєва неоднорідність визначень хвилювання і тривожності є результатом використання їх значень у різноманітних ситуаціях.

Тривожність – це відчуття емоційного неблагополуччя, що супроводжується передчуттям небезпеки чи лиха. Кожна непостійність, порушення запланованого особистістю перебігу заходів здатна призвести до формування власної тривожності.

Тривожність як правило має невизначений характер і частіше виникає при загрозі вигаданій. На відміну від страху, який провокується певними причинами, і пов'язаний з загрозою існуванню людини як живої істоти. В деяких випадках ставиться знак тотожності між страхом і тривожністю. У той же час вчені вважають, що тривожність, хвилювання передують відчуттю страху, що виникає, коли загроза вже усвідомлена і конкретизована.

Поняття тривожності займає вагоме місце у психічних теоріях та дослідженнях відколи Зігмунд Фрейд виділив її роль при неврозах [36].

За Фрейдом, невротична тривожність існує у трьох основних формах. Перша, «вільно плаваюча» або тривожність, яку людина відчуває всюди і яка завжди готова долучитися до всілякого об'єкту, за великим рахунком прийняттого, нехай зовнішнього чи внутрішнього. Друга форма невротичної тривожності прихована у фобічних реакціях. Вони характеризуються незалежністю від масштабів ситуації, котрою спричинені. Нарешті, тривожність висловлюється як страх, що виникає при істерії та важких неврозах і не має зв'язку з якою-небудь зовнішньою небезпекою. [36]

В сьогоденній науковій психологічній літературі питання тривожності та тривоги є чи не найпоширенішим та одним з тих, яке завжди вивчається з посиленням інтересом. Своїх зусиль по дослідженню даної проблеми Фрейд як раз і доклав одним з перших. Австрійський лікар справедливо був переконаний, що феномен тривожності є пересічним поняттям, у якому зустрічаються різноманітні хвилюючі питання, рішення яких має освітити сьайвом емоційне життя кожної людини.[40, с. 14]

Тривожність розуміють як стан занепокоєння, що проявляється у ситуації небезпеки. На думку Фрейда, даний стан є одним з корисних способів адаптації, який спонукає індивіда до захисної реакції та має на меті подолання умов небезпечної ситуації, що виникла. [40, с. 14]

Окрім цього, тривожність є надважливою особливістю індивіда та особистості. Вона проявляється у властивості постійного, регулярного переживання з відносно незначних причин. Термін «тривожність» нерідко використовують і для визначення ширшого кола переживань, що з'являються окремо від ситуації, в якій знаходиться людина у поточний період часу.

В ранніх працях Фрейда спостерігаються два панівних тлумачення тривожності: тривожність як результат розрядки прихованого сексуального потягу та тривожність як сповіщення про наявність небезпеки, що потребує адекватної реакції.

Суттєва відмінність між даними тлумаченнями полягає в двох конструктах:

- Тривожність як стан психіки.
- Тривожність як особистісна властивість.

Так, можна цілком погодитися з твердженням Фрейда про те, що тривожність є пересічним поняттям, у якому зустрічаються різноманітні хвилюючі питання, рішення яких має освітити сяйвом емоційне життя кожної людини.

Відомо, що всі без виключення — індивідуальні та неповторні, так само як і рівень тривожності кожного. Для визначення та вимірювання таких індивідуальних відмінностей, в ХХ столітті американський науковець Дж. Тейлор створив тест. Він містив низку запитань, які були призначені дослідити рівень тривожності респондентів [22].

Згодом інші вчені дійшли висновку про те, що існує два види тривожності. Один з них характеризується як відносно стійка характеристика особистості. Під другим розуміють реакцію особистості на ситуацію, що загрожує безпосередньо людині або звичному для неї плину речей.

О.М. Прихожан дає таке визначення тривожності: «Тривожність – переживання емоційного дискомфорту, пов'язане з очікуванням неблагополуччя, передчуттям загрози... Тривожність – стійке особистісне утворення, що зберігається протягом досить тривалого часу» [35].

Кожна людина має певний рівень тривожності. Оптимальний (корисний) рівень тривожності допомагає пристосовуватися до дійсності, досягати своєї мети. Але коли тривожність стає стійким особистісним утворенням, це вже свідчить про порушення у розвитку особистості, така тривожність заважає людині розвиватися і реалізовувати себе у суспільстві. Як риса особистості тривожність характеризує наявну у кожному з нас звичку, схильність відчувати побоювання, страх у більшості ситуацій. Деякі психологи вважають, що рівень загальної тривожності пояснюється тим,

наскільки близько людина відчуває свою смерть, і ця особливість пов'язана із танатофобією [35].

Окрім того, А. М. Прихожан у своїй класифікації виокремила три види тривожності. Згідно її тверджень, тривожність виникає на основі ситуацій, пов'язаних:

- З процесом навчання (навчальна тривожність);
- З уявленнями про себе (тривожність самооцінки);
- Зі спілкуванням (тривожність міжособистісних стосунків) [35].

Існує також класифікація, що виділяє два види тривожності: відкриту і приховану. Відкрита тривожність переживається усвідомлено та проявляється в буденній діяльності як стан тривоги. Прихована тривожність головним чином є неусвідомлюваною та демонструє себе переважно в надмірному спокої, несприйнятті реальних поразок і деколи в запереченні останніх. До відкритих форм тривожності належить гостра (нерегульована), регульована (компенсована) і культивована. Форми прихованої тривожності трапляються майже з однаковою частотою незалежно від віку. Прихована тривожність трапляється не настільки часто, а одна з її форм має назву «неадекватний спокій».

Науковці також описують тривожність як емоційний стан (ситуативна тривожність) і як стійку рису (особистісна тривожність).

Ситуативна тривожність визначається Спілбергером так само як «емоційна реакція», для якої характерні: похмурі передчуття, особисті почуття напруженості, дратівливість, занепокоєння; аналогічна стривоженість супроводжується активацією вегетативної нервової системи.

Досліджуючи тривожність як характеристику особистості та стан тривоги, Спілбергер відокремив ці поняття як «реактивну», тобто мінливий стан, що, втім, може бути і стійким, та «активну», тобто рису характеру, що позначається на негативному відношенні до певних життєвих ситуацій, постійно занурюючих людину в стан відчуття небезпеки.

За концепцією Спілбергера, тривожність класифікують на три окремі прояви:

- Об'єктивну, тобто ту, що викликана реальною небезпекою ззовні;
- Невротичну, або таку, яка є викликаною загрозою незрозумілого походження;
- Моральну, як тривожність, що пояснюється як «тривожність сумління».

Аналогічно Ю.Л. Ханін визначає тривожність як емоційний стан чи реакцію, якій властиві наступні ознаки:

- 1) різна напруженість (рівень ситуативної тривожності може залежати від багатьох чинників);
- 2) нестійкість у часі (емоційний дискомфорт пов'язаний із певними обставинами);
- 3) наявність неприємних ознак напруженості, побоювання, занепокоєння, страхів;
- 4) виражена активація вегетативної нервової системи.

Під особистісною тривожністю розуміють стійку персональну характеристику, що відображає схильність особистості брати на себе різні конфліктні ситуації та бажання самостійно знаходити шляхи їх вирішення. Як схильність, особистісна тривожність активується під впливом певних стимулів, які розцінюються людиною, як небезпечні для самооцінки самоповаги.

Рівень особистісної тривожності дає можливість передбачити можливість виникнення стану занепокоєння в майбутньому. Суб'єкт, у якого ступінь тривожності високий, сприйматиме певну стресову ситуацію як ту, яка найбільше загрожує, і відчуватиме більш виражений ступінь ситуативної тривожності.

Здавалося б, Ч.Д. Спілбергер та О.М. Прихожан пишуть про одну й ту саму тривожність, яка заважає людині реалізовувати себе в соціальній взаємодії з оточуючими людьми чи в досягненні бажаного [11]. Проте, якщо

вдивитися глибше у концепції цих двох авторів, бачимо, що Ч.Д. Спілбергер говорить про тривожність як стресову реакцію людської психіки, яка викликана тією чи іншою зовнішньою взаємодією із середовищем, тоді як О.М. Прихожан розуміє тривожність більш широко, включаючи в концепцію тривожності тривогу як екзистенційний аспект самосвідомості, і тривогу як проблему соціальної взаємодії.

Говорячи про тривожність, не можна говорити тільки про стрес, або тільки про екзистенційну тривогу, або тільки про фізіологічні прояви того й іншого. Не відкидаючи визначення Ч.Д. Спілбергера, треба включити його у ширше визначення тривожності О.М. Прихожан, засноване на глибокому аналізі різних концепцій у психології та філософії, починаючи з глибокої давнини і до наших днів. Він вказує на тісний зв'язок тривожності з різними аспектами нашого життя, з культурою, мистецтвом, філософією та релігією, із соціальною, економічною та політичною ситуацією у світі [18].

Аналіз наукових джерел із психології дає можливість виділяти зовнішні об'єктивні чинники, які сприяють зростанню ступеня тривожності та пов'язані з професійної діяльністю, і внутрішні, індивідуальні особливості особистості, які впливають на процес збільшення ступеня тривожності. До них можна віднести наступні:

До об'єктивних факторів появи тривожності відносять:

1. Несприятливий соціально-психологічний клімат трудового колективу, який формується під впливом складної системи відносин і виявляється у емоційному настрої колективу. Часті конфліктні ситуації, підвищена напруженість у відносинах з колегами і керівництвом, неприпустимість допомоги та згуртованості в колективі можуть негативно впливати на індивідуально-психічні стани всіх співробітників, формувати гнітючі стани, хвилювання, які можуть закріпитися у свідомості і слугувати фактором впливу на збільшення ступеня тривожності.

2. Перевантаження. Є люди, які найкраще працюють у стані стабільної напруги, втім, для більшості людей атмосфера жорсткого постійного тиску

вважається стресовою. Така ситуація може бути пов'язана зі спотвореною організацією діяльності (у випадках, коли організаційні процедури забирають велику частину робочого часу), дефіцитом персоналу (коли один працівник повинен поєднувати обов'язки кількох співробітників), а також і самим характером роботи, в якій іноді бувають «аврали» (наприклад, у бізнесменів, правоохоронців, медичних працівників, змушених боротися з кризовими ситуаціями). Причинами перевантажень можуть бути також особисті претензії чи завищені вимоги керівництва.

3. Низький суспільний статус. Для більшості людей робота складає більшу частину їхнього життя. І якщо суспільство сприймає цю роботу як незначну та негідну високої винагороди чи визнання, це принижує амбіції людини. У робітників, які отримують невелику заробітну плату, з'являється стрес у результаті обмеження їхніх амбіцій та прагнень. Вони переживають депресію та відчуття безнадійності. Нерідко це відчуття посилюється ставленням керівників, що суворо контролюють і перевіряють своїх підлеглих, не довіряючи їхнім сумлінності та компетентності. Відчуття недооціненої роботи та меркантильний контроль руйнують у людині потяг до професійного підйому, змушують вагатися у вірі в свої здібності.

4. Понаднормові та некомфортні години роботи. Біологічні ритми людського організму не адаптовані для того, щоб працювати вночі. Недотримання природного чергування режиму сну та активності (наприклад, нічні робочі зміни) викликають психологічний та фізіологічний стрес. Крім порушень біологічних ритмів, понаднормовий графік роботи спричиняє додаткові незручності. У працівника залишається менше часу на особисте життя, оскільки його можуть будь-коли викликати на роботу. Цей стан речей також формує в людини особисту тривожність.

5. Непотрібні ритуали та процедури. Багато працівників скаржаться на надмірну кількість паперової роботи. Оформлення конспектів, планів, і навіть різноманітних журналів забирають дуже багато часу, що сприяє формуванню у працівників особистої тривожності. Нерідко невдоволення

виникає через велику кількість зборів, дискусій і ділових зустрічей, тим більше у випадку, якщо працівники погано підготовлені. У співробітників складається враження, що час, який вони провели на цих зборах, витрачено дарма.

6. Невизначеність. Що досить багато людей почуваються невпевнено в ситуації невизначеності. Невизначеність може виникнути через зміни у політичній обстановці, коли важко зрозуміти, власне, що відбувається, і не можуть планувати власну професійну діяльність.

7. Найгірша форма невизначеності – це коли людина не розуміє, чи вдасться їй утриматися на робочому місці. Керівники, які вважають залякування своїх підлеглих звільненням з роботи хорошим стимулом підвищення ефективності їхньої праці, глибоко помиляються. Цей стан призводить лише до збільшення ступеня тривожності останніх.

8. Одноманітність. Коли ситуація дуже стабільна, це також може викликати неспокійність, що проявляється в апатичності та лінивості. Людина іноді потребує нових відчуттів, досвіду задля збереження зібраності і креативного потенціалу.

9. Безпорадність. Сильну особисту тривожність може викликати як необхідність приймати рішення у складній ситуації, так і протилежна ситуація, коли людина усвідомлює свою нездатність впливати на події і має миритися із чужим рішенням [12].

1.2. Психологічні аспекти інтернатури в медицині

При отриманні високого звання лікаря випускник медичного навчального закладу приймає ряд моральних зобов'язань, що визначають психологію його розвитку як особи і громадянина. Пріоритет інтересів пацієнта під час надання медичної допомоги – це, свого роду, головний життєвий імператив та психологічна орієнтація діяльності лікаря-інтерна. У клятві лікаря, яка дається в урочистій обстановці при отриманні диплому, йдеться про чесне виконання лікарського обов'язку, присвячення своїх знань

та вмінь запобіганню та лікуванню захворювань, збереженню та зміцненню здоров'я людини, готовність завжди надати медичну допомогу та зберігати лікарську таємницю, уважно і дбайливо ставитися до пацієнта, дотримуватись етичних і моральних норм, а також виявляти шанобливе та гуманне ставлення до пацієнтів.

Як відомо, лікаря характеризують насамперед професійний рівень, висока кваліфікація. Але медичний досвід лікаря-інтерна набувається поступово. Невід'ємним атрибутом особистості лікаря-інтерна поряд із кваліфікацією є психологічні особливості їх діяльності. Адже за наявності варіантів вибору лікаря пацієнт віддає перевагу більш досвідченому. Крім високої кваліфікації, психологічно осмислене ставлення до пацієнтів – запорука визнання авторитету та успіху в медичній професії [14].

Психологічний аналіз діяльності лікарів-інтернів пов'язаний з виділенням системи відносин суб'єктного, об'єктного, суб'єктно-об'єктного типу та соціальних відносин, що опосередковують процес взаємодії лікаря-інтерна та пацієнта. Лікар-інтерн – основний елемент цієї системи. Це він покликаний забезпечити цільову спрямованість та ефективність її функціонування. Роль лікаря-інтерна полягає, перш за все, у тому, що він організовує своєчасне та кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта, надаючи інформацію про стан його здоров'я, запрошує консультантів та організує консилиум. Поруч з цим лікар-інтерн несе відповідальність за несумлінне виконання своїх професійних обов'язків відповідно до законодавства [42].

Роль лікаря-інтерна в суспільстві зумовлена також його комунікацією з пацієнтом у прагненні досягти результату діагностики та лікування. Це визначається ґрунтовним та правдивим інформуванням пацієнта про вибір технологій профілактики та лікування, ймовірні результати лікування; єдиною методикою оцінки лікаря-інтерна за результатами профілактичної та лікувальної діяльності. Пацієнт повинен відчувати, що лікаря-інтерна, до якого він прийшов за допомогою, цікавлять не тільки питання діагностики, а й

людина, яка звернулася до нього. А якщо говорити про лікаря-інтерна, то в процесі спілкування з пацієнтом він повинен відчувати його переживання та емоційний стан, показати своє співпереживання та прагнення до співучасті у вирішенні проблеми, виходячи як із словесних повідомлень, так і з характеру невербальної поведінки.

Професійна самосвідомість спонукає лікарів-інтернів до побудови своєї поведінки відповідно до завдань медичної організації та її функцій, свідомого підпорядкування вчинків етичним та професійним вимогам, належного володіння собою, особистими почуттями, прагненнями, емоціями та переживаннями. Саме від професійної самосвідомості залежать формування психічних станів, оцінка своїх знань та вмінь, здійснення завдань професійного самовдосконалення. Потреба у самооцінці спонукає лікаря-інтерна до усвідомлення себе як особистості, активує процес саморегуляції, самопізнання та самовдосконалення.

Структура професійної самосвідомості лікаря-інтерна та його прагнення до підвищення якості медичної діяльності вимагають безперервного професійного розвитку, вдосконалення управління цим багатоплановим процесом. Виходячи з Клятви, даної випускником медичного вузу, лікар повинен постійно удосконалювати свою професійну майстерність, берегти та розвивати шляхетні традиції медицини. Пріоритет розвитку особистості лікаря-інтерна у процесі його професіоналізації визначає успіх та ефективність лікарської діяльності. Удосконалення психології лікарської праці як системного явища потребує безперервної соціалізації та професіоналізації. За своєю глибинною суттю професіоналізація – це основа розвитку особистості лікаря-інтерна, важлива форма його особистісної активності. Сам процес безперервного професійного розвитку лікаря-інтерна має бути повністю підпорядкований забезпеченню дотримання основних принципів охорони здоров'я, встановлених українським законодавством. Випробуваною формою соціалізації лікаря-інтерна виступають його професійна підготовка та подальше післядипломне навчання, формування

необхідних компетенцій. До професійно значущих психологічних якостей лікаря-інтерна відносяться: широкий діапазон знань, комунікативна компетентність, емоційна стабільність, здатність до емпатії, впевненість у діях.

Відомо, що діяльність лікаря-інтерна перебігає за умов підвищених соціально-психологічних вимог. Здебільшого вона пов'язана з високою розумовою та психоемоційною напругою. Специфіка емоційного реагування на різні ситуації лікарської діяльності, як і фактори впливу на професійно-особистісний розвиток лікаря-інтерна, індивідуально-психологічні особливості, притаманні лікарям-інтернам різних спеціалізацій — це питання, що потребують спеціального вивчення та реагування.

У контексті розгляду психологічних особливостей діяльності лікаря-інтерна на перший план зазвичай виноситься питання про відповідальність за якість медичної допомоги населенню. Високий рівень якості професійного виконання лікарем-інтерном своїх функцій та завдань визначається багатьма факторами. До найістотніших відносяться: стандарти діяльності з медичних спеціальностей, контроль за їх виконанням з боку професійних медичних об'єднань, розвинена система безперервної післядипломної освіти, освоєна у медичній організації корпоративна етика, страхування професійної відповідальності.

Помічено, що різноманіття психологічних особливостей діяльності лікаря-інтерна полягає у рівні розвитку використовуваних комунікативних і організаторських ресурсів. Наприклад, в умовах прояву конфліктних ситуацій, які іноді виникають у медичній організації, для діяльності лікарів-інтернів терапевтів властивий вибір стратегій співпраці. У той же час лікарі-інтерни анестезіолого-реаніматологічного та хірургічного напрямів віддають перевагу переважно авторитарним стратегіям вирішення міжособистісних конфліктів. Це можна розглядати як суб'єктні якості, формування яких обумовлене специфікою професійної діяльності у певних видах лікарської праці.

Таким чином, діяльність лікарів-інтернів має свої психологічні особливості. Вони працюють з людьми, які прийшли за допомогою, що додає відповідальності. Професійних навичок в них ще може не вистачати, але на допомогу приходять особистісні якості. Діяльність лікарів-інтернів передбачає добре розвинені комунікативні навички. Їм необхідно не тільки вислухати людину, а й залагодити конфлікти, у разі їх виникнення. Лікар-інтерн повинен володіти високим рівнем емоційного інтелекту, а особливо такою його складовою, як емпатія. Для лікаря-інтерна важливо розуміти почуття пацієнтів, їх переживання, вміти співчувати їм, але при цьому зберігати спокій, щоб надати необхідну допомогу. Окрім цього, робота лікаря-інтерна пов'язана зі стресами, тому він повинен вміти регулювати свою поведінку, емоції, поратися зі стресом та мати навички ефективної адаптації до мінливих умов.

1.3. Гендерні особливості тривожності лікарів-інтернів

Лікарі-інтерни першого року навчання стикаються з проблемою повноцінного знайомства, занурення у свою спеціальність. Воно відбувається під час проходження ними практики. Авжеж, певний рівень тривожності є звичайною та навіть обов'язковою особливістю емоційної діяльності кожної людини. Разом з тим, кожна людина має і власний оптимальний рівень тривожності, так звану корисну тривогу. А ось, збільшений рівень тривожності можна охрестити суб'єктивним вираженням неблагополуччя особистості.

Зазвичай, тривожні лікарі-інтерни — це невпевнені в собі молоді люди. Більшість з них має нестійку самооцінку, яка, у свою чергу, може знизитись під впливом бодай незначного зовнішнього втручання. Однак, не в кожному випадку втручання повинне бути навмисним. Інколи втручання може бути і відсутнім. Невпевненість лікаря-інтерна у своїх здібностях нерідко здатна інтерпретувати будь-яку стресове явище як невдачу з його боку. До того ж, такі лікарі-інтерни переживають відчуття страху перед невідомим. Постійне

переживання цього відчуття може призвести до того, що вони почнуть вкрай рідко проявляти ініціативу, припинять звертати на себе увагу та взагалі не будуть схильні до виражень активності. Таких осіб звикли називати сором'язливими та нерішучими.

Часто тривожні лікарі-інтерни не мають великого впливу, авторитету, не привертають увагу інших, більш досвідчених колег-лікарів та однолітків, однак, в той же час, вони не опиняються в суцільній ізоляції. Вони, скоріше, входять до числа найменш популярних членів колективу, інколи вони дещо замкнуті в собі, відносно не комунікабельні чи навпаки — занадто балакучі, нав'язливо відкриті до спілкування.

Невпевнена, схильна до тривожності людина часто є поміркованою, а така властивість іноді може викликати недовіру з боку оточуючих. Така особа перебуває у постійному напруженні та чекає небезпеки ззовні, яка може мати будь-який прояв. Ці постійні напруження та очікування з плином часу набувають форми захисної реакції у вигляді агресії, а вона зазвичай спрямовується на людей поруч. Така захисна реакція проявляє себе в значній агресивності, необ'єктивному відношенні до оточуючих.

Лікарі-інтерни зі збільшеним рівнем тривожності та агресивності часто перетворюються на самотніх, замкнутих, неактивних членів робочого колективу. Дуже часто затяжний стан тривожності впливають на результати навчальної, наукової діяльності та на якість встановлення контактів з колегами та пацієнтами.

Процес післядипломної освіти належить перш за все до так званого розумового виду праці та характеризується набором своїх особливостей, що лежать в основі актуалізації розумових можливостей під час роз'язання низки робочих завдань, що постають перед лікарями-інтернами. У них така актуалізація полягає в засвоєнні стрімко зростаючої кількості навчального матеріалу та застосуванні отриманих знань і навичок безпосередньо під час своєї практичної діяльності. Певна річ, що розумова праця чи не завжди супроводжується різними функціональними змінами в діяльності серцево-

судинної, шлунково-кишкової, нервової, ендокринної, та інших систем організму людини. Дані зміни спричиняють нервові напруження, яке, у свою чергу, здатне спровокувати виникнення сильної перетоми, а також здатне викликати порушення фізичного та психологічного здоров'я лікаря-інтерна, аж до появи психосоматичних нозологій. Сфера та структура діяльності лікаря-інтерна стає значно складнішою у порівнянні з академічним навчальним процесом під час вивчення та складання заліків, іспитів з дисциплін в університеті для здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра медицини.

Розумова діяльність лікарів-інтернів першого року навчання протікає, як правило, спільно із явно вираженою чи прихованою емоційною напругою, яка, так чи інакше, є в певній мірі вищою, ніж у представників інших соціальних груп, зокрема молодіжних. Така напруга — результат необхідності засвоєння значного об'єму знань, вмінь та очікування дати складання сертифікованого тестування та кваліфікаційних іспитів.

Відомо, що існує тісний взаємозв'язок між властивостями особистості та її психофізіологічними показниками. Для екстравертованих осіб характерною рисою є відносно висока швидкість виконання ними різноманітних типів поставлених задач та засвоєння того матеріалу, що потребує обов'язкового вивчення. Екстравертам властива доволі неважка зміна одного виду діяльності на інший. Не дивлячись на це, екстраверти на відміну від інтровертів скоріше знесилюються при намаганні виконати роботу швидко та частіше роблять погрішності.

У лікарів-інтернів першого року навчання іноді погіршується функціональний стану організму в процесі адаптації до їх навчально-трудової діяльності. А ось багаторівнева функціональна система адаптації починає і продовжує формуватись шляхом взаємодії та взаємного впливу фізіологічних та психологічних складових реакцій адаптації.

У заплутаній та складній системі структур, які забезпечують реалізацію процесів адаптації, надважливу роль грає нервова система. Зв'язок

механізмів адаптації та емоційно-мотиваційної сфери обумовлює потребу у комплексному вивченні та дослідженні впливу вегетативних і психологічних функцій під час процесу адаптації. В умовах стрімко та постійно зростаючих вимог до лікарів-інтернів першого року навчання є також конче важливим та необхідним індивідуально-типологічний підхід до передбачуваного судження про ефективності адаптивної діяльності.

Лікарі-інтерни приходять до лікарні і одразу стикаються з дуже напруженою роботою. Атмосфера високого стресу робить інтернів більш уразливими для розвитку психічних захворювань.

Розвитку тривожності лікарів-інтернів сприяють:

- високі навантаження;
- тривалий робочий день;
- позмінний ненормований режим роботи;
- інколи відсутність доступу до відпустки або відмова у відпустці, на яку вони мають право;
- знуцання та домагання;
- домашній стрес.

Багато лікарів-інтернів побоюються відстоювати свої права у випадках, коли йдеться про понаднормову роботу, щорічну відпустку та лікарняні виплати. Лікарі-інтерни рідко впевнено просять час для відвідування курсів або конференцій, навіть якщо це може бути необхідно для їхнього кар'єрного зростання.

Дослідження показали, що найпоширенішим джерелом стресу, що призвів до розвитку тривожності, у лікарів-інтернів було пов'язане із поєднанням трудових та особистих обов'язків. До інших джерел підвищення рівня тривожності відносяться робоча завантаженість, відповідальність на роботі, понаднормова робота та страх допустити помилку.

Тривожність лікарів-інтернів посилюється через те, що вони відмовляються звертатися за допомогою, незважаючи на абсолютно

неспроможне робоче навантаження, або відмовляються повідомляти про ситуації, що суперечать законодавству.

Такі чинники як довгий робочий день і важке робоче навантаження, можуть негативно впливати на лікарів-інтернів так само, як і завищені очікування від себе і страх невдачі або приниження. Ніхто не застрахований від стресу; тривалий неконтрольований стрес створює «живильне» середовище для тривожності.

Тривожність у лікарів-інтернів часто починається тоді, коли вони через роботу жертвують сном, повноцінним харчуванням, фізичними вправами, зустрічами з друзями та родичами.

Також варто відзначити, що лікарям-інтернам властива надмірна свідомість, що стає додатковим джерелом тривожності. Наприклад, лікар-інтерн може затриматися, щоб закінчити роботу, яку може виконати медсестра або черговий лікар. Лікарі-інтерни настільки бояться зробити дрібні помилки, що це викликає додаткову тривожність. Багато лікарів-інтернів дійсно приймають свідомі рішення, жертвуючи елементарною турботою про себе заради роботи.

Крім цього, не можна не брати до уваги умови роботи лікарів-інтернів. Їм доводиться стикатися з терміновістю, виглядом померлих та тяжко поранених. Ці фактори роботи теж сприяють розвитку тривожності.

До основних ознак та симптомів прояву тривожності у лікарів-інтернів відносяться:

- фізичні: напади паніки, припливи жару та холоду, прискорене серцебиття, стиснення в грудях, прискорене дихання, занепокоєння чи почуття напруги, збудженості та дратівливості;

- психологічні: надмірний страх, занепокоєння, катастрофічне чи нав'язливе мислення;

- поведінкові: уникнення ситуацій, що викликають тривогу і можуть вплинути на навчання, роботу чи громадське життя [16].

Висновки до розділу 1

Аналіз наукової літератури з теми дослідження показав, що поняття тривожності різноманітне. Існує дуже багато думок і суджень. Найбільш доступним мені здалося таке, що інтерпретує тривожність як стан, характерний для індивіда в умовах психологічної загрози. Слід відрізнити тривожність і страх. Тривожність означає стан, коли людина не усвідомлює яка небезпека їй загрожує, а страх – це найчастіше реакція на досить реальну загрозу. Аналіз джерел з психології дав можливість виділяти зовнішні та внутрішні фактори впливу тривожності на людину.

Діяльність лікарів-інтернів має свої психологічні особливості. Вони працюють з людьми, які прийшли за допомогою, що накладає додаткову відповідальності на лікарів-інтернів. Професійних навичок в них ще може не вистачати, але тут на допомогу приходять особистісні якості. Діяльність лікарів-інтернів передбачає добре розвинені комунікативні навички. Їм необхідно не тільки вислухати людину, а й залагодити конфлікти, у разі їх виникнення. Лікар-інтерн повинен володіти високим рівнем емоційного інтелекту, а особливо його такої складової, як емпатія. Для лікаря-інтерна важливо розуміти почуття пацієнтів, їх переживання, вміти співчувати їм, але при цьому зберігати спокій, щоби надати необхідну допомогу. Окрім цього, робота лікаря-інтерна пов'язана зі стресами, тому він повинен вміти регулювати свою поведінку, емоції, поратися зі стресом та мати навичку ефективної адаптації до мінливих умов.

Тривожність лікарів-інтернів тісно пов'язана з їхніми професійними обов'язками. Вони тільки-но прийшли на роботу і ще не пройшли період адаптації, а вже можуть зіткнутися з екстремальними факторами роботи. Крім того, підвищенню рівня тривожності лікарів-інтернів сприяють надмірні навантаження, ненормований робочий день, часто змінна робота, відсутність повноцінного відпочинку, надмірна свідомість тощо.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ПЕРШОГО РОКУ НАВЧАННЯ

2.1. Підходи до дослідження тривожності

У сучасній психології використовуються різна кількість методик для дослідження рівня тривожності. Зупинимося на основних.

Психологічне діагностування рівня ситуативної та особистісної тривожності проводиться за допомогою методики діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна, яка призначена для дослідження тривожності як актуального стану людини та як особистісної риси респондента. Ця методика широко застосовується у медико-психологічній практиці визначення рівня психологічного здоров'я дітей та підлітків, але для дорослих також може використовуватися.

Поряд з опитувальником Спілбергера для діагностики тривожності у дорослих використовується Шкала явної тривожності (Manifest Anxiety Scale – MAS), розроблена Дж. Тейлор. Вона здатна оцінити особистісні прояви тривожності.

Для діагностики тривожності дітей у віці 8-12 років використовується Шкала явної тривожності (The Children's form of Manifest Anxiety Scale – CMAS), розроблена групою американських психологів А. Кастанеда, В. МакКандлесс, Д. Палермо в 1956 році на основі шкали явної тривожності Дж. Тейлор. Дитяча шкала широко застосовується в країнах Європи, психологи відзначають її високу надійність і валідність [38].

Ще однією методикою для визначення рівня тривожності у дітей є тест Філіпса. Він призначений для вивчення рівня та характеру тривожності, пов'язаної зі шкільним життям учня. Перевагою цієї методики є те, що вона дає можливість більш глибоко та суттєво діагностувати не лише загальну тривожність дитини у стінах школи, а й таку, що виникає під впливом зовнішніх факторів. Дана методика використовується тільки з учнями шкіл.

Для діагностики старшокласників (8-11-их класів) застосовується Шкала тривожності, розроблена О.М. Прихожан. Її специфіка полягає в тому, що досліджуваний повинен оцінювати не наявність у себе симптомів тривожності, а ситуації щодо того, наскільки кожна з них може викликати стан тривоги.

Проектна методика «Неіснуюча тварина» призначена для розкриття особливостей особистості, в тому числі рівня тривожності. Дана методика довела свою ефективність як при роботі з дітьми, так із дорослими.

Тест «САН», назва якого складається з перших букв слів «Самопочуття», «Активність», «Настрій», був розроблений співробітниками Московського медичного інституту імені І.М. Сеченова: В.А. Доскіним, Н.А. Лаврентевою, М.П. Мірошніковим і В.Б. Шарай і уперше опублікований в 1973 році. «САН» використовується для визначення функціонального стану людини і його змін впродовж певних інтервалів часу (наприклад, робочої зміни, етапів навчання і тренажу або різних періодів соціальної або медичної реабілітації) [50].

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження проходило у декілька етапів. Вони представлені у таблиці 2.1.

Табл. 2.1

Етапи емпіричного дослідження

№	Опис	Методики	Термін
1.	Дослідження рівня тривожності лікарів-інтернів	1. Методика діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна 2. Проектна методика «Неіснуюча тварина»	3 місяці
2.	Аналіз взаємозв'язку між рівнем тривожності та гендерною особливістю	Метод кореляції Спірмена	1 місяць

Для діагностики рівня тривожності лікарів-інтернів були обрані наступні методики: методика діагностики рівня ситуативної та особистісної

тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна, проектна методика «Неіснуюча тварина».

Методика діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна дозволяє визначити рівень тривожності виходячи із шкали самооцінки (висока, середня, низька тривожність).

Респондентам пропонується уважно прочитати кожне з наведених у опитувальнику речень та вибрати відповідну цифру праворуч від висловлювання залежно від того, як він почувається на даний момент. Всього в опитувальнику 40 тверджень, 20 із них вимірюють особистісну тривожність та 20 питань – ситуативну тривожність.

Результат показника кожної підшкали варіюється в діапазоні від 20 до 80 балів. Важливо пам'ятати, що найвищий підсумковий показник говорить про високий рівень тривожності.

Оцінюючи результати можна спиратися на такі показники:

- до 30 балів – низька,
- 31 - 44 бали – помірна;
- 45 і більше – висока.

Тестування проводиться за допомогою бланка опитувальника.

Цей тест дає можливість оцінити особистісну тривожність людини як її стійку характеристику або ситуативну тривожність як стан на даний момент часу, що відповідає меті та завданням дослідження.

Методика «Неіснуюча тварина» призначена для розкриття особливостей особистості. Психолог пояснює досліджуваному мету дослідження, дає простий олівець, чистий аркуш формату А4 і просить намалювати неіснуючу тварину.

При інтерпретації малюнка використовуються такі критерії:

- загальне враження;
- семантична інтерпретація (положення малюнка на аркуші);
- графологічні ознаки;
- змістовні ознаки;

- інтерпретація сутності намальованого;
- інтерпретація назви тварини.

Дана методика була обрана у якості інструмента дослідження тривожності лікарів-інтернів, через те, що малюючи тварину, респондент не може свої результати співвідносити з бажаними та такими, що прийняті у суспільстві.

Для того, щоб оцінити достовірність дослідження та визначити гендерні особливості тривожності лікарів-інтернів першого року навчання був застосований метод математичної статистики Спірмена.

У емпіричному дослідженні прийняли участь 50 лікарів-інтернів: 25 чоловіків та 25 жінок, віком від 23 до 25 років, неодружених. В якості методик дослідження тривожності були обрані наступні: методика діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна, проектна методика «Неіснуюча тварина», які у сукупності дозволять виявити рівень ситуативної та особистісної тривожності. Дослідження проводилося шляхом заповнення роздрукованого тестового бланку простим олівцем. Для того, щоб оцінити достовірність дослідження та визначити гендерні особливості тривожності лікарів-інтернів першого року навчання був застосований метод математичної статистики Спірмена.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Першою групою респондентів були чоловіки. Рівень їхньої тривожності був перевірений за методикою діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна. Результати дослідження представлені у вигляді таблиці (таблиця 2.2).

Табл. 2.2

Рівні особистісної та ситуативної тривожності чоловіків

Тривожність	Рівні / кількість осіб		
	Високий	Середній	Низький
Особистісна	6	8	11
Ситуативна	10	7	8

Як видно з даної таблиці особистісна тривожність знаходиться на високому рівні у шести осіб. Ці досліджувані відчувають хвилювання та напругу постійно, незважаючи на події, які відбуваються у їхньому житті. Вісім респондентів демонструють середній рівень особистісної тривожності та одинадцять – низький.

Що стосується ситуативної тривожності, високий її рівень показали десять досліджуваних. Ці лікарі-інтерни відчувають стрес та тривожність через події, що зараз відбуваються у їхньому житті. Сім осіб демонструють середній рівень ситуативної тривожності та вісім – низький.

Для наочності представлено отримані дані у вигляді діаграми (рисунок 2.1).

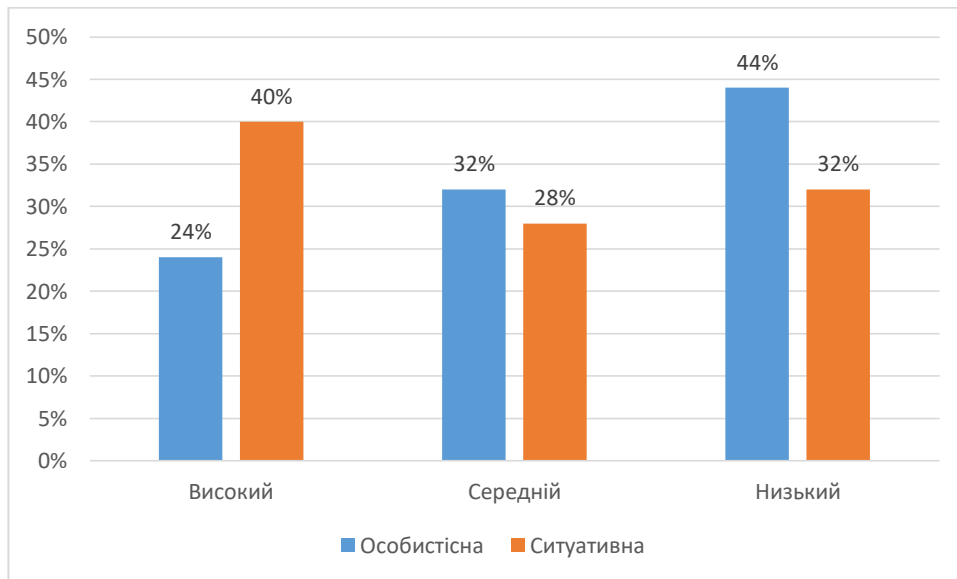


Рис. 2.1. Рівні особистісної та ситуативної тривожності чоловіків у відсотковому відношенні

Як видно з даної гістограми, у 24 % та у 40 % випробуваний високий рівень особистісної та ситуативної тривожності відповідно. Деякі лікарі-інтерни чоловіки відчувають тривожність постійно. Припускаємо, що вона стосується не тільки особливостей професійної діяльності, а й подій в особистому житті. Їм рекомендовано звернутися за консультацією до психолога. Майже половина чоловіків переживають стан тривожності на

момент проведення тестування. Оскільки обстеження проводилося на робочому місці, припускаємо, що він пов'язаний з їхньою професійною діяльністю. Ці досліджувані знаходилися під впливом стресогенних факторів. Ті досліджувані, у яких особистісна тривожність при цьому знаходиться на середньому та низькому рівні зможуть знизити рівень ситуативної тривожності самостійно після відпочинку.

Середній рівень особистісної тривожності демонструють 32 % досліджуваних та 28 % – ситуативної. Вони знаходяться під впливом негативних факторів, але можуть впоратися з ними самостійно, якщо будуть дотримуватися правил здорового образу життя, а саме відпочивати достатню кількість годин, займатися фізичними вправами та повноцінно харчуватися.

Низький рівень особистісної та ситуативної тривожності показали 44 % та 32 % досліджуваних відповідно. Вони знаходяться у стані спокою та рівноваги.

Аналогічне дослідження було проведене й серед жінок. Його результати представлені у вигляді таблиці (таблиця 2.3).

Табл. 2.3

Рівні особистісної та ситуативної тривожності жінок

Тривожність	Рівні / кількість осіб		
	Високий	Середній	Низький
Особистісна	12	8	5
Ситуативна	15	7	3

Як видно з даної таблиці дванадцять досліджуваних мають високий рівень особистісної тривожності, вісім – середній та п'ять – низький.

Що стосується ситуативної тривожності, то високий рівень продемонстрували п'ятнадцять жінок, сім – середній та три – низький.

Для наочності представлено отримані дані у вигляді гістограми (рисунок 2.2).

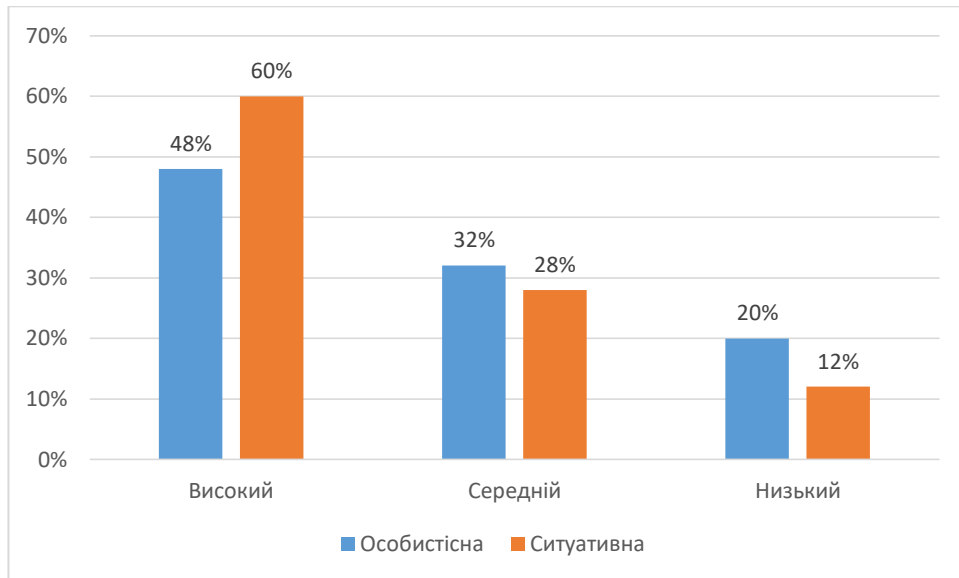


Рис. 2.2. Рівні особистісної та ситуативної тривожності жінок у відсотковому відношенні

Для того, щоб визначити гендерні особливості тривожності у лікарів-інтернів першого року навчання був зроблений порівняльний аналіз. Його результати представлені у вигляді таблиці (таблиця 2.4).

Табл. 2.4

Порівняльний аналіз рівнів тривожності у чоловіків та жінок

Тривожність	Рівні						Коефіцієнт кореляції Спірмена
	Високий		Середній		Низький		
	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	
Особистісна	24%	48%	32%	32%	44%	20%	0,9
Ситуативна	40%	60%	28%	28%	32%	12%	0,7

Як видно з даної таблиці особистісний рівень тривожності у жінок вищий, ніж у чоловіків. Так, високий рівень продемонстрували 48 % жінок та 24 % чоловіків. Середній рівень тривожності показує однакова кількість респондентів обох груп – по 32 %. А ось низький рівень особистісної тривожності наявний у 44 % чоловіків та лише 20 % жінок.

Із ситуативною тривожністю спостерігаються схожі результати: жінки демонструють більш високий її рівень, а саме 60 % жінок та 40 % чоловіків. Середній рівень притаманний однакової кількості досліджуваних обох груп –

по 28 %. При цьому низький рівень ситуативної тривожності спостерігається у 32 % чоловіків та лише у 12 % жінок.

На рівні особистісної тривожності коефіцієнт кореляції Спірмена складає 0,9; ситуативної – 0,7. Це говорить про достовірність отриманих результатів.

Таким чином, результати методики діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна показали, що особистісна та ситуативна тривожність у жінок вища, ніж у чоловіків.

Для того, щоб перевірити надійність даної методики, за допомогою програмного забезпечення Jamovi був обрахований коефіцієнт альфа Кронбаха, як показник внутрішньої узгодженості характеристик. Також був визначений коефіцієнт омега Макдональда, прийнятне значення якого свідчить про те, що модель не є багатовимірною, включаючи один фактор, що не залежить від локальних елементів у вигляді коваріацій помилок. Відмітимо, що значення, котре перевищує 0.9 свідчить про дуже добрий показник надійності.

Отримані результати представлені нижче.

Табл. 2.5

Коефіцієнти альфа Кронбаха та омега Макдональда

	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	0.978	0.978

Також представимо таблицю, яка показує, як змінюються значення даних коефіцієнтів за умови виключення кожного з питань тесту, в тому числі і так званих зворотних питань.

Табл. 2.6

Зміни значень альфа Кронбаха та омега Макдональда за умови виключення одного з питань тесту

	if item dropped	
	Cronbach's α	McDonald's ω
S1 ^a	0.976	0.977
S2 ^a	0.976	0.977
S3	0.976	0.977
S4	0.976	0.977
S5 ^a	0.976	0.977
S6	0.976	0.976
S7	0.977	0.978
S8 ^a	0.977	0.978
S9	0.976	0.976
S10 ^a	0.977	0.978
S11 ^a	0.976	0.977
S12	0.975	0.976
S13	0.977	0.978
S14	0.977	0.978
S15 ^a	0.976	0.977
S16 ^a	0.977	0.977
S17	0.976	0.976
S18	0.977	0.978
S19 ^a	0.977	0.978
S20 ^a	0.976	0.977

^a reverse scaled item

Дуже несуттєві зміни показників в черговий раз свідчать про надійність проведеного тесту.

Далі за допомогою статистичного аналізу я вирішив перевірити гіпотезу, чи типовий лікар-інтерн першого року навчання чоловічої статі має такий самий рівень ситуативної тривожності, як і типовий лікар-інтерн першого року навчання жіночої статі. Тобто, різниця середніх чоловіка та жінки за показником ситуативної тривожності дорівнює нулю. Нехай дане твердження буде нульовою гіпотезою. Тоді в якості альтернативної гіпотези висловимо

два твердження. Перше, що буде ненаправленою альтернативною гіпотезою, просто заперечить твердження нульової гіпотези. Направлена альтернативна гіпотеза стверджуватиме, що жінки лікарі-інтерни мають вищий рівень ситуативної тривожності, ніж чоловіки. Визначимо t-критерій Стюдента.

Табл. 2.7

t-критерій Стюдента, t-критерій Уелча, U-критерій Мана-Уїтні

		Statistic	df	p		Effect Size	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
SA	Student's t	2.99	48.0	0.002	Cohen's d	-0.846	-1.44	0.235
	Welch's t	2.99	47.5	0.002	Cohen's d	-0.846		
	Mann-Whitney U	142		<0.001	Rank biserial correlation	0.547		

Note. H_a male < female

Таке велике значення t-критерію Стюдента при малому значенні d Коена свідчить про неймовірність нульової гіпотези. Отже із впевненістю можна її відкинути на користь альтернативної гіпотези, яка стверджує, що у жінок рівень ситуативної тривожності вищий. Розмір ефекту (effect size) є великим (large) за відповідною шкалою. Довірчий інтервал захоплює значення розміру ефекту, тобто накриває собою середнє значення d Коена, отже я цілком міг би припустити, що у популяції довірчий інтервал подібний.

Отже, статистично значимо я можу стверджувати, що досліджуване середнє значення у жінок вище, ніж у чоловіків, і ця різниця описується як середнє за величиною у популяції.

Далі зробимо припущення щодо дисперсії у двох популяціях (чоловіків та жінок), тобто спробуємо зрозуміти, чи однакові вони. Розрахуємо критерій Shapiro-Wilk.

Табл. 2.8

Критерій Шапіро-Уїлка

e	W	p
SA	0.874	< .001

Його значення при імовірності менше однієї соті дозволяє відкинути дану гіпотезу через вкрай низьку імовірність. Обчислення критерію Levene при аналогічній низькій імовірності дозволяє зробити подібний висновок.

Табл. 2.9

Критерій Левене

	F	df	df2	p
SA	1.27	1	48	0.265

Отже, дисперсії не співпадають. Обчисливши критерії Welch T і Mann-Whitney U, бачимо, що і вони показали, що при таких малих значеннях імовірності нульова гіпотеза може бути відкинута, після чого приймається альтернативна.

Для того, щоб визначити, як пов'язані між собою категоріальні ознаки, застосуємо таблиці сполученості. Зробимо це відносно питання зі шкали особистісної тривожності, яке звучить наступним чином: «очікувані труднощі зазвичай дуже мене тривожать». Як бачимо, питання безпосередньо стосується спроби передбачити характер тривожності ситуативної на основі тривожності особистісної. Визначимо, який зв'язок існує між відповідями на дане питання шкали та статтю респондентів. Для цього сформулюємо нульову гіпотезу, яка стверджує, що зв'язок між категоріальними змінними відсутній. Альтернативна ж гіпотеза стверджуватиме протилежне.

Табл. 2.10

Критерій χ^2 -квадрат

χ^2 Tests			
	Value	df	p
χ^2	5.97	3	0.113
N	50		

Виявилось, що статистична значущість є недостатньою, тому нульову гіпотезу відкидаємо та приймаємо альтернативну.

Для того, щоб сказати, наскільки сильним є зв'язок, знайдемо показник V Крамера.

Табл. 2.11

Показник V Крамера

	Value
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.345

Бачимо, що показник демонструє середню силу зв'язку.

Також визначимо лінійну залежність для питань з обох шкал: «я відчуваю себе вільно» з ситуативної та «зазвичай я відчуваю себе у безпеці» з особистісної. Для цього знайдемо показник Kendall's Tau-B. Величина його значень є аналогічною відносно Cramer's V.

Табл. 2.12

Показник Tau-B Кендала

Kendall's Tau-B	t	p

Показник Тау-В Кендала

Kendall's Tau-B	t	p
0.329	2.59	0.010

Бачимо, що силу зв'язку цих показників також можна охарактеризувати, як середню. Тобто ті респонденти, котрі стверджували, що почувають себе вільно, як правило, відчувають себе у безпеці загалом, проте є відсоток респондентів, про яких такого сказати не можна.

Наступною проводилася діагностика за методикою «Неіснуюча тварина». У рамках цієї роботи наголошувалось саме на рівні тривожності досліджуваних.

Результати дослідження представлені у вигляді таблиці (таблиця 2.5).

Табл. 2.13

Результати діагностики за методикою «Неіснуюча тварина»

Група	Рівні тривожності / кількість осіб	
	Високий	Норма
Чоловіки	14	11
Жінки	18	7

Як видно з даної таблиці 14 випробуваних чоловіків продемонстрували високий рівень тривожності, 11 – нормальний. Для наочності представлено отримані дані у вигляді діаграми (рисунок 2.3).

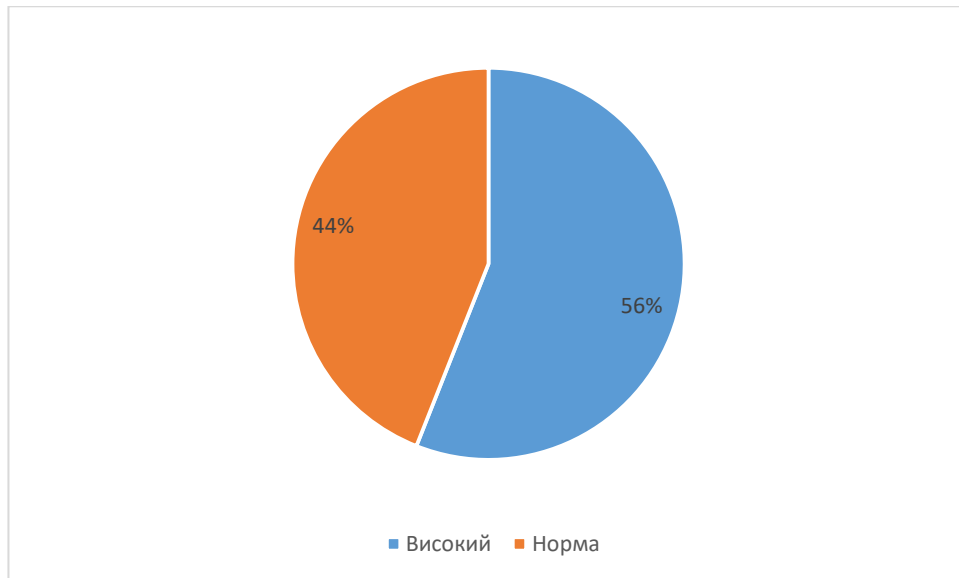


Рис. 2.3. Рівень тривожності чоловіків (у відсотках)

Як видно з даної діаграми 56 % досліджуваних демонструють високий рівень тривожності. Ці респонденти при малюванні тварин сильно натискали на олівець, жирно промальовували всі лінії, що говорить про їхню тривожність. Однак при цьому часто зустрічаються малюнки, на яких ноги та руки промальовані погано або взагалі відсутні. Це говорить про замкнутість випробуваних, про те, що вони мають деякі проблеми зі спілкуванням. Інші лікарі-інтерни малювали чітко, не сильно при цьому натискаючи на олівець. Варто зазначити, що на багатьох малюнках цих респондентів центральну та основну частину займає голова. Це говорить про раціональність мислення та хорошу ерудицію.

Нормальний рівень тривожності демонструють 44 % чоловіків.

Проаналізуємо результати дослідження жінок. Для наочності представлено отримані дані у вигляді діаграми (рисунок 2.4).

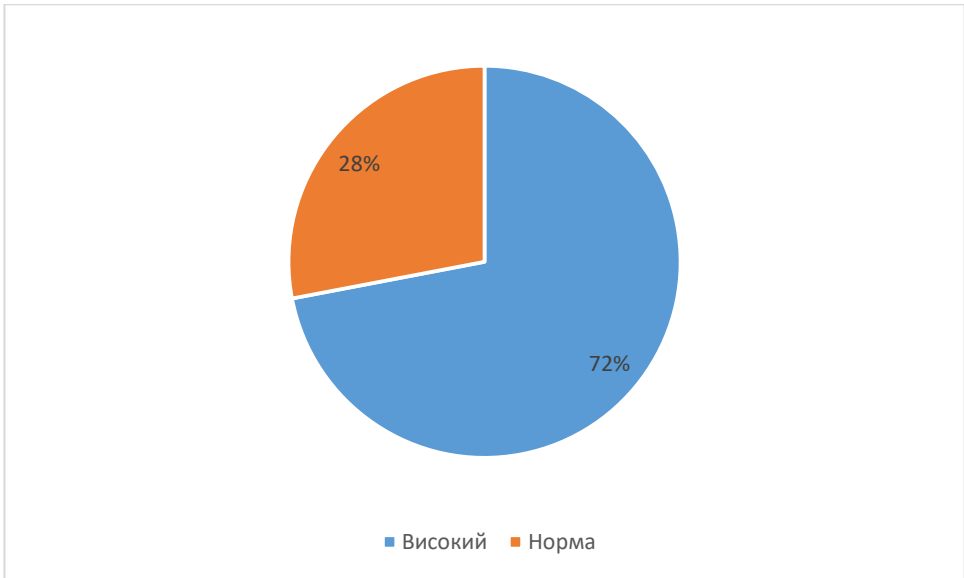


Рис. 2.4. Рівень тривожності жінок (у відсотках)

Як видно з даної гістограми 72 % досліджуваних демонструють високий рівень тривожності. На малюнках цих респондентів також спостерігається сильне тиснення на олівець, лінії жирні, промальовані декілька разів. У деяких жінок олівець ламався під час проходження дослідження. Рівень тривожності у межах норми виявився у 28 % досліджуваних.

Дослідження були зіставлені, а отримані результати представлені у вигляді гістограми (рисунок 2.5).

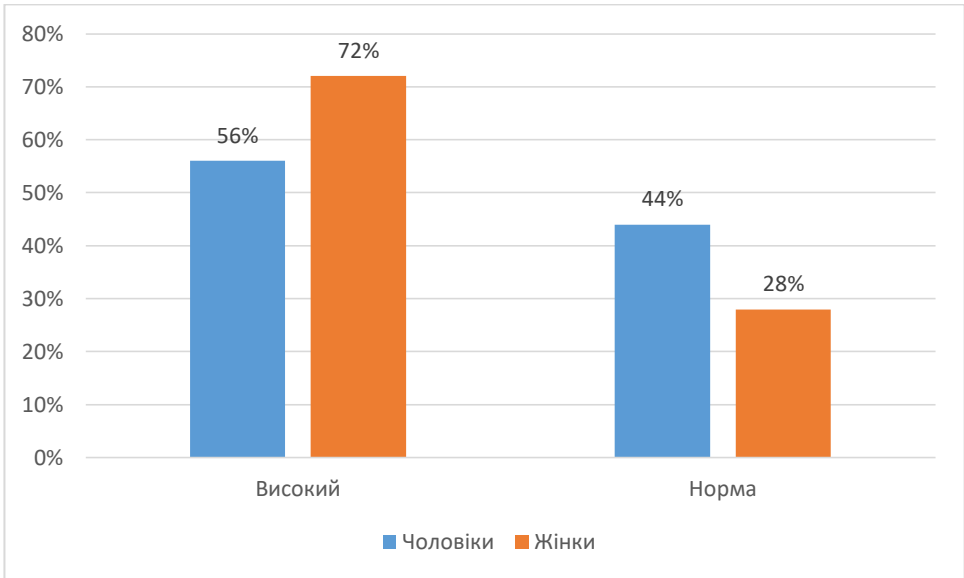


Рис. 2.5. Порівняльний аналіз рівня тривожності чоловіків та жінок (у відсотках)

Як видно з даної гістограми високий рівень тривожності спостерігається у 72 % жінок та 56 % чоловіків. У межах норми – у 44 % чоловіків та 28 % жінок.

В рамках дослідження були зіставлені результати, отримані за двома методиками. Виявилось, що ті особи, які мають високі рівні особистісної та ситуативної тривожності мають і високий тривожності за методикою «Неіснуюча тварина». Результати за двома методиками майже повністю співпадають.

Висновки до розділу 2

Найбільш популярними у сучасній психологічній практиці серед методик дослідження рівня тривожності можна виділити наступні: методика діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна, Шкала явної тривожності (Manifest Anxiety Scale – MAS) Дж. Тейлора, Шкала явної тривожності (The Children's form of Manifest Anxiety Scale – CMÄS) А. Кастанеда, В. МакКандлесс та Д. Палермо, тест Філіпса, Шкала тривожності О.М. Прихожан, проектна методика «Неіснуюча тварина», тест «САН».

Для даного дослідження були обрані наступні методики: методика діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна, проектна методика «Неіснуюча тварина», які у сукупності дозволять виявити рівень ситуативної та особистісної тривожності. Для того, щоб оцінити достовірність дослідження та визначити гендерні особливості тривожності лікарів-інтернів першого року навчання був застосований метод математичної статистики Спірмена. У емпіричному дослідженні прийняли участь 50 лікарів-інтернів: 25 чоловіків та 25 жінок, віком від 23 до 25 років.

Таким чином, провівши емпіричне дослідження гендерних особливостей тривожності лікарів-інтернів першого року навчання, можна зробити висновок, що жінки переживають тривожність гостріше. Коефіцієнт кореляції Спірмена довів достовірність дослідження. При цьому можна відмітити, що рівень ситуативної тривожності в обох групах випробуваних є вищим, ніж рівень особистісної. Це пов'язано з професійною діяльністю респондентів.

Також за допомогою методу статистичної обробки даних виявлено, що тест Спілбергера-Ханіна показав свою високу надійність. За допомогою t-критеріїв виявлено, що серед респондентів жінки мають вищий рівень ситуативної тривожності, ніж чоловіки.

За допомогою критерію Шапіро-Уїлка визначено, що дисперсії у популяціях (чоловіків та жінок) однозначно не є однаковими.

За допомогою таблиць сполученості визначено, що є зв'язок між категоріальними ознаками. В даному випадку це була стаття респондента та питання зі шкали ситуативної тривожності «очікувані труднощі зазвичай дуже мене тривожать». Також за допомогою V Крамера визначено середню силу зв'язку, а за допомогою Тау-В Кендала визначено середню силу зв'язку між питаннями з обох шкал: «я відчуваю себе вільно» з ситуативної та «зазвичай я відчуваю себе у безпеці» з особистісної. Тобто ті респонденти, котрі стверджували, що почувають себе вільно, як правило, відчувають себе у безпеці загалом, проте є відсоток респондентів, про яких такого сказати не можна.

РОЗДІЛ 3. РОБОТА ПСИХОЛОГА З ПРОБЛЕМОЮ ТРИВОЖНОСТІ КЛІЄНТА

3.1. Підходи до роботи психолога з проблемою тривожності

Термін «психологічна корекція» застосовується у вітчизняній і іноземній психологічній літературі для маркування особливого типу діяльності спеціаліста-психолога. Зважаючи на сферу використання можна визначити розмаїті погляди на суть цього терміну. Психологічна корекція визначається як тактовне втручання в процес особистісного розвитку людини з метою виправлення відхилень [17], а у спеціальній педагогіці вона визначається як виправлення (часткове або повне) вад психічного або фізичного розвитку у дітей, порушення тієї чи іншої психічної функції в дорослих [26], в практичній діяльності психолога — це діяльність, направлена на виправлення тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі [47].

Таким чином, психологічна корекція трактується як спрямований психологічний вплив на ті чи інші психологічні структури для забезпечення повноцінного розвитку та функціонування особистості [37]. Можливість вибору стратегії та методик психокорекції певним чином залежить від теоретичної бази, на основі якої проводиться робота з клієнтом.

Наприклад, *діяльнісний підхід* забезпечує проведення психологічної корекції з використанням спеціального навчання, яке дає можливість на іншому ступені здійснити керування та управління зовнішньою та внутрішньою активністю. При роботі за цим підходом нерідко застосовується оволодіння зовнішньою дією з наступною інтеріоризацією — передислокацією контролю за її виконанням у внутрішній план. Ціллю психокорекційної роботи у тому випадку, коли має місце великий рівень тривожності, може стати окрім засвоєння модерних стратегій поведінки та уявлень про себе їх інтеграція у буденну життєдіяльність клієнта [31, 34].

Психоаналітичний підхід до психокорекції поєднує різноманітні течії психоаналізу, проте зберігає спільну тенденцію: дефініцію несвідомих основ

проблеми, їх розробку та опанування адаптивних форм поведінки, що творить потенції для особистісного зростання. Методи роботи розробляються згідно з певним напрямом психоаналізу. Зокрема, у класичному психоаналізі Фрейда панівним є метод катарсису, що передбачає роботу з проблемою великого рівня тривожності шляхом вивільнення та реагування на досі неусвідомлені гадки і почуття. А ось послідовники напряму Юнга зупиняють увагу на праці з уявою, в той час як прихильники неопсихоаналізу зосереджуються на методі аналізу усього життєвого шляху, запозичуючи як джерело тривожності взаємовідносини із близькими та рідними клієнта [60].

Спеціалісти, які використовують у своїй роботі *поведінковий напрям*, тлумачать порушення в розвитку людини як результат закріплення неадаптивних форм поведінки. Саме тому психокорекційна робота концентрується довкола створення у клієнта найкращих поведінкових навичок. Методи корекції цього напрямку доцільно ділити на декілька провідних груп. Це методи контробумовлення, оперантні методи, а також методи соціобіхевіоризму. Ціль психокорекційної роботи у поведінковому напрямі — поміч клієнту вивчитися реагувати на життєві обставини так, як би того бажав він сам, себто допомога росту потенціалу власної поведінки, дум, почуттів та зменшенню кількості неоптимальних форм реагування [53].

В межах *когнітивного підходу* психокорекційна робота здійснюється з точки зору організації пізнавальних структур. Різні порушення у пізнавальній та емоційній сфері тлумачать як наслідок засвоєння неконструктивних оцінок, що не відповідають дійсності та ускладнюють процес адаптації до мінливих умов. Тому робота, націлена на зниження високого рівня тривожності проходить у певною послідовності: виявлення базових схем мислення, які застосовуються в умовах, які клієнт розцінює для себе як загрозливі, їх достеменний опис та оцінка, створення об'єктивно дієвих шляхів зниження тривожності, що засновані на засвоєних вже даних. Корекційна робота тут націлена не на зміну поведінкових паттернів, як,

наприклад у поведінковому підході, а на генерацію відповідних обставинам когнітивних схем [13].

Екзистенційно-гуманістичний підхід розуміє характерологічні порушення як наслідок недостатньої реалізації клієнтом власної сутності, уникання ним ситуацій вибору. І тому основні сили психологічної корекції тут направлені на розвиток самоусвідомлення, зміну ставлення людини до світу та до себе. В цьому підході, на відміну від усіх інакших, зменшення рівня тривожності не визначається фінальною ціллю психокорекційної роботи. Тривога тлумачиться одним з проявів буття, і тому психолог звертає увагу на спосіб, котрий клієнт застосовує, бажаючи подолати відчуття тривоги, а також на функції, що їх виконує тривожність. Дослідження, прояви та прийняття тривожності є надзвичайно важливими складовими компонентами психокорекційної роботи в межах екзистенційно-гуманістичного підходу [28].

Дуже дієвим засобом гармонізації психіки та особистісного розвитку, зниження стресу, агресії, побоювань, фрустрації та насамперед тривожності є *арт-терапія*. Лікувальні властивості мистецтва є чудово знаними ще з прадавніх часів. Арт-терапія володіє переконливими перевагами над іншими видами психотерапевтичної праці, які ґрунтуються переважно на словесній взаємодії між клієнтом і психологом [49]. Арт-терапія відома як досить модерний метод особистісної психокорекції із залученням мистецтва. Він започаткований А. Хіллом. Інструменти арт-терапії багатофункціональні та мають змогу адаптуватись до необхідних задач. Ці методи забезпечують уживання клієнтом розмаїтих кшталтів образотворчої практики з ціллю прояву власного психічного стану [15]. Механізм психологічного корекційного впливу арт-терапії покликаний змінити конфліктне травмувальне становище не без допомоги розмаїтих видів мистецтва в специфічні знаки та образи. Дякуючи вищезазначеному з'являється курс на його вирішення переструктуруванням даного становища з використанням творчих можливостей клієнта. Найефективнішими засобами арт-терапії, що

можуть сприяти зменшенню рівня ситуативної тривожності можуть стати ізотерапія, музикотерапія, танцювальна терапія, драмотерапія.

Важливо зазначити, що вибір стратегії психологічної корекції обумовлюється не лише теоретичним підходом, але й особливостями контингенту, з яким здійснюється робота. В даному випадку це лікарі-інтерни першого року навчання.

3.2. Програма психологічної інтервенції

На мою думку, свій вибір при розробці та впровадженні програми психологічної корекції, націленої на роботу з тривожністю лікарів-інтернів першого року навчання, слід зупинити на індивідуальних сесіях. Здавалося б, когорта лікарів є дуже специфічною та вирізняється з поміж інших, саме тому не в останню чергу важливим для її представників є «відчуття ліктя», перебування серед тих, чия життєдіяльність і робоча сторона життя є максимально схожою, подібною. Недарма вже багато десятиліть існують групи, які навіть не позиціонуються як психотерапевтичні, психокорекційні тощо. Мова йде, наприклад, про зустрічі груп анонімних алкозалежних, зустрічі групи осіб, що мають спільну для всіх її учасників патологію певної органної системи. Це можуть бути рідкісні захворювання, деякі з яких не піддаються ефективному лікуванню: зокрема, хвороба Крона, вітиліго, псоріаз, системний червоний вовчак та інші. Дані групи не мають на меті проведення тренінгової, колекційної роботи, а є, свого роду, вентиляційним вікном для їх відвідувачів. Учасники подібних груп, регулярно та систематично перебуваючи певну кількість часу серед тих, хто схожий на них за певною ознакою чи властивістю, не припиняють відчувати себе залишеними наодинці зі своєю проблемою, розуміють, що можна знайти шляхи до покращення якості життя в тих умовах, у яких вони знаходяться. Корисним є і обмін досвідом між учасниками. Проте, я вважаю, що індивідуальний підхід при роботі з такою проблемою як тривожність вимагає приділення підвищеної уваги клієнту, чого складніше досягти, проводячи групові зустрічі. Важливо забезпечити клієнту комфортні умови проведення

сесій, створивши спокійну атмосферу довіри та взаєморозуміння. Тому індивідуальна робота для цього випадку підходить значно краще.

Отже, вирішивши надати перевагу індивідуальній формі роботи з тривожністю лікарів-інтернів першого року навчання, я обрав техніку гештальт-терапії.

Гештальт-терапевти переконливо пояснюють, що гештальт-терапія працює не з симптомом, а з контактом. Тим не менше, з інших психотерапевтичних напрямків позичаються та використовуються різноманітні сторонні методи роботи з симптомом, що полягають у метафоричному тлумаченні симптому та симптому як інструменту організації поведінки у системі соціуму. Зважаючи на це, виникає гіпотеза, що робота гештальт-терапевта з патологією контакту має безпосередній вплив на симптом.

У гештальт-терапії виділяють наступні бачення психосоматичного симптому:

- Симптом як призупинена емоція, що відшукала відклик на рівні тіла;
- Симптом як наслідок довготривалої емоційної напруги зниженої емоційності;
- Симптом як змінена форма контакту. Це такий собі інструмент творчої адаптації, який згодом став однотипним і стереотипним алгоритмом.

Якщо симптом є компонентом ретрофлексії, інтроєкції та соматичної проєкції, то суть роботи з ним — це виведення його до межі контакту та праця із способами припинення контакту.

Зараз є можливість виокремити наступні етапи роботи:

1. Усвідомлення почуттів. Панівною ціллю першого кроку є розуміння та конкретизація саме тих симптомів, які виразив клієнт у власному запиті. Ідентифікація виду даного відчуття, його проявів дасть можливість точніше та більш ефективним чином в майбутньому працювати з його проявами.

2. Усвідомлення того почуття, яке стримується. Цей крок забезпечує дефініцію емоційної відповіді клієнта на власне симптом та силу даної

відповіді. Пам'ятаючи про ці складові клієнт матиме ліпшу можливість сконцентруватися саме на проблемних переживаннях, не розпилюючи свою увагу на непотрібні стани.

3. Усвідомлення адресата почуття. На кого конкретно направлене дане почуття? До того ж такий крок має на меті визначити, що за гадки або стосунки з адресатом поширюють свій вплив на силу прояву емоційного стану більше чи менше.

4. Розуміння інтроєкту, заборони. Під час цього кроку спеціаліст сприяє усвідомленню клієнтом, що точніше заважає клієнту виражати власні емоції та почуття. До того ж, є надважливою складовою уявлення про вірогідні результати — наприклад, що станеться, коли клієнт усе ж проявить власні переживання, і найголовніше, чи станеться дещо небажане, недобре.

5. Реагування. Насамперед принаймні вигадане, примарне запитання клієнтом самого себе: «Що саме я би бажав зробити або промовити?»

6. Усвідомлення самого себе із певним почуттям. Усвідомлення результатів промовленого та вчиненого, осмисленні небувалих досі емоцій та переживань. Аналіз здійсненої роботи та виведення підсумків для клієнта, надання оцінки успішності здійсненої роботи.

При початкових кроках задля аналізу клієнтом своїх переживань нерідко доцільно скористатися технікою малювання. Безумовні переваги даного виду технік криються у значно більшою мірою повному розкритті клієнтом власних емоцій, адже за допомогою кольорів буває легше їх зобразити. В майбутньому клієнт матиме можливість повертатися до зробленого ним малюнку та редагувати його, себто здійснювати в ньому довільні правки згідно свого прогресу. Процес малювання набагато менше керується свідомістю, аніж, до прикладу процес мовлення. Крім цього, такий спосіб може прийти на допомогу клієнту, щоб він впорався з вірогідною тривожністю та напруженістю під час відвідування початкових сесій.

Для моєї версії програми психологічної корекції були залучені такі техніки гештальт-терапії:

1. «Досвід безперервності емоцій». Панівною гадкою такої техніки є цілісність «тіла» та «зовнішнього світу», тобто є можливість казати про таку собі диференційовану єдність. Константність контакту та плинність гешталту за цих умов в жодному разі не є нейтральними, тому що завжди стосуються життя людини напряду в процесі її життєдіяльності. Тож, переживання взаємозв'язку «організм та середовище» в аспекті цінностей складається з емоцій. В свою чергу, згідно цьому визначенню, емоція є процесом перманентним і кожний його момент містить певний позитивний чи ж негативний відтінок.

2. «Концентрація уваги на почуттях». Дана техніка призначена для помочі клієнту апелювати до власного фізичного та емоційного стану, відсторонитися від зовнішніх факторів впливу, повністю, наскільки це буде можливим та наскільки клієнт буде спроможним, направивши усю свою увагу на свої власні переживання, маючи на меті знайти їх розуміння.

Отже, методологічна основа програми передбачає користування техніками гештальт-терапії «Досвід безперервності емоцій» та «Концентрація уваги на почуттях». Ця програма психологічної корекції розрахована на недовготривалий консультативний період, сумарна кількість сесій котрої складає п'ять зустрічей. Разом з тим, ця програма забезпечує відвідування клієнтом до трьох сесій додатково з ціллю ще раз опрацювати деякі аспекти у випадку, коли клієнт переконаний у тому, що це для нього конче необхідно. Кожна сесія триває одну астрономічну годину. Себто сумарна тривалість головної частки психокорекційної роботи складає п'ять годин, поки що не враховуючи години додаткових сесій, кількість яких варіюється від одної до трьох. Пам'ятаючи про специфіку недовготривалої психокорекції, панівною ціллю моєї програми я означив безпосередньо корекцію тривожних станів лікарів-інтернів першого року навчання. Провідною задачею такої програми психологічної корекції є сприяння позбавлення клієнтом почуття тривожності, погіршеного емоційного самопочуття, спровокованого тривожними станами та частими

переживаннями клієнта. Не в останню чергу входить до цілей програми і розробка порад та настанов задля бажаного недопущення повторення проявів подібного стану. Уся робота з представленою програмою психологічної корекції передбачає формат звичайних консультацій і не має потреби у специфічному обладнанні. Зустріч з клієнтом відбувається тет-а-тет, в окремому приміщенні, яке обладнане зручними кріслами, а, якщо це можливо, ще й місцем де клієнт мав би змогу лягти. Робота повинна проводитися за відсутності третіх осіб, а також звукових та світлових перешкод, які обов'язково будуть заважати та відволікати. У якихось особливих умовах або обмежувальних заходах така програма потреби не має. Важливим є уточнення, що програма призначена для роботи з лікарями-інтернами першого року навчання віком від 23 до 25 років, в якій визначено збільшений рівень особистісної чи ситуативної тривожності.

Сесія №1

Головною метою першої сесії є встановлення рапорту — тобто довірливих та відкритих взаємовідносин між психологом та клієнтом. До того ж, перша сесія має на меті збір важливих даних, до яких належить передумова, мотив звернення, а також сила проявів негативних переживань, котрі стали змусили звернутися по допомогу, актуальність та період, за який проблема постала, власне ставлення клієнта до величини проблеми. Консультант повинен оволодіти якомога більшою кількістю даних і одночасно не просити клієнта розповідати щось силоміць і, звичайно, не створювати для клієнта небажаного дискомфорту. Отримані дані в подальшому дуже знадобляться при розробці плану консультації та перевірці прогресу, ефекту проведеної з клієнтом роботи.

Консультант передусім має розтлумачити клієнту структуру, динаміку роботи, а також передбачені даною програмою психологічної корекції методики і техніки. Крім цього, обов'язковим є частина, відведена на встановлення головних засад, принципів роботи, з котрими погодяться і консультант, і клієнт, умови конфіденційності та принципи роботи. Разом з

тим варто зосередити увагу на відповідальності як психолога, так і клієнта за певні зміни в стані та особистості клієнта. Якщо в цьому виникне потреба, доцільним стане і оформлення відповідної документації.

Після того, як було обумовлено провідні аспекти клієнтського запиту, потрібно приступити вже безпосередньо до роботи. Психолог та клієнт наново обговорюють запит та сумують інформацію, з якою надалі відбудуватиметься робота. Якщо виникає така потреба, консультант ставить клієнту питання задля отримання іншої, нової інформації або ж для того, щоби навести клієнта на думку у випадку, коли останній ненароком зіб'ється, заплутається в словах. Одночасно психологу-консультанту не слід переривати, мову клієнта або вимагати більше, ніж він буде готовий розказати в даний час. Тим більше, дуже не бажано робити замість клієнта власні висновки, навіть якщо вони здаються вірними.

Розкривши першорядний запит (котрий в майбутньому може стати більш уточненим та скорегованим), що задовольнить клієнта, треба розпочати вправу з вже відомого методу «Концентрація уваги на почуттях».

Вправа №1

Для здійснення цієї вправи буде необхідним таке місце, на якому клієнт зможе комфортно влаштуватися у положенні сидячи або лежачи. Що стосується положення, то клієнт цілком спроможний обрати його самостійно.

Спочатку клієнт розташовується у зручному для себе положенні, потім із заплющеними очима описує консультанту власний поточний стан і ті обставини, в яких він знаходиться на даний момент часу. Ще до виконання цієї вправи психолог-консультант має змогу допомогти клієнту, підказавши, як звучали б у його виконанні дані репліки: «В даний момент я лежу на кушетці», «зараз я розумію, що починаю виконувати вправу», «зараз я чую, що за вікном співають птахи», або ж інші репліки. На період проведення вправи клієнт має припинити звертати свою увагу на власне емоційне та фізичне самопочуття, лише озвучуючи сьогочасні переживання та думки. Психолог-консультант під час проведення ним вправи розташовується поруч,

але поза межами зорового поля клієнта. Якщо психолог-консультант вбачає необхідність занотувати важливі слова клієнта, то він цілком може це робити. Тривалість цієї вправи припадає на п'ять або десять хвилин, а потім клієнту слід переміститися у первинне положення.

Після закінчення вправи клієнт ділиться з психологом-консультантом своїми думками, враженнями та переживаннями, що виникали під час виконання вправи. Клієнт також висловлює власні відчуття, розповідає про ідеї, які спали йому на думку, та концентрується виключно на самопочутті.

Психолог-консультант, в свою чергу, аналізує наявні результати, намагаючись з'ясувати, чи не поінакшало раптом у клієнта відношення чи уявлення про його запит та чи нема потреби у його уточненні. Паралельно психолог-консультант пробує з'ясувати, чи виникли у клієнта якісь незвичні відчуття, можливо його поточний стан зазнав змін і, як наслідок, клієнт відчуває його покращення чи погіршення.

Сесія завершується розглядом проведеної вправи, обговорюванням стану клієнта, уточненням плану роботи на майбутній сесії та проханням виконати певне домашнє завдання.

Сесія №2

Друга сесія стартує з розгляду домашнього завдання, розбір відношення клієнта до своєї проблеми у порівнянні з тим, яким воно було в клієнта ще на початковому етапі. Одночасно є потреба у тому, щоб визначити так звану екологічність проведеної на минулій сесії вправи. У тому випадку, коли клієнт має враження, що його ставлення до проблеми залишилося без жодних змін, на другій сесії слід приділити особливу увагу роботі над подібними неладностями. Розбір польотів краще провести у вигляді діалогу, консультації чи звернутися до нового проведення попередньої вправи, щоб зафіксувати той критично важливий момент, який було втрачено.

У випадку, коли підсумок минулої сесії виявився позитивним, слід і надалі продовжити роботу з технікою «Концентрація уваги на почуттях». Кінцевою метою другої сесії є забезпечення сприяння клієнту у можливості

відчуття свого тіла, фізичного стану та спроможності його контролювати. Саме для цього треба зрозуміти, що ж відчуває клієнт у ці хвилини та які емоції він переживає. Також треба зрозуміти, яким чином клієнт самостійно намагається долати ситуації, що провокують виникнення тривожності. По завершенні розгляду психолог-консультант підводить підсумки і залучає клієнта до виконання другої вправи за методикою «Загострення відчуття тіла».

Вправа №2

За своїм виглядом дана вправа може здатись дещо схожою на першу, але тепер клієнту треба сконцентруватися тільки на відчутті власного тіла та на своєму диханні. Він намагається підмітити певні комбінації та структури — себто усі ті явища, котрі мають одночасний перебіг і створюють одну картину болю, напруги або просто дискомфорту. Клієнт може зробити спробу змінити частоту своїх дихальних рухів або взагалі на деякий час затримати дихання, слідкуючи при цьому за зміною власних відчуттів. Тривати ця вправа має не менше п'яти та не більше десяти хвилин. Потім клієнт переміщається в первинне положення та обговорює вправу з психологом-консультантом.

Нарешті, сесія добігає кінця і консультант залишає клієнту чергове домашнє завдання: до прийдешньої сесії щоденно, принаймні одноразово, повторювати другу вправу та розмірковувати про свої переживання під час виконання.

Сесія №3

Третя сесія стартує з розгляду домашнього завдання, поточного ставлення клієнта до своєї проблеми зважаючи на ефект від перших двох сесій. Варто також розглянути відношення клієнта до його проблеми у контексті змін порівняно з першими двома сесіями та його ставленням до проблеми на перших етапах роботи з психологом-консультантом. У разі, якщо після бесіди клієнтом виявлена відсутність змін, або ж навпаки ним відчувається погіршення свого стану, варто обговорити його стан та, за

потреби, звернутися до досвіду перших двох сесій. Після розгляду, у випадку, якщо ефект був означений як позитивний, психолог-консультант залучає клієнта до переходу до техніки «Досвід безперервності емоцій» та виконання вправи з неї.

Вправа №3

Клієнту пропонується поступово уявно малювати той досвід, який становив для нього сильне емоційне напруження. З кожним новим разом клієнт має пробувати пригадувати більш точні деталі, переживаючи вищезазначений досвід вкотре через призму часу поточного. Не виключено, що в уяві стануть впливати репліки, які клієнт чи його тодішній співбесідник говорили в минулій ситуації. Саме тому клієнту краще пригадувати їх, говорячи вголос, паралельно прислухаючись до звуку власного голосу та його емоційного забарвлення. Навіть якщо на згадку приходить давніший досвід, клієнт має приділити йому увагу. Дану процедуру слід проводити задля різноманітного емоційного досвіду, наскільки дозволяє час сесії та якщо відповідне бажання є в самого клієнта.

Потрібно визначити, чи має він незавершену ситуацію шкодування або горя. Чи була в нього на той момент можливість не стримувати емоції і чи може він зробити це в даний час. Необхідно спробувати уявно повернутися назад у часі і там покласти кінець цій ситуації. Якщо клієнт відповідає, що він не в змозі це зробити, психолог-консультант повинен задати питання, вивчивши, чи може він на даний момент спробувати відчувати те, що йому заважає. При цьому психологу-консультанту, який проводить з клієнтом цю вправу, ліпше знаходитись поряд і бути готовим до проявлення яскравих емоцій клієнта, в тому числі і негативних, щоби мати змогу відразу ж його заспокоїти та допомогти прийти до тями. Під час вправи клієнту може стати зле. В такому випадку можна запитати, чи готовий він рухатись далі і у разі заперечної відповіді продовження вправи слід зупинити, надавши трохи часу для заспокоєння клієнта. А в разі успішного виконання вправи в подальшому треба обговорити та проаналізувати його відношення та реакцію клієнта на

ситуацій, котрі він тільки що уявляв. Також важливо дійти висновку, з яких причин клієнт не виявився спроможним розв'язати травмуючи його ситуацію в минулому та чи міг би він її вирішити тепер. Клієнт може почати стверджувати, що такої змоги в нього немає. В такому разі доцільно проаналізувати його слова та поміркувати, яких умов чи якостей для цього недостатньо. Не буде зайвим звернути свою увагу на те, чи відбулась зміна бувших переживань на новіші після закінчення вправи та яким чином змінилось самопочуття клієнта. Фінішувати зустріч краще аналізом виконаної роботи та оцінок клієнта. У разі необхідності доцільно залишити для клієнта або нове домашнє завдання, або повторити попереднє.

Сесія №4

Ця сесія звично стартує з розбору домашнього завдання та емоційного стану клієнта. Спочатку психолог-консультант обговорює з клієнтом роботу, яка проведена, і відношення клієнта до своєї проблеми та первинного запиту. Доцільно запитати клієнта про успіхи і труднощі у під час вправ, безпосередньої роботи чи його домашнього завдання. Психолог-консультант разом з клієнтом аналізує зміни стану останнього, на основі чого повинно бути прийняте рішення про продовження співпраці за такою програмою або про повернутися до більш ранніх кроків з тим, щоби внести корективи до здійсненої роботи. У випадку, коли ефект здійсненої роботи оцінено в якості прийняттого, психолог-консультант залучає клієнта до проходження останньої вправи, яку включає в себе програма з техніки «Досвід безперервності емоцій».

Вправа №4

Психолог-консультант просить клієнта зробити нескладні тілесні рухи: стиснути та розслабити щелепи, напружити м'язи, стиснути кулаки, дихати глибше і частіше. Буде безумовною перевагою, якщо клієнт заплющить очі. Це дасть змогу більш ясно та чітко сприймати власні почуття в момент виконання. Під час таких тілесних маніпуляцій клієнт повинен зафіксувати та виділити в собі деяке неприємне відчуття. Саме таким буде фрустрований

страх. Потім психолог пропонує клієнту повторити завдання, уявляючи в цей час конкретну особу чи обставини, що провокують появу цього страху, та концентруючи всю свою увагу на тих почуттях, які разом з роботою уяви діють на повну. В ідеалі клієнт має помітити, що не переживає такі яскраві емоції у присутності фруструючого фактора доти, доки не почне робити тілесні маніпуляції, виконані раніше.

Наприкінці даної вправи психолог-консультант обговорює з клієнтом ефекти та переживання останнього в момент виконання. Психолог цілком спроможний поставити клієнту питання щодо того, чи побачив він, що допоможе йому в майбутньому чіткіше ідентифікувати причину виникнення тривожності. Водночас психологу-консультанту не рекомендовано тиснути на клієнта, наполягаючи на його обов'язковій відповіді. Натомість, ліпше керуватись виключно бажанням клієнта в цьому питанні.

Сесія фінішує розглядом виконаних вправ, самопочуття клієнта, обговоренням плану п'ятої сесії та новим домашнім завданням для клієнта. Цього разу воно буде полягати у нотуванні свіжих проявів тривожних станів та, обов'язково, емоцій клієнта в той момент.

Сесія №5

Дана сесія призначена для перевірки минулої роботи, виявлення того, як саме поінакшав стан клієнта з безпосереднього старту роботи та наприкінці її. Необхідно зрозуміти, чи поінакшала частота виникнень і сила тривожних станів. Визначити, чи опанував клієнт розуміння своїх відчуттів. Нарешті, чи поіншало відношення клієнта до сторожких обставин і проблеми, з котрою той звернувся. Поряд з вищеперерахованим слід обговорити домашнє завдання, оцінивши ступінь поступу, котрий вже здобуто на поточну мить. У тому випадку, коли усе ж визначається, що клієнт і на сьогодні має проблеми з тим запитом, з котрим він апелював, чи ж у його запиті проступили інші відтінки, що змушують вагатись у твердженні про результативність здійсненої роботи, то можна відійти до минулих кроків. А коли клієнта і психолога-консультанта ніщо не турбує, є можливість казати, що заявлена на перших

етапах ціль була почасти чи цілком досягнута. Ціллю заключної сесії є перевірення та фіксування висновків та ефектів, а також розривання контакту, що склався між клієнтом та консультантом у період сесій. Після завершення періоду роботи у зв'язку із забезпеченням спеціалістом комфортної та прихильної атмосфери, клієнт не завжди має змогу розірвати зв'язок з ним. Щоб відвернути подібні випадки, психолог-консультант повинен намагатися підтримувати примарну відстань і з кожною наступною сесією поступово віддалятися. Обов'язково клієнту додається рішучість задля того, щоб по завершенні роботи він мав змогу самостійно припинити контакт. Інколи, коли такого не трапляється, постає питання доцільності організації додаткових сесій у кількості від однієї до двох, щоб допомогти клієнту.

Висновки до розділу 3

Техніки гештальт-терапії є доволі ефективними та впливовими способами для психологічної корекції тривожності у лікарів-інтернів першого року навчання, тому що процес роботи за цим напрямком перебігає одночасно з тривожним станом та із відчуттями тіла клієнта.

Також зважаючи на те, що зазвичай симптоми збільшеної тривожності у лікарів-інтернів першого року навчання з'являються за відповідних обставин, якими можуть бути складання учбового заліку, робота з пацієнтами, звіт перед лікарем-куратором або доповідь на зібранні лікувального відділення для корегування я вирішив обрати саме тривожність ситуативну. В той же час, ця програма може використовуватись також і з метою зниження збільшеного ступеню особистісної тривожності у лікарів-інтернів.

Гештальт-терапія була започаткована у середині двадцятого століття Полом Гудменом, Фредеріком Перлзом та Лаурою Перлз. Провідний підхід даного напрямку — експериментально-феноменологічний. Суть його полягає в тому, що спеціаліст, який працює з клієнтом, повинен запропонувати йому проводити свого роду дослідження за сприяння психолога-консультанта. Треба слідкувати за феноменами, що виникають при проведенні таких дослідів. А ось взірцем подібного способу праці має можливість слугувати і оповідь клієнта про власну проблему, і власний життєпис, і навіть гіпотетичне програвання певної ситуації тощо. З поміттю цього підходу до проблеми виникає шанс віднайти і утворити, а потім обов'язково і укріпити для клієнта закритий гештальт.

Розроблена програма психологічної корекції для лікарів інтернів першого року навчання повністю ґрунтується на гештальт-терапії та запозичує методи цього напрямлення з ціллю навчання клієнта точнішому відчуттю свого тіла, власних ходів та почувань. До того ж, ця програма має на меті забезпечити проведення вправ для того, щоб скорегувати тривожність через розуміння та розбір своїх переживань. Це, у свою чергу, повинно допомогти клієнту ще точніше та ще докладніше і більш правильно

усвідомити, що конкретно породжує його тривожність як стан і осмислити шлях, котрим можна буде впоратися з цим станом.

ВИСНОВКИ

Робота лікаря тісно пов'язана зі стресом, через який виникає тривожність. У лікарів-інтернів першого року навчання вона є більш сильною, оскільки вони ще не пройшли процес адаптації. Провівши дослідження за проблемою дослідження я дійшов таких висновків:

1. Поняття тривожності різноманітне. Існує дуже багато думок і суджень. Найбільш доступним мені здалося таке, що інтерпретує тривожність як стан, характерний для індивіда, в умовах психологічної загрози. Діяльність лікарів-інтернів має свої психологічні особливості. Вони працюють з людьми, які прийшли за допомогою, що накладає додаткової відповідальності на них. Отже, тривожність лікарів-інтернів тісно пов'язана з їхніми професійними обов'язками. Вони відразу можуть зіткнутися з екстремальними факторами роботи. Крім того, підвищенню рівня тривожності лікарів-інтернів сприяють надмірні навантаження, ненормований робочий графік, відсутність повноцінного відпочинку, надмірна свідомість тощо.

2. У емпіричному дослідженні прийняли участь 50 лікарів-інтернів: 25 чоловіків та 25 жінок, віком від 23 до 25 років з трьох лікарень. У якості методик дослідження тривожності були обрані наступні: методика діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна, проектна методика «Неіснуюча тварина», які у сукупності дозволять виявити рівень ситуативної та особистісної тривожності. Для того, щоб оцінити достовірність дослідження та визначити гендерні особливості тривожності лікарів-інтернів першого року навчання був застосований метод математичної статистики Спірмена.

3. Результати методики діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна показали, що особистісна та ситуативні тривожність у жінок вище, ніж у чоловіків. При цьому рівень ситуативної тривожності більший в обох, ніж рівень особистісної в обох групах. Це пов'язано з професійною діяльністю респондентів. Коефіцієнт

кореляції Спірмена довів достовірність дослідження. Результати дослідження за методикою «Неіснуюча тварина» показали, що рівень тривожності у жінок значно вищий, ніж у чоловіків. В рамках дослідження були зіставлені результати, отримані за двома методиками. Виявилось, що ті особи, які мають високі рівні особистісної та ситуативної тривожності мають і високий рівень тривожності за методикою «Неіснуюча тварина». Результати за двома методиками майже повністю співпадають.

Також за допомогою методу статистичної обробки даних виявлено, що тест Спілбергера-Ханіна показав свою високу надійність. За допомогою t -критеріїв виявлено, що серед респондентів жінки мають вищий рівень ситуативної тривожності, ніж чоловіки.

За допомогою критерію Шапіро-Уїлка визначено, що дисперсії у популяціях (чоловіків та жінок) однозначно не є однаковими.

За допомогою таблиць сполученості визначено, що є зв'язок між категоріальними ознаками. В даному випадку це була стать респондента та питання зі шкали ситуативної тривожності «очікувані труднощі зазвичай дуже мене тривожать». Також за допомогою V Крамера визначено середню силу зв'язку, а за допомогою Тау-В Кендала визначено середню силу зв'язку між питаннями з обох шкал: «я відчуваю себе вільно» з ситуативної та «зазвичай я відчуваю себе у безпеці» з особистісної. Тобто ті респонденти, котрі стверджували, що почувають себе вільно, як правило, відчувають себе у безпеці загалом, проте є відсоток респондентів, про яких такого сказати не можна.

4. Техніки гештальт-терапії є доволі ефективними та впливовими способами для психологічної корекції тривожності у лікарів-інтернів першого року навчання, тому що процес роботи за цим напрямком перебігає одночасно з тривожним станом та із відчуттями тіла клієнта. Розроблена програма психологічної корекції для лікарів інтернів першого року навчання повністю ґрунтується на гештальт-терапії та запозичує методи цього напрямлення з ціллю навчання клієнта точнішому відчуттю свого тіла,

власних ходів та почувань. До того ж, ця програма має на меті забезпечити проведення вправ для того, щоб скорегувати тривожність через розуміння та розбір своїх переживань. Це, у свою чергу, повинно допомогти клієнту ще точніше та ще докладніше і більш правильно усвідомити, що конкретно породжує його тривожність як стан і осмислити шлях, котрим можна буде впоратися з цим станом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Ин-т общегуманитарных исследований: 2009. 320 с.
2. Батюх О. В. Важливість дослідження тривожності у студентів першого курсу. Медсестринство. 2011. № 4. С. 22–23.
3. Бреслав Г.М. Психология эмоций М.: Смысл; Академия, 2004. 544 с.
4. Вилюнас В.К. Психология эмоций. Режим доступа: <http://www.klex.ru/vc>.
5. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблем тривожності особистості. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2015. С. 479–484.
6. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса М.: Педагогика, 2017. 483 с.
7. Выготский Л.С. Педагогическая психология М.: Педагогика-Пресс, 2019. 536 с.
8. Гоноблин Ф.Н. Психология. Учебное пособие М.: Просвещение, 2016. 482 с.
9. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. М. : Медицина, 1981. 216 с.
10. Долгих В. Т. Общая патофизиология (лекции для студентов и врачей). 2-ге видання. Нижній Новгород : НГМА, 1997. 108 с.
11. Дубровина И.В., Данилова Е.Е., Прихожан А.М. Психология: Учебник для студентов средних педагогических учебных заведений М.: Издательский центр «Академия», 2015. 382 с. Dubrovina, I.V., Danilova, E.E., Prichozhan, A.M. (2015).
12. Занковский А.Н. Организационная психология: Учебное пособие для вузов по специальности «Организационная психология». 2-е изд. М.: Флинта: МПСИ, 2015. 291 с.

13. Истратова О. Н. Справочник по групповой психокоррекции / О. Истратова, Т. Эксакусто. Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. 443 с.
14. Каприн А.Д., Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Гриднев О.В., Самсонов Ю.В. Психологические аспекты личности врача в процессе его профессионализации. Исследования и практика в медицине. 2015, 2(2). С. 81-84.
15. Киселева М. В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. СПб.: Речь, 2007. 336 с.; Копытин. Теория и практика арт-терапии. СПб.: Питер, 2002. 368 с.;
16. Кожина Г.М., В'юн В.В., Зеленська К.О. Гендерні особливості у формуванні адаптації до професійної діяльності у лікарів-інтернів в сучасних умовах // Тендер. Екологія. Здоров'я: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 18-19 квітня 2019 р.). Харків: ХНМУ, 2019. С.102-103.
17. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції / С. Б. Кузікова. Суми : ВТД Університетська книга, 2008. 384 с.
18. Кьеркегор С. Страх и трепет. Режим доступа: https://imwerden.de/pdf/kierkegaard_strach_i_trepet.pdf
19. Кэрл Э. Изард. Психология эмоций. Режим доступа: <http://www.klex.ru/677>
20. Литвинцев С. В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2008. № 3, С. 80–89.
21. Личко А. Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии. Журн. Неврол. и психиатр. Им. С. С. Корсакова. 1977. № 12. С. 1833–1838.
22. Логинова И. О., Волкова О. В., Дусказиева Ж. Г. Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. Красноярск, 2012

23. Люкимсон П. Е. Фрейд: История болезни. М. : Молодая гвардия: 2014. 464 с.
24. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми/ Е. К. Лютова, Г.Б. Моница. – М.: Генезис, 2000. – 192 с.
25. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : ЭКСМО, 2005. 992 с.
26. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. СПб. : Речь, 2003. 400 с
27. Мартынова А. Г., Кодочигова А. И., Киричук В. Ф, Николенко В. М., Демина Т. М. Мареева Т. И. Роль психофизиологических и антропометрических характеристик в возникновении психосоматической патологии: недостаточная масса тела фактор риска? Саратовский научно-медицинский журнал. 2007. №3 (17), С 26-28.
28. Мэй Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. М. : Класс, 2001. 384 с.
29. Неведомська Є. О., Михайловська Т. О. Як подолати педагогу тривожність студентів? Освітологічний дискурс. 2016. № 1. С. 131–144.
30. Немов Р.С. Психология: Учебное пособие для институтов и училищ М.: Просвещение, 2015. 382 с.
31. Осипова А. А. Общая психокоррекция / А. А. Осипова. М. : Сфера, 2002. 510 с.
32. Палий И. Г., Резниченко И. Г., Севак Н. М. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии. 2007.
33. Постна О. І. Гендерні особливості ступеню прояву тривожності у студентів. Психологія і педагогіка в системі сучасного гуманітарного знання ХХІ століття : збірник тез міжнародної науково-практичної конференції. Харків, 2016. С. 106.

34. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. / А. М. Прихожан. М. : Московский психолого-социальный институт Воронеж : Издательство НПО “МОДЭК”, 2000. 304 с.
35. Прихожан А.М. Психология тревожности СПб.: Питер, 2017. 382 с.
36. Психологические состояния. Хрестоматия СПб.: Питер, 2016. 372 с.
37. Психотерапевтическая энциклопедия / под редакцией Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2000. 2760 с.
38. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие Самара: БАРАМ-М, 2015. 322 с. Raygorodskii, D.Y. (2015).
39. Реан А., Бордовская Н., Розум С. Психология и педагогика СПб.: Питер, 2017. 218 с.
40. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога: Учеб. Пособие. 2-е видання. Москва: ВЛАДОС, 1999
41. Родермель Т. А. Психологический взгляд на причины происхождения психосоматических заболеваний. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. С. 62–63.
42. Романов А.И., Кеворков В.В. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации. Монография. М.: Кнорус, 2013. 482 с.
43. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. М. : Наука, 1984. 192 с.
44. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2005. – С.551-586
45. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія: навчальний посібник. – К.: Академвидав, 2005. – 360с.
46. Сидоров П. И. Клиническая психология. М. : ГЭОТАР-медиа, 2010. 880 с.
47. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. Минск, 2003. 420 с.

48. Смулевич А. Б. Лекции по психосоматике. М. : Медицинское информационное агенство, 2014. 352 с.
49. Сорока О. В. Арт-терапия: теория і практика : навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Тернопіль : Астон, 2014. 196 с.;
50. Справочник практического психолога. Психодиагностика/ Под общ. ред. С.Т. Посоховой. М.: АСТ; СПб.: Сова, 2016. 372 с.
51. Стрілецька І. І. Особистісна тривожність як складний полідетермінований психічний процес. Інсайт : зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І. В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін.]. Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2016. Вип. 13. С. 299–301.
52. Фрейд З. Введение в психоанализ. СПб: Питер СПб, 2007
53. Фрейджер Р. Личность. Теории, упражнения, эксперименты / Р. Фрейджер, Дж. Фейдимен. СПб. : Прайм ЕВРОЗНАК, 2006. 704 с.
54. Хорни К. Собрание соч. В 3 т. М.: Смысл, 2017. 372 с.
55. Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. Актуальні проблеми психології. 2015. Т. 7. Вип. 38. С. 479–491.
56. Циганчук Т. В. Динаміка переживання стресу студентами 1–4 курсів ВНЗ. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПНУ. Київ : Книга, 2010. 360 с.
57. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модуль-но-рейтинговий курс: Навчальний посібник. — К: ВД «Професіонал», 2005. — 656 с.
58. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2008. – 256с.
59. Ясточкіна І. А. Прояви тривожності серед студентської молоді. Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. 2014. № 1. С. 173–180.

60. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика / Т. Яценко. К. : Вища школа, 2006. 382 с.