

І.М. ВІЗНЮК
С.С. ДОЛИННИЙ
А.С. ПОЛІЩУК

***AGILE-РЕТРОСПЕКТИВИ ДЕСТРУКТИВНИХ
ЧИННИКІВ ВНУТРІШНЬОЇ КОНФЛІКТНОСТІ
ПЕДАГОГІВ У ЗВО***

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО**

І.М. ВІЗНЮК, С.С. ДОЛИННИЙ, А.С. ПОЛІЩУК

***AGILE-РЕТРОСПЕКТИВИ ДЕСТРУКТИВНИХ
ЧИННИКІВ ВНУТРІШНЬОЇ КОНФЛІКТНОСТІ
ПЕДАГОГІВ У ЗВО***

Монографія

**Вінниця
Вид-во ТВО «Друк»
2022**

Рекомендовано до друку Вченою радою
Вінницького державного педагогічного університету
імені Михайла Коцюбинського
(протокол № 10 від 18 квітня 2022 р.)

Рецензенти:

Кокун О.М. – доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України, заступник директора Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України з науково-інноваційної роботи, м. Київ

Коваль І. Г. – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

Кобися В. М. – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри інноваційних та інформаційних технологій в освіті Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, м. Вінниця

Візнюк І. М. Долинний С.С. Поліщук А.С.

Agile-ретроспективи деструктивних чинників внутрішньої конфліктності педагогів у ЗВО: монографія / І. М. Візнюк, Долинний С.С., Поліщук А.С. – Вінниця : Вид-во ТОВ «Друк», 2022. – 256 с.

ISBN 2080-75-25-385

У монографії розкрито теоретичні й прикладні аспекти психологічної стійкості особистості студента в умовах підвищеної конфліктності, виявлено та уточнено особливості їх взаємозв'язку з психосоматичними порушеннями. Доведено, що порушення резистентних систем є передумовою виникнення психосоматичних захворювань. Досліджено, що зміни відбуваються у самих психопатологічних станах й інтерпретуються в психосоматичні розлади.

Розглядається проблема взаємозв'язку підвищеної внутрішньої конфліктності педагогів та її деструктивних чинників. Показано, що збереження психосоматичного здоров'я можливо за умови відповідності фізіологічних, особистісних і соціальних норм психологічного потенціалу людини, в основі якого є стійкість. Проаналізовано потенційний ризик розвитку психосоматичних хвороб щодо деструкції психіки людини. Проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми підтримки професійної толерантності людини в аспекті особистісної безпеки фахівця. Відображено проблеми взаємозв'язку педагогічного забезпечення та психосоматичних розладів особистості в умовах підвищеної конфліктності.

Книгу адресовано – викладачам ЗВО, кураторам, психологам, лікарям, спеціалістам, що працюють у галузі післядипломної освіти.

УДК 159.923.31:159.964.21:378.011.3-057

©Візнюк І. М., Долинний С.С., Поліщук А.С., 2022

ISBN 2080-75-25-385

ЗМІСТ

ПЕРДМОВА	18
ВСТУП	20
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВНУТРІШНЬОЇ КОНФЛІКТНОСТІ ПЕДАГОГІВ У СИТУАЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	30
1.1. Проблема внутрішньої конфліктності у взаємодії учасників педагогічного процесу	30
1.2. Сучасні підходи щодо збереження і зміцнення професійного здоров'я педагогів	50
1.3. Модель психосоматичної інтеграції детермінант внутрішньої конфліктності педагогів	67
Висновки до першого розділу	81
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЧИННИКІВ ВНУТРІШНЬОЇ КОНФЛІКТНОСТІ В УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ	85
2.1. Методологія дослідження соціально-психологічних особливостей внутрішньої конфліктності педагогів у контексті психосоматичної дисфункції	85
2.2. Емпіричне дослідження внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів	99
2.3. Результати дослідження та особливості психосоматичного статусу учасників освітнього процесу у вимірі прояву внутрішньої конфліктності	128
Висновки до другого розділу	145
РОЗДІЛ III. НАПРЯМИ ТА ЗАСОБИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕДАГОГІВ	149
3.1 Мета, завдання та організація формувального етапу дослідження	149
3.2 Психокорекційна програма подолання внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів	159
3.3 Якісно-кількісний аналіз ефективності розробленої програми	170
Висновки до третього розділу	179
ПІСЛЯМОВА	185
ГЛОСАРІЙ ТЕРМІНІВ	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	191
ДОДАТКИ	228

ПЕРЕДМОВА

Високий рівень світових стандартів і вимог щодо будь-якої професійної діяльності вимагає від людини не тільки виконання обов'язків, володіння вміннями та навичками, але й професійності, освіченості, відповідальності, психологічної стійкості, надійності та ефективності у професійній діяльності фахівців. В ієрархічній структурі становлення психологічно здорової особистості відіграють як характерологічні та темпераментальні якості, так і психосоматичні особливості. Перші з яких мають незмінні параметри психологічної індивідуальності, другі відображають тенденцію до модифікації відносно життєвих можливостей, надбань і переконань. Особистісна гармонія є результатом вдосконалення психологічної життєстійкості людини та вольової регуляції її поведінки, використання моральних пріоритетів, світоглядних установ, схильностей і соціальних інтересів при виборі системи вчинків. У процесі довготривалої педагогічної діяльності формуються професійно значущі особистісні якості, що відрізняють представника однієї професії від іншої. Таким чином, відбуваються зміни психіки осіб, що виконують свої обов'язки, які можуть спровокувати психосоматичні порушення та деструктивні розлади.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації agile-ретроспектив у встановленні чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини, особистісному становленню та самоконтролю. Вищезазначене і зумовило мету та завдання нашого дослідження.

Критичний рівень розвитку деструктивної поведінки у житті людини свідчить про її незахищеність щодо прояву дезадаптованості особистості та відсутність особистісної культури безпеки у її життєдіяльності. Незважаючи на детальне дослідження «факторів ризику» щодо психосоматичних деструкцій, зазначимо, що їх генезис можна пояснити наявністю внутрішньої конфліктності в педагогів, зумовленими психопатологічними розладами психологічної стійкості особистості. Нині одним із деструктивних чинників деформації цілісності творчої організації у громадян України є дезадаптація особистості студента в умовах дистанційного навчання.

Сучасність вимагає новітніх підходів у здійсненні державної політики щодо збереження оптимального функціонування і працездатності українського суспільства. Нині одним із деструктивних чинників деформації психіки у громадян є психосоматичні розлади. Це зумовлено багатьма факторами, однак найбільш істотними є зміни в структурі захворюваності, щодо суттєвих кардинальних змін медичної доктрини України, нових підходів до розвитку медичної психології.

В останні роки відзначається зростання захворюваності і поширеності розладів психіки, переважно за рахунок непсихологічних патологічних станів,

невротичних розладів соматоформного типу. У той самий час більш виражена негативна динаміка зафіксована щодо соматичних захворювань, у походженні яких значну етіопатогенетичну роль відіграють психосоматичний або психогенний механізм.

Відповідність новим реаліям життя потребує гармонійного розвитку особистості й суспільства і постійної трансформації цінностей, які врівноважували б суперечності між тим, що вимагає суспільство, і тим, що потребує особистість. Високий рівень сучасних життєвих вимог потребує підвищеної уваги до проблеми психологічного здоров'я, яке в значній мірі зумовлює стійкість та надійність особистості. Зворотною стороною суспільного розвитку і прогресу є психосоматичні захворювання. Зростання психосоматичних розладів і травм, «психологічних бар'єрів» щодо інновацій, перевтома, емоційна напруженість, неврівноважені стани тощо сприяють дисгармонії майбутнього життєвого шляху особистості. Зокрема, нині дистанційне навчання вимагає посиленої зосередженості, вимогливості й, часто, виснаженості особистості в умовах виконання педагогічної діяльності та навчання.

Зростаючий рівень вимог, які висуває сучасне життя до людини, економічні та соціальні трансформації вимагають від неї надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних, психофізіологічних ресурсів, постійної готовності вирішувати виникаючі життєві проблеми. Реформування освітньої системи України висуває нові вимоги не тільки до рівня професійних знань і вмінь викладача, але вимагає від нього організовувати навчально-виховний процес на засадах компетентнісного навчання, суб'єкт-суб'єктної взаємодії в освітньому середовищі. Хронічне перенапруження і внутрішня психологічна конфліктність – повсякденний стан сучасної людини, що відчуває на собі постійний тиск з боку соціуму. Все це є причиною значного зростання кількості захворювань психогенного характеру. Переважна кількість викладачів не має достатніх знань, умінь, навичок, професійно важливих та особистісних якостей, що сприяють попередженню та конструктивному розв'язанню дилеми особистісних конфліктів. Це створює проблеми у навчально-виховному процесі та рівню якості освітніх послуг ЗВО. У цілому ситуація внутрішньої суперечливості та конфліктності не тільки природна, але й необхідна для розвитку і вдосконалення особистості педагога. Адже саме внутрішньоособистісні конфлікти акцентують увагу людини на тому, що необхідно розвинути для покращення ефективності власного життя.

Успішність освітянської справи багато в чому залежить від рівня особистісного і професійного розвитку та професійного здоров'я педагога. Між тим відомо, що педагогічна діяльність є достатньо конфліктогенною. Такі її особливості як різноплановість, високі соціально-нормативні очікування, рівень соціальної відповідальності, необхідність бути об'єктом спостережень і оцінювання, рольові переваження сприяють загостренню або виникненню різноманітних внутрішньоособистісних конфліктів: рольових, адаптаційних, самооцінки тощо.

Зростаючий рівень вимог, які висуває сучасне життя до людини, економічні та соціальні трансформації вимагають від неї надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних, психофізіологічних ресурсів, постійної готовності вирішувати виникаючі життєві проблеми. Реформування освітньої системи України висуває нові вимоги не тільки до рівня професійних знань і вмінь викладача, але вимагає від нього організувати навчально-виховний процес на засадах компетентнісного навчання, суб'єкт-суб'єктної взаємодії в освітньому середовищі. Хронічне перенапруження і внутрішня психологічна конфліктність – повсякденний стан сучасної людини, що відчуває на собі постійний тиск з боку соціуму. Все це є причиною значного зростання кількості захворювань психогенного характеру. Переважна кількість викладачів не має достатніх знань, умінь, навичок, професійно важливих та особистісних якостей, що сприяють попередженню та конструктивному розв'язанню дилеми особистісних конфліктів. Це створює проблеми у навчально-виховному процесі та рівню якості освітніх послуг ЗВО. У цілому ситуація внутрішньої суперечливості та конфліктності не тільки природна, але й необхідна для розвитку і вдосконалення особистості педагога. Адже саме внутрішньоособистісні конфлікти акцентують увагу людини на тому, що необхідно розвинути для покращення ефективності власного життя.

Успішність освітянської справи багато в чому залежить від рівня особистісного і професійного розвитку та професійного здоров'я педагога. Між тим відомо, що педагогічна діяльність є достатньо конфліктогенною. Такі її особливості як різноплановість, високі соціальнонормативні очікування, рівень соціальної відповідальності, необхідність бути об'єктом спостережень і оцінювання, рольові переваження сприяють загостренню або виникненню різноманітних внутрішньоособистісних конфліктів: рольових, адаптаційних, самооцінки тощо.

У літературі проаналізовано теоретико-методологічні, онтогенетичні, психофізіологічні, професійні, психодіагностичні аспекти проблеми внутрішньої конфліктності та адаптації в осіб з психосоматичними розладами в умовах ретроспективного аналізу досліджуваної проблеми.

Повноцінна життєдіяльність людини характеризується прагненням розвиватись, наявністю якостей особистості, які сприяють саморозвитку та можливій самореалізації в професійній діяльності. Серед основних завдань нашого дослідження було: здійснення теоретико-методологічний аналізу та побудова моделі психосоматичної інтеграції детермінант внутрішньої конфліктності педагогів; здійснення кількісного та якісного аналізу результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів; представлення

напрямів та засобів психологічного забезпечення профілактики психосоматичних розладів у педагогів.

Теоретико-методологічну основу дослідження становили: системний підхід до вивчення механізмів психосоматичних розладів у осіб працездатного віку як системи різних параметричних характеристик (Б. Ананьєв, Є. Ільїн, Г. Костюк, В. Крайнюк, В. Медведєв та ін.); теорія та практика психолого-педагогічного дослідження (Л. Бурлачук, Л. Васерман, Н. Водоп'янова, Т. Корнілова, С. Максименко та ін.); положення про необхідність конструктивного розв'язання конфліктів і питання їх профілактики у педагогічному процесі (Л. Березовська, І. Візнюк, Л. Карамушка, Н. Пов'якель, М. Рибаківа, В. Семиченко, Н. Талізін); системний підхід у психології та психофізіології (П. Анохін, Б. Ломов, С. Максименко, О. Кокун, К. Судаков та ін.); концепції сенсу життя і самоактуалізації (Г. Балл, А. Маслоу, Д. Леонт'єв, К. Роджерс, Т. Титаренко, В. Франкл та ін.); основні принципи психологічної допомоги особистості (О. Авілов, М. Кабанов, Б. Карвасарський, О. Кокун, Т. Яценко, А. Гройсман та ін.); психосоматичні розробки особливостей оптимального функціонування особистості (Дж. Браун, О. Блінов, С. Кулаков, Є. Кулікова, І. Малкіна-Пих, Н. Пезешкіан та ін.).

Теоретична база дослідження побудована на принципах детермінізму, об'єктивності, єдності, системно-синергетичному принципі й аналізі за одиницями, принципах розвитку та цілепокладання, а також на принципах об'єктивності, науковості, системності та комплексності. У межах цих підходів були застосовані відповідні методи щодо дослідження особливостей прояву внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів: Опитувальник Плутчика-Келермана Конте – Методика Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI) для діагностики механізмів психологічного захисту; методика дослідження рівня агресії Басса-Дарки (Buss-Durkey Hostility Inventory (BDHI)) для визначення фізичної агресії, непрямой агресії, роздратування, негативізму, образи, підозрливості, вербальної агресії, почуття провини; опитувальник «Шкала локусу рольового конфлікту» П. Горностаєва, призначений для вивчення соціально-психологічних закономірностей та індивідуальних утворень особистості, з точки зору рольового підходу; Гіссенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією; опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики для встановлення актуального психологічного симптоматичного статусу (за шкалами симптоматичних розладів: соматизації, внутрішньої конфліктності, депресії, ворожості, фобічної тривожності, параноїдальних тенденцій, психотизму, а також за трьома узагальненими шкалами другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів, індекс наявного симптоматичного дистресу, загальна кількість позитивних відповідей); «Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації» (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ) для оцінки скарг психосоматичного характеру; тест «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та

ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка) дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність); методика «Визначення рівня конфліктостійкості особистості (Н. Фетіскін)», що дозволяє опосередковано визначити рівень конфліктостійкості особистості.

Як базові компоненти структурно-функціональної моделі психосоматичної інтеграції детермінант внутрішньої конфліктності педагогів в освітньому середовищі ЗВО мають місце такі компоненти як психологічний (індивідуально-особистісні властивості особистості, психологічний захист, свідоме та несвідоме в організації психічної діяльності); кірково-підкірковий (специфічні особливості діяльності головного мозку: лімбікоретикулярного комплексу, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи); нейрогуморальний (особливості взаємодії та реагування на конфліктну ситуацію, з урахуванням взаємодії соматичної і вегетативної нервової та ендокринної систем); дисфункція органа чи систем організму (внаслідок дії кількох стресових факторів).

Експериментальною базою дослідження упродовж 2019 – 2021 рр. були Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського та Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. Загальна чисельність вибірки складала 242 особи віком від 17 до 65 років спеціальності 053 «Психологія» та 222 «Медицина».

За допомогою авторського опитувальника шляхом використання кількісних і якісних критеріїв оцінки й за результатами медичного професійно-консультативного висновку (форми № 086) було відібрано психосоматично здорових осіб (118 осіб), які склали контрольну групу (КГ) осіб та зі схильністю до психосоматичних розладів (124 особи), що склали експериментальну групу (ЕГ) осіб, котрі амбулаторно зверталися впродовж досліджуваного періоду до Консультативно-діагностичного поліклінічного центру ВОКЛ ім. М. І. Пирогова у зв'язку зі скаргами психосоматичного характеру. Чисельність експериментальної групи відповідає вимогам до обсягу вибірки, що може підлягати статистичній обробці. Прерогативою даної вибірки є те, що всі групи мають приналежність до освітнього середовища ЗВО – як здобувачі, так і учасники педагогічного процесу, в умовах якого чинними психосоматичними деструкціями є ознаки внутрішньої конфліктності педагогів.

Зокрема, теоретична база дослідження побудована на принципах мультимодальної психодіагностики, на принципах історизму, об'єктивності, науковості, системності та комплексності. У межах цих підходів були застосовані відповідні методи дослідження, зокрема, порівняльно-історичний та проблемно-хронологічний. Важливу роль для проведення структурно-функціонального аналізу зібраних матеріалів, з'ясування причинно-наслідкових зв'язків і проведення необхідних статистичних підрахунків відіграли міждисциплінарні методи

дослідження. Теоретико-методологічний інструментарій, застосований під час написання роботи, ґрунтується на сучасній методології пізнання психологічних явищ і процесів. Його застосування сприяло розкриттю теми дослідження, досягненню поставленої мети й отриманню нових обґрунтованих знань.

У монографії зосереджені основні причини виникнення психосоматичних розладів особистості. Проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми підтримки професійної толерантності педагогів в аспекті професійної безпеки людини. Напрями цього явища визначені в психологічній літературі. Відображено проблеми взаємозв'язку професійного забезпечення та психосоматичних розладів особистості в умовах підвищеної внутрішньої конфліктності.

За результатами дослідження видно перевагу таких психологічних механізмів захисту як раціоналізація (у осіб КГ), проєкція і реактивне утворення (в осіб ЕГ). Психологічний захист являє собою численні неусвідомлені реакції, які ситуативно спрацьовують під час загрози. Незалежно від виду механізму психологічного захисту, відбуваються значні затрати енергетичних ресурсів організму, які виснажують його та призводять до прояву психосоматичних розладів. В умовах підвищеного дискомфорту ці механізми психологічного захисту автоматично вмикаються, несвідомо забезпечуючи ефективні стратегії поведінки. Однак природний захист не варто використовувати часто, навіть в умовах свідомого контролю, адже, виснажуючи свій енергетичний запас, людина наражає себе на небезпеку щодо розвитку низки психосоматичних проблем.

У КГ осіб діагностуємо відсутність агресивної та ворожої поведінки. В аналізі дослідження рівня агресії за методикою Басса-Дарки виділено три групи осіб із підвищеною агресивністю та ворожістю: у першій групі серед високоагресивних осіб переважає фізична агресія (57) та аутоагресія (33); менше виражений негативізм (10). У групі з середньою агресивністю (друга група) домінує аутоагресія (54) та негативізм (26). Третю позицію у цій групі займає фізична агресія (20). Показники за цією групою свідчать про найвищий рівень аутоагресії (45) та негативізму (35). Найменше досліджувані вдаються до фізичної агресії (20). Аналіз результатів дослідження засвідчив про те, що у досліджуваних виражений високий рівень конфліктності та агресії, що провокує внутрішню неузгодженість та нестійкість. Наявність позитивних кореляцій за усіма шкалами цієї методики (фізична агресія, непрямая агресія, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини) свідчить про наявність внутрішньої конфліктності, обумовленої такими особистісними характеристиками як агресивність та ворожість, які й провокують розвиток психосоматичних розладів.

На констатуючому етапі емпіричного дослідження встановлено, що особи з соматичним діагнозом переживають психічні стани у вигляді астеній. Їх емоційні стани не відображають внутрішньої картини захворювання і тому мають неспецифічне походження. Хворі з соматичною патологією відрізняються емоційним вираженням нав'язливих ідей, тривалим пригніченням настрою, психологічним дискомфортом. Представники групи осіб із психологічним патологічним статусом характеризуються підвищеною емоційністю щодо переживань за наявності хвороби, що пов'язано з диференціацією соматичної залежності. Враховуючи психосоматичний елемент в організації розвитку деструктивних розладів, ми в нашому дослідженні акцентували увагу на вивченні механізмів їх виникнення, етіології та патогенезу. На основі проведених клінічних і лабораторних випробувань стверджуємо, що в їх утворенні важливе значення має саме порушення психологічної стійкості особистості.

Також на констатувальному етапі емпіричного дослідження проводилось психодіагностичне обстеження осіб КГ та ЕГ за комплексом методик, валідних виявленим показникам психосоматичних розладів особистості. Проведення якісного аналізу результатів констатувального етапу дослідження дозволило виявити соціально-психологічні особливості зародження та розвитку деструктивної поведінки особистості в умовах підвищеної внутрішньої конфліктності педагогів у ЗВО. Результати, викладені у монографії, свідчать про вплив на психосоматично здорових осіб загальнолюдських цінностей, які визначають сенс життя та стабільність психічних структур особистості. Експериментальні дані виявляють суттєво вищу адаптованість осіб КГ та їх раціональний підхід до життєтворення. Саме тому психокорекційна робота була побудована на формуванні позитивних характерологічних тенденцій гармонійної особистості. Результати формувального експерименту не є предметом даної статті, проте зазначимо, що запропонований підхід дав достатньо високі результати ($t = 0,27$; $p \leq 0,01$).

Досліджувані особи ЕГ проявили переважно песимістичні погляди на життя: відсутність бажань, мрій, інтересу до подій, які відбуваються, безперспективне майбутнє тощо. Зазначимо, що стриманий гнів, пригнічена ворожість, будь-які невиражені агресивні тенденції особистості сприяють розвитку таких хвороб, як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, тиреотоксикоз, гастродуоденіт. Крім того, заблоковані та нереалізовані прагнення до визнання, успіху, уваги оточуючих, задоволення від сексуальних потреб викликають підвищення активності холінергічних структур і сприяє розвитку бронхіальної ядухи, виразкової хвороби, шкірних патологій. Таким чином, зрозумілий взаємозв'язок проблем із соматичним здоров'ям особистості та емоційним виснаженням, нереалізованими мріями, розчаруванням у власних можливостях, залежністю від оточуючих

людей, обставин, подій. За отриманими даними шкали життєвих цілей у психосоматичних хворих виражений акцент на минулому (92%), незадовільна самореалізація, невіра у власні сили, безконтрольність, фаталізм.

Таким чином, виявлено, що психосоматичні розлади впливають на формування внутрішньої конфліктності в педагогів шляхом впливу соціально-психологічних та індивідуально-особистісних чинників. В аспекті подолання цього впливу представлено особливості психосоматичного статусу учасників освітнього процесу у вимірі прояву їх внутрішньої конфліктності, який визначається нами як психологічне та соматичне здоров'я особистості в умовах забезпечення освітнього процесу в ЗВО та за яким побудовано модель психосоматичного статусу за кожною із типових скарг і дисфункцій організму людини.

Запропоновано психокорекційну програму подолання внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів (ПКППВКП) для учасників освітнього процесу та психокорекційний тренінг «Корекційно-релаксаційний тренінг *Recovery of resistance to conflict personality*» для здобувачів освіти, які містили комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості педагога та передбачала оволодіння прийомами довільної психічної і психофізичної саморегуляції стану. Психокорекційний комплекс поєднував прийоми саморегуляції емоційного стану, контролю та зміни соматичних проявів емоцій, прийоми нормалізації психоемоційного стану через фізичний стан тіла – вправи тілесної терапії, прийоми релаксації та зняття психологічних бар'єрів, техніки гармонійного дихання, психофізичне тренування тощо. Розвиток індивідуальних властивостей та психічних функцій особистості, що зумовлюють відновлення психосоматичного здоров'я, передбачав корекцію самооцінки, вивчення сильних сторін особистості, розвиток впевненості в собі, формування вольових якостей, тренування довільної уваги, візуалізацію.

Отримані результати проведеного дослідження підтверджують ефективність авторської психокорекційної програми «Подолання внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів» та сприяють підвищенню здатності особистості до конфліктостійкості, основні резерви якої емпірично показують залежність від психологічних засобів корекції й тренінгового забезпечення щодо розвитку та формування конфліктологічної компетентності в здійсненні педагогічної діяльності, чим і підтверджено другу гіпотезу дослідження.

Практичне значення результатів дослідження визначається тим, що отримані у ньому результати можуть бути використані для діагностики та корекції індивідуальних особливостей внутрішньої конфліктності особистості із

соматичними порушеннями; з метою удосконалення заходів, спрямованих на подолання конфліктогенних ситуацій у складних умовах навчально-виховного процесу та реалізації життєвих цілей; у розкритті взаємозв'язків індивідуального розвитку в умовах дезадаптації особистості й психосоматичного здоров'я та походженні симптоматики, що імітує тілесну патологію й пояснюється механізмами конверсії за відсутності адаптивного психологічного захисту; у навчально-методичному забезпеченні викладання практикуму щодо розв'язання практичних психологічних проблем; у превентивній роботі щодо забезпечення психологічного здоров'я населення України.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання результатів дослідження та корекційної програми психологами, викладачами, соціальними працівниками у роботі з подолання внутрішньої конфліктності в ситуації психосоматичного порушення.

Таким чином, під час констатуючого дослідження ми розкрили психологічні особливості становлення і розвитку передумов деструктивних чинників в умовах підвищеної внутрішньої конфліктності педагогів та її клінічні прояви. А також виділити реальні психосоматичні причини зародження і розвитку порушення психологічної стійкості особистості на етапі проведення психодіагностичного експерименту у майбутніх фахівців.

Розкрито критеріально-результативну складову психопрофілактики і психотерапевтичної допомоги психологічних розладів особистості, яка спрямована на підвищення рівня готовності майбутніх фахівців до безпеки професійної самореалізації та критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивно-особистісний, творчо-діяльнісний, рефлексивно-регулятивний) оцінювання рівня сформованості готовності майбутніх фахівців до професійної самореалізації. Реалізовано психокорекційну програму, яка містила комплекс тренувальних вправ, спрямованих на підвищення психологічної культури, розвиток самопізнання, самоактуалізацію, вдосконалення рефлексивних характеристик особистості, і передбачала оволодіння прийомами довільної психічної та психофізичної саморегуляції стану.

Визначені критерії й показники допомагають підкреслити значимість професійної самореалізації хворих із психосоматичними розладами й надають змогу здійснити початкову діагностику досліджуваної якості; обґрунтувати психологічні умови формування цієї якості та провести підсумкове діагностичне дослідження з метою визначення ефективності експерименту.

Результати дослідження надали можливість зробити висновок, що *підвищена внутрішня конфліктність* в ситуації психосоматичного порушення обумовлена ієрархією agile-ретроспектив (цілеспрямованість, життєрадісність, енергійність, наполегливість, терпіння, ентузіазм, сміливість, толерантність,

безпеку тощо), які сприяють урівноваженості та адаптації людини у сфері педагогічних послуг, і, навпаки, спричиняють дезорієнтацію особистості в перспективі їх відсутності. У висновках експериментальні дані виявляють суттєво вищу адаптованість осіб контрольної групи та їх раціональний підхід до життєтворення.

Практичне значення дослідження визначається тим, що одержані в ньому результати можуть бути використані для діагностики та корекції індивідуальних особливостей фахівців різних професій із психосоматичними розладами; з метою удосконалення заходів, спрямованих на подолання стресогенних ситуацій у складних умовах трудової діяльності та реалізації життєвих цілей; у превентивній роботі щодо забезпечення психологічного здоров'я населення України.

Отже, завданням сучасної педагогічної освіти є високопрофесійна підготовка молоді до сучасних і майбутніх ринкових відносин, орієнтація у свідомості власного вибору та конкурентоспроможності, у збереженні культури безпеки усіх сфер життєдіяльності людини, її спроможність бути гідним громадянином і патріотом українського суспільства, забезпечувати сталий розвиток держави.

Сподіваємось, що монографія стане корисною всім, хто переймається проблемою збереження здорового способу життя особистості та професійної безпеки на виробництві кваліфікованих майбутніх фахівців. Вона може зацікавити у першу чергу викладачів ЗВО, кураторів, психологів, лікарів, спеціалістів, що працюють у галузі післядипломної освіти.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВНУТРІШНЬОЇ КОНФЛІКТНОСТІ ПЕДАГОГІВ У СИТУАЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

В умовах глобалізаційних і євроінтеграційних спрямувань відбувається реформування освіти в Україні. Досить специфічними в освітньому середовищі є зміни, які впливають на особистість педагога. Їх наслідком є спектр психологічних проблем в організації педагогічного процесу у закладах вищої освіти, який характеризується протиріччями між виробничими нормами, вимогами та традиціями, між прагненням до вдосконалення, самоствердження і творчим зростом, протиріччям щодо отримання прибутків, моральними цінностями та самоздійсненням, результатом чого спостерігається підвищене суспільне напруження і внутрішня конфліктність, схильність до нав'язливих думок, накопичення невиражених емоцій тощо. Вони є фактичними перепонами в реалізації власних можливостей, свободи людини та її соціальною обмеженістю.

Подібні психологічні налаштування відображають внутрішню позицію людини до світу, її компетентність знецінюється на ринку праці та конкурентоспроможності. В основі дилеми цих невіршених особистісних конфліктів, які не завжди легко зрозуміти, розвиваються психосоматичні захворювання. Їх важко діагностувати й неможливо передбачити. За даними ВООЗ близько 40% осіб, які звертаються за допомогою до лікаря у терапевтичних стаціонарах, мають психосоматичний статус у патогенезі захворювання. Кожен із цієї групи осіб в генезі психосоматики має внутрішню конфліктність [354]. Саме тому постать викладача, в контексті актуальності цієї проблеми, є ключовою. Сучасний педагог повинен не тільки володіти уміннями та навичками подолання підвищеної внутрішньої конфліктності, а й уміти досконало презентувати власний об'єм знань, продукувати професійну толерантність та ефективно співпрацювати в умовах освітнього процесу.

Виникає потреба у виявленні та конкретизації чинників, які б сприяли збереженню психосоматичного здоров'я людини та саморозвитку в професійній діяльності педагогів, що й зумовило мету та завдання нашого дослідження.

1.1. Проблема внутрішньої конфліктності у взаємодії учасників педагогічного процесу

В сучасному світі змін і реформування, в епоху панування соціальних мереж та постмодернізму конфліктна взаємодія між людьми набуває особливої артикуляції. Процеси глобалізації спричиняють сутички інтересів між різними людьми, країнами та континентами, які стають звичайним явищем, внаслідок чого на рівні особистісного формування все більше з'являється невизначеності, апатичності, складності та інформаційного оглушення як джерела супротиву та кризи масовості. Суперечки та непорозуміння вже не претендують на істинність, а знання набувають значення унікальності тільки для обраних. У пріоритеті більшої значимості набувають уміння та навички, спрямовані на врегулювання власних життєвих перспектив. Внутрішньоособистісна конфліктність як індивідуальна риса характеру з кожним роком набуває все більше значимості в аспекті інтенсивності змін суспільного функціонування, які потребують трансформації та перетворення. Дестабілізація внутрішнього світу особистості зумовлена невідповідністю власних очікувань і можливостей щодо їх реалізації.

В основі теоретико-експериментальної бази для розуміння психологічної сутності та природи внутрішньоособистісних конфліктів у вітчизняній психології праці А. Анцупова [1], А. Бандурка [23], Н. Васильєва [30], І. Візнюк [97], П. Горностай [49], Н. Гришиної [56], С. Ємельянова [74], А. Желєзко [79], А. Ішмуратова [102], Л. Кіржнер [116], Т. Кушнірук [119], Г. Ложкин [135], Є. Потапчука [181], М. Примуш [187], Л. Скібіцької [189], М. Тимофієвої [204] та ін. Тенденції внутрішньоособистісної конфліктності висвітлюються в дослідженнях Л. Балабанової та К. Савельєвої [26]. В аналізі зарубіжної та вітчизняної літератури ключовим поняттям у контексті проблеми внутрішньоособистісної конфліктності є поняття суперечності. Ототожнюючи проблему виникнення

внутрішньоособистісних конфліктів із особистісною суперечністю у діяльності, з одного боку, та між індивідуальними утвореннями – з другого.

Загальнотеоретичні проблеми внутрішньоособистісної конфліктності у психології нині досить різносторонньо розкриваються в емпіричних дослідженнях. Значний цикл робіт зумовлений вивченням афективної сторони механізму внутрішньоособистісних переживань, а саме: з позицій обґрунтування проблеми професіоналізації особистості в аспекті дослідження внутрішніх її розбіжностей інтересів займалися Г. Ложкін [135], М. Войтович і Л. Карамушка [40], Т. Щербина [236] та ін. В аналізі зарубіжної джерельної бази представлено окремі концепції внутрішньоособистісного конфлікту в контексті мотиваційної невідповідності установок особистості, а не в ракурсі цілісної структурованості. Л. Ярослав пропонує дві домінантних парадигми в дослідженні мотивації конфлікту: гомеостатичну та когнітивну [238]. *Гомеостатичний підхід* найбільш чітко показаний у дослідженнях біхевіористичного та психоаналітичного напрямів у концепції поля К. Левіна [308, 337].

О. Чала стверджує, що *механізм* утворення внутрішньоособистісного конфлікту полягає у тому, що мотив стає несвідомим, оскільки він притлумлюється у свідомості іншими мотивами, які пов'язані із реальними або штучними заборонами. Проте він шукає задоволення обхідним шляхом, у таких символічних образах, котрі прямо і безпосередньо не протистоять соціальним нормам і заборонам. Ці прояви, в залежності від значимості, гостроти і тривалості, являють собою класичне розуміння невротичних проявів внутрішньоособистісного конфлікту [230].

У працях *біхевіористичного спрямування* актуальною є формальна типологізація поведінкових показників внутрішньоособистісних конфліктів. Згідно з *теорією когнітивного дисонансу* увагу акцентовано на вивченні когнітивних процесів до і після прийняття особистістю рішення. За психологічною теорією рішень, ефективним є вивчення природи невизначеності в ситуації прийняття рішення. В. Менделевич виокремлює

внутрішньоособистісний конфлікт як несумісність у зіткненні протилежних установок особистості [170].

Таким чином, *внутрішньоособистісний конфлікт* – це конфлікт у межах психологічного світу особистості, в основі якого зіткнення її протилежних мотивів (цінностей, потреб, інтересів, ідеалів, цілей). Він протікає у вигляді тяжких страждань, які супроводжуються нав'язливими страхами, депресивністю почуттів, стресом, і спричиняє невроз. Переживання особистістю власної неоднозначності, невміння у вирішенні життєвих проблем, складність і суперечність структурованості внутрішнього світу, мінливість усвідомлення власних бажань, домагань і прагнень, іноді неможливість їх реалізації, боротьба мотивів, коливання й сумніви розкривають діапазон поля внутрішньоособистісного конфлікту. Однак саме такий конфлікт природно характеризує дилему внутрішньої структури особистості як нормальне явище. Внутрішні суперечності та боротьба мотивів особистості зазвичай проходять у межах норми та не порушують її гармонійність, але іноді в пріоритеті саме ця боротьба визначає психосоматичний статус і показники життєдіяльності людини [169, 177].

В основі особистісного конфлікту можуть бути психосоматичні розлади. Динаміка перетворення внутрішнього конфлікту на його соматичний прояв варіює від кількох днів до кількох років. Перехід від психічного переживання до соматичного статусу розвитку хвороби зазвичай визначається ситуативністю подій як психотравмуючого фактора, що підсилює травму, а також типовістю реакцій суб'єкта [180, 181].

Ґрунтуючись на вищерозглянутих різноманітних підходах у розумінні сутності внутрішньоособистісних конфліктів, зазначимо, що гостре, критичне переживання та самовідчуття людини, обумовлене боротьбою структур внутрішнього світу особистості, й виокремлює суперечливі зв'язки з соціальним оточенням і перешкоджає прийняттю адекватного рішення щодо активних дій його реалізації. Інакше кажучи, *внутрішньоособистісний конфлікт* – це постійна боротьба протилежних тенденцій у витоках свідомості одного індивіда. Отож,

внутрішньоособистісний конфлікт пов'язаний із переживаннями у формі психоемоційної напруги, яка виникає внаслідок психотравмуючих ситуацій та являє собою дилему у виборі, сумнівах і боротьбі власних інтересів.

Внутрішньоособистісна конфліктність – це переживання неадекватності людиною у нездатності дій у пошуку вірного рішення, яка некомпетентна у вирішенні власних проблем. Зведення конфліктності до проблемності лежить в основі її вирішення: будь-який конфлікт може бути розв'язаним у разі адекватного перетворення конфліктної ситуації в адекватні дії його подолання [1, 56].

Специфіка педагогічних конфліктів полягає у тому, що внутрішньоособистісна конфліктність між паритетними мотивами маскується у міжособистісну форму прояву: напр., «я не здатен вирішити дану ситуацію тому, що вони мені заважають її вирішити». Тенденція маскування ґрунтується на умовах паритетності, коли особистісні мотиви мають рівні умови щодо існування та значимості для суб'єкта. Отож, особливістю педагогічної конфліктності є маскування та паритетність мотивів. Для забезпечення паритетності найбільш ефективним є розведення рівносильних позитивних чи негативних уподобань по різні боки їх значимості та об'єктивне висвітлення власних можливостей щодо реалізації у життя. Саме в цьому полягає компетентність педагога у подоланні власної конфліктогенності як риси характеру або стійкої установки на майбутнє [181, 185, 186].

Ставлення педагога до світу, до оточуючих і до себе самого носить досить суперечливий характер, обумовлений спотвореністю внутрішньої структури особистості на етапі формування деструктивних чинників психіки. Людина як приналежність до соціуму не може «вискочити» із цілісної системи суперечливих міжособистісних відносин, котрі детермінують її свідомість, психічний настрій та й увесь внутрішній світ. Саме тому до основних причин виникнення внутрішньоособистісних конфліктів віднесено: внутрішні причини, що обумовлені протиріччями самої особистості; зовнішні причини, які

характеризують статус особистості в громаді, та зовнішні причини, які обумовлені положенням особистості в соціумі [187, 189].

Детермінанти внутрішньої суперечності людини є взаємозалежними, а їх диференціювання – досить умовним. Мається на увазі те, що, по суті, саме одиничні причини в генезі загальної конфліктності відображають діалектичний взаємозв'язок між категоріями, що пояснюють їх умовність. Наприклад, внутрішні чинники конфліктності є результатом взаємодії особистості з зовнішнім оточенням і не виникають самі по собі, нізвідки. Головним чинником підвищеної конфліктності на рівні особистості лежить проблема вибору. Людині практично важко обрати один із кількох варіантів дій у таких моделях поведінки як вибір між розкішшю та коханням, особистим життям і кар'єрним зростом, родиною чи визнанням тощо. В основі цієї дилеми присутні такі характеристики прояву внутрішньої конфліктності: порушення структури самого конфлікту (відсутні елементи дискусії) – людина наче сама з собою веде діалог, суперечить собі, доводить правильність рішення згідно з власним розсудом; специфічність форм перебігу внутрішнього конфлікту (переживання, породжені страхом, депресією і стресом); психодіагностично наявність цього конфлікту можливо констатувати лише за непрямими ознаками (тужливий настій, загальмованість, неохайність, замкнутість та ізольованість) тощо. Врешті-решт, в оцінці рівня внутрішньоособистісної конфліктності важливими є ознаки прояву в таких сферах:

- когнітивній сфері (безвихідь ситуації, знижена самооцінка, сумніви в істинності дій та вчинків, затримка ухвалення рішення);
- емоційній сфері (негативний емоційний фон та настрій);
- поведінковій сфері (втомлюваність, виснаженість у виконанні діяльності, відсутність задоволення від життя);
- інтегральних показниках (зниження рівня адаптованості в соціумі та стресостійкості) тощо [191, 192, 193].

А. Налчаджян вважає, що у разі переживання внутрішнього конфлікту, коли людина не здійснила вибір у прийнятті рішення, то у її психічному житті

характерними є такі когнітивно-емоційні механізми як самопізнання, із метою пошуку оптимального виходу із конфліктної ситуації та прийняття відповідного рішення, і психологічний захист, головна мета якого – пом'якшення конфліктних переживань й створення психологічного комфорту [171, с. 302]. Вони представлені як способи захисту особистості від внутрішніх і зовнішніх стресорів і дезорганізуючих переживань. У контексті їх переоцінки (реінтерпретації) можливі зміни щодо значимості факторів емоційної загрози. Психологічний захист стимулює уникнення психотравмуючої реальності (репресія) та виключення її із спогадів людини (заперечення), трансформує реальність (раціоналізація) у компенсаторне русло дій. Таким чином, плинність внутрішніх почуттів спрямовано в зовнішній світ (проєкція), що відокремлює негативні почуття (ізоляція) від справжніх налаштувань особистості. Отож, захисний процес обумовлений інформаційною узгодженістю, що надходить ззовні, а уявлення людини про саму себе та оточуючий світ забезпечують її внутрішній комфорт.

Більшість дослідників стверджують [171, 181], що психологічний захист начебто спотворює реальність, але він є необхідним, оскільки особистістю знецінюється дія психотравмуючих факторів, які тимчасово видаляються із свідомості. Вони сприяють соціально-психологічній адаптації людини й продовжують діяти протягом її життя. Деструктивними чинниками психологічні захисти постають лише за умов надмірної інтенсивності внутрішнього конфлікту та ригідності особистості.

Отже, *конфліктність особистості (КО)* визначається комплексною взаємодією психологічних (психологічна стійкість, темперамент, особистісна конфліктність, рівень агресивності й т. п.), соціально-психологічних (морально-етичні цінності, соціальні установки, компетентність у спілкуванні та ставлення до опонента) і соціальних факторів (умови життєдіяльності, соціальне оточення, можливість задоволення потреб і побажань).

Внутрішньоособистісна конфліктність (ВК) визначається нами як зіткнення на індивідуально-особистісному та соціально-психологічному рівнях конкурентних

чи несумісних потреб, інтересів, мотивів, цілей, дій і вчинків у характерологічному вимірі. Такий конфлікт завжди супроводжується внутрішньою невизначеністю, страхом перед майбутнім, ситуативною тривожністю й особистісною невірноваженістю емоцій та вчинків [23, 97, 135].

У конфліктах педагогічної взаємодії потрібно враховувати прагнення до самоствердження, у контексті чого прихований пошук самого себе, який часто не усвідомлюється викладачем. Шлях до самоутвердження можливий не тільки через агресивне представлення подій, а й опірності власній агресивності, яка забезпечить компетентність особистості в конструктивному підході щодо вирішення конфліктів. У класифікації різновидів внутрішньоособистісних конфліктів О. Chaban & О. Khaustova у своїй книзі «Психологія індивіда та групи» виділяють три таких типи (табл. 1.1) [258].

Таблиця 1.1

Класифікація різновидів внутрішньоособистісних конфліктів в освітньому середовищі ЗВО

Види ВК	Особливості прояву ВК	Приклад ВК	Наслідки ВК
Конфлікт потреб	Протиставлення потреб людиною	Заборона педагогами деяких дій магістрів через об'єктивні причини	Конфлікт невизначеності у потребах
Конфлікт між потребою і соціальною нормою	Протиріччя між Воно і Супер-Я (за Фрейдом)	Заборони Супер-Я, які особистість вже засвоїла	Конфлікт «сліпих» інстинктів (сексуальних, агресивних)
Конфлікт соціальних норм	Протидія протилежних соціальних норм	Соціальні заборони	Конфлікт честі та гідності

Саме наявність будь-якого конфлікту має стимулювати кожну людину до пошуку результативного виходу з психологічної кризи, безвиході та протиріч,

шляхом прийняття ефективного рішення і викорінення проблеми. В аспекті цього виділяємо навчальні та міжособистісні різновиди конфліктної взаємодії. Вони зазвичай слугують перешкодами під час педагогічного спілкування, адже дезактивують порозуміння між співрозмовниками, спричиняють кривду та ворожнечу, спробу довести тільки власну правоту тощо. У виникненні педагогічного конфлікту серед учасників освітнього процесу варто керуватись вирішенням єдино правильним, але не завжди легким шляхом згоди [263, 274].

Більш повна класифікація ВК представлена в роботах А. Анцупова та А. Шипилова, в основі якої конфлікти ціннісно-мотиваційної сфери особистості [8, с. 145]. В залежності від того, які сторони є доміантними у сфері внутрішньої конфліктності особи, вони виділяють такі види конфліктів (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Класифікація внутрішньоособистісних конфліктів

за А. Анцуповим та А. Шипиловим

№ п/п	Різновид ВК	Характеристика ВК
1	Мотиваційний конфлікт	Конфлікт між несвідомими прагненнями
2	Моральний конфлікт	Конфлікт між бажанням і обов'язком
3	Конфлікт нереалізованого бажання або комплексу неповноцінності	Конфлікт між бажаннями особистості та дійсністю
4	Рольовий конфлікт	Внутрішньорольовий та міжрольовий внутрішній конфлікт
5	Адаптаційний конфлікт	Конфлікт між вимогами, які висувають до особи, та її можливостями
6	Конфлікт неадекватної самооцінки	Розходження між претензіями особистості та оцінкою своїх можливостей
7	Невротичний конфлікт	Протистояння внутрішніх сил і мотивів

Вищезазначені різновиди конфліктів не вичерпують їх повну класифікацію. Представлено ще деякі класифікації особистісних конфліктів, такі як [30, 49, 56, 116]:

1) конфлікт між мораллю і совістю за Ф. Достоєвським (між потрібним і необхідним, між мораллю та дійсністю);

2) конфлікт між біологічними потребами людини, емоціями і соціальними нормами згідно з поглядами З. Фрейда (біологічний і біосоціальний чинники розвитку конфлікту);

3) конфлікт К. Левіна, зумовлений необхідністю вибору між силами рівної величини, які діють на особу;

4) конфлікт між «Я-концепцією» та ідеальним «Я» в аспекті теорії К. Роджерса;

5) конфлікт між прагненням до самореалізації та реальним результатом за А. Маслоу;

б) конфлікт між елементами внутрішньої структури особистості та її мотивами у витоках праць Ч. Ликсон [132, с. 302].

У структурі внутрішньоособистісної конфліктності виділено такі форми її прояву (табл. 1.3) [131, 135, 137].

Таблиця 1.3

**Форми прояву внутрішньоособистісної конфліктності та їх
симптоматична характеристика**

Форми прояву ВК	Симптоматична характеристика
Неврастенія	Головний біль, тривале пригнічення настрою, зниження працездатності; поганий сон
Ейфорія	Підвищена веселість й емоційна розвантаженість, неадекватна ситуації (сміх крізь сльози)
Регресія	Відсутність відповідальності, використання примітивних форм поведінки
Проекція	Проектування негативних якостей на інших
Номадизм	Часта зміна друзів, звичок, місця проживання, захоплень
Раціоналізм	Самовиправдовування (пояснення) власних дій і вчинків

І. Візнюк стверджує, що самоусвідомлення особистістю своєї сутності як цілісної структури, активація процесів індивідуального розвитку дозволяють сформуванню життєві тактики, спрямовані на збереження та відновлення власного здоров'я. Оптимальне співвідношення структурних компонентів особистості й

підтримка ієрархічної субпідрядності рівнів забезпечує збереження основних внутрішньопсихічних зв'язків, стійкість і стабільність психіки на даному етапі розвитку (структурний аспект здоров'я). Разом з тим динаміка взаємодії цих компонентів і ступінь узгодженості основних психічних процесів визначає своєрідний характер становлення індивіда цілісною й унікальною індивідуальністю (динамічний або процесуальний аспект здоров'я) [42, 47].

Здорова особистість характеризується впорядкованістю й співвідпорядкованістю складових її елементів з одного боку та узгодженістю процесів, що забезпечують цілісність і гармонійний розвиток, з іншого. При цьому здоров'я є тим вагомим показником, що характеризує особистість у її цілісності, є необхідною умовою інтеграції усіх складових особистостей у єдину неповторну гармонійну Самість [43].

Відомо, що в одній особистості можуть існувати декілька взаємопов'язаних потреб, інтересів, цілей та цінностей. Всі вони соціально зумовлені індивідуально-особистісними чинниками, оскільки їх задоволення пов'язано з потребами людини в системі відповідних соціальних відносин. Отож, внутрішньоособистісний конфлікт відносимо до соціального конфлікту, різновидом якого є конфлікти педагогічної взаємодії. Саме тому до ситуацій, які викликані внутрішньоособистісним конфліктом, відносимо й конфлікти в освітньому середовищі між учасниками й здобувачами освіти [48, 49, 50].

Таким чином, педагогічний конфлікт зумовлений неусвідомленим внутрішнім конфліктом, в основі якого лежать не повністю розв'язані конфліктні ситуації із минулого досвіду, про які вже забуто. Але на підсвідомому рівні ця конфліктна взаємодія із минулим представлена у вигляді нерозв'язаних проблем й зумовлена нездатністю їх вирішувати знову. Для активації внутрішнього переосмислення неусвідомленого особистісного конфлікту зазвичай ефективними є обставини, схожі з минулим. У реальній життєдіяльності педагогів зовнішні та внутрішні причини особистісних конфліктів тісно взаємопов'язані, й тому їх важко розрізнити. До подібних ситуацій відносимо

сімейно-побутові, фінансові (незадоволеність оплатою праці), несприятливі умови праці (відсутність вентиляції, шум, вібрація, протяги, дискомфортна температура в кабінеті викладання), недоліки в організації праці, конфліктогенні організаційні структури тощо. Таким чином, у «чистому вигляді» особистісний конфлікт педагога в освітньому середовищі ЗВО не існує. Цей конфлікт завжди характеризується деструктивними чинниками з минулого та результатами впливу оточуючого середовища на особистісні внутрішні структури.

До конфліктних особистостей у педагогічному колективі В. Сперанський відносить два типи підбурювачів, такі як конфліктуючі та конфліктогенні особи. Представників *першої групи* він характеризує як постійних опонентів у існуючій конфліктній взаємодії, які здатні до управління власним життям і вирішенням міжособистісних проблем. Їх не стільки цікавить пошук істини в розвитку суперечності, скільки власна, відмінна від інших позиція. З ними важко працювати в одному колективі, але саме вони стимулюють активність інших у пошуках істини. До *другої групи*, згідно з автором, входять конфліктогенні особистості з великим егоцентризмом, завищеною самооцінкою і вмінням втиратися у довіру. Однак вони не здатні до співпереживання та самовіддачі, що не дозволяє протягом тривалого часу підтримувати дружні взаємозв'язки та добросовісно співпрацювати. Взаємодіючи з оточуючими людьми, конфліктогенні особистості первинно є джерелом емоційних конфліктів [156, 160].

Отож, внутрішньоособистісні конфлікти мають негативні та позитивні наслідки в контексті педагогічної взаємодії. Внутрішня конфліктність сприяє посиленню напруги, й при перевищенні визначеної порогової величини відбувається психологічний вибух, що супроводжується психосоматичними розладами. Людина залишається сам на сам із власною невизначеністю, емоційною спустошеністю і зниженою душевною рівновагою. У такому стані вона не здатна до прийняття рішень. До негативних функцій внутрішньої конфліктності відносимо такі [161, 162]:

- становлення стереотипів в організації педагогічної діяльності (шляхом маніпулятивного самоствердження у досягненні власних побажань);
- погіршення міжособистісної компетентності у спілкуванні з оточуючими (руйнування комунікативної активності у взаємовідносинах із оточуючими, невміння співпереживати);
- зниження привабливості праці (зниження її продуктивності);
- неадекватність (у сприйнятті власних проблем);
- наростання конфронтації (прагнення у домінуванні над іншими) тощо.

Негативні наслідки конфлікту супроводжуються виникненням стресу, неврозів, загальною психологічною оглушеністю людини та підвищеною агресивністю, яка спрямована на об'єкти, котрі не мають ніякого відношення до цієї ситуативної конфліктогенності. *Позитивний ефект конфлікту* забезпечується у пошуку шляхів щодо реалізації власної мети – наявність перепон мобілізує сили в подоланні перешкод і стимулює особистісний розвиток педагога. Внутрішньоособистісний конфлікт адаптує особистість до самореалізації у складних умовах життя та сприяє підвищенню стресостійкості організму. Позитивно вирішені проблеми загартовують характер і формують життестійкість у подоланні труднощів [165, 169].

Позитивне вирішення конфлікту полягає в усуненні джерел і причин його виникнення. До основних функцій внутрішньоособистісної конфліктності належать [41, 49, 57]:

- регулятивно-розвивальна (конфлікт спонукає до змін, засвоєння інновацій, що сприяють удосконаленню системи взаємовідносин особистості з оточуючим світом);
- інформаційно-об'єднувальна (сприяє самопізнанню особистості, стимулює рефлексію й розуміння);
- об'єднання та структуризація (орієнтує особистість на міжособистісну взаємодію, структуризацію у соціальних групах);

- стимулювання активності (підвищення внутрішньої активності людини, зняття «синдрому покірності»);
- стимулювання особистісного зростання (сприяє самопізнанню та усвідомленню власної відповідальності за власне життя і самореалізацію);
- психотерапевтична (орієнтована на самодопомогу під час конструктивного врегулювання непорозумінь);
- психодіагностична (провокативна, та, що створює умови для саморозвитку особистості педагога в освітньому середовищі ЗВО).

Зважаючи на вищезазначене, зауважимо, що внутрішньоособистісна конфліктність серед викладачів освітнього середовища ЗВО полягає у наявності внутрішніх протиріч та протидії, які викликані переважно невідповідністю рівня індивідуально-психологічної компетентності педагога у вирішенні власних конфліктів і реально існуючої навчально-виховної ситуації, які обумовлені певним соціально-психологічним бар'єром, у подоланні якого підвищується особистісний розвиток викладача. Головною відмінністю педагогічної конфліктогенності є надмірна емоційна напруга у зіткненні власних інтересів педагога в освітньому середовищі. Співучасники педагогічних конфліктів відрізняються наполегливістю у відстоюванні власної думки та надлишковою дидактичністю на рівні міжособистісних відносин у координатах освітнього простору. Це суб'єкти конфліктної взаємодії, котрі в діадному (кожна з сторін має власні цінності, симпатії та позиції) зіткненні інтересів продукують емоційну невірноваженість та напруження. Відкритість такого конфлікту обумовлена антипатією емоційних стосунків між людьми, які тісно переплетені педагогічною взаємодією [1, 74, 79, 102].

Основні причини такої взаємодії представлені у працях таких дослідників [1, 56, 119, 204]:

- 1) проблеми викладача, які пов'язані з невмінням організувати педагогічний процес діяльності здобувачів освіти;

2) негативна комунікація викладача (стигматизація ярликів успішності серед здобувачів вищої освіти, власних їх відбір на «хорошистів» і «невстигаючих»);

3) маніпулювання (завданнями, ІКТ-засобами, стимулами похвали та заохочення) в оцінюванні здобувачів освіти;

4) особистісні негативні риси характеру викладача (агресивність, неврівноваженість, грубість у спілкуванні з магістрами, зайва дратівливість, мстивість, безпорадність, самовдоволення);

5) неспроможність в організації дружнього середовища серед здобувачів вищої освіти (слабкість організаційних здібностей викладача);

6) невміння викладачем прогнозувати поведінку підопічних у створенні ними перешкод;

7) прагнення педагога в усталенні власного авторитету аж до розпалювання конфлікту.

Таким чином, конфліктогенність поведінки педагога характеризується динамічним процесом міжособистісної конфліктної взаємодії, який у процесі зростання наповнюється новими змістовими утвореннями (часто негативними), виникненням деформаційних змін у психологічному профілі, стереотипізації тощо. В аспекті вирішення внутрішньоособистісного конфлікту в умовах освітнього середовища ЗВО існує два основних шляхи його подолання: шляхом заміни об'єктивної ситуації (переструктурування обсягу навчального навантаження, згідно з можливостями викладача, і вдосконалення розкладу занять тощо) та через трансформацію суб'єктивної педагогічної позиції педагога й позиції магістрів у ситуації в освітньому середовищі. Важливо знайти точку супротиву в задоволенні інтересів обох сторін. У випадку позитивного вирішення конфлікту відбувається мобілізація розумової компетентності у подоланні як внутрішньої, так і міжособистісної конфліктності.

Конфліктологічна компетентність формується під час оволодіння знаннями про зміст і сутність конфліктної взаємодії. Водночас зазначена

компетентність не завжди обумовлена системою знань про конфлікти, а тому й передбачає активний вплив формування ціннісно-мотиваційної сфери педагога щодо їх перебігу. У цьому сприятимуть знання із медичної психології, а саме: відомості про індивідуально-типологічні утворення особистості, її схильність до психосоматичних розладів і деструкцій психіки, психалгії, парестезії, психопатії в умовах соціального оточення, ціннісно-мотиваційну сферу, групові норми поведінки, стилі керівництва, рольову поведінку, особливості вербального та невербального спілкування [60, 64, 65].

Конфліктологічна компетентність педагога тісно пов'язана з його знаннями та вміннями і психолого-педагогічною організацією. Кожен викладач повинен уміти ефективно застосовувати різні психологічні та педагогічні впливи щодо підвищеної конфліктності в умовах освітнього середовища ЗВО. Серед основних способів запобігання педагогічного конфлікту відзначимо такі напрямки: ідеологічні, що знімаються шляхом досягнення консенсусу (згоди) викладача та здобувачів освіти; амбіційні, що підкреслюють значущість особистості в пізнанні іншої людини; етичні – в розкритті норм ділового етикету та правил внутрішнього розпорядку навчального закладу [66, 67].

В. Сухомлинський так пише про конфлікти у школі: «Конфлікт між педагогом і дитиною, між учителем і батьками, педагогом і колективом – велика біда школи. Найчастіше конфлікт виникає тоді, коли вчитель думає про дитину несправедливо. Думайте про дитину справедливо – і конфліктів не буде. Уміння уникнути конфлікту – одна зі складових частин педагогічної мудрості вчителя. Попереджаючи конфлікт, педагог не тільки зберігає, а і створює виховну силу колективу» [69, 72].

В освітньому середовищі ЗВО виділяють переважно рольові або організаційно-структурні внутрішні конфлікти [1, 56]. Вони являють собою конфлікти, які зумовлені виконанням дисонансних соціальних ролей між людьми або внутрішньою несумісністю між ролями самої особистості чи компонентами ролі в однієї людини. Цей конфлікт обумовлений зовнішніми та

внутрішніми чинниками. *Зовнішній рольовий конфлікт* спричинений протиріччями між реальною невідповідністю ролей поведінки людини та її рольовими очікуваннями з боку соціуму. Конфлікт виникає у ситуації, яка є несприятливою в оцінці соціальної взаємодії, котру вона повинна відгравати згідно зі своїм статусом у групі, або ж у разі несприйняття соціально-рольових стереотипів і норм, прийнятих в суспільстві [56, 59, 72].

Внутрішній рольовий конфлікт спричинений у такому випадку протиріччями між рольовою поведінкою особистості та її суб'єктивним уявленням про власну роль у суспільстві. Конфлікт виникає внаслідок того, що людина приймає власну психологічну роль лише зовні, на рівні своєї поведінки, але не сприймає її на рівні особистісних переживань, саме й тому не спроможна вважати своєю. У ситуації внутрішнього рольового конфлікту існує реальна можливість виникнення вимушеної психологічної ролі, яка прийнята під тиском зовнішніх чинників. Такий конфлікт виникає й тоді, коли до однієї ролі долучаються суперечливі очікування з боку різних суб'єктів чи груп, що саме неможливо задовольнити одночасно [59, 75].

В аналізі неформальних рольових взаємин соціальний рольовий конфлікт виникає тоді, коли існує невідповідність вимогам нової ситуації щодо рольових взаємин, які склались у групі, що виражається у таких суперечностях [77, 81, 97]:

- 1) функціональних (супротив у розподілі влади, прав та обов'язків);
- 2) операціональних (протиріччя у способах взаємодії людини в новій рольовій структурі, яка визначає якість комунікативних процесів і стиль ведення переговорів і дискусії);
- 3) внутрішньоособистісних (невідповідність у рольовому наборі одного з членів групи).

Освоювана людиною нова роль може бути не завжди сумісною із ролями, які вона виконувала попередньо й продовжує реалізовувати в інших сферах взаємодії. Рольові взаємини, таким чином, являють собою лише компонент психічного життя самої групи, до того ж, це лише один із типів взаємин. Цілісна

картина розвитку самої групи не зовсім розкрита, й тому доводиться управляти кожним компонентом її розвитку окремо. Варто зазначити, що концепція рольового розвитку досить динамічна [49, 120, 122]. Рольові взаємини в педагогічній групі розвиваються дискретно, під впливом чинників навколишнього середовища. Динаміка їх розвитку обумовлена порушенням ролевої рівноваги стресогенами зовнішнього середовища й завершується її відновленням шляхом позитивної інтерпретації подій кожним із членів групи.

Серед потенційно конфліктогенних педагогічних ситуацій можна виділити такі: ситуації (чи конфлікти) діяльності, що виникають із приводу невиконання здобувачем освіти навчальних завдань, успішності, позаурочної діяльності; ситуації поведінки, що виникають із приводу порушення магістром правил поведінки; ситуації відносин, що виникають у сфері емоційно-особистісних відносин учасників освітнього процесу та здобувачів освіти, у сфері їхнього спілкування у процесі педагогічної діяльності. До особливостей педагогічних конфліктів відносимо: професійну відповідальність викладача за педагогічно коректне розв'язання ситуації (адже навчальний заклад, у якому навчається дитина, несе відповідальність за її психологічне благополуччя); модель суспільства, де магістри засвоюють соціальні норми та відносини між людьми [153, 160].

Варто пам'ятати, що всяка помилка викладача при розв'язанні конфлікту породжує нові ситуації та конфлікти, в які включаються інші здобувачі вищої освіти. Саме тому конфлікт у педагогічній діяльності легше попередити, аніж успішно розв'язати.

Відзначимо також, що в рольових взаєминах між викладачем і здобувачем вищої освіти, розвиток конфлікту можливий за потреби здобувачів освіти зайняти внутрішню позицію дорослої людини та усвідомити своє місце у суспільних взаємовідносинах, зрозуміти себе і власні можливості. Становлення самосвідомості магістрів обумовлена внутрішніми суперечностями особистості, які обумовлені віковими чинниками (юнацький вік) розвитку й призводять до їх підвищеної

конфліктності. Н. Макаруч виділив такі суперечності на основі власного дослідницького доробку, які подано в таблиці 1.4 [159, 160].

Таблиця 1.4

Внутрішні суперечності як причина конфліктогенності магістрів

Конфліктогенні чинники згідно з віком магістрів	Обмеження у потребах
Потреба у соціальному визнанні	Недостатній соціальний досвід та знання
Потреба у самостійності	Протекційне ставлення дорослих, зокрема батьків, викладачів
Потреба у самоосмисленні, самоідентифікації	Недостатня або суперечлива інформація про себе, а також несформоване вміння інтегрувати, переосмислювати цю інформацію
Потреба у розумінні	Відчуття самотності, відчуженості
Потреба у професійному самовизначенні	Недостатні можливості і мотивація у реалізації вибору

На конфліктність магістрів значний вплив здійснює розвиток таких особистісних факторів як новий соціальний статус юнака чи дівчини (відносна самостійність і пріоритетність вибору майбутньої професійної діяльності та її суспільний престиж); зміна виду діяльності (навчально-професійна діяльність); нові форми діяльності, які сприяють самостійності, вільному вибору; розширенню соціального оточення; відповідальності за свої вчинки перед суспільством тощо. Провідна роль у світогляді магістрів належить ідеалам, які нерідко набувають спонукальної сили, стають мотивами їхньої діяльності. Основною умовою спілкування з викладачами є довіра. Для викладача вищої школи важливо добре знати психологічні особливості навчання і виховання магістра, особливості розвитку та типологію його особистості [160]. Типи здобувачів вищої освіти можна також аналізувати за різними чинниками: у зв'язку з обраною професією, залежно від форми навчання (контрактної чи бюджетної), за ставленням до навчання тощо.

Л. Коузер поділяв педагогічні конфлікти на реалістичні (ті, яким властиві всі необхідні передумови їх вирішення) та нереалістичні (породжені

антагоністичними емоціями, шляхом завищених вимог та упереджень один до одного) [117]. Р. Дарендорф диференціював конфлікти за джерелами їх виникнення (конфлікти цінностей, ресурсів та ідентифікацій); соціальними наслідками (конструктивні та деструктивні); масштабністю (глобальні, локальні, регіональні та міждержавні); формами боротьби (мирні та військові); спрямуванням (горизонтальні та вертикальні); особливостями умов виникнення (екзогенні та ендогенні); ставленням суб'єктів до конфлікту (умовні (випадкові), латентні, справжні, зміщені) та з використанням суб'єктами специфічної тактики в конфлікті («гра», «змагання», «дебати»).

О. Джелалі виокремив такі види конфліктів як справжній, прихований, латентний і кривдний. Він диференціював конфлікти згідно з такими сферами педагогічної взаємодії [66]:

- за причинами їх виникнення (об'єктивні, суб'єктивні, реалістичні, нереалістичні);
- за суб'єктністю (міжособистісні та міжгрупові);
- інформаційні (на підставі спотворення інформації);
- за комунікативністю (неправильна інтерпретація вербальних і невербальних знаків спілкування);
- за ментальністю (неузгодження соціальних норм педагога з його ціннісними орієнтаціями та рольовими очікуваннями).

Вітчизняні науковці поділяють конфлікти в освітньому середовищі згідно з формами їх перебігу [177]:

- відкритий конфлікт (емоційно насичене зіткнення сторін);
- прихований конфлікт (реально не розкриті розбіжності взаємовідносин);
- «сліпий конфлікт» (коли одна з сторін чи обидві взагалі не усвідомлюють предмет конфлікту);
- «невідомий конфлікт» (маскування реальних суперечностей у вигляді поверхнево вираженої неприязні).

Отже, для створення конструктивного спілкування у педагогічному колективі необхідно створити атмосферу співпраці, обумовлену взаємною довірою, пошаною та емпатією до співбесідника. Для вирішення педагогічних конфліктів комунікативна компетентність викладача є досить важливою здатністю сучасного педагога, а розвинений комунікативний потенціал характеризує одну з найголовніших професійних рис у його педагогічній діяльності, який поєднує загальну ерудованість із знаннями в конкретній галузі, встановлює взаєморозуміння із громадськістю, вміє виділити стратегічні питання, тобто володіє культурою комунікативної діяльності.

1.2. Сучасні підходи щодо збереження і зміцнення професійного здоров'я педагогів

В ієрархії чинників життєвої позиції, самореалізації та творчого потенціалу педагога чи не найголовніше місце займає його професійне здоров'я. Сучасний викладач характеризується великою відповідальністю щодо формування особистісних і професійних високоморальних рис, згідно з вимогами і потребами освітнього середовища ЗВО. Орієнтація вітчизняної освіти на європейський освітній простір сприяє перебудові в підготовці майбутніх педагогів, які готові до постійного самовдосконалення, мобільності, швидкого реагування у ситуаціях підвищеного дискомфорту, нових змін у демонстрації інноваційних технологій, навчального матеріалу та результатах усієї виховної роботи. Збереження і зміцнення здоров'я педагога не завжди є актуальним у його повсякденному житті. Вагомі порушення психосоматичного здоров'я викладача можуть призвести до деструктивних змін у професійному та особистісному житті, вплинути на його стан оптимального функціонування організму, спотворити цілісність особистості.

Дослідження Л. Мітіної засвідчили, що різке погіршення здоров'я вихованців багато у чому залежить від створюваного середовища їх педагогами. Підвищений рівень невротизації та емоційна збудливість сприяють розвитку тривожності, низки негативних переживань (роздратованості, розгубленості,

неспокою, фрустрованості), що деструктивно відобразатиметься на формуванні свідомості здобувачів освіти. Саме тому в учасників освітнього процесу одним із пріоритетних у сфері життєвих потреб і фахових інтересів мають бути збереження та зміцнення професійного здоров'я, підвищення стресостійкості в умовах професійного зросту [1].

Відповідно до сучасних поглядів таких науковців як І. Аршава [12], Л. Бурлачук [36], О. Васильєва [41], І. Візнюк [43], С. Кулаков [103], Л. Куликов [105], І. Малкіна-Пих [130], Н. Макарчук [165], В. Менделевич [138], виділяють загальні підходи щодо збереження і зміцнення професійного здоров'я педагогів. Оцінюючи здоров'я як одну із найважливіших цінностей людини, вони стверджують, що його сутність не може зводитися лише до констатації відсутності хвороб, це – стан людини, що дозволяє їй вести необмежене в своїй незалежності життя, повноцінно виконувати властиві їй функції, передусім, професійні, відчувати душевний, фізичний і соціальний комфорт.

Здоров'я людини – це гармонія зі світом, почуттями, особистісними стосунками, внутрішніми факторами, що забезпечують нормальну життєдіяльність та функціонування особистості. Це реалізація мрій, потреб, обумовлених певними життєвими бажаннями, які формують людину як особистість, вдосконалюють її самопізнання, самореалізацію, самоспонування, заохочування та самокритику [3].

Визначення здоров'я, за науковцем І. Мурамовим: «*Здоров'я* – динамічний стан найбільшого фізичного і психоемоційного благополуччя, в основі якого лежить гармонійне співвідношення взаємопов'язаних функцій та структур, що забезпечуються високим енергетичним рівнем організму за найменшу ціну адаптації його до умов життєдіяльності».

Здоров'я педагога – делікатна і багатоаспектна проблема. Її значимість настільки важлива, що саме професійне здоров'я викладача має бути показником ефективної роботи сучасної вищої школи та її стратегічною метою.

Індивідуальне здоров'я учасника освітнього процесу, як і будь-якої людини, складається із психічного, фізичного, соціального і духовного здоров'я.

Психічне здоров'я, у понятті Н. Малярчук, відображає стан душевного добробуту, який обумовлений відсутністю хворобливих психічних деструкцій і сприяє адекватній умовам довкілля регуляції поведінки та діяльності людини. *Фізичне здоров'я* педагога відіграє важливу роль у його професійній діяльності в організації фізичного виховання й самовиховання, дотримання здорового способу життя тощо. Загалом важливим для педагога є нормальний стан його психофізіологічного здоров'я, складовими якого є невичерпні резерви творчої праці. Значимими ознаками *морального здоров'я* педагога є свідоме та відповідальне ставлення до педагогічної праці, оволодіння скарбами культурологічних тенденцій, формування установок щодо здорового способу життя. В «Етичному кодексі педагога» зазначені моральні вимоги до діяльності викладача, які є орієнтиром у формуванні його ціннісних орієнтацій. Моральне здоров'я можна вважати вищою мірою людського буття. *Духовність* педагога максимально відображає рівень його самореалізації і характеризується такими особистісними утвореннями як емпатія, альтруїзм, відповідальність за власну долю та оточуючих. Отож, найвища цінність викладацької діяльності – це морально-етична духовність особистості, професійна освіченість та велика педагогічна майстерність.

Соціальне здоров'я відображається у поєднанні таких пріоритетів, як адекватне сприйняття соціальної реальності, адаптація до фізичної та суспільної сфер, інтерес до навколишнього світу, наявність соціальних знань, умінь і навичок, наслідування соціальних і моральних норм поведінки, відповідальність перед іншими, демократизм у поведінці тощо.

Як стверджує А. Маклаков, найважливішим для викладача є його професійне здоров'я. Під *професійним здоров'ям* він розуміє відповідний рівень фахової компетентності в умовах безпеки життєдіяльності, який відповідає сучасним вимогам професійної діяльності та сприяє її високій ефективності.

Професійне здоров'я у науковій літературі розкрито як здатність організму до збереження та активації компенсаторних, захисних, регуляторних механізмів, які забезпечують ефективність працездатності, та розвиток особистості викладача в умовах протікання педагогічної діяльності. Під *професійним здоров'ям* Л. Мітіна виокремлює стан особистого здоров'я, яке й визначає загальний сенс життя людини, ставлення до інших і до себе.

Таким чином, *індивідуальне здоров'я педагога* є важливою складовою його професійного здоров'я, яке включає у себе фізичний, психічний, психологічний, соціальний, моральний і духовний компоненти здоров'я.

Індивідуальне здоров'я будь-якого учасника освітнього процесу – це важлива складова його професійного здоров'я, що забезпечує успішне здійснення ним педагогічної діяльності й сприяє самореалізації у професії. Такі вчені, як В. Базарний, В. Зацепін, В. Пахальян розглядають здоров'я як педагогічну категорію та характеристику цілісного аксіологічного розвитку викладача як суб'єкта праці.

Формування ціннісного ставлення педагогів до свого стану оптимального функціонування особистості й здоров'я здобувачів освіти як необхідної умови психічного, фізичного, морального і соціального благополуччя людини, визначено Законом України «Про загальну вищу освіту». Аналіз науково-методичної літератури виявив тенденцію до включення питань культури здоров'я у систему професійної підготовки педагогів на всіх етапах їх навчання й практичної діяльності. У процесі їх обґрунтування з'ясувалося, що більшість викладачів розглядають сім'ю і роботу як головні фактори впливу на здоров'я. Позитивні стосунки між членами сім'ї і колегами сприяють зміцненню здоров'я. До складових сприятливого для здоров'я педагога психологічного клімату належить психологічна сумісність між членами педагогічного колективу, спільна діяльність і задоволеність педагогічною професією тощо.

Серед *чинників позитивного впливу* відрізняємо такі: формування активного та здорового способу життя, переключання свідомості на перспективи на майбутнє,

розвиток інтелекту, налаштування на довге здорове життя, фізичну та оздоровчу активність, корисне та позитивне спілкування в колі родини та в педагогічному колективі, розвиток творчості як основи професійного життя, забезпечення певних матеріальних ресурсів, задоволеність життям (щастя, благополуччя), формування менталітету здоров'я та виховання культури здоров'я.

До чинників негативного впливу на професійне здоров'я педагога відносимо: низький рівень загальної, моральної, духовної, фізичної культури, відсутність здорового стилю життя, недооцінка здоров'я в ієрархії потреб, низька мотивація щодо збереження здоров'я, стресові ситуації на роботі та в побуті, недостатній сон і перенавантаження, необґрунтоване самолікування, екологічно несприятливі умови праці, недостатній обсяг оздоровчої рухової діяльності. Найбільш критичними серед негативних факторів зазначимо такі, як: недостатній сон, стресові перенавантаження у побуті та під час виконання професійних обов'язків, недооцінка здоров'я в ієрархії власних потреб.

В усіх представників педагогічного профілю, затрати еквіваленту часу щодо забезпечення різних видів діяльності набагато перевищують припустимі нормативи. Психічну й фізичну напругу зазвичай викликають такі особливості викладацької праці, як постійна сконцентрованість уваги, необхідність до запам'ятовування й відтворення великого масиву інформації, вміння вільно висловлювати власні думки та володіти засобами вербальної і невербальної комунікації; постійне навантаження на мовленнєвий апарат. Учасники освітнього процесу, на відміну, від представників інших професій, переважно виснажливо працюють, навіть під час наявності хвороби, не звертаючись до лікаря, що сприяє загостренню нездужання під впливом негативних факторів зовнішнього середовища.

Викладацька діяльність відзначається дуже низькими показниками психофізіологічного здоров'я, що пояснюється підвищеною складністю педагога до стресогенних, найбільш напружених у психологічному контексті, професій, які вимагають від людини підвищеного саморегуляції та самовладання. Зважаючи на це, існують певні об'єктивні причини щодо розвитку

психосоматичних явищ: комунікативні перевантаження, поява певних професійних деформацій, велике емоційне напруження, низький статус і соціальна незахищеність професії у масовому сприйнятті. Крім того, педагогічна спеціальність належить до так званих хелперських (від англ. help – допомагати) професій, оскільки її функціональне забезпечення координується у системі «людина-людина» наданням допомоги та підтримки підопічним. Викладацька діяльність має дуже високий ризик психічних і соматичних реакцій на ситуації підвищеної складності в роботі. На сьогодні у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) навіть виявлено окремий стан – «професійний стрес». Одним із наслідків досить тривалого професійного стресу є синдром емоційного вигорання, що діагностовано як стан емоційного, фізичного та розумового виснаження фахівця.

У сучасній інтерпретації медико-психологічних джерел велика кількість досліджень обумовлена вивченням сутнісних аспектів і факторів щодо виникнення професійного стресу як показника синдрому емоційного вигорання і професійної дезадаптації у боротьбі зі стресовими подразниками й пошуком шляхів усунення цього патопсихологічного стану (М. Березін, В. Бобрицька, Г. Зайцев, О. Іллюк, Г. Зайчикова, Л. Карамушка, С. Максименко, Н. Максимова, С. Маслач, М. Лейтер, Л. Мітіна, Е. Рутман, Н. Самоукіна, Л. Смик, Т.Форманюк, В. Шепель, Н. Пезешкіан, Ю. Щербатих та ін.). Досить значимим є підвищена увага досліджень в аспекті розробки превентивних заходів збереження професійного здоров'я педагога, а також формування стресостійкості майбутнього фахівця, гармонізації його внутрішнього світу.

До стресогенних факторів відносимо непорозуміння викладача з магістрами, їх батьками чи колегами по роботі, невідповідне ставлення до них керівництва закладу вищої освіти, домашні негаразди тощо. Факторами ризику у розвитку психогенних станів (невротичних розладів, різноманітних порушень у психічній сфері) досить істотними є низька заробітна плата, матеріальні нестатки та погані житлові умови. В генезі цього стану розвивається цілий спектр таких захворювань

як інфаркт міокарда, гіпертонія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунка та інші порушення ендокринної системи, серцево-судинні захворювання й патологія мозкового кровообігу тощо [2].

Відомо, що 20-х роках ХХ ст. В. Кашкадимов, Н. Рибніков, М. Рубінштейн та А. Шафранова проводили унікальні дослідження, із проблем вивчення втоми педагогів в умовах виникнення їх професійної дезадаптації. Вони зробили спробу класифікувати різні професії за ознакою «вдосконалення особистісних потенціалів над собою». Професію педагогічного профілю (разом із представниками мистецтва, інженерів та лікарів) віднесено ними до вищих професійних груп. У характеристиці їх типологічних особливостей визначено такі групи: працівники в умовах нових, не завжди доступних спостереженню моментів, які вимагають особливого психологічного аналізу; працівники механічної праці, властивості продукту яких визначаються знаряддям виробництва, що характеризує властивості особистості й самого фахівця (властивості здобувачів освіти визначаються особистісними потенціалами педагога). Професійне забезпечення таких працівників обумовлене «високими вольовими зусиллями», постійною активною роботою мислення. Саме тому вченими виділено необхідність у пошуку шляхів спеціальної підготовки щодо розвитку досконалості здібності працівників тому, що в результаті цієї невідповідності здійснюватиметься насильство над психікою самого педагога і, як наслідок – хронічна пригніченість, дратівливість, перевтома [3].

Ф. Александер у 1939 році в аспекті дослідження цієї заснував журнал «Psychosomatic Medicine», у якому створено форум для психосоматичних досліджень [6, с. 31]. Попередньо в галузі компетенції психосоматичної медицини найчастіше обмежувалися обґрунтуваннями лише психологічних факторів щодо виникнення і розвитку непсихічних захворювань. Ф. Александер був прихильником більш широкого підходу (не тільки психогенного), що заснований на теоріях холістичної концепції. Відповідно до цього підходу,

психічне і соматичне нерозривно пов'язане, й розуміння причин хвороб неможливе без їх спільного обґрунтування [6, с. 45].

Найбільш відома концепція Ф. Александера – теорія психосоматичної специфічності, чи специфічних конфліктів. Відповідно до неї, тип соматичного захворювання визначається типом неусвідомлюваного емоційного конфлікту. Він виходить з того, що кожній емоційній ситуації відповідає специфічний синдром фізичних змін, психосоматичних реакцій, таких, як сміх, плач, почервоніння, зміни в серцевому ритмі, диханні і т. д., і, більше того, емоційні впливи можуть стимулювати чи придушувати роботу будь-якого органа [6, с. 57].

Таким чином, запобігання надмірному стресу та емоційне загартування організму є важливою умовою його оптимального функціонування у зміцненні професійного здоров'я педагога, реалізації творчих планів та довголіття. У той же час, нині такий напрямок роботи ще не має належного відображення у професійній підготовці викладачів вищих закладів освіти.

Викладемо нижче сучасні підходи щодо порушеної проблеми, акцентуючи увагу на висвітленні смислового, психоаналітичного, ціннісно-мотиваційного та комплексного (системного) вимірювання психологічної стійкості особистості педагога в умовах підвищеного стресу.

Смисловий підхід, у межах якого відбувається вироблення загальнотеоретичних уявлень про смисловий вимір людського буття. У низці теоретичних, експериментальних і прикладних досліджень відображено різні позиції смислової реальності: від самозбереження до самовираження, від психології «особистості, що змінюється у мінливому світі» [5] до психології «особистості, що діє і змінює себе та свій життєвий світ» [111].

Відомий також *психоаналітичний підхід* [155], заснований німецьким вченим, доцентом Академії підвищення кваліфікації лікарів Гессена Н. Пезешкіаном, сутність якого полягає у позитивному відображенні людини у моделі конфлікту (з виділенням актуального, базового і ключового конфлікту), на дуалізмі здатності до пізнання (когнітивності) та здатності до любові

(емоційність), а також первинних та вторинних здібностей. Автор розглядає взаємозв'язок між скаргами хворого, ситуацією психосоціального напруження, умовами раннього розвитку та внутрішньою динамікою конфлікту. Метод продовжує традиції гуманістично орієнтованої психології.

Життєві травматичні події призводять до виникнення актуального психологічного конфлікту, ключовою дихотомією якого, за Н. Пезешкіаном, є потреба відкрито утверджувати своє «Я», що пов'язана із виявами агресії та в межах цього підходу розглядається як імовірне місце виникнення симптомів психосоматичного походження. Також у межах «позитивного» підходу припускається, що, окрім симптому розладу та його динаміки необхідно враховувати змістовні аспекти хвороби, так зване «індивідуальне значення симптому» у житті людини. Вказане твердження відображено в моделі чотирифазної обробки інтрапсихічного конфлікту, що відповідають чотирьом вимірам життєдіяльності за Н. Пезешкіаном (рис 1.1).

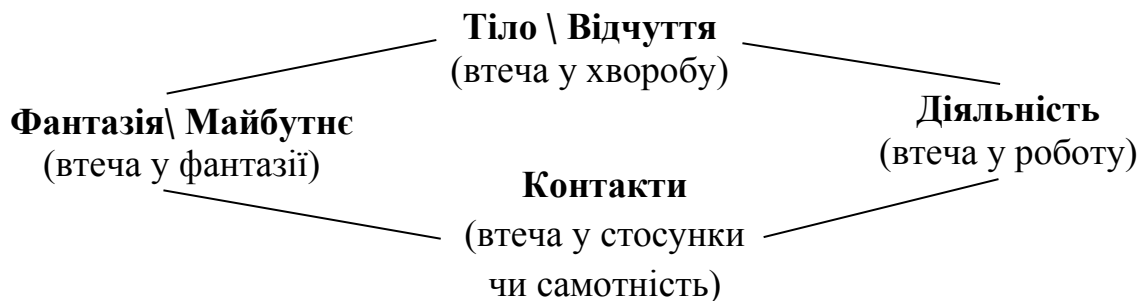


Рис. 1.1. Реакції «втечі» та чотирифазної обробки інтрапсихічного конфлікту в концепції «позитивної психотерапії» за Н. Пезешкіаном

В основі *ціннісно-мотиваційного підходу* є смислові утворення. Психологічний аналіз смислових утворень, які детермінують соціальну поведінку, дозволить відтворити способи осмислення світу іншою людиною, побачити світ «її очима». Процес об'єктивації фрагментів своєї ціннісно-смислової сфери дає людині можливість позначити «проблемні зони» і здійснити внутрішню регуляцію своїх уявлень про дійсність, змінити неконструктивні способи поведінки.

Комплексне (системне) вимірювання психологічної стресостійкості педагога обумовлене теорією когнітивного дисонансу Л. Фестінгера, в основі якого позитивне емоційне переживання людиною когнітивних уявлень, які втілюються у життя й перебувають між собою у консонансі. Психологічна стійкість особистості в даному випадку має формувальне значення і аргументується як позитивна регулятивна здатність організму до дисонансних проявів. Прояв емоцій у разі розбіжностей між очікуваними і дійсними результатами діяльності визначає її стан, наявність чи відсутність. Домінування когнітивістської орієнтації у сучасних психологічних дослідженнях привело до того, що емоційні фактори набули статусу усвідомленого оцінювання шляхом самопізнання людиною критичної ситуації. Саме такі оцінки безпосередньо й визначають стабільність характеру особистості до емоційних переживань [155].

Значимість цих підходів визначається наявністю факторів ризику, що сприяють розвитку психосоматичної патології в учасників освітнього процесу (табл. 1.5). Зважаючи на дані вищезазначені показники, відмітимо, що дане обґрунтування проблем у життєдіяльності педагогів невичерпно пов'язане з їх характерологічними вимірюваннями, які обумовлюють авторитет працівника в соціальній взаємодії, як соціометричний регулятор педагогічної активності та полімотивованості. Авторитет педагогічних працівників є соціально-психологічним ресурсом працюючої спільноти. Його основою є довіра, щирість, толерантність, ініціативність, емпатійність, стриманість, об'єктивність, врівноваженість тощо.

Таблиця 1.5

Фактори ризику для здоров'я педагогів (за показниками ВООЗ)

Сфера життєдіяльності педагога	Фактори ризику (в моделі інтрапсихічного конфлікту), які знецінюють прагнення до здорового способу життя	Значимість збереження здоров'я згідно з різними віковими групами, (%)
1	2	2
Соціокультурний стиль життя	Невідповідні умови професійної діяльності, незадовільний матеріально-побутовий рівень життя,	48 – 56

	ситуації підвищеної конфліктності під час виконання обов'язків і в побуті, малодинамічність (гіподинамія і гіпокінезія), незадовільне сексуальне партнерство, низький освітній та культурний рівень, самотність тощо	
Генетична схильність	Схильність до спадкових і мультифакторіальних патопсихологічних розладів, дегенеративної патології, психосоматичних та ендокринних розладів, порушення обміну речовин, вроджених дисфункцій і вад розумової діяльності	19 – 24
Фактори зовнішнього середовища	Забруднення ґрунту екзотоксичними субстанціями, атмо- та гідросфери, мутагенами, канцерогенами та іншими шкідливими речовинами, підвищення рівня випромінювань (магнітного, геліокосмічного), різка зміна атмосферних явищ	17 – 20
Недоліки медичного забезпечення	Низька ефективність гігієнічних заходів і якість медичної допомоги населенню, невідповідна кваліфікація медичного персоналу, недостатній рівень санітарної культури, несвоєчасність надання необхідних медичних послуг	8 – 10
Психогенний вплив хвороб	Погіршення самопочуття, активності та настрою, неприємні хворобливі відчуття (парестезії, психалгії, астенії, іпохондрія, психопатії)	2 – 7

Однак професійна діяльність не завжди захищена від соціальних деструкцій, які призводять до підвищеної внутрішньої конфліктності працівника освіти. Представимо ієрархію особистісних чинників, які впливають на формування авторитету працівника (рис. 1.2).

Рівень особистісного розвитку педагогів залежить також від впливу осіб, які певним чином формують ціннісні орієнтації, манери мислення, мотиви, педагогічні риси, культуру спілкування тощо. Відзначимо, що

пріоритетними особами у формуванні особистісного зросту педагога є його батьки, колеги, науковці, письменники, літературні герої, родичі та сусіди (рис. 1.3).

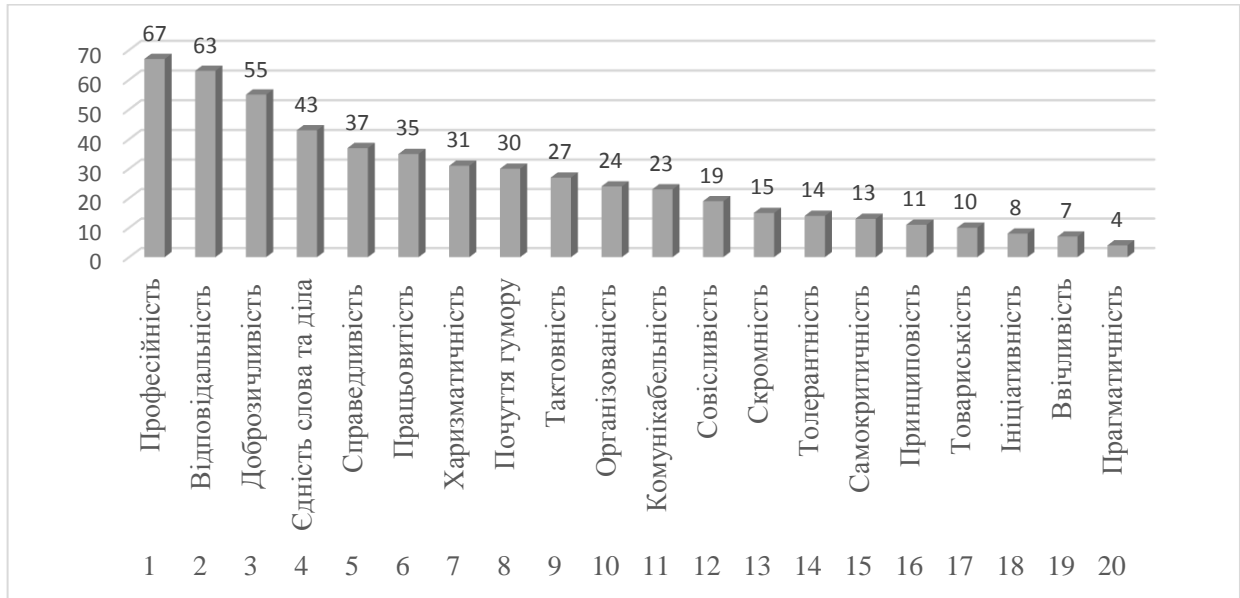


Рис. 1.2. Рейтинг особистісних якостей, що впливають на авторитет працівника освіти (за дослідженням І. Візнюк)

На рис. 1.3 подано рейтинг авторитетних осіб, які слугують базисним центром в установленні домінантних цінностей авторитету педагогічних працівників із досліджень І. Візнюк щодо основних прерогатив, які визначають професійну компетенцію фахівця. Вона зазначає, що орієнтування на високі досягнення у роботі, успішність результатів діяльності, професійна відповідність і самоактуалізація особистості та здоровий соціально-психологічний клімат у колективі – це ті, найменш значущі чинники, котрі впливають на рівень оптимального функціонування організму людини, її психологічне здоров'я й авторитет у колективі.

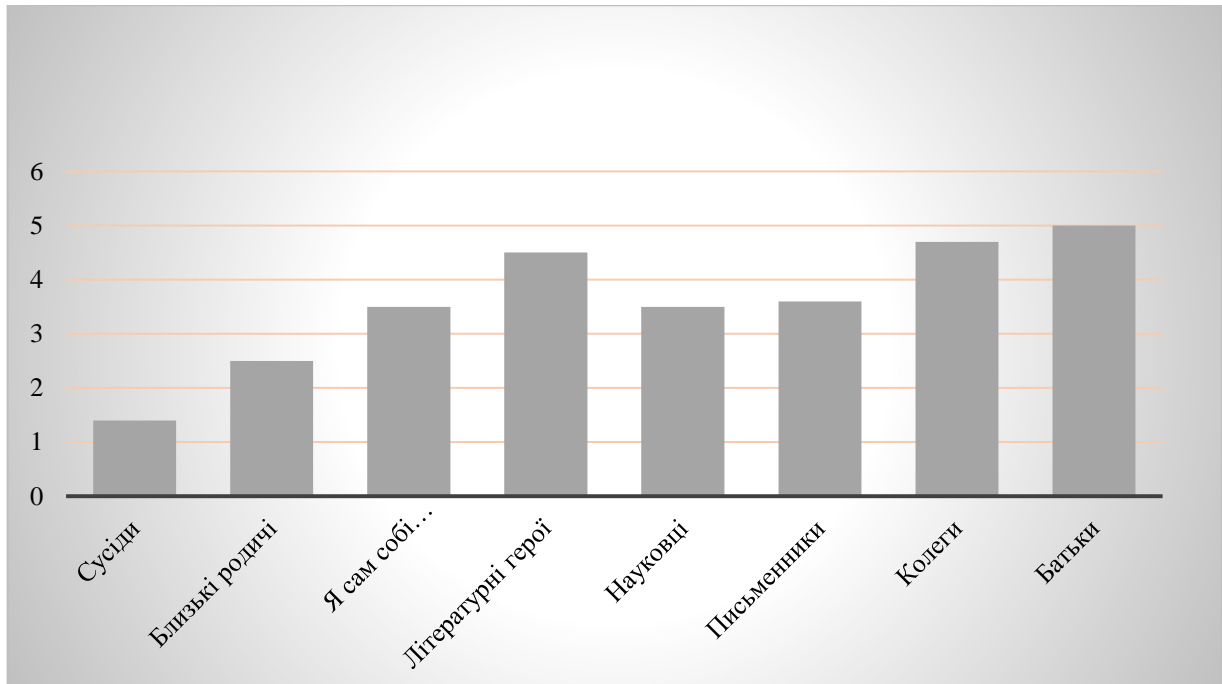


Рис. 1.3. Соціологічний вимір пріоритетних постатей, що впливають на формування особистості педагога

Таким чином, особистісний потенціал педагогів залежить від їх авторитету в соціумі, індивідуальної спрямованості та вміння врегульовувати неоднозначні психологічні ситуації, використовуючи свої природні можливості співіснування у колі групових відносин. Зазначимо також, що динаміка культурологічних спрямувань обумовлена розвитком особистості педагога в сфері дозвілля, адже саме на відпочинку людина самореалізується, пізнає саму себе та саморозвивається. Саме в сфері дозвілля культивуються соціальні відносини, а дозвіллева діяльність надає міцного здоров'язберігаючого потенціалу як засобу соціального загартовування і вищого особистісного гатунку.

Характеризуючи особистість педагога у соціометричному вимірі, відзначимо, що ключовим у формуванні його культурологічних тенденцій є власний авторитет, об'єктивна оцінка адміністративного оточення, повага та узгодженість у поглядах друзів і колег, успішність результатів діяльності та сприятливі умови проведення дозвілля. Отож, вміння компенсувати свою внутрішню незахищеність (часто конфліктність) соціальними здобутками та

власними перемогами над собою сприяє розвитку гармонійної особистості педагога і, навпаки, психопатологічні явища, соціальна ізоляція і відстороненість сприяють зародженню і розвитку психосоматичних розладів особистості.

Саме тому теоретична і практична підготовка майбутніх педагогів повинна формувати саногенне мислення і досвідченість у наданні самопомоги в оволодінні критичними ситуаціями. Цей тип мислення слугує найкращим психологічним захистом на шляху щодо збереження і зміцнення власного та професійного здоров'я в умовах освітнього процесу ЗВО. Викладач, у якого домінує саногенний тип мислення, сконцентровує свою увагу на позитивних явищах життя, уміє відволікатися від негативу та прощати образи, не тримати гнів і бути завжди відкритим для дружніх стосунків із здобувачами освіти й колегами по роботі.

Формування саногенного потенціалу краще розпочинати ще в процесі професійного відбору абітурієнтів педагогічного профілю, включивши до програмного забезпечення у ЗВО елементи профілактичного спрямування щодо здорового способу життя пункти виявлення спадкової схильності до конфліктної поведінки, самонавіювання, психологічної та емоційної нестійкості. Це потребує цілеспрямованого включення у процес навчання в умовах формування творчого потенціалу майбутнього педагога, засобів збереження здорового способу життя. З метою виховання психолого-педагогічної компетентності, на ранніх етапах навчання потрібно констатувати в магістрів рівень стресостійкості та схильність до емоційного вигорання.

Майбутні педагоги можуть розкрити в собі захисний потенціал подолання професійного стресу в умовах, якщо буде включено до програми курсу така дисципліна як «Вступ до спеціальності», де розглядаються питання професійного здоров'я вчителя, шляхи його зміцнення та збереження. Доцільним було б включити також читання окремого спецкурсу «Професійне здоров'я педагога».

Бути невразливим для стресових чинників цілком можливо кожному майбутньому педагогу. Для цього лише варто замінити ненадійні дитячі способи захисту на більш зрілі й ефективніші, які засновані на використанні педагогом

різних психологічних технік й установок щодо управління власним організмом. У такому випадку рекомендовано сучасні, науково-обґрунтовані тактики психологічної саморегуляції, які властиво освоїти кожному. Опанування такою психотехнікою допоможе уникнути надмірних стресів, професійних психологічних і психосоматичних розладів, сформувати стійкість до стресу, конфліктостійкість [4].

Доцільним є залучення майбутніх педагогів у тренінгові групи з проблем міжособистісного спілкування, які сприяють пізнанню своїх сильних і слабких якостей характеру, узгодженню інтегральних властивостей особистості, залученню до соціальної взаємодії, поступовому знищенню невротичних компонентів, зумовлених власними переживаннями та внутрішньою конфліктністю, орієнтованість на гармонізацію особистості майбутнього фахівця.

На етапі професійної діяльності стан оптимального функціонування організму педагога може бути відмінним шляхом наполегливої праці над собою і установленням звичок щодо самодисципліни та самообмежень. Варто розробити власну стратегію збереження професійного здоров'я і захисту від стресогенів. Програма такої роботи включатиме особливості кожного конкретного викладача й умови його життєдіяльності та сімейного добробуту. До її складових відносимо елементи релаксації на шляху до психічного здоров'я (аутотренінг, творчі спроби самовираження медитація та йога); вправи фізичного загартування (дихальні вправи та гімнастика); катарсис на шляху до духовного зросту (спілкування з маленькими дітьми, близькими, домашніми тваринами, альтруїстична допомога нужденним тощо). Педагогу варто поринути у моменти задоволення від власної праці, які допомагають зняти напругу і приносять радість. Тільки таким чином можна гідно протистояти стресу [6].

Ефективним профілактичним засобом є оволодіння педагогами технікою саморебефінгу (антистрестехнологія) [8]. Під даним терміном розуміють певну дихальну техніку, яка сприяє розвитку духовної трансформації. У цьому напрямку розроблена програма Н. Самоукіною [10], яка орієнтована на психологічний захист

від стресу. До її складових віднесено: енергію духовного світу, думок, почуттів і переживань, енергію несвідомого та екологію способу життя людини. Ця програма спрямована на зміцнення педагогами свого професійного здоров'я, відновлення стресостійкості та досягнення кар'єрного зросту без перешкод.

Активною має бути просвітницька робота, діагностична і психокорекційна робота у ЗВО щодо засобів збереження та зміцнення здоров'я працівників. В арсеналі практичного психолога повинен бути комплекс різноманітних методів і засобів, які сприяють гармонізації внутрішнього світу педагога, зниження рівня його психічної напруги, розширення професійної самосвідомості [11]. Серед них варто відзначити індивідуальні та групові бесіди, консультації, «круглі столи», присвячені цій проблематиці, психотренінг, брейнстормінг, психотехнічні ігри та вправи тощо.

Професійне здоров'я і довголіття учасників освітнього процесу в ЗВО переважно залежить від діяльності адміністрації навчального закладу щодо профілактики невротичних станів. Керівництво навчальним закладом повинно забезпечити викладачам можливість професійного росту, заходи підвищення мотивації, здоровий психологічний клімат закладу, позитивну взаємодію між педагогами. Як для адміністрації закладу освіти, так і для практичного психолога важливим спрямуванням є профілактична робота з молодими педагогами. Зазначимо, що ризик виникнення синдрому емоційного вигорання та й підвищеної конфліктності є досить актуальним на третьому-четвертому році професійної діяльності. Практичному психологу потрібно звернути увагу й на співпрацю із педагогами, їх стаж роботи. Зазвичай у межах 10-15 років виникає такий собі період «педагогічної кризи», а у роботі з 40-річними викладачами варто спостерігати за їх психофізіологічним станом здоров'я.

Тільки спільні зусилля педагогічного персоналу, їх цілеспрямована робота в педагогічному колективі, уважність до професійного здоров'я викладачів з боку адміністративного забезпечення закладу сприятимуть їх професійному саморозвитку, творчому кар'єрному росту та довголіттю. Отож, проблема збереження здоров'я працівників в умовах навчального закладу є очевидною і

потребує підвищеної уваги щодо забезпечення відповідних заходів збереження і підтримки здоров'я як викладачів, так і самих керівників навчальних установ. Вона повинна розглядатися у контексті загальної концепції охорони здоров'я нації, тому що саме від працівників освіти переважно залежить здоров'я майбутніх фахівців. Саме в цьому аспекті варто розкрити поняття «культура здоров'я», яке часто обмежується тільки характеристикою фізкультурно-оздоровчих заходів.

Як зазначено вище, здоров'я буває фізичним, психічним, моральним і соціальним, й, відповідно, щоб бути здоровим, потрібно не тільки займатися фізкультурою чи профілактикою психогенних розладів. Здоров'я педагога неможливе без моральної і психічної складових, а особливо в його культуротворчих інтерпретаціях. Так, виходячи із цього, термін «культура здоров'я» містить фізичну (забезпечення рухової активності, раціонального харчування, гігієни), психічну (адаптованість, саморегуляція, відмова від шкідливих звичок, саногенне мислення і розвиток позитивних звичок), моральну (забезпечення свідомості самоствавлення особистості, толерантності, духовності) культури.

Нині духовність, на жаль, тільки в пріоритеті починає досліджуватися. Україна має самобутню ментальність та культуру, що становлять основу її духовності. Розвиток духовності для нашої держави має велике значення. Сучасність відрізняється кризою духовності суспільства, що є основною причиною демографічної ситуації, що склалася, й проявляється у порушенні норм поведінки громадян і вибором нездорового способу життя. Як стверджує Н. Бердяєва, духовність залежить від зовнішніх та внутрішніх факторів, серед яких освіта, релігійність, ціннісні орієнтації, ідеологія, а також національні характерологічні якості та навіть спадкова схильність (як генетичний код нації), але найбільш впливовим фактором на формування світогляду людини все ж залишається культура.

Духовні цінності зазвичай являють собою первинну основу освіти та виховання сучасної молоді української генерації. Відповідно до Концепції національного виховання, всебічно розвинена особистість розвивається на

основі загальнолюдських гуманістичних цінностях, таких як ідеали добра й справедливості, краси й добросовісності, співчуття та людської гідності тощо. Особистість, котра керується в своєму житті цими духовними цінностями, завжди буде гідним педагогом у вихованні здобувачу освіти активності, ініціативності, віри у власні сили та, врешті-решт, в перемогу добра над злом.

Таким чином, *здоровий спосіб життя педагога* – це культурна поведінка зрілої особистості в межах професійного забезпечення. *Професійне здоров'я* розуміємо як феномен особистісного спрямування фахівця в умовах підвищення його культурологічних тенденцій щодо зміцнення власного здоров'я.

1.3. Модель психосоматичної інтеграції детермінант внутрішньої конфліктності педагогів

В основі поведінкової моделі та вирішенні власного конфлікту є прагнення людини зберегти свою гідність і авторитет, в узгодженні інтересів із оточуючими та з світом особистісних потреб, що в процесі життя й формує конфліктологічну компетентність педагога. Уміння та навички попереджати й передбачати конфлікт, зменшувати рівень його напруги та негативні наслідки становить зміст конфліктологічної компетентності сучасного викладача.

Модель конфлікту, згідно з яким С. Мадді розглядає людину як таку, яка перебуває в полоні протистояння кількох фундаментальних сил, одна з яких притаманна саме людині, її внутрішній неузгодженості з собою, а інша – як низка вторинних силових впливів з боку суспільства. Внутрішній конфлікт переживається людиною у вигляді неприємного стану напруження і тривоги. Саме тому метою її життя стає зменшення тривожності й напруги шляхом зведення конфлікту нанівець. Цей конфлікт визнається значимим лише на рівні її внутрішньої позиції, яка за будь-яку ціну прагне розв'язання дилеми конфліктуючих мотивів [165, 166, 320].

Між прагненням до особистісної незалежності й автономії, побажанням належності до групи в суспільстві, за З. Фрейдом, є максимальне задоволення власних інстинктів при міні відчуттях болю і вини. Вищою формою існування

людини є особистісне виховання високої моральності та надійності, відповідальності й тактовності, щедрості та конформності. Основним підґрунтям цього підходу є пристосування до суспільства, орієнтування на зближення із людьми та відчуття приналежності до громади [4, 212]. Таким чином, модель внутрішньої конфліктності ототожнена з визнанням людини як перманентної особистості, яка керується протестуючими силами в уособленні одна одній, одна з яких є індивідуалістичною, а інша – суспільною. Визнання цих двох сил є значимим у розумінні поняття «внутрішньоособистісний конфлікт» педагога, оскільки його конфліктологічна компетентність має ефективно сприяти подоланню перешкод у співіснуванні з суспільством і знаходженні оптимального способу життя [10, с. 24].

Дуже часто підвищена конфліктність маскується у психічні порушення соматичних симптомів. Гіподіагностика цих явищ зумовлена ще й тим, що ознаки тривожності та депресивності сприймаються людиною як психосоматичний фактор.

У сучасних класифікаціях психічних захворювань (DSM-IV, МКХ-10) немає єдиної рубрики психосоматичних розладів. Це пов'язано, насамперед, з тим, що клінічні прояви, визначені поняттям «психосоматичні розлади», відрізняються значним поліморфізмом. У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду «психосоматичні розлади» зазначено як вегетативна реакція (соматоформні розлади) на негативні емоції. S. Halliclay вважає, що психосоматичним захворюванням потрібно вважати таке явище, природа якого характеризується встановленням безумовного впливу емоцій на фізичний стан людини [68, 148]. За визначенням Дж. Вінтера, психосоматичні розлади мають функціональний, а не структурний характер, з огляду на які саме структурні зміни в організмі можуть стати причиною неприємних хворобливих відчуттів (неадекватною реакцією організму на стресогени).

С. Максименко визначає *психосоматичні розлади* як групу хворобливих станів, які виникають на ґрунті взаємодіючих психічних та соматичних факторів і виявляються у соматизації психічних порушень. Психічні розлади, які відображають

реакцію на соматичну дисфункцію під впливом психогенних факторів, викликають внутрішню конфліктність особистості. Як видно з поданих визначень, «психосоматичні розлади» нозологічно неспецифічні, тобто зустрічаються як при захворюваннях патогенного типу, так і внаслідок впливу психічної травми [146].

В процесі еволюційного розвитку людини на фізіологічному та анатомічному рівнях відбулася її адаптація до умов довкілля, але універсальний механізм пристосування психіки до оточуючого середовища досить істотно змінився. Науковці вважають [3 – 12], що у процесі еволюції з'явилися нові психологічні симптоми та синдроми, які пов'язані зі змінами щодо примітивних фізіологічних потреб людини та подолання нею нових невідомих перешкод. Зважаючи на нетривалий, з точки зору історичного підходу, період змін, у людини було сформовано такі психічні процеси, які не набули необхідної безконфліктної (беземоційної) організації й не закріпилися на генетичному рівні. Споконвічно саме емоції покликані мобілізувати стан оптимального функціонування організму людини на захист щодо стресогенів, але пристосування до нових соціальних умов часто пригнічує їх активацію, і продукується руйнівна сила генетичного закріплення. Емоції не звільняють людину від напруги, а, навпаки, загострюють конфліктність у генезі [101, 104].

М. Малкіна-Пих у своїх дослідженнях відзначає, що *психосоматичні розлади* – група захворювань, в основі яких первинно зумовлена тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими змінами та патологічними порушеннями в органах. Вона вирізняє такі основні психосоматози: бронхіальна ядуха, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерматит, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз, цукровий діабет [168].

В. Менделевич виокремлює такі параметри, які характеризують кожне соматичне порушення як ймовірність довготривалої непрацездатності, з обмеженням особистісних можливостей і стосунків; ймовірність больового відчуття із порушенням цілісності організму; ймовірність летального перебігу хвороби; необхідність радикального втручання для відновлення здоров'я людини; соціальна

значущість захворювання і традиційне ставлення до хворих у мікросоціумі; його вплив на сімейну і сексуальну сфери тощо [170].

Таким чином, *психосоматичні захворювання* належать до тих факторів, які сприяють зміні психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, впливають на зміну структури її самооцінки, спричиняють нерідко передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. Під час хвороби, на основі сукупності відчуттів, уявлень та переживань, пов'язаних із фізичним станом, людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе в цих обставинах [172, 183].

Згідно з МКХ-10, до соматопсихічних розладів (психосоматичних розладів) відносять такі види: F45 – Соматоформні розлади (F45.0 – Соматизований розлад, F45.2 – Іпохондричний розлад, F45.3 – Соматоформна вегетативна дисфункція, F45.4 – Хронічний соматоформний больовий розлад, F45.9 – Соматоформний розлад (неуточнений); F44.0 – Дисоціативний (конверсійний) розлад; F48.0 – Неврастенія; F50 – Розлади прийняття їжі; F54.0 – Психологічні та поведінкові фактори, що пов'язані з розладами інших класифікацій. Для реєстрації психосоматичного стану Alexander Franz використовує термін «Holy seven», який означає перелік сім класичних захворювань, кожна з яких має свій код у номенклатурі цих розладів (F54): бронхіальна астма (J45), виразка шлунка (K25), виразковий коліт (K51), дерматит (L23–L25), тиреотоксикоз (гіпертиреоз) (E05), гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням серця без (застійної) серцевої недостатності (I11.9), цукровий діабет (E10–E14) [148, 361].

Для постанови висновку про наявність психосоматичних (соматоформних розладів) потрібна одночасна присутність таких ознак: відсутність показників про наявність реального структурного чи функціонального порушення зазначеного органа чи системи; симптоми прояву захворювання зазвичай пов'язані з ситуаціями підвищеного дискомфорту (життєві обставини, труднощі та конфлікти); постійна заклопотаність і хвилювання із приводу наявності уявного захворювання (невизначеного типу). Ці вегетативні симптоми мають схильність до частих проявів

навіть протягом досить тривалого часу, але вони не є вираженими й постійними та часто змінюють локалізацію тілесних алгій і парестезій [129].

У класифікації DSM-5 відрізняють таку категорію психосоматичних порушень як «Розлад із соматичними симптомами та аналогічні розлади», що відповідає категорії соматоформних розладів у МКХ-10 (American Psychiatric Association, 2013) [68, 148, 361, 365, 367]. Цей діагноз встановлено на рівні психотерапевтичного висновку за іншою медичною спеціальністю, обумовленого поєднанням соматичних симптомів з патопсихологічними навіюваннями, почуттями і поведінкою. Основні дегенеративні особливості щодо схожості та відмінності між цими розладами представлено в таблиці 1.6.

На думку Ф. Александера, на виникнення і перебіг захворювань впливають такі основні чинники: особистісна диспозиція, конституційна схильність організму до того чи іншого захворювання (конституціональний фактор) і певна життєва ситуація, яка провокує диспозиційний емоційний афект, внаслідок якого актуалізується несвідомий конфлікт. Почуття власної неповноцінності, почуття провини, невідредаговані ворожі емоції, невиражені сексуальні імпульси часто призводять до пригнічення функції вегетативних органів. Внутрішня тривога негативно впливає на формування якісного життя людини, порушуючи психічне, фізичне та соціальне її функціонування. Отож, рання діагностика та профілактика внутрішньої конфліктності – важливі складові курації психосоматичних хворих, які спрямовані на запобігання тривалого соматичного її прояву [6, с. 57].

Таблиця 1.6

Диференційні особливості прояву психосоматичних та соматоформних розладів

Схожості	Відмінності
Внутрішній конфлікт особистості	Підвищена стомлюваність, дратівливість, головний біль, порушення сну

Вегетативні розлади типу функціональних порушень	Соматоформна вегетативна дисфункція
Первинно тілесна реакція на конфліктне переживання	Невротичний конфлікт, обумовлений вторинною соматичною відповіддю організму на нього
Розвиваються під впливом психогенних факторів	Зумовлений вторинною реакцією центральної та периферичної нервової системи у відповідь на первинну дисфункцію соматичної системи
Виникнення соматичної симптоматики	Виникнення фізичних симптомів
Наявність конституційної схильності	Функціональні розлади («неврози») органів
Наявність органічних змін у хворому органі	Відсутність морфологічних або структурних порушень цих органів
Ослаблення органа-мішені за періодом так емоційної напруги	Відсутність від генетичної та соціальної залежності
Символічна роль органа-мішені в системі особистісного конфлікту	Поліморфізм вегетативних симптомів за відсутності органної патології
Мультифакторна етіологія розладу	Точна локалізація патологічного процесу
Психосоматичні симптоми при суто соматичних захворюваннях	Проекція психічної реальності на тілесну сферу (конверсійний симптом)
Наприклад, психосоматичні симптоми під час конфліктного переживання	Наприклад, при психогенному зниженні активності певної групи м'язів (під час апатії), внаслідок чого можлива їх атрофія

Психіка хворого з самого початку формування психосоматичних скарг опиняється у незвичайному стані, під час якого порушується звичний ритм життя, відпочинку та праці, сну і неспання. О. Сегеда та Х. Турецька стверджують, що велике значення для осіб за педагогічним профілем набувають відчуття або психосоматичні ознаки («темні валові відчуття»), які викликані інтероцептивними сигналами від внутрішнього середовища організму (органів та систем органів)

внаслідок реальних у них морфофункціональних змін, які є наслідком тривалої інтенсивної стресової події.

При цьому в основі психічної травми (як наслідку післястресових дій) можуть лежати усвідомлювані чи неусвідомлювані зміни в фізіологічній, емоційній, когнітивній та поведінковій складових системи регуляції. На початковому етапі суб'єктивно обумовлені дифузні або локальні (в ділянці шлунку, серця, печінки і т. п.) невизначені відчуття характеризуються як дискомфортні сенестопатії. Вони часто обумовлені посиленням больових відчуттів, які не завжди є обґрунтованим показником наявної патології. Такий фізіологічний дискомфорт із кожним разом викликає все сильніші больові відчуття, які певним чином пов'язані з афективними переживаннями тривоги та страху [199, 204, 207].

При зростаючій інтенсивності таких відчуттів у потерпілих виникає гіперестезія, наслідком чого є підвищена реакція організму на шум, світло, та інші стресогенні чинники, дотик яких (напр., одяг чи рукостискання) стає неприємним, викликає дратівливість, підвищену плаксивість, образливість та чутливість. Звичні шуми зазвичай стають нестерпними: занадто дратівливим стає світло ліхтаря з вулиці, неприємними відзначаються розмови з оточуючими, які призводять людину до стану нервово-психічного збудження. Помітно знижується вітальний тонус: апетит, сон стає поверхневим, такі люди легко прокидаються. Під час безсоння відбувається перегляд нав'язливих спогадів про минуле, занурення у хворобу та її можливі наслідки, які теж знецінюють можливість заснути. Саме ці скарги є часто неусвідомленими, й не завжди про них завчасно повідомляють лікарів при опитуванні – відчуття нічного страху, через уявний сором чи за свій панічний страх або ж через небажання виглядати «слабким». Таких пацієнтів варто помістити в окреме приміщення (чи палату) через відсутність цих подразників і можливістю емоційно розвантажитись від пережитих негативних моментів [201, 203, 258].

На основі аналізу сутності та складових досліджуваної проблеми визначено й обґрунтовано причини та складові моделі психосоматичної інтеграції детермінант внутрішньої конфліктності педагогів (рис. 1). Психосоматична та соматопсихічна психодіагностика цих синдромів часто має ознаки *недиференційованого психічного розладу*, який обумовлений соматизованістю клінічних проявів у хворих. До них відносять такі *особливості прояву*: наявність психологічного дискомфорту; порушення спроможності виконання певних професійних обов'язків чи навчання; підвищення ризику щодо страху смерті й уявних страждань. Таким чином, наявність психосоматичного розладу зазвичай діагностується типовістю таких *опосередкованих ознак* [199, 202, 203, 361, 367]:

- 1) відсутністю схожості між психосоматичними симптомами та соматичними проявами патопсихологічних станів;
- 2) необ'єктивність вираженості скарг потерпілого;
- 3) множинні соматовегетативні обстеження;
- 4) використання нетрадиційних методів лікування;
- 5) суперечливий характер щодо застосування симптоматичної психотерапії;
- 6) невідповідна сконцентрованість на перебільшенні важкості побічних реакцій ліків;
- 7) необ'єктивна залежність організму від психогенних впливів;
- 8) використання психотропних засобів тощо.

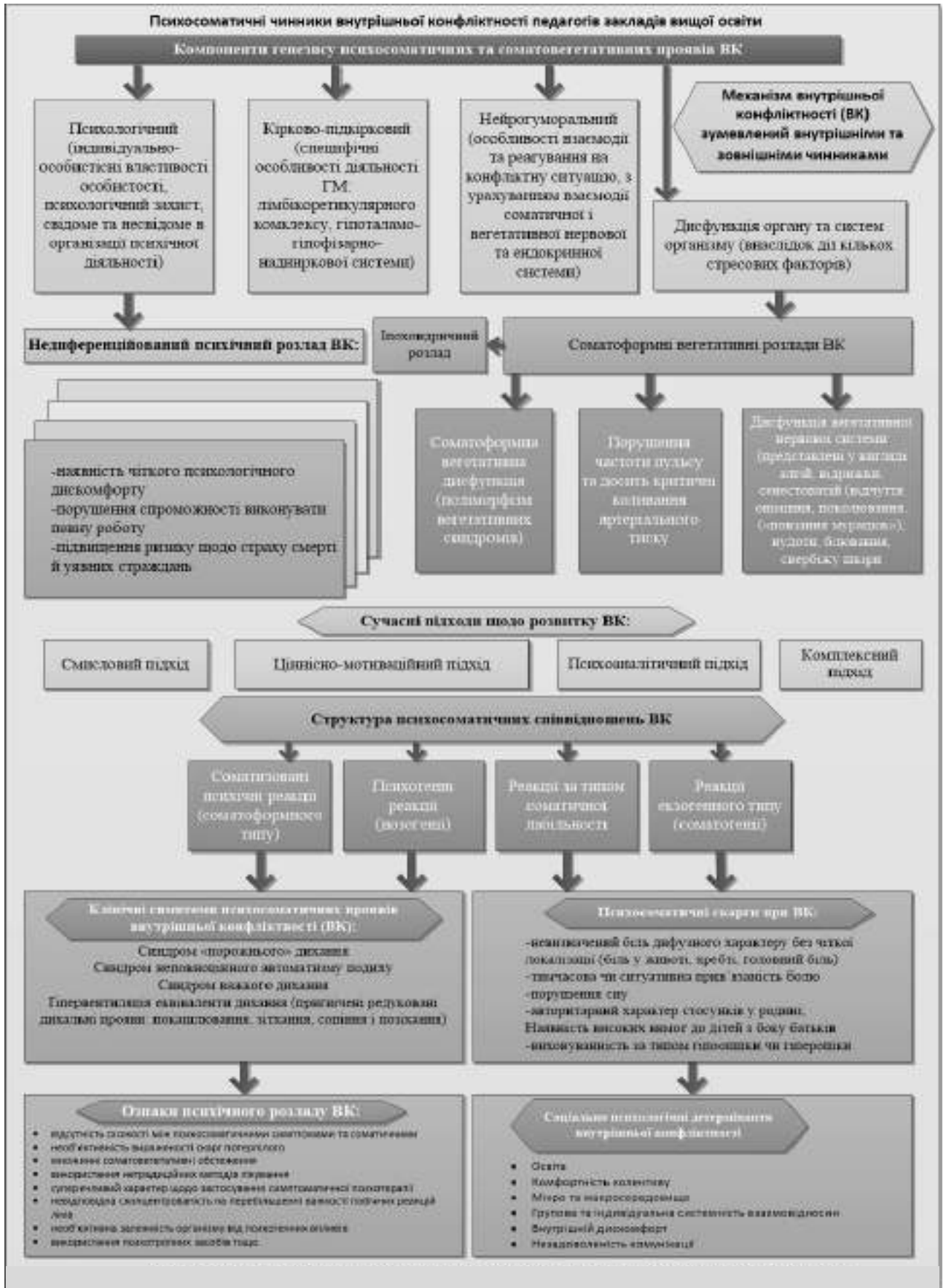


Рис. 1.4. Модель психосоматичної інтеграції детермінант внутрішньої конфліктності педагогів

Таким чином, *психосоматичний синдром* – це симптомокомплекс соматичного характеру, який обумовлений первинною дисфункцією центральної і периферичної нервової систем без істотного ураження соматичної системи. До ознак цих психогенних розладів відносимо наявність дихального дискомфорту (без органічних змін) в потерпілого. Психосоматичними проявами цих змін є психогенні кашель і задишка та гіпервентиляційний синдром, які проявляються у вигляді таких порушень [197, 198, 365, 367]:

1. *Синдром «порожнього» дихання*, для якого характерні відчуття браку кисню та повітря, «повітряна» булімія (пацієнти наче стають «борцями» за чисте й свіже повітря) і часті додаткові глибокі вдихи, аби надихатися.

2. *Синдром «неповноцінного автоматизму» подиху*, який обумовлений страхом щодо самостійності дихання (наче дихальний акт не відбудеться за умов несвідомого контролю процесу дихання), можливості «втрати свого дихання», стурбованість щодо здійснення частоти дихання.

3. *Синдром «важкого» дихання* характеризується відчуттям «грудки в горлі», наявністю дихального спазму та незадоволеністю власним вдихом, який занадто важкий для здійснення хворим і реалізований шляхом неймовірних зусиль, тощо.

4. *Гіпервентиляційні еквіваленти дихання* (пригнічені редуковані дихальні прояви: покашлювання, зітхання, сопіння і позіхання), при яких хворі не контролюють своїх дій, на прояв цих симптомів їм вказують оточуючі люди та колеги по роботі.

Верифікація порушення дихання ґрунтується на виявленні психогенного анамнезу (психодіагностична бесіда) та відсутності органічного ураження дихальної системи під час об'єктивного обстеження. В аналізі гіпервентиляційної проби спостерігається підвищення симптоматики під час глибокого дихання (протягом кількох хвилин), яке має позитивний ефект у тому значенні, що близько 5% CO₂ під час інгаляції вдихання суміші газів

характеризує зменшення психосимптоматики та, навпаки, у разі підвищення її відсотків ($\leq 5\%$) – симптом посилення нервово-м'язового збудження [216].

Психосоматичні розлади при внутрішній конфліктності мають як психологічні, так і соматофізіологічні характеристики. Внутрішній конфлікт із позиції структурного підходу обумовлений лише психологічним механізмом забезпечення і має такі 4 компоненти формування у генезі психосоматичного розладу [202, 204, 367]:

1) психологічний (індивідуально-особистісні властивості особистості, психологічний захист, свідоме та несвідоме в організації психічної діяльності);

2) кірково-підкірковий (специфічні особливості діяльності головного мозку: лімбікоретикулярного комплексу, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи);

3) нейрогуморальний (особливості взаємодії та реагування на конфліктну ситуацію, з урахуванням взаємодії соматичної і вегетативної нервової та ендокринної систем);

4) дисфункція органу чи систем організму (внаслідок дії кількох стресових факторів).

Згідно з цією класифікацією компонентів формування психосоматичного розладу, виділяємо нейрогенний аспект перебігу соматичного захворювання, який зумовлений генетичним чинником щодо їх розвитку та схильністю до психосоматичної дисфункції організму. Наприклад, такий психосоматоз як гіперреактивність дихальних шляхів сприяє зародженню бронхіальної астми або ж формуванню гіперліпідемій, яка обумовлена наявністю хронічного перебігу гіпертонічної хвороби, які є прикладом соматичних дисфункцій, пов'язаних із пошкодженням лімбічних структур мозку. В організації цих патологій виділяють такі 4 типи станів, які відображають структурованість психосоматичних співвідношень [172, 178, 365]:

1) психічні реакції соматизованого типу (соматоформні реакції), які формуються без органічних змін шляхом невротичного або конституційного регістру (невропатії, неврози);

2) психогенні реакції (нозогенії), спричинені соматичними захворюваннями, в основі яких психотравмуючий фактор, обумовлений реактивними станами;

3) реакції за типом соматичної лабільності, які спровоковані психогенними факторами й обумовлені дією соціальних та ситуаційних чинників щодо загострення проявів соматичного характеру (психосоматичні розлади в традиційному розумінні їх значення);

4) соматогенії як реакції екзогенного типу, які викликані соматичними факторами й належать до категорії симптоматичних психозів.

Перинними ознаками цих реакцій в аспекті дисфункції нервової системи щодо організації соматичних захворювань є підвищена дратівливість, стомлюваність, порушення сну, головний біль тощо. Патопсихологічні прояви соматопсихічних розладів у генезі внутрішньої конфліктності представлені широким поліморфізмом, серед яких виділяють 4 соматичних синдроми: вегетативний, депресивний, невротичний (або астеноневротичний), тривожний.

Соматоформні вегетативні розлади обумовлені фізіологічною функціональною симптоматикою та являють собою такі типи порушень [178, 366]:

1) дисфункція вегетативної нервової системи (представлені у вигляді алгій, відрижки, сенестопатій (відчуття оніміння, поколювання, «повзання мурашок»), нудоти, блювання, свербіжу шкіри;

2) порушення частоти пульсу та досить критичні коливання артеріального тиску;

3) іпохондричний розлад (приписування собі неіснуючих в дійсності важких, невиліковних хвороб);

4) соматоформна вегетативна дисфункція (поліморфізм вегетативних симптомів (при відсутності органічної патології), нейроциркуляторна дистонія, гіпервентиляційний синдром, аерофагія, диспепсія, гикавка, пілороспазм, синдром подразненого кишечника, психогенний метеоризм, психогенний кашель та задишка.

Таким чином, психосоматичні захворювання мають такі ознаки: невиразний біль дифузного характеру без чіткої локалізації (головний біль, біль у хребті чи животі); тимчасова (ситуативна) прив'язаність до болю (посилення болю у ситуаціях підвищеного психічного напруження), у випадку, коли сам пацієнт не здатен обґрунтувати передумови його прояву; порушення сну; постійних конфліктах педагога в минулому; дисгармонійний характер взаєностосунків у колі родини, позбавленні прав щодо самостійного прийняття рішень; високій відповідальності та внутрішній тривожності ще за часів дитинства (наявність завищених вимог до дітей з боку батьків); вихованні за типом гіперопіки чи гіпоопіки.

Соматогенний вплив захворювання на психіку людини зумовлений безпосереднім впливом на ЦНС біохімічних чи фізіологічних чинників, які пов'язані з наявною соматичною патологією і впливом больових відчуттів. Цей вплив найбільш яскраво виявляється при серцево-судинних і пульмологічних захворюваннях – внаслідок кисневого голодування. Саме тому комплекс порушень, що обумовлений порушеннями нервово-психічної сфери людини при кисневому голодуванні, больовому синдромі та при інтоксикаціях, називають *соматогенією*, до особливостей якої відносимо здатність до формування психічних розладів, починаючи від неврозоподібних порушень і до психотичних станів, з проявом маячних ідей та галюцинаціями. Однак зазвичай інтоксикаційний вплив на ЦНС при утворенні соматогеній незначний. Дещо більш істотно впливає на психіку власне сам факт захворювання та його можливі наслідки. Таким чином, варто підкреслити сам факт психогенного впливу хвороби на психіку, який проявляється у погіршенні самопочуття, астеніях, спричинених неприємними обтяжливими хворобливими відчуттями [101, 121].

Непсихотичні розлади психіки під час розвитку соматогенних розладів у респондентів представлені у вигляді трьох груп (за Б. Михайловим) [172, 184]:

1. *Соматогенний астеничний симптомокомплекс*, який сформований шляхом нейротоксичного та психотравмуючого впливу соматогеній, в результаті

зміни біосоціального статусу особистості, який виник під впливом хвороби, незалежно від її суб'єктивно-вольової сфери. Ці розлади виявляються у посиленні невротичних скарг згідно з перебігом й тривалістю хвороби. Для них характерні такі ознаки: зниження концентрації уваги, загальна астения, дратівливість, погіршення пам'яті, розлади сну, перепади настрою (з тенденцією до тужливого), головний біль тощо.

2. *Гострі невротичні розлади* (виникають у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм і відзначаються у працівників педагогічного профілю із преморбідними акцентуаціями характеру, що з часом проявляються у вигляді невротичних розладів). У їх формуванні ключовими є відповідність таким проявам як неврастенія, дисоціативні та obsесивно-компульсивні розлади, що за своєю інтенсивністю домінують над проявами соматичного захворювання й інтерпретуються як внутрішня психотравма.

3. *Непсихотичні розлади із затяжним перебігом* формуються у соматичний розлад і діагностуються у вигляді неврозу нав'язливих станів, який активується, втративши зв'язок із психотравмою, і супроводжується усвідомленням хворобливості власного стану, з наростанням соматовегетативних компонентів із подальшим формуванням психопатизації особистості педагога, з проявами ригідності та дезадаптації.

Таким чином, тривалий психосоматичний розлад, який обмежує соціальну активність та професійну відповідальність суб'єкта, зазвичай сам призводить до розвитку внутрішньої конфліктності особистості. Варто зазначити, що саме індивідуально-особистісний підхід обумовлює її подолання.

В аспекті даної проблеми, згадуючи відомого французького письменника Антуана де Сент-Екзюпері про роль психоаналітика в житті потерпілих, зазначимо: «Я вірю навіть, що прийде день, коли ми, захворівши і не відаючи причини захворювання, довіримося фізикам, які, не питаючи ні про що, візьмуть у нас шприцом кров, виведуть на підставі її аналізу декілька величин, перемножать їх, після чого, заглянувши в таблицю логарифмів, зцілять нас якою-

небудь пілюлею. І все-таки, варто мені захворіти, я, мабуть, піду до старого сільського лікаря, який погляне на мене куточком ока, помагає пульс і живіт, вислухає мої легені, потім трошки покашляє, розкуривши свою люльку, потре підборіддя і, щоб мене зцілити, посміхнеться мені. Зрозуміло, я схиляюся перед наукою, але я схиляюся і перед мудрістю» [188]. Дефіцит цілющого впливу особистості лікаря став, на жаль, вельми відчутною ознакою сучасного лікування. Безумовно, сучасні досягнення є необхідним пріоритетом у використанні медичних знань і вмінь, й, аналізуючи сучасні досягнення, пов'язані із загальним технічним прогресом, у спробі зупинити цей процес було б вельми абсурдно. Однак, все ж важливо, аби розвиток медицини не призводив до ігнорування особистості хворого, без урахування якої неможливо надати повноцінну медико-психологічну допомогу.

Висновки до першого розділу

Внутрішньоособистісний конфлікт як форма власної неузгодженості інтересів у психологічному світі людини інтерпретується нами як дилема у виборі, в основі якої зіткнення протилежних внутрішніх мотивів (цінностей, потреб, інтересів, ідеалів, цілей). Він протікає у вигляді важких страждань, які супроводжуються нав'язливими страхами, депресивністю почуттів, стресом, що часто спричиняє невроз. Переживання особистістю власної неоднозначності, невміння вирішувати життєві проблеми, складність і суперечність структурованості внутрішнього світу, мінливість в усвідомленні власних пріоритетів і побажань, домагань і прагнень, іноді неможливість їх реалізації, боротьба мотивів, коливання й сумніви розкривають діапазон поля внутрішньоособистісного конфлікту.

Саме такий конфлікт, природно, характеризує протиріччя внутрішньої структури особистості як нормальне явище. Внутрішні суперечності та боротьба мотивів особистості зазвичай проходить у межах норми та не порушують її гармонійність, але іноді в пріоритеті саме ця боротьба визначає психосоматичний статус і показники життєдіяльності людини. В основі особистісного конфлікту

часто можуть бути психосоматичні розлади. Динаміка перетворення внутрішнього конфлікту на його соматичний прояв варіює від кількох днів до кількох років. Перехід від психічного переживання до соматичного статусу розвитку хвороби зазвичай визначається ситуативністю подій як психотравмуючого фактора, що підсилює травму, а також типовістю реакцій суб'єкта.

Внутрішньоособистісна конфліктність – це переживання неадекватності людиною в нездатності дій у пошуку вірного рішення, яка некомпетентна у вирішенні власних проблем. Зведення конфліктності до проблемності лежить в основі її вирішення: будь-який конфлікт може бути розв'язаним у разі адекватного перетворення конфліктної ситуації в адекватні дії його подолання.

Специфіка педагогічних конфліктів полягає у тому, що внутрішньоособистісна конфліктність між паритетними мотивами маскується у міжособистісну форму прояву: напр., «я нездатен вирішити дану ситуацію тому, що мені щось заважає її вирішити». Тенденція маскування ґрунтується на умовах паритетності, коли особистісні мотиви мають рівні умови щодо існування та значимості для суб'єкта.

В сучасному паритеті її обґрунтування представлено сучасні підходи щодо порушеної проблеми, акцентуючи увагу на висвітленні смислового, психоаналітичного, ціннісно-мотиваційного та комплексного (системного) вимірювання психологічної стійкості особистості педагога в умовах підвищеного стресу. На основі аналізу сутності та складових досліджуваної проблеми визначено й обґрунтовано модель психосоматичної інтеграції детермінант внутрішньої конфліктності педагогів. Психосоматична та соматопсихічна характеристики її складових обумовлені також ознаками недиференційованого психічного розладу, який обумовлений соматизованістю клінічних проявів у хворих. До них відносять такі особливості прояву: наявність психологічного дискомфорту; порушення спроможності виконання певних професійних обов'язків чи навчання; підвищення ризику щодо страху смерті й уявних страждань.

Наявність психосоматичного розладу зазвичай діагностується типовістю таких опосередкованих ознак: відсутністю схожості між психосоматичними симптомами та соматичними проявами патопсихологічних станів; необ'єктивність вираженості скарг потерпілого; множинні соматовегетативні обстеження; використання нетрадиційних методів лікування; суперечливий характер щодо застосування симптоматичної психотерапії; невідповідна сконцентрованість на перебільшенні важкості побічних реакцій ліків; необ'єктивна залежність організму від психогенних впливів; використання психотропних засобів тощо.

Психосоматичні розлади при внутрішній конфліктності мають як психологічні, так і соматофізіологічні характеристики. Внутрішній конфлікт із позиції структурного підходу обумовлений лише психологічним механізмом забезпечення і має такі 4 компоненти формування у генезі психосоматичного розладу: *психологічний* (індивідуально-особистісні властивості особистості, психологічний захист, свідоме та несвідоме в організації психічної діяльності); *кірково-підкірковий* (специфічні особливості діяльності головного мозку: лімбікоретикулярного комплексу, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи); *нейрогуморальний* (особливості взаємодії та реагування на конфліктну ситуацію, з урахуванням взаємодії соматичної і вегетативної нервової та ендокринної систем); *дисфункція органу чи систем організму* (внаслідок дії кількох стресових факторів).

Соматоформні вегетативні розлади обумовлені фізіологічною функціональною симптоматикою та являють собою такі типи порушень: дисфункція вегетативної нервової системи (представлені у вигляді алгій, відрижки, сенестопатій (відчуття оніміння, поколювання, «повзання мурашок»), нудоти, блювання, свербіжу шкіри; порушення частоти пульсу та досить критичні коливання артеріального тиску; іпохондричний розлад (приписування собі неіснуючих у дійсності важких, невиліковних хвороб); соматоформна вегетативна дисфункція (поліморфізм вегетативних симптомів (при відсутності

органічної патології), нейроциркуляторна дистонія, гіпервентиляційний синдром, аерофагія, диспепсія, гикавка, пілороспазм, синдром подразненого кишечника, психогенний метеоризм, психогенний кашель та задишка.

Таким чином, психосоматичні захворювання мають такі ознаки: невиразний біль дифузного характеру без чіткої локалізації (головний біль, біль у хребті чи животі); тимчасова (ситуативна) прив'язаність до болю (посилення болю в ситуаціях підвищеного психічного напруження), у випадку, коли сам педагог не здатен обґрунтувати передумови його прояву; порушення сну; постійних конфліктах у минулому; дисгармонійний характер взаєностосунків у колі родини, позбавленні прав щодо самостійного прийняття рішень; високій відповідальності та внутрішній тривожності ще з часів дитинства (наявність завищених вимог до дітей з боку батьків); вихованні за типом гіперопіки чи гіпоопіки.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЧИННИКІВ ВНУТРІШНЬОЇ КОНФЛІКТНОСТІ В УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Представлене у першому розділі обґрунтування джерельної бази за проблемою нашого дослідження надає можливість у визначенні лише загальних теоретичних аспектів вивчення психосоматичних чинників внутрішньої конфліктності педагогів закладів вищої освіти. Методологічною основою дослідження є принципи наукового пізнання (принципи детермінізму, єдності психіки і діяльності, об'єктивності, системності, розвитку, цілепокладання), методи психодіагностики, емпіричні методики вимірювання шуканих ознак, технології корекції дослідження, що сприяють вивченню генези підвищеної внутрішньої конфліктності педагога в ситуації психосоматичного захворювання як наслідку впливу на організм людини зовнішніх і внутрішніх факторів розвитку патопсихологічної нозології.

У другому розділі представлено аналіз специфічних чинників, які розкривають особливості психосоматичного статусу учасників освітнього процесу у вимірі різних проявів внутрішньої конфліктності та її наслідків, й обґрунтовано вибір методів щодо організації даного емпіричного дослідження. В основу експериментального вивчення особливостей внутрішньої конфліктності педагогів закладів вищої освіти покладено діагностику індивідуально-особистісних та соціально-психологічних чинників, аналіз яких дозволив визначити специфічність впливу внутрішньої конфліктності на розвиток психосоматичних деструкцій в організмі людини.

2.1. Методологія дослідження соціально-психологічних особливостей внутрішньої конфліктності педагогів у контексті психосоматичної дисфункції

З проблеми діагностики внутрішньої конфліктності нині розроблено багато різновидів методичного інструментарію, окремі елементи якого обумовлені, насамперед, індивідуальними особливостями суб'єктів

міжособистісної конфліктної взаємодії. Від яких чинників залежить внутрішня конфліктність особистості та що саме її мотивує – визначається конфліктогенним потенціалом, яким володіє педагог. До особливостей внутрішньої конфліктності педагога відносимо: полярність акцентуованості характеру особистості, високий рівень фрустрації, психічне професійне виснаження, патерни та стратегії поведінки в міжконфліктній ситуації, особливості прояву образливості, невідповідність комунікативного потенціалу (І. Візнюк, А. Лукашенко, В. Галузяк, Г. Ложкін, Д. Шапіро, І. Холковська, Л. Волченко, Л. Карамушка, Л. Котлова, М. Уїллер, Н. Зінченко, Н. Колеснік, Н. Пов'якель, П. Коулман, П. Путівцев, Р. Фергюсон, С. Гарькавець, С. Яковенко, Т. Дзюба, Т. Яхно та ін.) тощо.

Згідно з метою й завданнями дослідження ми пропонуємо такий емпірико-методологічний інструментарій дослідження (опитувальники, тести), в основі якого є вимірювання самодіагностики викладача щодо його міжособистісної конфліктності, в аспекті взаємодії в групових процесах, характерних для педагогічного колективу та які часто стають причиною гострих суперечок, непорозумінь і конфліктів. Саме в генезі розвитку внутрішньої конфліктності на підставі ранньої психологічної діагностики можна створити ефективну систему превентивних засобів щодо профілактики, запобігання та подолання внутрішніх конфліктів на тлі групових взаємовідносин у педагогічному середовищі.

Емпіричне дослідження особливостей прояву внутрішньої конфліктності на тлі зародження психосоматичних явищ представлено на ґрунті таких принципів наукового пошуку (С. Максименко, А. Петровський, С. Рубінштейн):

1) *принцип детермінізму* (дослідження зовнішніх (соціально-психологічних) та внутрішніх (індивідуально-особистісних) чинників внутрішньої конфліктності педагога в ситуації психосоматичних розладів);

2) *системно-синергетичний принцип* (характеристика психосоматичного статусу учасників освітнього процесу у вимірі різних проявів внутрішньої конфліктності та її наслідків);

3) *принцип об'єктивності* (представлено в сукупності внутрішніх чинників та зовнішніх факторів, які розкривають проблему об'єктивного та суб'єктивного досліджень психологічних явищ групової взаємодії);

4) *принцип єдності* (психосоматичного та соматизованого типів прояву внутрішньої конфліктності, які розкривають природу досліджуваних психологічних явищ);

5) *принцип аналізу за одиницями* (з'ясування причинно-наслідкових взаємозв'язків, які лежать в основі психосоматичної деструкції в педагогів із підвищеною внутрішньою конфліктністю);

6) *принцип розвитку* (досліджувані явища розглядалися нами як постійно змінні функціональні способи перетворення психогенних факторів у соматогенні у константі психосоматичного статусу особистості педагога);

7) *принцип цілепокладання* (збалансування внутрішніх інтенцій педагога в умовах його життєдіяльності).

Методологічну основу емпіричного дослідження склали наукові теорії системного підходу щодо вивчення механізмів психосоматичних розладів у осіб працездатного віку як системи різних параметричних характеристик (Б. Ананьєв, Є. Ільїн, Г. Костюк, В. Крайнюк, В. Медведєв та ін.); теорія та практика психолого-педагогічного дослідження (Л. Бурлачук, Л. Васерман, Н. Водоп'янова, Т. Корнілова, С. Максименко та ін.); положення про необхідність конструктивного розв'язання конфліктів і питання їх профілактики у педагогічному процесі (Л. Березовська, І. Візнюк, Л. Карамушка, Н. Пов'якель, М. Рібакова, В. Семиченко, Н. Тализіна); системний підхід у психології та психофізіології (П. Анохін, Б. Ломов, С. Максименко, О. Кокун, К. Судаков та ін.); концепції сенсу життя і самоактуалізації (Г. Балл, А. Маслоу, Д. Леонт'єв, К. Роджерс, Т. Титаренко, В. Франкл та ін.); основні принципи психологічної допомоги особистості (О. Авілов, М. Кабанов, Б. Карвасарський, О. Кокун, Т. Яценко, А. Гройсман та ін.); психосоматичні розробки особливостей оптимального функціонування особистості (Дж. Браун, О. Блінов, С. Кулаков, Є. Кулікова, І. Малкіна-Пих, Н. Пезешкіан та ін.).

Констатувальне дослідження передбачало такі етапи:

1. *Підготовчий етап* дослідження характеризується визначенням основних принципів та методологічного підґрунтя дослідження і створення відповідного наукового апарату.

2. Згідно з *другим етапом* дослідження, відповідно до теоретичного науково-психологічного аналізу та теоретичної моделі, представлено методи психологічної діагностики підвищеної конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів.

3. На *третьому етапі* було проведено констатувальне дослідження особливостей прояву внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів та встановлено взаємозв'язок між досліджуваними явищами за допомогою методів статистичної обробки.

Метою емпіричного дослідження є встановлення особливостей взаємозв'язку між внутрішньої конфліктністю педагогів в умовах освітнього процесу та механізму зародження психосоматичної деструкції організму, зокрема, виділення її чинників та особливостей психосоматичного статусу викладача. До основних завдань констатувального етапу дослідження відносимо такі:

1. Визначення за допомогою авторської анкети наявності міжособистісної конфліктності в учасників освітнього процесу.

2. Діагностика соціально-психологічних та індивідуально-особистісних чинників внутрішньої конфліктності педагогів згідно з їх психосоматичним статусом в умовах ЗВО.

3. Виділення моделей психосоматичного профілю в учасників освітнього процесу за переліком домінантних ознак внутрішньої конфліктності.

Експериментальною базою дослідження упродовж 2019 – 2021 рр. були Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського та Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. Загальна

чисельність вибірки складала 242 особи віком від 21 до 65 років, серед яких 118 осіб другого (магістерського) рівня вищої освіти.

За допомогою авторського опитувальника (дод. А), шляхом використання кількісних і якісних критеріїв оцінки й результатами медичного професійно-консультативного висновку (форми № 086) було відібрано психосоматично здорових осіб (118 особи), які склали контрольну групу осіб (КГ) та зі схильністю до психосоматичних розладів (124 особи), що склали експериментальну групу осіб (ЕГ), котрі амбулаторно зверталися впродовж досліджуваного періоду до Консультативно-діагностичного поліклінічного центру ВОКЛ ім. М. І. Пирогова у зв'язку зі скаргами психосоматичного характеру. Чисельність експериментальної групи відповідає вимогам до обсягу вибірки, що може підлягати статистичній обробці. Прерогативою даної вибірки є те, що всі групи мають приналежність до освітнього середовища ЗВО як здобувачі (магістри) та учасники педагогічного процесу, в умовах якого чинними психосоматичними деструкціями є ознаки внутрішньої конфліктності педагогів.

Згідно з *підготовчим етапом* дослідження було розроблено авторську анкету наявності міжособистісної конфліктності в учасників освітнього процесу (дод. А) та здійснено скринінг первинного обстеження груп за клінічними показниками в осіб із підвищеною конфліктністю у ситуації психосоматичного захворювання з метою обґрунтування їх частоти ознак.

На *другому етапі* було задіяно такий методичний інструментарій (табл. 2.1).

У таблиці 2.2 представлено характеристику методів дослідження індивідуально-особистісних та соціально-психологічних чинників впливу, з урахуванням психосоматичної деструкції та соматизованих розладів у генезі формування внутрішньої конфліктності в учасників освітнього процесу та здобувачів освіти (дод. Б). Показано категорії (шкали за методиками), за допомогою яких буде здійснено основні виміри та показники цього впливу.

Психодіагностичні методики констатувального дослідження підвищеної внутрішньої конфліктності в ситуації психосоматичного захворювання

Індивідуально-особистісні чинники		Соціально-психологічні чинники		Кількість осіб	
1		2		3	
Психосоматична деструкція організму	1	Опитувальник Плутчика-Келермана-Конте – Методика Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI)	5	Опитувальник «Шкала локусу рольового конфлікту» П. Горностая	242
	2	Методика дослідження рівня агресії Басса-Дарки (Buss-Durkey Hostility Inventory (BDHI))	6	Тест «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка)	242
	3	«Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації» (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ) для оцінки скарг психосоматичного характеру	7	Авторська анкета наявності міжособистісної конфліктності в учасників освітнього процесу	124 і 242 (за 4DSQ опитування не проводили в КГ осіб за відсутності у них психосоматичних скарг і психопатологій)
Соматизовані розлади	4	Гіссенський опитувальник соматичних скарг	8	Методика «Визначення рівня конфліктостійкості особистості (Н. Фетіскін)»	242

У таблиці 2.2 представлено характеристику методів дослідження індивідуально-особистісних та соціально-психологічних чинників впливу, з урахуванням психосоматичної деструкції та соматизованих розладів у генезі формування внутрішньої конфліктності в учасників освітнього процесу та здобувачів освіти. Показано категорії (шкали за методиками), за допомогою яких буде здійснено основні виміри та показники цього впливу.

Для успішного проведення експериментального дослідження здійснено обґрунтування і підбір психодіагностичних методик. Найбільш доречним і вагомим у вивченні психологічного статусу особистості вважаємо комплексний підхід, який забезпечує всебічне обґрунтування даної проблеми за її прямими та побічними показниками. Методологічну основу дослідження склав системний підхід у вивченні внутрішньої конфліктності педагогів із психосоматичними розладами як система різних параметричних характеристик, а шляхи реалізації поставлених завдань, відповідно до його етапів, відображені у нижченаведеній таблиці.

Таблиця 2.2

Методи дослідження індивідуально-особистісних властивостей та соціально-психологічних утворень педагога в психосоматичній генезі внутрішньої конфліктності

№	Індивідуально-особистісні чинники	Метод (-ка)	Показники
1	2	3	4
1	<i>Характеристики індивідуально-особистісних рис:</i>		
1.1	психологічні механізми захисту	1(8)	шкала 1, 2,3,4,5,6,7,8
1.2	агресивність	2(1)	шкала 1,5,7
1.3	ворожість	2(2)	шкала 5, 6
1.4	екстернальний тип локусу рольового конфлікту	3(1)	питан. № 1,2,8,11,14,18,21,24
1.5	проміжний тип локусу рольового конфлікту	3(2)	питан. №3,4,7,10,13,16,20,23
1.6	інтернальний тип локусу рольового конфлікту	3(3)	питан. №5,6,9,12,15,17,19,22
1.7	соматизовані розлади	4	шкали Е, М, G, Н
2	<i>Характеристики соціально-психологічних рис:</i>		
2.1	нервозність, емоційне вигорання		шкала 1
2.2	психогенні розлади (депресія)	5(1)	шкала 2
2.3	тривожність	5(2)	шкала 3
2.4	соматоформні порушення	5(3)	шкала 4
2.5	фрустрованість	5(4)	питан. № 11-20
2.6	соціальна тривожність	6(2)	питан. № 1-10
2.7	агресивність	6(1)	питан. № 21-30
2.8	ригідність	6(3)	питан. № 31-40
2.9	міжособистісна конфліктність	6(4)	питан. № 1-38
3	<i>Суб'єктивні чинники:</i>	7	
3.1	конфліктостійкість	8	питан. №1-10

Примітка: номери методів відповідають їх переліку в табл. 2.1.

Така організація експерименту відповідає методичному апарату дослідження проблеми взаємозв'язку психологічної стійкості з базовими утвореннями особистості в ситуації порушення психосоматичного здоров'я.

На *третьому етапі* дослідження побудовано психологічний портрет особистості викладача з урахуванням переліку психосоматичних захворювань (бронхіальна астма, виразка шлунка, виразковий коліт, дерматит, тиреотоксикоз (гіпертиреоз), гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням серця без (застійної) серцевої недостатності, цукровий діабет у вигляді моделей психосоматичного профілю підвищеної конфліктності за домінантним типом ознак.

Потреба визначення особливостей підвищеної конфліктності особистості педагога в ситуації психосоматичного порушення зумовлена такою дослідницькою схемою: встановлення причинно-наслідкових зв'язків між взаємовпливом психологічних явищ (певного прояву та дослідження впливу одного і того ж явища в межах механізму виникнення підвищеної внутрішньої конфліктності на осіб з різними характеристиками). Побудова експерименту за такою схемою спрямовує усталеність шуканих структур залежно від змінених та збережених форм психічної діяльності, а також встановленні каузальних змінних між досліджуваними явищами й створенні методики корекції і відновлення досліджуваного феномена. Саме таким чином у схемі дослідження об'єднано констатувальні, формувальні стратегії та стратегію зіставлення.

Таким чином, процедура дослідження обумовлена такими основними структурно-змістовими етапами експериментальної програми: визначення структурних елементів (експериментальної гіпотези та змінних ознак дослідження); вимірювання загальної вибірки за номінативним маркером «психосоматичне здоров'я» та переліку еквівалентної (рандомізованої) контрольної (КГ – психосоматично здорові особи та експериментальної (ЕГ – особи зі схильністю до підвищеної внутрішньої конфліктності та психосоматичними дисфункціями) груп; констатувальний діагностичний зріз (вимірювання) у КГ та ЕГ осіб, низкою психодіагностичного інструментарію,

методики якого визначають основні параметри механізму підвищеної внутрішньої конфліктності в ситуації психосоматичних розладів та їхні зв'язки з іншими параметрами дослідження; якісно-кількісний аналіз результатів для встановлення диференційних відмінностей КГ та ЕГ; створення на цій основі програми подолання внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів щодо відновлення їх стану оптимального функціонування організму в осіб ЕГ згідно з результатами дослідження; проведення формувального експерименту в групі зі схильністю до підвищеної внутрішньої конфліктності та психосоматичними дисфункціями (ЕГ); контрольне діагностичне вимірювання у КГ та ЕГ після завершення дослідження; якісно-кількісний аналіз результатів з метою виявлення психокорекційного ефекту (порівняння результатів ЕГ осіб «до» та «після» психокорекційних впливів), систематизація та узагальнення результатів теоретико-емпіричного дослідження.

В емпіричному дослідженні були використані такі психодіагностичні методики [15, 49, 126, 150, 248, 316]:

1. *Опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте, методика Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI)* призначений для вивчення особливостей психологічних захистів. Згідно з представленими автором твердженнями, ми вивчаємо почуття, поведінку і реакції людей у певних життєвих ситуаціях. Вісім егозахисних механізмів формують вісім окремих шкал (витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проєкція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація), числові значення яких виводяться з числа позитивних відповідей на певні вказані нижче твердження (за текстом опитувальника), поділених на число тверджень у кожній шкалі. Напруженість психологічного захисту підраховується за формулою $(\text{число «+»} / n - \text{число тверджень}) \times 100\%$, де n – число позитивних відповідей по шкалі даного захисту, N – число всіх тверджень, які нараховано за шкалою. Тоді ОПЗ (особистісний показник захисту) в цілому дорівнює $S_n / 92 \times 100\%$, де S_n – сума всіх позитивних відповідей за опитувальником (дод. Б).

2. *Методика дослідження рівня агресії А. Басса-А. Дарки (Buss-Durkey Hostility Inventory (BDHI))* для визначення фізичної агресії, непрямой агресії, роздратування, негативізму, образи, підозрливості, вербальної агресії, почуття провини. Опитувальник призначений для діагностики наявності агресивних і ворожих реакцій. Під *агресивністю (Agr)* мається на увазі характерологічне утворення особистості, яке обумовлене наявністю деструктивних тенденцій в суб'єктно-об'єктних відносинах. *Ворожість (Vrz)* розуміється як негативна реакція нещирих почуттів в оцінці людей та подій. Цей опитувальник обумовлений диференціацією проявів агресії і ворожості за наявністю таких шкал (дод. Б):

1) Fiz – «фізична агресія» (в аспекті використання фізичної сили проти іншої особи);

2) Npr – «непряма агресія» (спрямована на іншу особу як обхідний шлях від справжнього суб'єкта ворожості);

3) Rzd – «роздратування» (готовність до прояву негативних почуттів при найменшому прояву ворожості з іншої сторони);

4) Ngт – «негативізм» (опозиційна манера як пасивний опір щодо активної боротьби проти встановлених корпоративних законів).

5) Obr – «образа» (як заздрість і ненависть до оточуючих за реальні чи вигадані дії);

6) Pdз – «підозрливість» (в діапазоні від недовіри й обережності щодо оточуючих людей, упередженості в тому, що начебто вони планують і завдають шкоду);

7) Ver – «вербальна агресія» (вираз негативних почуттів через крик і вереск та словесні нецензурні вислови (прокляття, погрози);

8) Prv – «почуття провини» (переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, яка завжди спричиняє зло, у зв'язку з чим відчуваються докори сумління).

Інтерпретація результатів індексу ворожості включає в себе за 5–6-ма шкалами, а індекс агресивності (як прямої, так і мотиваційної) за 1, 3, 7 шкалами.

Нормою агресії вважається показник її індексу, що дорівнюється 21 ± 4 , а ворожості – $6-7 \pm 3$.

Ворожість = Образа + Підозрілість.

Агресивність = Фізична агресія + Дратівливість + Вербальна агресія.

Оціночні критерії:

1. Активна агресія – індекс ворожості > 10 , індекс агресивності > 20 .

2. Пасивна агресія – індекс ворожості $6-9$, індекс агресивності $= 14-20$.

Агресія – індекс ворожості < 6 , індекс агресивності < 14 .

3. *Опитувальник «Шкала локусу рольового конфлікту» П. Горностая*, призначений для вивчення соціально-психологічних закономірностей та індивідуальних утворень особистості з точки зору рольового підходу. Він досліджує соціально-психологічні закономірності в аспекті особистісних властивостей людини з точки зору рольового підходу terra incognita (дод. Б).

Соціальна роль може відповідати рольовій ідентичності, тобто бути в балансі з набором індивідуальних характеристик людини, а може і значно відрізнятися від них, у цьому випадку людина відображає свій власний характер, притаманний саме її індивідуальності. Результати за цим опитувальником виокреслюють психологічну характеристику людини, яка розкриває відміни детермінації її рольової поведінки. Невідповідність ролевої взаємодії, яка значно відрізняється від ідентичності людини, призводить до рольового конфлікту. Тенденція обирати ту чи іншу стратегію зазвичай пов'язана з певними властивостями особистості.

Ключ опитувальника:

Відповіді «Так» – 1; 3; 4; 7; 9; 12; 14; 17; 19; 22.

Відповіді «Ні» – 2; 5; 6; 8; 10; 11; 13; 15; 16; 18; 20; 21; 23; 24.

Обробка: підрахунок кількості відповідей опитувальника, що збігаються із ключем. Нормативні показники:

- екстернальний тип локусу рольового конфлікту – 0–10 балів;
- проміжний тип локусу рольового конфлікту – 11–15 балів;

- інтернальний тип локусу рольового конфлікту – 16–24 бали.

4. *Гіссенський опитувальник соматичних скарг* (дод. Б) виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією; опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики для встановлення актуального психологічного симптоматичного статусу (за шкалами симптоматичних розладів: соматизації, внутрішньої конфліктності, депресії, ворожості, фобічної тривожності, параноїдальних тенденцій, психотизму, а також за трьома узагальненими шкалами другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів, індекс наявного симптоматичного дистресу, загальна кількість позитивних відповідей). Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає у обстежуваного встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами. Опитувальник має 4 шкали: виснаження (Е), шлункові скарги (М), ревматичний чинник (G), серцеві скарги (Н).

Оцінка результатів:

Е: виснаження (характеризує суб'єктивне уявлення людини про наявність/втрату життєвої енергії і потребу в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією).

М: шлункові скарги (наявність психосоматичних шлункових розладів (епігастральний синдром).

G: ревматичний чинник (шкала виражає суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер).

Н: серцеві скарги (високий бал за шкалою свідчить про приписування собі неіснуючих симптомів з метою привертання уваги або маніпулятивних маневрів у межах іпохондричного синдрому).

Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг, які добре корелюють із депресією, алекситимією, особистісною тривожністю. Нормативи за окремими шкалами відсутні. Оцінюється загальний бал при максимально

можливі сумі в 100 балів: серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% – менше 20, 100% – менше 40 балів.

5. *«Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації» (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ)* для оцінки скарг психосоматичного характеру (дод. Б).

Мета опитувальника – допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та психогенних розладів (депресія, тривога). 4DSQ складається із 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів. Варіанти відповідей на питання сформульовані як «Ні», «Іноді», «Регулярно», «Часто», «Дуже часто або постійно». Відповіді оцінюють за шкалою 0–2 бали, де 0–«Ні», 1–«Іноді», 2–для всіх інших варіантів відповідей. При обробці опитувальника кількість балів підсумовують згідно з окремими шкалами. *Шкала дистресу* містить 16 пунктів (загальна сума балів 0–32), *шкала депресії* – 6 пунктів (загальна сума балів 0–12), *шкала тривожності* – 12 пунктів (загальна сума балів 0–24), *шкала соматоформних порушень* – 16 пунктів (загальна сума балів 0–32). Реципієнт, заповнюючи примірник опитувальника, не володіє інформацією щодо субшкал опитувальника.

6. *Тест «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка)* дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність) (дод. Б).

Методика оцінювання:

Підраховується кількість балів за кожно з чотирьох груп питань:

I – 1–10-те питання – тривожність;

II – 11–20-те питання – фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає у конфліктній ситуації);

III – 21–30-те питання – агресивність;

IV – 31–40-ве питання – ригідність (тенденція до збереження власних способів та стереотипів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів:

0 – 7 балів – низький рівень;

8 – 14 балів – середній рівень;

15 – 20 балів – високий рівень.

7. Авторська анкета наявності міжособистісної конфліктності в учасників освітнього процесу для визначення рівня загальної конфліктності в учасників освітнього процесу та здобувачів освіти (дод. А).

8. Методика «Визначення рівня конфліктостійкості особистості (Н. Фетіскін)», що дозволяє опосередковано визначити рівень конфліктостійкості особистості. Методика призначена для визначення орієнтації і форм міжгрупової взаємодії, включаючи стратегії співпраці та суперництва (корпоративності), що здійснюються в полярних умовах групової емпатії та рефлексії (дод. Б).

Поведінка деяких груп людей дещо подібна до поведінки якоїсь одної людини. Вони можуть бути орієнтовані або на плідну співпрацю, суперництво (конкуренцію), корпоративні інтереси чи співпереживання і допомогу, або ж на груповий егоїзм. Для оцінки відношень певної групи щодо відношення інших груп в організації необхідно позначити на бланку її типову поведінку згідно з 14 полярними твердженнями, кожне з яких відображає форми групової поведінки, яка орієнтована на співпрацю, розуміння інтересів чи стан інших груп.

В основі *обробки та інтерпретації даних* – підрахунок загальної кількості балів:

40–50 балів – високий рівень конфліктостійкості.

30–40 балів – середній рівень конфліктостійкості, що свідчить про орієнтацію особистості на прагнення щодо уникнення конфліктів і компроміс.

20–30 балів – низький рівень конфліктостійкості, що обумовлює виражену конфліктність.

1–19 балів – дуже низький рівень конфліктостійкості, який свідчить про абсолютну конфліктність особистості.

Таким чином, головним завданням експериментального дослідження, яке обумовлене вищезазначеними принципами, особливостями організації, методами та характеристикою вибірки досліджуваних, є визначення психосоматичних чинників внутрішньої конфліктності педагогів закладів вищої освіти. У роботі використані такі методи статистичної обробки результатів експерименту: описова статистика, методи середніх величин, процентильна статистика, порівняння значень за t-критерієм Стьюдента, кореляційний аналіз для виявлення кількісних та якісних залежностей між досліджуваними явищами й процесами для обґрунтування та встановлення висновків, із використанням комп'ютерної обробки даних, кореляційний (коефіцієнт Пірсона), пакет сучасних електронних програм (SPSS/версія 17)), а також метод моделювання і якісного аналізу для концептуальної візуалізації встановлених закономірностей та узагальненої інтерпретації емпіричних і математико-статистичних результатів.

2.2. Емпіричне дослідження внутрішньої конфліктності педагогів у ситуації психосоматичних розладів

На підготовчому етапі дослідження проведено авторське анкетування (дод. А) на визначення наявності міжособистісної конфліктності в учасників освітнього процесу. Оцінюючи результати авторського опитування, зазначимо, що виділено 242 особи віком від 17 до 65 років із підвищеною конфліктністю (підвищені дратівливість і тривожність, зайва самокритичність і впертість).

Авторський опитувальник призначений для вимірювання схильності до конфліктів у людини, за допомогою якого чітко спостерігались певні соматичні скарги за кардіологічним типом, порушення шкіряного покриву та дисфункцій органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Інші системи органів організму людини нами ігнорувались, оскільки були відсутні на них посилення під час анкетування і співбесіди з опитуваними. Згідно з ним висока кількість балів

свідчить про ознаки психосоматичної декомпенсації та схильність у досліджуваних до підвищеної конфліктності, що видно за такими параметрами:

- від 0 до 10 балів – показники відсутності схильності до підвищеної конфліктності та оптимальний стан функціонування організму людини;

- від 11 до 20 балів – означає низьку схильність щодо розвитку підвищеної конфліктності в контексті психосоматичної дисфункції;

- від 21 до 30 балів – така кількість балів показує підвищений рівень конфліктності щодо всіляких можливих захворювань, що свідчить про розвиток психосоматичної декомпенсації;

- від 31 до 48 балів – ознака підвищеної конфліктності як однієї з форм психосоматичного синдрому. Щоб підтвердити або спростувати цей факт, необхідно провести комплексне медико-психологічне дослідження.

За результатами цих вимірювань представлено генеральну вибірку респондентів, за якою проведено дослідження первинних ознак наявності психосоматичних розладів в аспекті конфліктної поведінки людини. Загальна кількість осіб за цими вимірюваннями показала, що конфліктна поведінка для одних осіб є постійною рисою характеру, яка домінує переважно в учасників освітнього процесу, та зі схильністю до неї в категорії осіб, які час від час перебувають у конфліктних відносинах з оточуючими. На цьому етапі дослідження було диференційовано загальну вибірку осіб на контрольну та експериментальну групи, за особливостями прояву їх конфліктності та наявності психосоматозів.

За допомогою даного опитувальника шляхом використання кількісних і якісних критеріїв оцінки й результатами медичного професійно-консультативного висновку (форми № 086) було відібрано психосоматично здорових осіб (118 особи), переважно з яких здобувачі другого (магістерського) рівня вищої освіти (КГ), та зі схильністю до психосоматичних розладів (124 особи), що склали ЕГ осіб, котрі амбулаторно зверталися впродовж досліджуваного періоду до Консультативно-діагностичного поліклінічного

центру ВОКЛ ім. М. І. Пирогова у зв'язку зі скаргами психосоматичного характеру. Серед 785 переглянутих індивідуальних медичних карт пацієнтів центру за експериментальною вибіркою осіб було виявлено викладачів із психосоматичними розладами, із них: чоловіків – 65 та жінок – 59. Чисельність експериментальної групи відповідає вимогам до обсягу вибірки, що може підлягати статистичній обробці. Прерогативою даної вибірки є те, що всі групи мають приналежність до освітнього середовища ЗВО як здобувачі та учасники педагогічного процесу, в умовах якого чинними психосоматичними деструкціями є ознаки внутрішньої конфліктності педагогів.

Згідно проведеними анкетуваннями відмічаємо в ЕГ осіб пригнічену агресивність із ознаками психосоматичних розладів (відчуття оніміння, поколювання, «повзання мурашок», нудоти, блювання, свербіжу шкіри; порушення частоти пульсу та досить критичні коливання артеріального тиску), прояви внутрішньоособистісних конфліктів у вигляді нереалізованих бажань, відчутті провини, втраті віри та оптимізму, психологічній відмові від майбутнього, підвищеній тривожності за основними скаргами під час психодіагностичної бесіди. Диференційні показники за соматичною ознакою та чинники дисфункції психологічних порушень більш детально показано в таблиці 2.3.

За результатами анкетування показано внутрішню картину хвороби в осіб ЕГ, яка показує підвищену тривожність, зайву стурбованість і вимогливість щодо міжособистісної взаємодії у колективі, які ототожнені зі скаргами психосоматичного характеру, що відображено у вчинках і поведінці людини. Виділена група осіб характеризується перевагою негативних емоцій, які супроводжуються фізіологічними змінами в організмі й призводять до підвищеного артеріального тиску, підвищеного м'язового тону, надлишкового цукру в крові, гормонів (адреналіну, норадреналіну), активізації кровообігу.

Характеризуючи особистісні риси цієї групи, зауважимо, що тривалість скарг періодична і природа їх прояву досить невиразна, часто надумана та викликана негативними емоціями. Також мають досить відносний прояв, який

представлений у множинній дії факторів, що посилюють симптоматику болю (серцевого, алгій невизначеного характеру тощо), незалежно один від одного.

Таблиця 2.3.

**Психосоматичні чинники генези внутрішньої конфліктності в
респондентів ЕГ осіб**

п/п	Психогенні чинники	Скарги соматичної дисфункції		
		ССС, (у %, осіб)	ШКТ, (у%)	Недоліки шкірних покривів, (у %)
1.	Підвищена тривожність	35 (36 осіб)	68 (71 осіб)	57 (59 осіб)
2.	Зайва критичність	56(58 осіб)	71(74 осіб)	37(30 осіб)
3.	Зневіра до людей	63(66 осіб)	62(50 осіб)	45(47 осіб)
4.	Диспептичні розлади під час конфлікту з оточуючими	63(66 осіб)	34(35 осіб)	45(89 осіб)
5.	Гіперемія шкіри	37(40 осіб)	46(48 осіб)	34(35 осіб)
6.	Підвищений АТ	45(47 осіб)	34(35 осіб)	36(36 осіб)
7.	Тремор рук	62(65 осіб)	59(61 осіб)	54(56 осіб)
8.	Боязнь колективу	72(75 осіб)	55(44 особи)	35(28 осіб)
9.	Втрата апетиту	36(45 осіб)	27(28 осіб)	43(45 осіб)
10.	Вживання великої кількості їжі під час образ	55(44 осіб)	67(70 осіб)	49(72 осіб)
11.	Підвищений рівень домагань	61(49 осіб)	64(52 особи)	65(52 особи)
Середні показники		53 (50 осіб)	48 (38 осіб)	45 (36 осіб)

Під час бесіди за цим анкетуванням диференціюємо відмінності в симптоматиці больових відчуттів в осіб із серцево-судинними скаргами (53 особи). В осіб із підвищеним артеріальним тиском спостерігається відсутність тривожності та безпечності щодо прояву симптомів захворювання. Механізм такої дії обумовлений сильним емоційним подразником і блокується постійним страхом, агресивністю, напруженням, відчуттям виснаженості, невгамовним прагненням до успіху, напруженим життєвим ритмом, одержимою манією успіху і кар'єрного росту. «Портрет» особистості представлено в такому ракурсі: хворі надмірно чутливі, емоційні, екстравертові, гіперактивні, активні керівники, цілеспрямовані, демонстративні, але занадто емоційно чутливі до хвороб. Вони переважно добросовісні, охайні, педантичні, комунікабельні,

вразливі, пунктуальні, самокритичні та вимогливі до себе, при довготривалому напруженні виявляють агресію, страх, гнів, озлобленість, іпохондричні, постійно знаходяться у невираженому стресі.

В основі внутрішнього конфлікту до причин порушення серцевого ритму відносимо такі психологічні дефекти як внутрішнє перенапруження, ситуативні конфлікти, пригнічення потреб. Особистісні якості людини при цьому такі: надмірно захищають свій емоційний світ і контролюють свої почуття, конформісти. Кардіоневрозу сприяють надмірна залежність від батьків; психологічні травми дитинства, депресивно-симбіотичні фантазії; самозахист у формі іпохондричного настрою. Схильність до кардіоневрозу породжена також несамостійністю, страхом самотності та розлуки з близькими; інтравертованістю, уникненням труднощів; надмірним піклуванням про своє здоров'я, накопиченням різноманітної медичної літератури [44, 45].

Дана характеристика аргументована тим, що містить симптоматику змішаного типу (симптоми поєднані та провокують один одного). В основному вимірі об'єктивної картини в генезі психосоматичних розладів особистості є збереження психосоматичного здоров'я і формування таких рис характеру, які сприятимуть пошуку смисложиттєвих цінностей, реалізації власних можливостей і творчого потенціалу в соціометричному вимірі.

На цьому етапі дослідження також було проведено скринінг первинного обстеження ЕГ на основі архівних індивідуальних медичних карт у лікарні М.І. Пирогова за клінічними показниками в осіб із психосоматичними розладами з метою виявлення кількості їх ознак. Основні показники частоти прояву цих розладів у педагогів із внутрішньою конфліктністю представлено у таблиці 2.4.

Як видно із таблиці 2.4 за показниками індивідуальних медичних карт респондентів, спостерігається значний потенційний ризик у розвитку психосоматичних розладів у педагогів у проявах внутрішньої конфліктності. Встановлено також, що рівень ризику розвитку психосоматозів вищий у міських жителів, ніж у сільських. (3:1). Однак для посилення надійності висновків варто

розширити, як у часових, так і у просторових межах, вибірку архівного дослідження, що не є основним завданням нашого дослідження.

Таблиця 2.4

Психосоматичні скарги внутрішньої конфліктності педагогів за класифікацією «Holy seven»

Психосоматичні скарги	Кількість осіб, (у %)	Прояви внутрішньої конфліктності
Бронхіальна астма	17 (13,7 %)	Погане самопочуття, втома
Виразка шлунка	21 (17,3%)	Підвищена емоційна лабільність, плаксивість, вразливість
Виразковий коліт	20 (16,2 %)	Порушення сну, звужене коло інтересів, апатія
Дерматит	17 (13,7 %)	Вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені й витіснені в несвідоме
Тиреотоксикоз (гіпертиреоз)	20 (15,8 %)	Переживання, пов'язані з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах
Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням серця без серцевої недостатності	23 (18,6 %)	«Маскування» ендогенних і невротичних депресій, які часто імітують соматичне захворювання
Цукровий діабет	15 (12,3%)	Схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням тощо)

Вивчаючи подальші особливості розвитку психосоматичних розладів у педагогів із підвищеною конфліктністю, ми акцентували увагу на вивченні впливу зовнішніх і внутрішніх чинників щодо формування їх психосоматичного статусу. Загострення соматоформних розладів провокує не тільки фізичне навантаження чи метеорологічні умови (суб'єктивно), а й емоційно значимі стресові ситуації, зокрема соціальнометричні.

На *другому етапі* дослідження було здійснено психодіагностичну процедуру з визначення індивідуально-особистісних ознак внутрішньої конфліктності педагогів.

За опитувальником Плутчика-Келермана-Конте «Методика Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI)», за якою механізми психологічного захисту включають у себе реальні психологічні конструкти, які активують внутрішні ресурси поза межами їх щоденного використання особистістю. Психологічний захист визначається суб'єктивною значимістю подій підвищеного ризику для людини. Вони спрацьовують автоматично, знижуючи напруженість і тривожність, й сприяють активації життєвих потенцій особистості, адаптуючи її до соціальних умов реальності. Такі механізми психологічного захисту (табл. 2.5) як заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проєкція, заміщення, раціоналізація асоційовані в стані підвищеної напруги з реактивними утвореннями особистості (диспозиція манії, істерії, психопатії, агресивна, параноїдальна та депресивна диспозиції, пасивно-обсесивна диспозиція за перевагою домінантної емоції).

Таблиця 2.5

Домінантний тип психологічного захисту за класифікацією «Holy seven» у КГ осіб

КГ							
Види психологічного захисту	Психосоматичні розлади						
	J45	K25	K51	E05	L23-L25	I11.9	E10-E14
Заперечення	1,92%	1,54%	1,67%	2,99%	1,56%	1,03%	2,99%
Витіснення	2,78%	2,76%	2,01%	4,82%	2,67%	2,78%	2,65%
Регресія	2,45%	1,87%	2,89%	2,87%	2,78%	2,78%	2,87%
Компенсація	4,08%	4,76%	5,04%	2,65%	5,34%	4,78%	4,82%
Проєкція	2,02%	2,87%	2,81%	4,56%	2,18%	2,05%	2,67%
Заміщення	4,98%	5,87%	4,34%	2,67%	5,13%	5,78%	4,56%
Раціоналізація	80,89%	79,77%	79,68%	78,76%	80,23%	80,67%	78,76%
Реактивне утворення	0,88%	0,56%	1,56%	0,68%	0,11%	0,13%	0,68%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%
Стандартне відхилення	27,66%	27,24%	27,17%	26,80%	27,42%	27,61%	26,80%

У КГ осіб, як видно з табл. 2.5 домінує такий тип психологічного захисту як раціоналізація, який у конфліктних ситуаціях допомагає у несвідомому прагненні людини до пояснення власних вчинків і позицій шляхом подолання зіткнень інтересів на етапі їх ірраціональності. Цей метод дозволяє швидко та легко адаптуватись до ускладнених умов оточуючого середовища й створити наявність розумної та гідної поведінки. Психосоматичні скарги за класифікацією «Holy seven» у КГ осіб присутні в поодиноких випадках, які відповідають нормальним реакціям на ситуації підвищеного дискомфорту та які виокремлено в групу ризику схильностей психосоматичного статусу педагога. Серед них відзначимо наявність таких скарг як підвищене серцебиття й артеріальний тиск, затримка дихання (грудка в горлі), підвищений рівень цукру в крові, гіперемія шкірних покривів під час прояву негативних емоцій, роздратування чи агресивної поведінки в конфлікті. У них домінантними є такі типи психологічного захисту як заміщення, компенсація та витіснення.

Раціоналізації у вчинках за даною методикою відповідає пасивно-обсесивна диспозиція за перевагою негативних емоцій, що і пояснює загальну конфліктність під час авторського анкетування у досліджуваних КГ осіб. Люди за цим типом намагаються контролювати події навколишнього середовища шляхом антиципації та чекання. Розвиток цієї диспозиції обумовлений відчуженням від власних емоцій та інстинктів. Захист уможлиблюється за допомогою сублімації та інтелектуалізації. Цей вид психологічного захисту обумовлений аналізом особистістю ситуацій підвищеного контролю при уникненні внутрішнього конфлікту. Його сутність полягає у виправданні особистісних вчинків шляхом раціонально-логічних підходів. Педагоги в такому випадку відрізняються обережністю і гнучкістю під час міжособистісного спілкування. Особистісні риси представлено у таких ознаках як охайність, совіслівість, педантичність у своєрідному невмінні розпізнавати реальні людські емоції або ж небажанні в їх негативному описі.

Представників ЕГ осіб відзначено в перевазі такого психологічного захисту як проєкція і реактивні утворення (табл. 2.6). Вона являє собою механізм захисту за типом реальних соматичних порушень невідомої генези. До основних скарг цього типу відносимо приписування іншим людям власних соціально неприйнятих бажань, у яких людина нібито й відмовляє собі. Проєкція обумовлена екстеріоризацією страху, перенесенням тривоги ендогенного походження у соціум, яка проявляється у вигляді соматичного болю при усвідомленні невідповідностей зі світом (новин, ситуацій).

Таблиця 2.6

Домінантний тип психологічного захисту за класифікацією «Holy seven» в ЕГ осіб

ЕГ							
Види психологічного захисту	Психосоматичні розлади						
	J45	K25	K51	E05	L23-L25	I11.9	E10-E14
Заперечення	0,66%	1,23%	1,87%	0,56%	0,23%	1,34%	0,67%
Витіснення	1,67%	1,56%	1,56%	0,62%	2,87%	1,62%	1,45%
Регресія	1,34%	2,76%	0,98%	1,34%	1,87%	2,02%	1,87%
Компенсація	1,83%	1,45%	1,67%	1,65%	1,86%	1,45%	1,82%
Проєкція	61,67%	58,67%	45,45%	51,67%	68,47%	67,51%	63,76%
Заміщення	0,56%	0,44%	1,67%	1,67%	0,76%	1,56%	0,67%
Реактивне утворення	30,62%	33,62%	45,78%	40,66%	22,78%	22,46%	27,11%
Раціоналізація	1,65%	0,27%	1,02%	1,83%	1,16%	2,04%	1,65%
Сума	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Середнє значення	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%	12,50%
Стандартне відхилення	31,99%	32,00%	31,50%	31,99%	31,52%	31,12%	31,63%

Зигмунд Фрейд обґрунтував проєкцію як нормальний психологічний процес, який є актуальним у формуванні сприйняття оточуючого світу як первинної можливості в уподібненні навколишньої реальності до власного внутрішнього світу [358]. Проєкція у такому випадку є самозахистом на етапі самоуподібнення. Серед осіб експериментальної групи спостерігаємо тенденцію до перенесення власних внутрішніх почуттів і хвилювань на оточуючих, які створюють ситуації підвищеного

контролю. Ці явища обумовлені несвідомою трансформацією вихідних перенесень людини в її усвідомленні власних потреб і бажань.

Представники ЕГ відрізняються від КГ осіб такими індивідуально-особистісними рисами, які існують у прихованому вигляді. Цей тип захисту проявляється у вигляді шаблонної поведінки та реактивного утворення, які символічно заперечують витіснений імпульс. Звичайні прояви доброзичливості в такому випадку завуальовано в неусвідомлювану інтенсивну ворожість до оточуючих. Фізіологічною основою такої поведінки є пригнічення негативного (неприйнятого) подразника ззовні як чинника антагоністичних форм у вчинках. Реактивне утворення, за прикладом гіперкомпенсації, відображає спробу придушення реальних бажань на догоду соціальним потенціям. Внутрішня конфліктність проявляється у вигляді заборон, своєрідних табу, що призводять до власної неузгодженості мотивів, інтересів та аморальності. Постійний утиск таких неусвідомлюваних фізіологічних бажань нещадно відбивається на психосоматичному здоров'ї педагога й спричиняє низку нав'язливих психопатій як певної форми маніакальної диспозиції, ідей перебільшеного значення. Відмова від власного стилю життя заради соціальних потреб спричиняє генезу психосоматичних розладів у ЕГ осіб.

Загалом параноїдальна диспозиція у досліджуваних за тим типом психологічного захисту обумовлена відсутністю сугестивності й високої критичності до себе та інших, що відображено за фактом їх несприйняття і відрази. Поєднуючись із схильністю до маячних ідей як результату реактивних перетворень, у внутрішньому світі людини домінує тенденція до залагодження міжособистісних відносин, навіть шляхом власної дискримінації почуттів, побажань і потреб, що знижує рівень їх значимості в соціумі.

Таким чином, за результатами дослідження видно перевагу таких психологічних механізмів захисту як раціоналізація (у осіб КГ), проєкція і реактивне утворення (у осіб ЕГ). Психологічний захист являє собою численні неусвідомлені реакції, які ситуативно спрацьовують під час загрози. Незалежно

від виду механізму психологічного захисту, відбуваються значні затрати енергетичних ресурсів організму, які виснажують його та призводять до прояву психосоматичних розладів. Втрачаючи енергетичні резерви, організм пристосовується до умов внутрішнього середовища: чим більше витрачено сил на подолання стресу, тим сильніше спотворено об'єктивну реальність. Не усвідомлюючи власні переваги (природний захист) над стресовими чинниками, не кожна особистість здатна адаптуватися до умов реальності й контролювати їх. Однак в умовах підвищеного дискомфорту ці механізми психологічного захисту автоматично вмикаються, несвідомо забезпечуючи ефективні стратегії поведінки. Природний захист не варто використовувати часто, навіть в умовах свідомого контролю, адже, виснажуючи свій енергетичний запас, людина, наражає себе на небезпеку щодо розвитку низки психосоматичних проблем.

В основі подальшого дослідження розкрито психодіагностичну характеристику респондентів обох груп за методикою дослідження рівня агресії А. Басса-А. Дарки (*Buss-Durkey Hostility Inventory (BDHI)*). У КГ осіб діагностуємо відсутність агресивної та ворожої поведінки. В опитаних ЕГ спостерігається високий та середній рівні агресивності (67% та 23% відповідно). Низький рівень агресивності виявлено в 10% опитаних (рис.2.1).

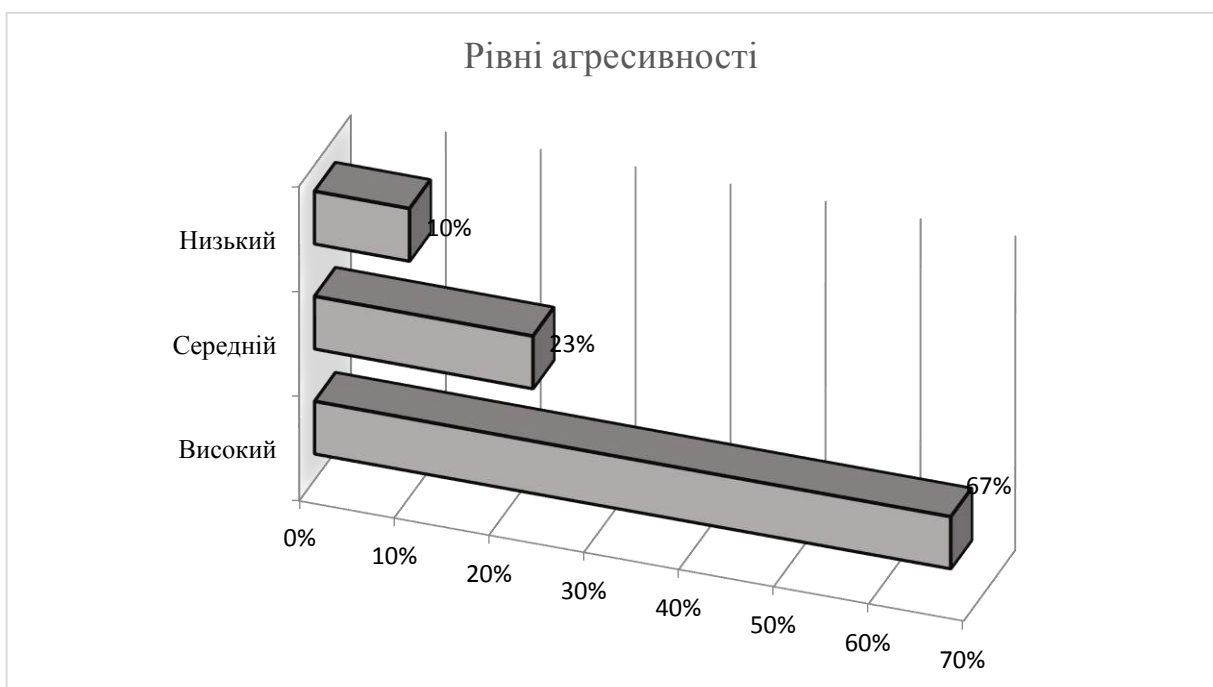


Рис. 2.1. Рівні агресивності за методикою А. Басса-А. Дарки

Показники ворожості в дослідженні представлено на середньому (63%) та високому (23%) рівнях. Відповідно до індексів агресивності та ворожості, за цим опитувальником, досліджуваних поділено на 3 групи: особи з високим індексом агресивності (31,8%), педагоги з середнім індексом агресивності (33,5%) та працівники з високим індексом ворожості (34,7%).

За результатами аналізу досліджуваних першої групи, серед високоагресивних осіб переважають фізична агресія (57) та аутоагресія (33); менше виражений негативізм (10). У групі з середньою агресивністю (друга група) домінують аутоагресія (54) та негативізм (26). Третю позицію у цій групі займає фізична агресія (20). Показники за цією групою свідчать про найвищий рівень аутоагресії (45) та негативізму (35). Найменше досліджувані вдаються до фізичної агресії (20). Таким чином, аналіз результатів дослідження свідчить про те, що у досліджуваних виражений високий рівень конфліктності та агресії, що провокує внутрішню неузгодженість та нестійкість.

Поняття «ворожість» визначається нами як інтенсивна та тривала неприязнь, агресивне ставлення до оточуючих, яке активно й відкрито проявляється у вигляді прихованих бажань і спонукає людину до заподіяння комусь шкоди. Більшість із досліджуваних сприймають людей як «ворогів», у силу колишнього негативного досвіду спілкування з ними. Така якість особистості індивіда обумовлена безпосередньою загрозою щодо власної безпеки при відсутності об'єктивних на це підстав. Високий рівень ворожості трактується нами як приписування іншим об'єктам і явищам негативних рис, що упереджено сприймаються в умовах нових подій у житті. Суттєву роль у цьому процесі відіграють такі особистісні характеристики як недовіра, агресивність, негативізм, підозрілість, недоброзичливість тощо.

Таким чином, визначаємо агресивну поведінку як спеціально організований руйнівний вплив, який суперечить правилам і нормам життєдіяльності людей у суспільстві та завдає фізичної шкоди індивідам, викликаючи в них психічний дискомфорт. Враховуючи таку характеристику за

наявними ознаками агресивності та ворожості в досліджуваних, представимо картину внутрішньої конфліктності за домінантними рисами в педагогів із психосоматичними розладами (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Показники агресивності та ворожості в ЕГ осіб
із психосоматичними розладами**

Показники		Психосоматичні розлади, (у %)							Стать, (у %)		Місце проживання (у%)	
		J45	K25	K51	E05	L23-L25	III.9	E10-E14	Жін.	Чол.	Місто	Село
Внутрішня конфліктність	Агресивність	14,8	14,8	16,2	12,6	15,7	17,3	13,7	38,71	21,68	33,58	24,46
	Ворожість	9,15	14,8	13,38	6,3	12,4	11,9	19,1	21,54	19,42	36,54	21,42

Більш детально представимо взаємовплив у кореляційному зв'язку між шкалами агресії та ворожості, які посилюють внутрішню конфліктність і впливають на розвиток психосоматичних розладів.

За результатами аналізу даних, поданих у таблиці 2.8, видно досить значущі кореляційні зв'язків (на 1 % рівні) між показниками агресивності та ворожості як наслідку впливу на розвиток психосоматичної дисфункції в осіб із підвищеною внутрішньою конфліктністю.

Відповідно до отриманих корелятив, видно підвищені показники наявності таких психосоматозів як бронхіальна астма (J45) і тиреотоксикоз (E05) найбільше пов'язані із вербальною агресією (Ver), роздратуванням (Rzd) та ворожістю (VCn); у генезі виразки шлунка (K25) домінують фізична агресія та підозрілість (Pdз); у розвитку виразкового коліту істотною рецидивуючою ознакою є необґрунтована ворожість (VAg); у розвитку дерматиту (E05) є такі особистісні риси характеру як вербальна агресія (Ver), роздратування (Rzd), підозрілість (Pdз), образа (Обг) та почуття провини (Prv); тиреотоксикоз (L23-L25) обумовлений негативізмом (Ngt) та вербальною агресією (Ver); наявність гіпертензивної (гіпертонічної) хвороби з переважним ураженням серця без (застійної) серцевої недостатності (II1. 9) позитивно корелює тільки з

підвищеною підозрілістю (Pdз); цукровий діабет (E10-E14) переважно ґрунтується на позитивній кореляції за високими показниками непрямой агресії (Npr), нейротизму (Ngt), агресивності (Agr) та ворожості (VVr). Остання із них, найбільш пов'язана з утворенням бронхіальної астми, виразки шлунку та цукрового діабету. Таким чином, констатуємо наявність позитивних кореляцій із усіма шкалами цієї методики (фізична агресія, непрямая агресія, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини).

Таблиця 2.8

Значущі коефіцієнти кореляцій між показниками агресивності та ворожості у схильності до внутрішньої конфліктності в ЕГ осіб із психосоматичними розладами

Показники			Психосоматичні розлади						
			J45	K25	K51	E05	L23-L25	I11.9	E10-E14
Агресивність	1	Fiz	334**	364**	226**	256**	447**	284**	201**
	2	Ver	421**	356**	259**	391**	228**	262**	282**
	3	Npr	164**	--	267**	220**	425**	264**	364**
	4	Ngt	183**	263**	200**	231	364**	156*	164**
	5	Rzd	364**	275**	164**	411**	224**	251**	125**
	6	Pdz	311**	396**	191**	463**	306**	401**	357**
	7	Obr	151*	164**	183**	430**	322*	--	210
	8	Prv	125**	200**	133*	364**	244**	236*	--
	9	Vrz	425**	264**	467**	301**	414**	259**	417**
	10	Agr	412**	331**	228**	356**	259**	223**	403**
Ворожість	1	VCn	370**	326**	167**	376**	--	313**	354
	2	VAg	232**	177**	200**	267**	143*	236**	--
	3	VVr	283**	364**	276**	365**	316**	218**	397**

Примітка: - коми та нулі не показано; - позначення * $p < 0,05$, 8** $p < 0,01$; - показники ворожості (VCn, VAg, VVr); - показники агресивності (Fiz, Ver, Npr, Ngt, Rzd, Pdз, Obr, Prv, Vrz, Agr)

Отже, отримані результати засвідчують наявність внутрішньої конфліктності на тлі таких особистісних характеристик як агресивність та ворожість, які й провокують розвиток психосоматичних розладів.

У подальшому дослідженні констатуємо сам факт розвитку внутрішньо-рольового конфлікту як наслідку соціально-психологічної неузгодженості з самим собою за *опитувальником «Шкала локусу рольового конфлікту» П. Горностая*, призначений для вивчення особистісних закономірностей з точки зору рольового підходу. В теорії та практиці вищої педагогічної освіти нині спостерігається протиріччя між соціально обумовленими чинниками щодо людських властивостей і якостей особистості, що й переважно обумовлює внутрішню конфліктність педагогів [91, 122, 373].

Внутрішньоособистісна конфліктність педагогів пов'язана з невмінням обрати той чи інший вибір. У ситуації особистісного вибору часто актуальними є такі феномени як психологічні ролі, які визначають життєвий сценарій у вирії подій та темпу життя людини. В процесі життя людина перебирає на себе багато ролей, різних за характером і змістом, а особливо, якщо вони стосуються розкладу повсякденного життя у соціометричному вимірі [53, 59].

Автор цієї методики стверджує, що: «Локус рольового конфлікту – це конструкт, який визначає схильність особистості обирати одну з двох стратегій поведінки в рольовому конфлікті: інтернальну або екстернальну, тобто орієнтуватися відповідно на внутрішні або зовнішні детермінанти рольової поведінки (потреби, цінності, установки) з переважанням імовірності зовнішнього або внутрішнього рольового конфлікту» [53, 56].

У ситуації первинної реакції на внутрішню невизначеність в особистості домінує тенденція суперечності, обумовлена власною рольовою ідентичністю та відповідністю рольової поведінки згідно з нею. В іншому випадку спостерігається рольова поведінка, яка ґрунтується на рольових очікуваннях, котрі не суперечать ідентичності та Я-концепції людини, й у мірі їх невідповідності розвивається внутрішній рольовий конфлікт.

Отож, *рольовий конфлікт* – це не ситуативна поведінкова реакція у педагогів, яка визначається умовами міжособистісної взаємодії у колективі, а особистісна характеристика людини, яка демонструє внутрішні (ціннісні

орієнтації) та зовнішні (міжособистісні комунікації) джерела рольової поведінки. Внутрішні чинники відображають біологічні фактори активності людини, пов'язані зі станом її оптимального функціонування організму, а зовнішні – функціонування та загальний розвиток особистості.

Представимо інтерпретацію результатів за даною методикою в осіб контрольної та експериментальної груп (табл. 2.9), де відображено прояви соціально неадаптивних форм інтернальності, які сприяють психопатичному розвитку особистості, а соціально неадаптивні форми екстернальності призводять до внутрішніх рольових конфліктів, які є основною причиною порушень нормального рольового розвитку особистості.

Таблиця 2.9

Результати дослідження КГ та ЕГ за опитувальником «Шкала локусу рольового конфлікту» П. Горностая

Тип рольового конфлікту	Кількість балів	КГ осіб (%)	ЕГ осіб (%)
Екстернальний тип локусу рольового конфлікту	0–10	92 (77, 8)	22 (17,7)
Проміжний тип локусу рольового конфлікту	11–15	18 (15,2)	23 (18,6)
Інтернальний тип локусу рольового конфлікту	16–24	8 (7,0)	79 (63,7)
Всього		118	124

За показниками табл. 2.9 видно, що в КГ осіб домінує екстернальний тип (92 особи (77, 8%)) локусу рольового конфлікту, тобто особистості цієї групи легко переносять зовнішні, але всіляко уникають внутрішні протиріччя. Вони переважно орієнтовані на внутрішні цінності, використовуючи інтернальні стратегії поведінки в ситуації рольового конфлікту. Така їх спрямованість обумовлена збільшенням протиріч між соціальними очікуваннями та власною рольовою поведінкою, провокуючи міжособистісний рольовий конфлікт. В ЕГ

осіб спостерігаємо, навпаки, підвищену готовність йти на великі внутрішні домагання, аби уникнути суперечностей у міжособистісній сфері. Вони орієнтовані на зовнішні цінносміслові мотиви та обирають екстернальні стратегії, спровоковані внутрішнім рольовим конфліктом. Інтернальний тип локусу рольового конфлікту представлено в 79 осіб (63,7%).

Такі розходження у стратегіях рольової поведінки обумовлені саме локусом рольового конфлікту, який викликаний внутрішнім напруженням щодо негативних переживань у ситуації невідповідності власного вибору. Прагнучи позбавитись цих переживань, викладач активує свою діяльність, що й надалі спонукає до розвитку його особистості. Отож, рольовий конфлікт переживається педагогом не в задоволенні власних базових потреб, а лише тоді, коли неможливо одночасно реалізувати потреби в рольовому навчінні й самореалізації у перспективі (в наслідуванні соціальної експектації та розвитку рольової автономії).

Саме на цій основі можливість загострення рольового конфлікту пов'язана з розвитком особистості педагога. Внутрішня суперечність педагога обумовлена усіма типами психологічних ролей людини: від соціальних до особистісних, в залежності від ситуації. Ці протиріччя тлумачимо як психологічну кризу особистості, яка є неминучою віхою у витоках життя людини і яка є внутрішнім стимулом в оволодінні ситуацією та пошуку щодо швидкого прийняття рішень.

Із вищезазначеного виділимо дві групи психологічних ролей педагогів, які обґрунтовують їх внутрішню конфліктність (табл. 2.10).

У таблиці 2.10 показано матрицю соціальної взаємодії педагогів у вигляді рольових експектацій у витоках подій і ситуацій, які поділяються на дві підгрупи: ситуативні ролі та внутрішньорольові мотиви. *Ситуативні ролі* представлено в залежності від обставин, які виникають і завершуються у межах даної події. Прикладом є роль «Людини, що захворіла», яка тимчасово потребує послуг лікування, але й існує така життєва роль як «Іпохондрик», як із комедії Ж.-Б. Мольєра «Удаваний хворий». Групова залежність ситуативних ролей

обумовлена професійним забезпеченням: відповідальність, права та обов'язки у виконанні педагогічної діяльності та, навпаки, повна її відсутність на відпочинку людини, після завершення робочого дня.

Таблиця 2.10

Типологія чинників внутрішньої конфліктності педагогів у ЗВО

Ситуативні ролі		Внутрішньорольові мотиви	
У залежності від обставин	Групові	Зовнішні	Життєві
Споглядач	Професійні	Статусні	Гендерні
Споживач послуг	Навчальні	Лідерсько-неформальні	Статеві
Потребувач лікування	Управлінські	Професійно-стильові	Сімейні
	Корпоративні	Дружні	Характеріологічні
Випадкова приналежність до групи	Членство в організаціях	Кохання	Професійні (ціннісносміслові)

Внутрішньорольові мотиви визначаються зовнішніми та життєвими чинниками, які відповідають соціальним нормам та функціям і пов'язані з особистісними детермінантами педагогічної діяльності викладача. Відзначається також пряма залежність від рольових експектацій, які формуються не тільки в результаті функціонування у соціумі, а й під час виконання особистістю власних ролей. Життєві ролі визначаються системою значущих міжособистісних стосунків, тобто взаємодією особистості зі значущим для неї оточенням. До них відносимо стиль поведінки в умовах міжособистісного спілкування і стиль життя людини. Життєві особистісні ролі людина відіграє у процесі всього життя. Виникнувши один раз, вони не згасають, хоча можуть трансформуватися чи набувати значущості або втрачати її, атрофуватися чи зовсім зникнути (вторинний рольовий дефіцит). Такі життєві ролі не відмирають повністю, навіть якщо вони не активізуються в жодній життєвій ситуації та, як в останньому випадку, вони здатні переходити в «тіньову», неусвідомлювану зону особистості.

Таким чином, описана типологія чинників внутрішньої конфліктності педагогів у ЗВО ілюструє тісний взаємозв'язок рольової поведінки педагогів із

розв'язанням їх різних життєвих проблем, які пов'язані з рольовою дисфункцією у сфері особистісних ролей. Найчастіше ці проблеми характерні для різних типів рольових конфліктів особистості.

Для подальшого визначення локусу рольового конфлікту ми виокремили типові висловлювання у досліджуваних. Запитання відбиралися за критерієм вимірювання зовнішніх і внутрішніх чинників, які впливали на рольову поведінку людини, що забезпечило високу конструктну валідність показників за цією методикою. 46 пунктів тверджень із попереднього варіанту опитувальника потрібно було оцінити за ступенем згоди за 5-бальною шкалою. За результатами кореляційного та факторного аналізу було виділено 7 значущих факторів:

- 1) неприйняття рольової поведінки педагога оточуючими;
- 2) неприйняття рольової поведінки педагогом інших людей;
- 3) несумісність різних вимог у виконанні певної ролі (рольова неоднозначність);
- 4) невідповідність очікування від різних людей;
- 5) недостатність ресурсів у виконанні будь-якої ролі (рольова переобтяжливість);
- 6) неможливість виконувати роль, яка не властива власній Я-концепції;
- 7) несумісність різних ролей тощо.

Зазначимо, що ці фактори не є ортогональними, тому що між ними існує слабка кореляція. Суттєва їх інтерпретація свідчить про те, що вони схожі за змістом і характеризують різні сторони одного й того ж явища. Саме тому ми далі не обґрунтовуємо ці фактори як чинники внутрішньої конфліктності, вважаючи, що локус рольового конфлікту є саме тією інтегральною характеристикою, яка лежить в основі механізму її зародження.

Результати, отримані за характеристикою семи факторів, показують не лише кількісне вимірювання цих параметрів, а представляють якісну оцінку локусу рольового конфлікту в педагогів. Аби довести значимість цього твердження, були здійснені процедури визначення валідності та надійності

опитувальника як однофакторного психодіагностичного інструменту. Обрахунки коефіцієнта альфа Кронбаха показали досить високе значення (0,64). За врахуванням критерію надійності відзначимо, що кореляція між частиними (перша та друга) тесту має значення 0,52, а кореляція показників за парними та непарними запитаннями відповідно складає 0,67. Досить високим є показник ретестової надійності 0,77 ($p < 0,01$). Статистичні норми встановлено на основі опитування 242 осіб у віці від 17 до 65 років (65 жінки і 59 чоловіки). Значимої гендерної різниці статистично не виявлено.

Таким чином, *локус рольового конфлікту* – це інтегральна характеристика особистості, котра обумовлює не тільки перевагу певних стратегій поведінки педагога в ситуації підвищеної внутрішньої конфліктності, а й виокремлює тенденції базових характеристик під час рольового розвитку особистості та особливості прояву рольової самореалізації у загальному. Локус рольового конфлікту не є відображенням ситуативної поведінкової реакції людини в ситуації дистресу, а являє собою особистісну стійку характеристику, яка не залежить від умов освітнього середовища ЗВО, хоч деякі її вчинки й обумовлені деякими відхиленнями в межах метамотиваційного модусу. Така характеристика педагогів представляє не лише їх особистісне та соціальне джерела рольової взаємодемонстрації, а показує глибше відтворення дії біологічних і соціальних чинників активності людини та її особистісного розвитку.

В межах *інтернальної стратегії* поведінки в умовах рольового конфлікту спостерігається перевага орієнтації на внутрішні цінності людини, однак педагоги всіляко уникають внутрішніх протиріч у міжконфліктній взаємодії. Вони зазвичай збільшують протиріччя між власними ролями та соціальними очікуваннями, провокуючи міжособистісний рольовий конфлікт. В іншому випадку все навпаки люди готові йти на великі внутрішні конфлікти, аби уникнути суперечностей у міжособистісній сфері. Вони орієнтуються на зовнішню систему цінностей і обирають *екстернальні стратегії*, провокуючи внутрішній чи внутрішньоособистісний рольовий конфлікт. Розходження у стратегіях рольової

поведінки і визначається саме локусом рольового конфлікту. Рольовий конфлікт, природно, викликає напруження, яке зв'язане з негативними переживаннями різного ступеня важкості. Прагнучи позбавитись цих переживань, людина проявляє активність, що, зрештою, і спонукає розвиток її особистості.

Відповідно до *тесту «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»* (адаптований варіант методики Г. Айзенка) істотних відмінностей між КГ та ЕГ не виявлено, що свідчить про досить високу самооцінку учасників освітнього процесу.

Згідно з *Гіссенським опитувальником соматичних скарг* шляхом використання кількісних і якісних критеріїв оцінки було відібрано осіб із психосоматичними порушеннями та виділено їх у три групи: особи з серцево-судинними вадами (П11.9), з дисфункцією шлунково-кишкового тракту (К25, К51) та недоліками шкірних покривів (Е05). Результати розподілу типів за психосоматичною ознакою відображені у таблиці 2.11. Опитувальник складається із 57 скарг, які відповідають психометричним характеристикам досліджуваних контрольної та експериментальної груп. Показники КГ осіб не відображають значимість вибірки за психосоматичною ознакою (відсутні скарги), критичними є відображення внутрішньої картини хвороби за цифровими значеннями ЕГ осіб.

Виявлені особливості психосоматичних порушень дозволили отримати інформацію про чинники, що зумовлюють поведінку і прояви психічних бар'єрів. Психологічні перепони у спілкуванні в цих осіб пов'язані з такими особистісними характеристиками як тривожність, неадекватна самооцінка, спрямованість особистості, ціннісні орієнтації, які не відповідають завданням та змісту діяльності. Зокрема у людей із порушеннями серцево-судинної системи спостерігаються такі тенденції як відсутність терпіння до співрозмовника. Вони керуються швидкими вмотивованими діями, спрямованими на короткочасне їх виконання, чого вимагають і від партнера. Активність і прискіпливість виділяються також у таких параметрах як пунктуальність, акуратність,

бережливість, вірність та працьовитість. Не отримуючи за даними властивостями віддачі від партнера, вони ізолюють його у своїй свідомості та виокремлюють із списку значимих колег, в подальшому відчуваючи провину за мимовільну образу.

Таблиця 2.11

Результати дослідження за Гіссенським опитувальником соматичних скарг

Психосоматичні скарги	Причини виникнення психосоматичних розладів
Серцево-судинні вади	Тривожність, ворожість, пригнічений гнів, відчуття провини, потреба в самоствердженні, інтровертованість, внутрішньоособистісні конфлікти, страх перед майбутнім, втрата віри, емоційні стреси, підвищена сентиментальність, демонстративність, істеричність, напружений життєвий ритм, прагнення до успіху та соціальної значущості
Дисфункція ШКТ	Акуратність, пунктуальність, педантичність, справедливість, ввічливість, егоцентричність, пригнічена агресивність, заздрощі, образливість, пасивність, відраза до оточуючого світу, ворожість
Недоліки шкірних покривів	Схильність до пасивної позиції у міжособистісних стосунках, висока сентиментальність із близькими, невпевненість у собі, втеча від ризику, відчуття меншовартості, соціальна ізоляція, негативізм, що супроводжується страхом, дратівливістю, розчаруванням, відчуттям провини, підозрливості й гніву

В осіб із *дисфункцією ШКТ* (K25, K51) виявляється двозначність у поведінці: активність і пасивність. Головною причиною становлення дистанції між співрозмовниками є інфантильне несвідоме бажання захищеності, залежність від батьківської опіки, дружини чи друзів. У разі гіперактивної поведінки спостерігаються такі наміри як відмова від своїх бажань, переконань стосовно прийняття рішення, і тим самим прирікаючи себе на залежність від партнера, від його розуміння, поступливості. Фруструючим фактором у даному випадку є страх у подоланні труднощів, зумовлених невпевненістю у собі, амбівалентністю уяви про істинні наміри колеги. Дана особистість наполегливо переслідує свою ціль, компенсаторно прагне до незалежності та постійно

підкреслює свою значимість. Лише успішна діяльність забезпечує відчуття захищеності та рівноваги. Депресивність пасивного типу осіб із захворюваннями ШКТ проявляється у фобії бути покинутим.

Комунікативний бар'єр осіб у ситуації *порушення шкірних покривів* (II1.9) обумовлений стратегічним усуненням близькості через страх втрати привабливості. Спостерігаються тенденції до агресивного світобачення, усамітненості, акцентуації на особистісних недоліках, зосередженість у власних переживаннях, відчуттях. У міжособистісних контактах особи даної групи очікують від партнера ввічливості, взаєморозуміння, семантичних настроїв, альтруїстичності. Не отримуючи такої віддачі, людина ізолюється, обмежує коло спілкування, керується певною одноманітною сферою інтересів, неконкурентоспроможна.

За даними психологічних досліджень [67, 69], особи в ситуації психосоматичного порушення долають свої *психологічні бар'єри* двома принципово різними способами: *конструктивним* (трансформацією смислових структур і переходом на більш високий рівень розвитку) та *деструктивним* (психологічним захистом, відмовою від продуктивного вирішення критичних ситуацій, зняттям емоційної напруги, що призводить до регресу особистості). Відповідно до цих способів виділяються такі види стратегій подолання психологічних бар'єрів, що виникають у процесі відновлення психосоматичної цілісності людини: *розвивальна* (оптимізація творчої діяльності, самовдосконалення, орієнтація на успіх і досягнення), *захисна* (уникнення подолання психологічних бар'єрів, переорієнтація на іншу діяльність), *пасивна* (приспосовування, бездіяльність), *депресивна* (апатія, відмова від трудової діяльності), *афективно-агресивна* (дратівливість, агресивність, упередженість). Найефективнішою і значущою для подолання психологічних бар'єрів виявляється розвивальна стратегія, в основі якої лежить конструктивний спосіб подолання труднощів.

У попередніх дослідженнях було з'ясовано, що в основі механізму зародження внутрішньоособистісної конфліктності є реактивні утворення та

особистісна тривожність. На основі використання інтеркореляційного аналізу щодо визначення показників психосоматичних розладів і тривожності представимо (табл. 2.12) результати кореляції за їх взаємодією. За даними у таблиці видно, що існує значний зв'язок між ними та між психосоматичними явищами, які посилюють одне одного та впливають на формування деструктивних розладів особистості педагога в умовах ЗВО. Ознаки психосоматичних розладів пов'язані з особистісною тривожністю за параметрами серцевих і рематичних скарг ($r=0,39$ і $0,41$ відповідно). Показники ревматичних і серцевих скарг в опитуваних мають менш слабкі зв'язки з реактивною тривожністю і в перевірці за t-критерієм Стюдента вони не є достовірними ($p > 0,05$). Показники психосоматичних явищ «виснаження», «шлункові скарги» та «тиск» більш тісно пов'язані з реактивною ніж з особистісною тривожністю, а також між собою, посилюючи взаємозв'язок.

Таблиця 2.12

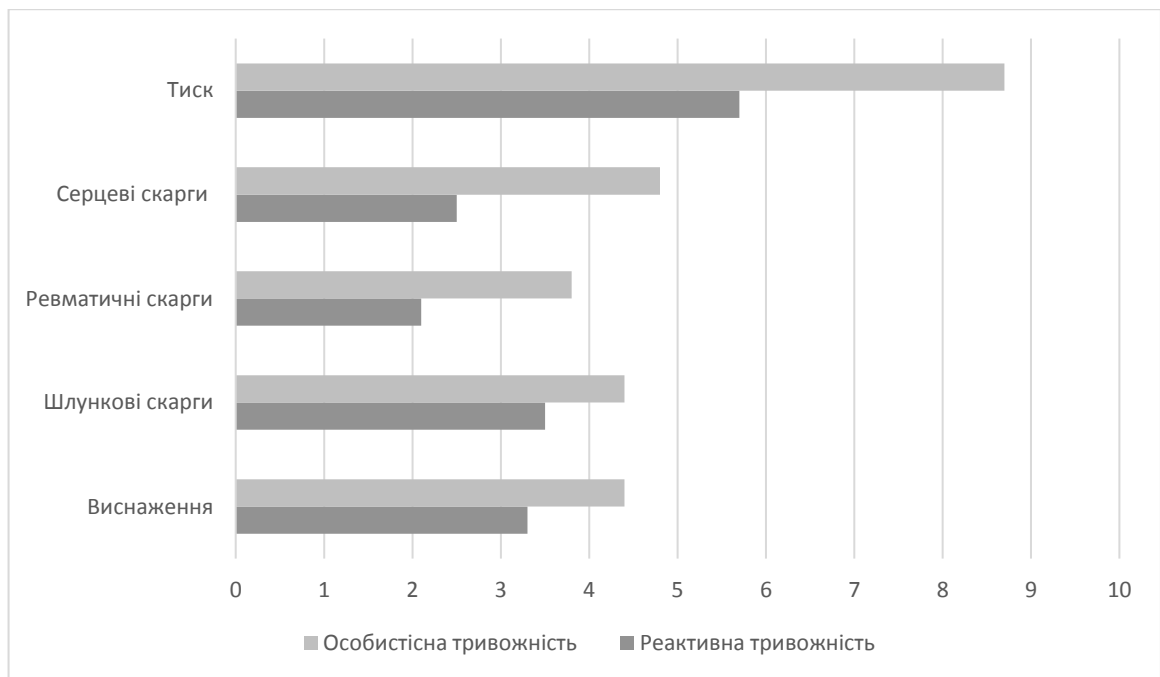
**Результати інтеркореляційного аналізу величин, що досліджуються
за спектром психосоматичних скарг у осіб ЕГ**

Скарги	Виснаження	Шлункові	Ревматичні	Серцеві	Тиск	Реактивна тривожність
Виснаження	0,57					
Шлункові	0,45					
Ревматичні	0,32	0,41				
Серцеві	0,27	0,39	0,45			
Тиск	0,71	0,77	0,83	0,72		
Реактивна тривожність	0,42	0,57	0,24	0,26	0,45	
Особистісна тривожність	0,47	0,32	0,39	0,41	0,47	0,57

Далі кореляційний аналіз показав тісний взаємозв'язок між реактивною та особистісною тривожністю, які сильно корелюють одна з одною ($r=0,57$ при $p<0,01$). Отож, можемо стверджувати, що між ними існує міцний взаємозв'язок, обумовлений, з одного боку, станом досліджуваного на даний момент часу, а з іншого – тривалою інтенсивністю психосоматичних скарг і тривожністю щодо них.

Зважаючи на те, що кореляційний аналіз реактивної тривожності більш тісний із психосоматичними нездужаннями за шкалою «шлункові скарги» ($r=0,57$ і $0,39$ відповідно), аніж із особистісною, то значимість цифрових значень за шкалою «серцеві скарги» є більш вищою у взаємодії з нею ($r=0,41$).

Відзначимо також високі та низькі показники реактивної та особистісної тривожності на рівні психосоматичних скарг за показниками їх середніх величин інтенсивності (рис.2.2).



2.2. Інтенсивність психосоматичних скарг в осіб ЕГ із різним рівнем тривожності

Згідно з отриманими результатами експериментального дослідження показано, що інтенсивність за середніми величинами психосоматичних скарг має більш достовірні відмінності в групах із різним рівнем тривожності. Оскільки саме така тенденція спостерігається в групах із високим та низьким рівнем реактивної та особистісної тривожності, то можемо вважати їх показниками схожості й надалі досліджуватимемо особливості прояву останньої. З рис. 2.2 спостерігається високий (8,7) та низький (5,7) рівні особистісної тривожності в ЕК осіб за шкалою «Тиск» (інтенсивність скарг) й достовірністю різниці в показниках ($p<0,01$).

Отож інтенсивність психосоматичних скарг прямопропорційно залежить від рівня реактивної та особистісної тривожності, які посилюють одна одну.

За «Чотиривимірним опитувальником для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації» (*The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ*) відзначено відсутність будь-яких відмінностей за гендерною ознакою у частоті прояву дистресу, соматизації, депресії та тривоги (табл. 2.11). Цей опитувальник не є дієвим для діагностики КГ осіб, оскільки ознак психосоматичного характеру та психопатологій у них не виявлено. В ЕГ осіб констатовано показники помірних значень за шкалами «дистресу» та «соматизації» і більш ніж у половини респондентів присутні ознаки високої тривоги та депресії (табл. 2.13). За кожним запитанням в опитувальнику відображена схильність у досліджуваних осіб за цими чотирма ознаками в тій чи іншій мірі їх прояву. Відповіді на запитання обумовлені кількістю балів в обрахунках за спеціальною шкалою опитувальника. Їх інтерпретація подана в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Показники за опитувальником 4DSQ на етапі констатувального дослідження у респондентів ЕГ осіб

Показники	Середній бал (M±δ)	Кількість осіб із помірним вираженням порушень		
		заг. кі-ть	%	
Дистрес	19,01±6,83	88	70,97	
Депресія	3,91±3,34	73	58,87	
Тривога	11,27±5,57	91	73,38	
Соматизація	18,07	102	82,25	
Інтерпретація	Дистрес	Депресія	Тривога	Соматизація
Помірно підвищений рівень	>14	>3	>11	>14
Високий рівень	>26	>	>15	>28

Результати аналізу за шкалами опитувальника представлені на рис. 2.2, де простежується тенденція до змін за параметрами усіх шкал – як окремо, так і у взаємодії. На основі психосоматичної оцінки стану ¼ досліджуваних (93 особи) були направлені на дообстеження у Вінницьку обласну клінічну лікарню

ім. М.І. Пирогова, де їм було проведено комплексний медичний огляд щодо уточнення психосоматичних скарг.

Таблиця 2.14

Показники опитувальника 4DSQ за гендерною диференціацією у досліджуваних осіб

За таблицею 2.14 видно відмінності в показниках за гендерною ознакою у помірних значеннях, але з різною частотою. Тобто кожна ознака прояву

Показники	Всього (n=124)	Чоловіки (n=65)		Жінки (n=59)	
		заг. кі-ть	%	заг. кі-ть	%
Дистрес	88	41	63,07	47	79,66
Депресія	73	34	52,03	39	66,1
Тривога	91	34	52,03	57	96,61
Соматизація	102	49	75,38	53	89,83

дистресу, депресії, тривоги та соматизації проявляється у комплекті з іншими, посилюючи їх інтенсивність вияву, та може існувати самостійно.

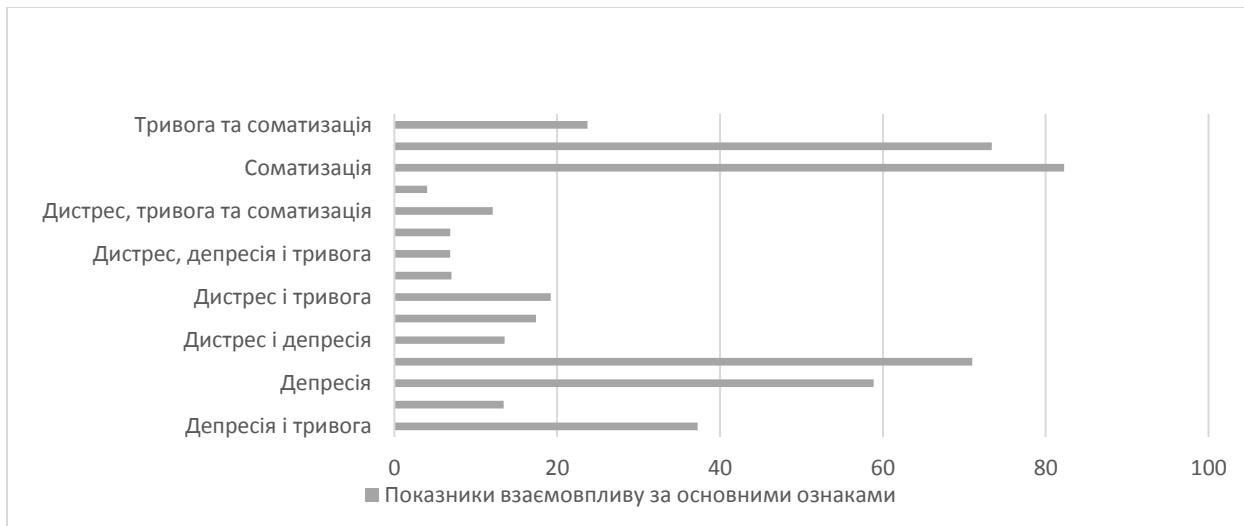


Рис. 2.3. Показники взаємовпливу за основними ознаками опитувальника 4DSQ у досліджуваних ЕГ осіб

На рисунку 2.3 представлено взаємовплив досліджуваних ознак на формування внутрішньої картини хвороби в досліджуваних, які, посилюючи одна одну, відображають певний психосоматичний стан у педагогів.

Таким чином, зв'язок психічного й соматичного є взаємним: психічний стан впливає на фізичне самопочуття, викликаючи при цьому певні зміни оптимального

стану функціонування організму людини, що, у свою чергу, супроводжується психічними переживаннями (внутрішніми конфліктами), формуючи психосоматичні розлади, котрі, співіснуючи з іншими психотичними формами прояву цієї взаємодії, посилюють їх інтенсивність в умовах педагогічної діяльності.

За допомогою методики на визначення рівня конфліктостійкості особистості Н. Фетіскіна визначено основні стратегії поведінки педагогів у конфлікті, що надає можливість опосередковано визначити їх рівень конфліктостійкості.

Конфліктостійкість особистості (Кс) – це індивідуальна риса характеру, що визначає рівень здібності педагога оптимально організувати власну соціальну активність у складних життєвих ситуаціях міжособистісної взаємодії, безконфліктно вирішувати проблеми у взаємовідносинах з іншими, а в конфлікті об'єктивно сприймати критику та настанови й ефективно його долати (J. Morley, J. Webb, G. Stephensen.). Високий рівень конфліктостійкості в учасників освітнього процесу передбачає виважені вчинки в міжконфліктній взаємодії, оптимізацію конфліктних відносин, неприпустимість уникнення, затягування та ескалації конфлікту, зосередженість на конструктивному вирішенні конфлікту.

Конфліктостійкість особистості педагога складається з таких компонентів як: *емоційний компонент* (уміння вчасно скеровувати власним емоційним станом конфліктній взаємодії, зберігаючи контроль над емоціями); *вольовий компонент* (вміння врегульовувати власне емоційне збудження під час конфлікту, толерантне ставлення до опонентів); *мотиваційний компонент* (розкриття адекватності спонук у ситуаціях підвищеного дискомфорту); *психомоторний компонент* (забезпечення ефективної поведінки в конфлікті). Насамперед, це вміння опановувати себе у конфліктних взаємовідносинах, володіти власним тілом і самопочуттями, ефективно керувати невербальною особливістю комунікацій (жести, міміка, пантоміміка, проксеміка, тональності голосу, його тембр, висота, інтонація, мовні помилки) та екстралінгвістичні (паузи, зітхання, схлипи тощо) екстраполяції.

З табл. 2.15 видно обернено кореляційний взаємозв'язок конфліктостійкості та досліджуваних психосоматичних розладів.

Встановлено, що середні показники конфліктостійкості чоловіків суттєво вищі, ніж у жінок ($13,17 \pm 0,35$ і $11,27 \pm 1,07$ відповідно). Аналіз отриманих даних за критерієм χ^2 К. Пірсона засвідчує наявність достовірних відмінностей ($\chi^2 = 19,87$, $p \leq 0,01$) середніх показників конфліктостійкості КГ та ЕГ.

Таблиця 2.15

**Взаємозв'язок між показниками конфліктостійкості (Кс)
та психосоматичними розладами**

Показники Кс	Психосоматичні розлади						
	J45	K25	K51	E05	L23-L25	I11.9	E10-E14
Високі показники Кс	0,027	0,017	0,033	0,019	0,021	0,024	0,031
Низькі показники Кс	0,227**	0,257**	0,215**	0,213**	0,247**	0,209**	0,234**

** – кореляція значуща на рівні $p \leq 0,01$

Таким чином, за допомогою стратегії зіставлення констатовано, що еталонна контрольна (психосоматично здорові особи) та експериментальна (особи із психосоматичними розладами) групи мають суттєво різні значення та розподіл ознак конфліктостійкості. Виявлені якісні та кількісні відмінності стали основою формувальної стратегії, основним завданням якої було наближення показників учасників ЕГ до показників КГ-еталонної, тобто відновлення психосоматичного здоров'я.

Тест «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка) дозволяє оцінити наявність деяких психопатологічних настроїв (агресія, тривога, фрустрація) і властивостей особистості (агресивність, ригідність, тривожність і фрустрація), які негативно впливають на конфліктостійкість і формування самооцінки в досліджуваних, які саме тому потребують своєчасної діагностики та корекції. Згідно цієї методики, тривожність як індивідуальна психічна особливість, обумовлена схильністю людини до постійних переживань стану тривоги. Переживання емоційного дискомфорту,

зазвичай, пов'язано з очікуванням неблагополуччя і внутрішнім передчуттям небезпеки. Агресивність слугує фактором дезадаптованості особистості педагога, яка часто викликана необ'єктивними обставинами ворожості людини щодо оточуючих людей і навколишнього світу. Ригідність представлена як ускладненість дій у реалізації поставлених цілей і мети щодо професійної діяльності учасників освітнього процесу. Фрустрація у них інтерпретується як невідповідність у задоволенні власних бажань і потреб.

Тест складається із 40 запитань. Респондентам пропонується обрати один із варіантів опису зазначених психічних станів. У випадку, якщо цей опис відповідає стану та настроям досліджуваного, то його оцінюють у 2 бали. Якщо він виникає зрідка, то – один бал. Якщо у них відсутні такі настрої – 0 балів. Бали сумуються за кожною групою запитань (відповідно за 4 шкалами): шкали агресивності, ригідності, тривожності та фрустрації. Інтерпретація здійснено за результатами схожості з ключем тесту, де сума балів від 0 до 7 дорівнює низькому рівню, 8-14 балів – середньому та 15-20 балів – високому рівню прояву психопатологічних настроїв.

Таблиця 2.16

Розподіл досліджуваних за тестом «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

	Рівні прояву психопатологічних настроїв		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Агресивність	41,7	52,4	5,9
Ригідність	23,8	68,2	8,0
Тривожність	36,0	59,5	4,5
Фрустрація	44,7	49,6	5,7

За результатами дослідження видно (табл. 2.16), що для 4,5% респондентів притаманний високий рівень тривожності, для 59,5% опитаних – середній рівень і у 36,0% осіб – низький рівень тривожності. Відповідно що, для осіб із високим рівнем тривожності характерні неадекватна оцінка діяльності оточуючих колег, замкнутість і самозвинувачення у власній недосконалості. Почуття провини може бути обумовлене негативною самооцінкою. Вони вирізняються

усталеністю деяких стереотипів та соціальних цінностей, які впливають на розвиток негативних емоцій (напр., образи, підозрливості, почуття провини). У деяких осіб своє представлення своєрідного культу досягнень, успіху та благополуччя, який зачасту культивований суспільством, референтною групою чи засобами масової інформації. Якщо ж людина недостатньо відповідає цим вимогам, то це сприяє формуванню у неї негативного ставлення до самої себе й сприяє виникненню внутрішньої конфліктності в умовах ЗВО, яка супроводжується зростанням тривожності. Чим нижчий рівень тривожності спостерігається в особи педагога, тим менший прояв вищезазначених утворень.

Високий рівень фрустрації характерний на для 5,7% опитуваних, середній, відповідно, – 49,6%, при цьому низькі показники характерні для 44,7% досліджуваних. Високий рівень фрустрації свідчить про негативні переживання такі як розчарування, тривога, роздратування, розпач. У переважної більшості осіб фрустрація проявляється у вигляді агресивних реакцій, які утворюються як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками. У жінок агресивність част зумовлена реакцією ігнорування. Для чоловіків із високим рівнем агресивності характерні спонтанні прояви фізичної чи вербальної агресії, ворожість та негативізм. Вона також обумовлена нападами, спричинення іншим шкоди та неприємностей. Агресивність у більшості з них проявляється в формі демонстрації переваги в силі щодо іншої людини.

Для 8,0% досліджуваних властивий високий рівень ригідності, 68,2% осіб мають середній рівень, а у 23,8% - низький рівень. Високий рівень ригідності обумовлений складністю змін щодо наміченої суб'єктом програми дій в умовах виконання обов'язків, які об'єктивно потребують психокорекції. Інтенсивність ригідності проявляється в незмінності поведінки, стереотипах переконань і поглядів, в умовах невідповідності реальній дійсності. При низькому її рівні педагогам більш властива пластичність, швидка адаптованість, здатність гнучко прилаштовуватись до певних обставин.

Відзначимо, що наявність кореляційного зв'язку між цими станами, свідчить про додатні двосторонні кореляційні зв'язки за шкалами «Фрустрація» та «Ригідність», «Тривожність» та «Ригідність» «Агресивність» та «Тривожність» і «Тривожність» та «Фрустрація» на рівні $p \leq 0,01$, що характеризує їх взаємопов'язаність: із підвищенням тривожності посилюється рівень фрустрації та ригідності і навпаки. Представлені кореляції показано між рівнем самооцінки та індивідуально-психологічними утвореннями в педагогів згідно математичної обробки за критерієм коефіцієнта рангової кореляції Спірмена, результати якої графічно зображено на рисунку 2.4.

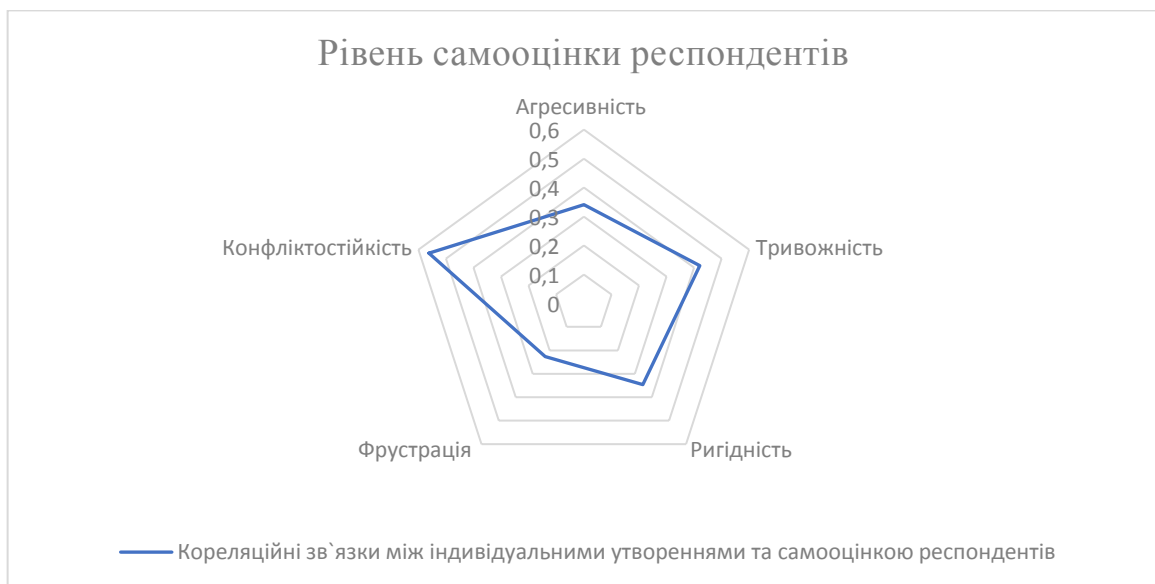


Рис. 2.4. Рівень самооцінки респондентів за тестом «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Таким чином, як видно на рисунку 2.4, існують двосторонні кореляційні зв'язки між рівнем конфліктостійкості та рівнем самооцінки за шкалами Фрустрація / Ригідність / Тривожність / Агресивність на рівні тенденції $p \leq 0,01$, що відображає їх взаємовплив і посилення кожної із ознак за рахунок одна одної.

Отже, здатність протистояти стресовим чинникам, скеровувати власну поведінку в складних ситуаціях життєдіяльності, неконфліктними способами вирішувати сутички інтересів із оточуючими людьми, стійкість у подоланні труднощів, збереження упевненості в собі та віри в себе, в своїх можливостях, уміння відстоювати свої погляди та досконалість психічної саморегуляції є невід'ємною частиною психічного життя

педагогів. Високе відчуття обов'язку, витриманість і тактовність, сприйняття, переживання, рішучість і оцінка власної життєвої позиції обумовлюють ступінь резистентності організму, його адаптованість до психологічного дискомфорту в ситуаціях соматичної дисфункції, яка й вимірює ресурси конфліктостійкості особистості педагога. Здатність зберігати постійний рівень настрою, самокритичність і відповідне сприйняття критики, емоційна насиченість життя, комунікативна компетентність, полімотиваційність життєдіяльності – ознаки гармонійного життя педагога, які ми прагнули відтворити під час психокорекційної роботи згідно з результатами констатувального дослідження.

2.3. Результати дослідження та особливості психосоматичного статусу учасників освітнього процесу у вимірі прояву внутрішньої конфліктності

У процесі клінічного вивчення впливу емоційної сфери на функції організму встановлено, що в генезі розвитку хвороби мають місце певні закономірності, зокрема психосоматичні розлади зароджуються незалежно від особистісних чинників, але за наявності внутрішньої кризи, підвищеної внутрішньоособистісної конфліктності.

Помітною віхою у розвитку цих уявлень про психосоматичний статус особистості є теорія «специфічності інтрапсихічного конфлікту» Ф. Александера, згідно з якою існує 7 основних видів таких конфліктів: у гіпертоніків конфлікт обумовлений протиріччям між агресією та страхом покарання; у хворих на бронхіальну астму базується на «стримуванні плачу»; при нейродерміті має місце витіснення бажання фізичної близькості; у хворих на тиреотоксикоз актуальною є боротьба зі страхом смерті шляхом контрфобічних установок; при duodenum конфлікт ґрунтується на потребі в самостійності й залежності від оточуючих. В основі психосоматичних розладів є значимою наявність трьох чинників, які виокремлюють певні індивідуальні риси особистості; конституціональна чи набута в дитинстві сенситивність певного органа; критична емоціогенна життєва ситуація, котра каталізує несвідомий конфлікт) [6, 361, 365, 367].

У сучасному розкритті проблеми обґрунтування психосоматичного статусу особистості представлено в таких концепціях:

- 1) концепція особистісних профілів Ф. Данбара;
- 2) концепція неповноцінності органа з її психічною декомпенсацією А. Адлера;
- 3) гіпотеза кортико-вісцерального генезу психосоматичних розладів К. Бикова та І. Курцина (в генезі психосоматичних розладів є порушення екстеро- та інтероцептивної сигналізації, які сприяють розвитку внутрішньої конфліктності в межах збудження і гальмування у корі та підкірці ГМ);
- 4) концепція втрати «ключової фігури» Г. Енгела;
- 5) концепція «втрати значимих для індивіда об'єктів» Г. Фрейбергера (розвиток психосоматичних розладів на тлі психологічної травми чи втрати людини);
- 6) концепція готовності до хвороби В. Єксуелла (готовність до хвороби є відображенням внутрішнього стану організму людини);
- 7) теорія життєвих подій Т. Холмса та Р. Рое (ґрунтується на визначенні рівня стресу та його впливу щодо розвитку психосоматичного розладу);
- 8) модель двох ступенів лінії психологічної оборони А. Мітчерліха (неоднозначність механізмів психологічного захисту в аспекті розвитку невротичних змін і, навпаки, їх витіснення, регресія, компенсація, ігнорування, заперечення та сублімація тощо);
- 9) концепція «вегетативного супроводу емоцій» М. Франкенхойзера (готовність організму до максимально-інтенсивної м'язової активності, яка є необхідною для виживання організму);
- 10) теорія алекситимії (П. Сіфні) та ін.

Такий різнобічний підхід до обґрунтування психосоматичного статусу педагога свідчить про надзвичайну актуальність зазначеної проблеми в умовах сучасності та необхідність синтетичного підходу до його особистості, визначення психосоматичних кореляцій як складних і багатоаспектних феноменів.

Таким чином, психосоматичний статус педагога визначається нами як психологічне та соматичне здоров'я педагога в умовах ЗВО. Здоров'я як процес забезпечення соціально-психологічного благополуччя є однією із найважливіших цінностей людського життя. Адже, з одного боку, позитивне психологічне самопочуття є умовою адекватного сприйняття реальності та виконання своїх професійних обов'язків на догоду власному розкладу вікових, соціальних і культурних ролей, з іншого боку, сприяє неперервному особистісному розвитку протягом всього його життя.

Критеріями психологічного здоров'я є розвиток рефлексії, стресостійкості, вміння знаходити власні ресурси в подоланні труднощів, повнота емоційних і поведінкових проявів особистості, опирання на власну внутрішню Самість, самосприйняття і вміння безпечно урегулювати свої внутрішні конфлікти, чітке та самооб'єктивне бачення своїх власних сил і слабкостей, наявність системи цінностей, які сприяють духовному зросту та надають суттєвості в кожному проміжку часу життя. А також висока конфліктостійкість, гнучкість і лабільність інтересів, сприйняття невизначеності в прагненні до самовизначення, емоційне благополуччя тощо.

Основні (базові) характеристики педагогічного працівника визначають його як соціалізовану в процесі онтогенезу особистість. До них, відповідно, належать такі професійні якості:

1) *професійна спрямованість*, яка обумовлена позитивним ставленням до професії, прагненням присвятити себе досягненню власних інтересів, толерантним ставленням до труднощів, що притаманні професійній діяльності, успішній співпраці зі здобувачами освіти;

2) *морально-психологічні якості* представлені у витоках загальнотрудовах (добросовісність, працелюбність, дисциплінованість), професійно-трудовах (розвинене почуття справедливості, істини та правди, принциповість, повага до закону та непримиримість до його порушень), загальнолюдських (совісність, доброзичливість, порядність, гуманізм);

самооцінка (адекватне самосприйняття, самокритичність, вимогливість, самоконтроль), морально-психологічна стійкість і витривалість;

3) *професійно-психологічні ділові якості* (професійні здібності, комунікативність, волеві якості, уміння працювати з людьми, колективізм, готовність до активної соціальної взаємодії);

4) *професійна підготовленість* (професійна освіченість, майстерність, підготовленість, готовність до змін, інновацій тощо);

5) *психофізіологічні якості* (особливості нервової системи, емоційність, швидкість реакцій, толерантність, врівноваженість, стійкість до ризику, опірність до психічних перевантажень, стан оптимального функціонування організму людини, працездатність тощо).

Соціально-психологічні властивості особистості педагогічного працівника ототожнено з особливістю його ставлення до суспільних взаємовідносин, соціальних цінностей, норм, груп і людей, досягнень людської цивілізації, які конкретизуються у ставленні до світу людей; громадянській позиції; мотивації досягнень у самореалізації і самоствердженні; інтегрованості в соціально-професійну групу; самореалізованості, соціальній активності, ставленні до життя та до самого себе («Я-образ», самоідентифікація).

Представимо модель психосоматичного статусу особистості педагога в умовах ЗВО (табл. 2.17), яка сприятиме виділенню типологічних ознак педагогічного профілю на шляху досягнення власних цілей в умовах ЗВО. За цією моделлю своєчасно проведена психопрофілактика психосоматичних розладів особистості до моменту їх загострення завчасно попереджатиме про їх наявність в учасників освітнього процесу, що забезпечуватиме стан оптимального функціонування організму людини та успішне виконання професійних обов'язків. Її значимість підкреслено у визначенні фактичних витрат часу в створенні певних нормативів

професійного забезпечення, згідно з можливостями людини і рівнем її домагань.

Визначення динаміки активності досліджуваних при максимальній і мінімальній їх працездатності, а також виявлення причин і перешкод, що впливають на самореалізацію особистості, сприяють формуванню у неї психосоматичної дисфункції.

Таблиця 2.17

Модель психосоматичного статусу особистості педагога в умовах ЗВО

Типологія особистості	Умовні позначення	Інтерпретація
Механізм ВК:	мВК	
Агресивність	Fiz Ver Rzd	«Фізична агресія» «Вербальна агресія» «Роздратування»
Тривожність	Tr	Реактивна та ситуативна тривожність
Ворожість	Obr Pdз	«Образа» «Підозрілість»
Психотип:	Ps	
Тип психологічного захисту	Ps	Домінуючий тип вирішення внутрішнього конфлікту
Конфліктостійкість	Ks	Стратегії поведінки в потенційній зоні конфлікту
Рольова конфліктність	Rk	Екстернальний, проміжний та інтернальний типи локусу рольового конфлікту
Соматотип:	St	
Соматичні скарги	Ss	Гострий прояв виразності суб'єктивного болю
Індекс життєвого стилю	LSI	Домінантна диспозиція невропатичних проявів
Психограма:	Пg	
Психосоматичний статус особистості педагога	Ps	Психологічне та соматичне здоров'я педагога в умовах ЗВО
Внутрішня картина хвороби в педагогів	VkHр	Інтенсивність проявів дистресу, депресії, тривоги та соматизації

Зважаючи на вищезазначені особливості прояву внутрішньої конфліктності педагогів в умовах ЗВО за психометричними методиками констатувального дослідження, представимо сім моделей психосоматичного статусу педагога за однотипними скаргами (рис. 2.5 – 2.11), які розкривають генезис внутрішньої картини психогенних і соматогенних розладів.

Ми розташували різні типи внутрішньої конфліктності за особливостями прояву психосоматичних скарг і рольової невідповідності. Психосоматичний статус в осіб зі скаргами на бронхіальну астму та виразку шлунку обумовлений соціально-психологічними чинниками розвитку внутрішньої конфліктності. В осіб зі скаргами на виразковий коліт, дерматит, тиреотоксикоз (гіпертиреоз), гіпертензивну (гіпертонічну) хворобу з переважним ураженням серця без (застійної) серцевої недостатності та цукровий діабет внутрішня конфліктність спостерігається за рахунок індивідуально-особистісних чинників педагога в умовах виконання професійної діяльності.

Відзначено також, що внутрішня конфліктність пов'язана в перших двох ситуаціях із вибором учасників освітнього процесу в міжособистісній взаємодії (вибір між рольовими очікуваннями стосовно інших людей та власною поведінкою). У третій і четвертій ситуаціях вибір обумовлений суб'єктною взаємодією значимих людей. За п'ятою ситуацією присутній вибір у перерозподілі ресурсів. Шоста та сьома ситуації відображають потреби особистості в міжрольовій взаємодії (вибір між різними ролями педагога).

Таким чином, за цими показниками спостерігається тенденція суперечностей у зовнішньому та внутрішньому вимірах. Зокрема саме внутрішня конфліктність за усіма типами психосоматичного статусу пов'язана з системою цінностей, вибір яких зводиться до обрання задоволення особистісних потреб і соціально бажаних дій, котрі не завжди відповідають можливостям і, власне, й потребам педагога.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що в педагогів між представниками Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського та Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова діагностовано деякі відмінності у показниках внутрішньої конфліктності, однак вони статистично не значимі й тому їх не враховано у розподілі респондентів за психосоматичною ознакою. У формульованому дослідженні загальну вибірку склали педагоги обох закладів вищої освіти.

Отож, при аналізі конфліктної поведінки педагогів в освітньому середовищі ЗВО відсутня компетентність в осіб ЕГ щодо подолання внутрішньої неузгодженості та тривожності, які викликають психосоматичні розлади. Розвиток інтелектуальної ініціативи сприяє єдності пізнавальних і мотиваційних усвідомлень неоднозначності внутрішнього конфлікту та його подолання, але готовність щодо їх об'єктивного використання відсутня у педагогів.

Як видно з рис. 2.5, в осіб зі скаргами на бронхіальну астму внутрішня конфліктність обумовлена відсутністю узгодженості з іншими людьми. Мова йде про дивергентні ролі чи рольову несумісність, коли міжособистісною взаємодією не задоволені обидві сторони та яка психогенно впливає на кожну з них. Наприклад, у випадку булінгу чи педагогічних конфліктів.

1

Бронхіальна астма (J45)

Типові висловлювання

- Я намагаюся бути ідеальною дружиною, а йому я цікава тільки в ліжку";
- "Я все робив правильно, незрозуміло, чому це їх не влаштовує";
- "Вона не може мені пробачити, що я не такий, як її батько";

Механізм ВК

- Схильність до пригнічення агресії та інших переживань (напад астми часто еквівалентний плачу, що пригнічується внаслідок втрати захищеності);
- Низька стресостійкість;
- Інфантильність;
- Низький рівень усвідомлення своїх почуттів, бажань, емоцій, потягів через невміння виражати свої емоції вербально;
- Високий ступінь тривожності, збудливості, виснаження;
- Викривлене уявлення щодо себе;
- Залежність від думки навколишніх.

Психотип

При астмі, як і при інших розладах вегетативних функцій, емоційний вплив обумовлений нормальними фізіологічними реакціями на емоційні подразники. Симптоматика в такому випадку трохи гіпертрофована, а в ситуації хронічного захворювання організм реагує на емоції, що лежать в основі конфлікту. Реакція стає гіпертрофованою та хронічною внаслідок того, що емоційний стимул є несвідомим

Психограма

Виникнення психосоматичних хвороб у педагогів пов'язано з конфліктною ситуацією між збудженням і гальмуванням в корі та підкірці головного мозку. Було виявлено, що в більшості випадків психосоматично хворими є особи зі слабким та невідновженим сильним типом нервової системи. Ці типи найбільш чутливі та вразливі до зовнішніх і внутрішніх конфліктів.

Неприйняття рольової поведінки педагога оточуючими

Рис. 2.5. Модель психосоматичного статусу педагога зі скаргами на бронхіальну астму

Згідно з рис. 2.5, внутрішня конфліктність в осіб зі скаргами на виразку шлунку спостерігається за рахунок неприйняття педагогом інших людей.

Виразка шлунку (K25)

Типові висловлювання

- Він (вона) не такий, яким повинен бути;
- Не виконує своїх обов'язків;
- Спочатку він здавався мені ідеальним чоловіком, надто пізно я зрозуміла, що він не такий;
- Не робить елементарного;

Механізм ВК

При виразковій хворобі психоемоційні та психосоціальні фактори відіграють суттєву роль. При цьому психічні детермінанти є лише кофакторами, які мають причинне значення при їх сполученні з генетичними, конституційними, імунними, зовнішньосередовищними (метеорологічними), інфекційними (*Helicobacter pylori*) та місцевими факторами, які реалізують розвиток хвороби.

Соматичні скарги (соматотип)

Важкість, тиск, «розпирання», «переповнення», «вібрація», «пульсація», «переливання», «свербіння», «щеміння», «сверління», «скручення», «стиснення», біль може носити ниючий, різучий характер.

Невиразкову функціональну диспепсію, дисмоторику верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, дуоденогастральний та гастроєзофагеальний рефлюкси, потовщення стінок та порушення моторики жовчного міхура, подразнення товстої

Психотип

Соматизовані психічні реакції.

Соматоморфні реакції – формуються без участі соматичної патології у рамках утворення невротичного або конституційного регістру (неврози, невропатії).

Психогенні реакції (нозогенії) – виникають у зв'язку із соматичними захворюваннями і відносяться до групи реактивних станів.

Реакції за типом систематичної лабільності – психогеннопровоковані, пов'язані з взаємодією соціальних та ситуаційних факторів або нашаруванням проявів соматичного захворювання (психосоматичне захворювання у традиційному «вужькому» розумінні терміна).

Реакції екзогенного типу (соматогенії), що маніфестують унаслідок впливу соматичної шкідливості і відносяться до категорії симптоматичних психозів.

Психограма

- Внутрішній страх перед новими подіями.
- Невміння змінюватися.
- Постійний стан жаху.

3.

Виразковий коліт (K51)

Типові висловлювання

- Моя робота – суцільна невизначеність, завжди можна знайти, за що лаяти;
- Коли неможливо виконати всі вимоги, тоді гарним будуть вважати лише слухняного.

Механізм ВК

Внутрішня напруженість, невпевненість, тривога, понижений настрій створюють додаткові умови виникнення хронічної фрустрованості. Має місце виражений комплекс психологічних розладів негативного характеру в аспекті загальної оцінки особового і реактивного компонентів тривожності.

Соматичні скарги (соматотип)

- Запалення слизової оболонки товстої кишки у людини.

Психотип

Конфігурація особистісного профілю з ведучими шкалами гіпостенічного регістру (депресія, істерія), що характеризують невротичний тип розвитку особистості з формуванням тривожнодепресивного й істеричного варіантів дезадаптації, психологічними еквівалентами яких є тривога та депресія.

Психограма

Зниження рівня показників рольового емоційного функціонування вказує на різкий негативний емоційний фон пацієнтів, що перешкоджає їх фізичній активності. При цьому характерною є нездатність пацієнтів виконувати основну роботу або іншу повсякденну діяльність у необхідному об'ємі і з належною якістю.

Несутимість різні
(рольової
незначеність).

Рис. 2.7. Модель психосоматичного статусу педагога зі скаргами на виразковий коліт

На рис. 2.7 показано особливості внутрішньої конфліктності в педагогів в умовах виконання професійних обов'язків у ЗВО, які виникають тоді, коли існують взаємні протиріччя у суспільних нормативах відносно якоїсь ролі. Наприклад, під час виконання навчального плану педагоги зазвичай орієнтуються на педагогічний minimum (1500 год. на рік), але в процесі організації роботи часто змушені доопрацьовувати власне завантаження за