

УДК 159.942.5:615.851

**ЕМОЦІЙНІ ІНВАРІАНТИ ПРОФЕСІЙНОЇ НЕВРОТИЗАЦІЇ ЛІКАРІВ****Вірна Ж. П., Брагіна К. І.**

Стаття присвячена теоретичному обґрунтуванню невротизації особистості та дослідження особливостей емоційних інваріант невротизації лікарів відділення інтенсивної терапії. Презентовано спробу представлення адекватної та об'єктивної діагностики емоційних показників невротизації лікарів відділення інтенсивної терапії, а також розроблено анкету з вивчення задоволеності працею лікарів, яку можна успішно використовувати в практичній діяльності психологів, які працюють у медичних закладах.

**Ключові слова:** невроз, професійна невротизація, емоційні переживання, лікарі відділення інтенсивної терапії.

The article is devoted to theoretical substantiation and research neurotic personality features invariant emotional neuroticism medical intensive care unit. Presented attempt to represent an adequate and objective diagnostic indicators of emotional neuroticism medical intensive care unit, and developed a questionnaire to study the job satisfaction of physicians, which can be successfully used in the practice of psychologists working in hospitals.

**Keywords:** neurosis, professional neuroticism, emotional experiences, doctors of separation of intensive

Стаття посвящена теоретическому обоснованию невротизации личности и исследованию особенностей эмоциональных инвариант невротизации врачей отделения интенсивной терапии. Презентована попытка представлення адекватной и объективной диагностики эмоциональных показателей невротизации врачей отделения интенсивной терапии, а также разработана анкета по изучению удовлетворенности трудом врачей, которую можно успешно использовать в практической деятельности психологов, которые работают в медицинских заведениях.

**Ключевые слова:** невроз, профессиональная невротизация, эмоциональные переживания, врачи отделения интенсивной терапии

**Постановка проблеми.** Сучасне суспільство, яке актуалізує проблеми соціально-психологічної адаптації особистості, вимагає розробки нових психологічних проектів щодо подолання дії стресогенних факторів, які збільшують небезпеку невротизації особистості та виникнення патологічних станів. Цей контекст актуалізації проблеми однаковою мірою стосується й сфери професійного становлення та ефективної реалізації фахівців, і особливо фахівців, які працюють в емоційно-напружених умовах. До таких професій належить й професія лікаря відділення інтенсивної терапії та гемодіалізу.

Говорячи про вплив невротизації на професійну діяльність людини не можна не згадати такого явища як професійне вигорання, що з'являється в результаті психотравматичного впливу, котрим може бути монотонна робота, конфлікти з колегами, відсутність мотиваторів для праці тощо. Цей синдром зустрічається доволі часто, а в умовах

сучасного світу відсоток людей з професійним вигоранням зростає. Тому дуже важливо саме зараз почати звертати увагу на цю проблему, поки вона не зростає до неймовірних масштабів. Актуальність цієї проблеми зростає дуже швидко. Так за кордоном уже почалося ретельне діагностування працівників різних сфер діяльності задля вчасного виявлення синдрому професійного вигорання. Дуже важливо, щоб така практика стала популярною і в нас, адже дуже важливо вчасно допомогти людині з таким синдромом.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Провівши аналіз проблеми в психолого-медичній літературі (Ю. Александровський, Б. Карвасарський, В. Менделевич, В. Мясіщев, З. Фрейд, К. Хорні, К. Юнг та ін.) помічаємо певний дефіцит теоретико-емпіричного матеріалу. В той же час результати багаточисельних досліджень доводять, що професійну діяльність лікарів слід відносити до таких видів діяльності, яка ставить підвищені вимоги до фізичного і психічного здоров'я професіоналів, що зумовлює необхідність комплексної розробки програми психологічного забезпечення професійного здоров'я цих фахівців. А дослідження емоційного профілю невротизації лікарів становить безсумнівний інтерес, позаяк дає змогу по-новому подивитися на поведінку суб'єкта професійної діяльності. Також проблема вивчення невротизації особистості ставиться в плані не тільки експериментальних досліджень, але й плані теоретичного обговорення в силу дефіциту існуючих доробок.

**Метою** даного аналітичного огляду є теоретичне обґрунтування невротизації особистості та дослідження особливостей емоційних інваріант невротизації лікарів відділення інтенсивної терапії, які мають діагностичну значущість і можуть використовуватися у психопрофілактичній і психокорекційній роботі.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Порушення емоційної сфери є одним з визначальних моментів у виникненні і перебігу неврозів і неврозоподібних захворювань. Неврози частіше виникають у осіб зі слабким і нерівноваженим типом вищої нервової діяльності. Більшість авторів, які досліджували це питання, поділяють думку, що при невротичних захворюваннях переважно, в першу чергу, порушується емоційна сфера людини [3].

Так, П. Симонов відзначає, що невроз – це переважно порушення емоційної сфери, і що залучення у загальну картину неврозу думок, дій, вчинків носить вторинний характер, викликаний збудженням емоційних центрів [5]. А Ю. Александровський вважає, що неврози - це завжди реакція людини на несприятливу життєву ситуацію (конфліктні взаємовідносини на роботі, неприємності в сім'ї, обмеження інтересів і потреб, невлаштованість особистого життя, смерть близької людини), причому велика роль належить особливостям особистісного, і перш за все емоційного реагування на специфічну обстановку [2]. М. Айрапетянц, А. Вей визначають невроз як психогенне захворювання, що виникає на фоні властивостей особистості і психічного захисту з формуванням невротичного конфлікту, що функціональних порушеннях в емоційній, вегетативній і соматичній системах [1].

Порушення емоційної сфери займає, особливо у психоаналізі, центральне місце щодо пояснень невротичних захворювань. З. Фрейд вважав, що «неврози не мають якогось їм тільки властивого» [6], або, як висловився К. Юнг, «невротики страждають тими ж самими комплексами, із якими ведемо боротьбу і ми, здорові люди. Усе залежить від кількісних відношень, від співвідношення сил, що борються, до чого призведе боротьба до здоров'я, до неврозу, або до вищої творчості, що компенсує» [8]. За З. Фрейдом, неврози

«зобов'язані своїм походженням конфлікту між «Я» і сексуальністю, конфліктом між «Я» і «Воно» і утворюються в результаті боротьби між інтересами самозбереження і вимогами лібідо. Люди занедужують неврозом, якщо в них віднімається можливість задоволення лібідо, тобто в результаті «змушеної відмови», і симптоми неврозів є заступниками задоволення, що не відбулося» [7]. Це важлива й обов'язкова умова захворювання. Загалом, до числа умов неврозу відносяться: 1) «змушена відмова»; 2) фіксація лібідо; 3) схильність до конфліктів. Симптоми неврозу обумовлюються лібідо і його застосуванням. Захворювання неврозом, за З. Фройдом, відбувається тільки тоді, коли «Я» втрачає спроможність до розподілу лібідо. З. Фройд вважав, що «кожний невроз яким-небудь чином порушує відношення хворого до реальності, що невроз є для нього засобом відмови від реальності й у важких випадках досягає прямо таки втечі з реального життя» [7]. Стверджуючи, що неврози складають перевагу людини перед тваринами, він відносив їх до хвороб особистості, що мають соціальне забарвлення. Він думав, що при неврозі, як і при психозі, відбувається або заміщення реальності, або втрата її: «Наслідком кожного неврозу, а отже, і його тенденцій, є віддалення хворого від реального життя, відчуженість його від дійсності» [7]. Сучасні пошуки граничних моментів психопатології (в т.ч. невротичних проявів) зводяться до – клінічного чинника сучасної теоретичної психіатрії, як от інтеракційного підходу до психопатології, відповідно до якого адекватна кваліфікація психічного стану пацієнта можлива тільки в інтерсуб'єктивному полі (у полі взаємодії лікаря та хворого); - концептуалізації клініки пацієнта лікарем, при співставленні цього з «кліше» аналогів, що «зрозумілі» лікарю (теорія знань лікаря) і визначене протиставлення (в психопатології) *posos et pathos*, у зв'язку з чим можна говорити про непевність рамок тих або інших психопатологічних феноменів (в т.ч. і невротичних) у вигляді не так деякого «відходу» від синдромології, скільки як відображення глибинної тенденції – тенденції суперечливої, тому що спрямованої на велику формалізацію переживань, так як переживання пацієнта можливо оцінити тільки співпереживанням.

Тривожність як емоційний стан характеризує багато невротичних захворювань і, тому ця проблема вже достатньо досліджена в науковій літературі. Враховуючи положення про те, що при невротичних і деяких психосоматичних захворюваннях порушення емоційної сфери відіграють значну роль, логічним було б, для ефективних психотерапевтичних заходів, мета яких – відновити порушену систему відносин людини, передусім, спиратися на корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки, з одного боку, а з другого - використовувати сферу емоцій для надання допомоги.

Щодо змін в емоційній сфері під впливом професійної діяльності, то варто зазначити, що окрім позитивного, саме професійна діяльність має негативний вплив, який виснажує людину та призводить до професійного вигорання. Під цим поняття розуміється певний вид психологічного захисту, створений самою людиною під час психотравматичного впливу [4]. Це професійний стрес, котрий заважає людині керувати своїм життям та врешті решт призводить до синдрому професійного вигорання, тобто процесу втрати енергії (фізичної, емоційної, психічної). Він відбувається поступово та характеризується фізичною втомою та емоційним виснаженням. Причини цього синдрому можуть бути різними: конфлікти з колегами, відсутність сприятливої психологічної атмосфери в колективі, постійне та тривале напруження на роботі, нездатність самовиразитися як професіонал, невміння

---

виконати завдання, одноманітність завдань на роботі, надмірні втрати енергії при виконанні роботи, робота без цілі або мети, нездатність взаємодіяти з колективом і особисті конфлікти з іншими людьми. Варто зазначити, що цей механізм захисту виробляється самою людиною заради того, щоб обмежити витрати сил та енергії під час виконання своєї роботи [4].

Виходячи з попереднього обґрунтування, невротизація може бути зумовлена різними факторами, в тому числі й синдромом професійного вигорання. Знаходження зв'язку між змістом невротизації та проблемами емоційної сфери, дає змогу розширити досвід вивчення цього питання. А саме, нами буде винайдено підґрунтя для розробки низки запобіжних методів, що краще забезпечать психологічне здоров'я лікарів.

Нами підібрано підібрано низку методик, котрі найбільше підходять для вивчення цього питання. Базовою методикою у вивченні проблеми емоційних інваріантів невротизації лікарів є методика «Діагностика рівня особистісної невротизації» В. Бойко. Для вивчення емоційної сфери лікарів нами застосовувалась методика Н. Холла «Діагностика рівня емоційного інтелекту» і методика «Орієнтаційна оцінка рівня емоційного благополуччя».

*Вибірку дослідження* склали лікарі відділення інтенсивної терапії та гемодіалізу (n=20). Дослідження здійснювалося у лютому 2015 року на базі Луцької міської клінічної лікарні №2.

За результатами аналізу отриманих даних за методикою «Діагностика рівня особистісної невротизації» В. Бойко зафіксовано, що 35% респондентів отримали низький рівень особистісної невротизації, інші ж 65% мають високий.

Такі результати було очікуванні, оскільки професія лікаря вимагає великих витрат фізичних, емоційних та вольових ресурсів, що, беззаперечно, негативно впливає на психічне здоров'я індивіда. Звісно, важливим моментом є відновлення сил за допомогою книжок, музики чи якогось хобі. Але іноді цього буває недостатньо для повного відновлення своїх сил, тому ми отримуємо високий рівень невротизації або низький з тенденцією до високого. Крім того варто згадати, що в наш час важко тримати себе в повній емоційній та вольовій гармонії, адже переважно більшість людей страждають від швидкого темпу життя.

З метою подальшої інтерпретації результатів дослідження усі досліджувані були розділені на дві групи: група 1 – лікарі із високим рівнем прояву особистісної невротизації; та група 2 – лікарі із низьким рівнем прояву невротизації. З метою визначення статистично значущих відмінностей у розподілі зафіксованих середніх показників результатів методики, нами був використаний t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок (табл. 1).

Якщо порівняти значення середньогрупових показників методики «Діагностика емоційного інтелекту» Н. Холла у досліджуваних групах, є помітним, що у представників обох груп майже однакові показники за шкалою «усвідомлення емоцій». Що ж стосується показників шкали «управління емоціями», то у досліджуваних з високим рівнем невротизації здатність контролювати власні емоції нижча, ніж у представників протилежної групи. Проте показники за шкалами «самотивація» та «емпатія» виявилися вищими у людей з високим рівнем невротизації. Остання ж шкала «управління чужими емоціями» продемонструвала майже однакові середньогрупові показники. Такі результати свідчать про те, що високий рівень невротизації забезпечує вищу чутливість до емоцій інших та надає людині кращу здатність мотивувати себе навіть в тій сфері, котра їй не цікава.

Таблиця 1.

**Статистично значущі відмінності діагностованих показників  
в досліджуваних групах лікарів**

	Група 1	Група 2	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev .	Std.Dev.	F-ratio	p
рівень невротизації 1 vs. рівень невротизації 2	17,2307	6,14285	7,625	18	0,00	13	7	3,2443	2,79	1,34779	0,7466
усвідомлення емоцій 1 vs. усвідомлення емоцій 2	12,461	10,142	1,9475	18	0,06	13	7	2,10615	3,236694	2,36168	0,1934
управління емоціями 1 vs. управління емоціями 2	1,6153	4,2857	-1,128	18	0,27	13	7	4,89112	5,345225	1,19430	0,7444
самотивація 1 vs. самотивація 2	12,538	6,857	3,2382	18	0,00	13	7	2,90446	5,014265	2,98046	0,1015
емпатія 1 vs. емпатія 2	10,923	8,1428	1,3301	18	0,20	13	7	4,23205	4,879500	1,32937	0,6337
управління чужими емоціями 1 vs. управління чужими емоціями	9,6153	7,8571	1,0229	18	0,31	13	7	3,17643	4,488079	1,99637	0,2902
оцінка емоц благополуччя 1 vs. оцінка емоц благополуччя 2	14,846	14,571	0,2152	18	0,83	13	7	2,93956	2,225395	1,74482	0,5101

Також отримані результати є основою для ствердження що, рівень емоційного благополуччя людини не впливає на рівень прояву її невротизації.

Загалом підводячи підсумки проведеного діагностичного зрізу можемо висувати, що емоційною інваріантою прояву особистісної невротизації лікарів є їх особливості самотивації, а саме, високий рівень невротизації зумовлений високими показниками вміння людини змотивувати себе, налаштувати на роботу та навіть, самотужки заохотити себе до виконання діяльності, а це вимагає великих емоційних і часто фізичних зусиль і витрат енергії у лікарів, які працюють у відділенні інтенсивної терапії та гемодіалізу.

Також отримані результати виступили базою для створення авторської анкети щодо вивчення задоволеністю роботою лікарів.

Анкета складається з 14 питань, спрямованих на розширення знань про задоволеність роботою у лікарів та подальше використання цих знань для розробки рекомендацій щодо їх самомотиваційних тенденцій емоційної сфери.

Перше питання було *«Чи вдається вам відпочити та відновити тонус після вихідних?»*, на який 70% відповіли «так», а інші 30% «ні». Другим же питанням було *«Чи хотіли би ви щось змінити в своїй роботі?»* і всі досліджувані відповіли задовільно, що може свідчити про те, що вони не дуже задоволені своєю роботою та прагнуть позитивних змін. На користь цього також може свідчити той факт, що на питання *«Якими ви бачите перспективи власного розвитку в сфері своєї професії?»* абсолютно всі досліджувані відповіли «ніяких».

Окрім цього відсутність перспектив розвитку, як відомо, може бути основою для розвитку синдрому емоційного вигорання. Також один з досліджуваних уточнив, що для появи перспектив необхідна повна реформація системи медицини, що показує прагнення лікарів до змін, адже при сучасних умовах поява перспектив неможлива. Не менш насторожують відповіді до наступного питання *«Що є для вас основним мотиватором в роботі?»*, де усі лікарі відповіли, що лише фінансова винагорода може змотивувати їх. Це, звичайно, негативно відобразатиметься на продуктивності їх роботи, адже професіонал не повинен мотивуватися лише грошовою винагородою. Тим не менш в їх роботі присутній хоч якийсь мотиватор, що, звісно, є позитивним фактором, що знижує ризик розвинути синдром професійного вигорання у лікарів. Наступним питанням було *«Які клієнти вас злять?»*, і тут можна побачити різноманітні відповіді. Одні відповідали, що їх злять всі, інші ж розповідали лише про дурних клієнтів. Також не раз згадувалися тупі та п'яні люди, котрі вказують лікарям, як виконувати їх роботу. Окрім цього досліджувані дуже не люблять хамів та грубих людей, адже вони створюють їм дискомфорт в роботі. На питання *«Чи задоволені ви своїм керівником?»* 65% відповіло ствердно, 20% заперечно, а 15% не визначилися зі своєю відповіддю, тому відповіли «не знаю». На останнє ж питання *«За що ви вдячні колегам?»* багато хто відповів, що вдячний за підтримку. Деякі вказували, що вдячні за професіоналізм, моральні якості, допомогу, дружелюбність. Була також відповідь, що досліджуваний вдячний за можливість виглядати краще на їх фоні.

Якщо ж говорити про загальну картину за результатами цієї методики методики, то можна сказати, що вона є не дуже негативною, проте й позитивного тут мало. У багатьох досліджуваних присутня тенденція до розвитку синдрому професійного вигорання, хоча її можна прибрати, шляхом внесення змін в систему медичної сфери, котрі були б на користь лікарів. Радує наявність співпраці та солідарності у досліджуваних та мотивації, хоч і грошової.

Для точнішого аналізу ми провели спостереження за лікарями з найнижчим та найвищим показниками. Було проаналізовано їх взаємодію з клієнтами, колегами по роботі, керівництвом. За допомогою спілкування з рідними та близькими, ми змогли більше дізнатися про їх відпочинок на проведення вільного часу.

В результаті спостереження було відмічено, що досліджуваний з найнижчими показниками, (В.А.), більш схильний до імпульсивних та необдуманих дій. В цілому він нормально співпрацює з іншими лікарями та клієнтами, легко виходить на контакт та невимушено спілкується. Проте досить одного невдало сказаного слова в його адресу,

як він вибухає та стає дуже сердитим або навіть агресивним. Керування емоціями на дуже низькому рівні. І не лише негативними емоціями – позитивні емоції також не піддаються контролю і в моменти радості їх також важко тримати під контролем. При цьому цікаво, що він ще більш менш здатен себе мотивувати до будь-якої діяльності, навіть до нецікавої йому. Це, звичайно, є плюсом, проте також може спровокувати викид агресії або злості, адже у досліджуваного емоції важко піддаються контролю. Емпатія також на доволі низькому рівні, адже досліджуваний (В.А.) не часто готовий допомагати іншим та й на вигляд часто здається жорстким або навіть черствим. Також важко дається розпізнавання емоцій інших людей і досліджуваний, як правило, зосереджений лише на собі. Проте, якщо проаналізувати результати проведених методик, він задоволений своїм життям у всіх його сферах. Можна казати про високий рівень невротизації, тому що не рідко досліджуваний зривається на інших, не контролює свої емоції та піддається імпульсивним почуттям та афектам. Як сказали його рідні, як правило він відпочиває за комп'ютером або книжками, проводячи час на одинці, таким чином відпочиваючи. В цілому це заняття є спокійним, проте бажано було б зайнятися якимсь видом спорту, щоб виплескувати свої негативні емоції іншим чином та зменшити напругу після роботи. Як пізніше вказував в анкеті досліджуваний, його легко виводить з рівноваги хамство та тупість хворих. Це є провокатором його агресивної поведінки. Можливо також знижує його продуктивність відсутність перспектив розвитку на роботі або наявність лише одного фактору заохочення – грошового.

Інший досліджуваний з високими показниками, С.Г., показав більшу стійкість до контактів з хворими. Він здатен підтримувати ділові стосунки з колегами та керівництвом, зберігає спокій та майже не зривається. Іноді буває жорстким. На нашу думку, такий спокій проявляється через здатність розуміти свої емоції та почуття і, як результат, вміти керувати ними, контролювати їх, не дозволяючи проявлятися надмірно веселим чи надмірно сумним емоціям. Проте емпатія розвинута дуже добре, що можна помітити під час відпочинку дома, коли досліджуваний стає більш вразливим. Можливо, він пересилує себе, щоб здаватися спокійним на роботі. Маючи високий рівень емпатії він внутрішньо страждає та співпереживає іншим, що потім проявляється лише вдома. Якщо це так, то це підтверджує результати із самомотивації і свідчить про те, що досліджуваний вміє мотивувати себе до будь-якої діяльності, незалежно від зацікавленості нею чи складності. Керування своїми емоціями також розвинуте на доволі високому рівні, що можна побачити під час спілкування досліджуваного з його колегами по роботі. Без сумнівів, досліджуваний вміє швидко та правильно розпізнавати емоції інших людей, адже без цього його робота не була б такою якісною. Проте, якщо вірити його результатам за однією з методик, він не задоволений своїм життям, особливо в емоційній сфері. Ми не виключаємо можливості, що це пов'язано з його високим рівнем невротизації або навіть іпохондрією. Це пригнічує його стан, змушує хвилюватися за своє здоров'я, але, маючи високий рівень самоконтролю, він не показує своїх емоцій та почуттів, тому це збільшує внутрішнє напруження, котре він прагне подолати, дивлячись серіали чи граючи ігри на комп'ютері.

З огляду на отримані результати, нами був розроблений комплекс рекомендацій спрямованих на те, щоб запобігти професійному вигоранню у лікарів відділення інтенсивної терапії.

---

1. Знизьте монотехнічність та однаковість своєї роботи за допомогою створення невеликої цілі. Створіть список невеликих цілей, та поступово виконуйте кожну з них, обов'язково винагороджуючи себе після виконання.

2. Не вступайте у конфлікти з колегами чи керівниками, адже це знижує тонус, погіршує настрій та негативно відображається на якості виконаної роботи. Старайтесь вирішувати конфлікти, якщо такі є, мирним шляхом, не бійтеся йти на компроміси.

3. Не беріться за роботу, яку не зможете виконати або не маєте потрібної компетенції для її виконання.

4. Старайтесь не брати на себе надто багато роботи, не витрачайте сил та життєвих ресурсів дарма.

5. Старайтесь конструктивно та адекватно оцінювати свою роботу, враховуючи як позитивні її сторони, так і негативні. Не зосереджуйтесь лише на недоліках виконаних завдань, враховуйте і сильні їх сторони.

6. Не забувайте про психотренінги та відвідини психолога. Професіонали-психологи володіють доволі великим об'ємом знань та досвіду, що допоможе легко та швидко вирішити вашу проблему, допомогти вам та підтримати.

7. Передивіться свої пріоритети – якщо ваша робота шкодить вашому психологічному та фізичному здоров'ю, то можливо потрібно взяти відпустку та відпочити від неї. Адже подальше перебування на ній може негативно відобразитися на вашому здоров'ї та настрої, що також буде змінювати результати вашої діяльності в гіршу сторону.

8. Не забувайте про підтримку друзів та рідних, розповідайте їм про те, що непокоїть вас та хвилює в даний момент.

9. Слідкуйте за раціоном харчування, не вживайте алкогольних напоїв, адже вони шкідливо діють на ваш організм. Фізичне здоров'я є також важливим фактором у появі професійного вигорання, тому потрібно піклуватися не лише про емоційний стан, а й про фізичний, про стан свого тіла.

10. Ніколи не впадайте у відчай та старайтесь уникати таких фраз як «не зможу», «я нездара».

11. Не забувайте приділяти увагу своєму тілу – ходіть на масажі, танці, займайтеся спортом та активним відпочинком.

12. Якщо ситуація дуже важка та ускладнена, то не бійтеся відвідати спеціаліста, котрий завжди допоможе доброю порадою.

13. Не проводьте багато вільного часу в Інтернеті та за комп'ютером. Замість цього ходіть на природу чи в парк.

14. Займіться хенд-мейдом або якимсь ручним хобі, котре вас приваблює. Саме такий вид діяльності допомагає відволіктися від буденних справ та проблем. Окрім цього ви проведете час з користю для себе.

15. Спробуйте зайнятися йогою. Вона знімає напругу та позитивно впливає не лише на наше фізичне тіло, але й на психологічний стан, підіймає емоції та настрої.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Проведена діагностика дає підстави стверджувати, що високий рівень невротизації зумовлений високими показниками вміння людини змотивувати себе, налаштувати на роботу та навіть самотужки заохотити себе до виконання діяльності, а це вимагає великих емоційних і часто фізичних зусиль



і витрат енергії у лікарів, які працюють у відділенні інтенсивної терапії та гемодіалізу. Розроблена система психологічних модулів, спрямована на запобігання професійному вигоранню у лікарів відділення інтенсивної терапії та гемодіалізу, де центральну позицію посідають саморегуляційні навички та самомотиваційні прийоми і техніки збереження особистісного здоров'я.

Для подальшого вивчення проблеми вважаємо перспективними дослідження невротизації лікарів у поглибленні існуючих уявлень про її зміст, форми та механізми прояву, які й будуть визначати динаміку створення продуктивних психологічних засобів з її подолання і профілактики.

### **Література**

1. Айрапетянц М. Г. Неврозы и эксперименты в клинике / М.Г.Айрапетянц, А.М.Вейн. - М. : Наука, 1982. - 320с.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А.Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272с.
3. Бондаренко А.Ф. Социальная терапия личности (психосемантический подход) / А.Ф.Бондаренко. - К. : КГПИИЯ, 1991. - 89с.
4. Бурлачук Л. Психотерапия: психологические модели / Л. Бурлачу, А. Кочарян, М. Жидко. – СПб : Питер, 2003. -472 с.
5. Симонов П. В. Потребностно-информационная теория эмоции / П.В.Симонов – Вопросы психологии, 1982. - № 6. - С. 44-56.
6. Фрейд З. Интерес к психоанализу: [сборник трудов] / З.Фрейд – Минск : Попурри, 2004. – 592 с.
7. Фрейд З. Психология бессознательного: [сборник произведений] / сост. М.Г Ярошевский. - М. : Просвещение, 1989. - 448с.
8. Юнг К. Архетип и символ / К.Юнг. - М.: Ренесанс, 1991. -298с.

### **References**

1. Ayrapetyants M. G. Nevrozyi i eksperymenty v klinike / M.G.Ayrapetyants, A.M.Veyn. – М. : Nauka, 1982. – 320 s.
2. Aleksandrovskiy Yu.A. Sostoyaniya psicheskoy dezadapatatsii i ih kompensatsIya / Yu.A.Aleksandrovskiy. – М. : Nauka, 1976. – 272 s.
3. Bondarenko A.F. Sotsialnaya terapiya lichnosti (psihosemanticheskiy podhod) / A.F.Bondarenko. – К. : КГПИИЯ, 1991. – 89 s.
4. Burlachuk L. Psihoterapiya: psihologicheskie modeli / L. Burlachu, A. Kocharyan, M. Zhidko. – SPb : Piter, 2003. – 472 s.
5. Simonov P. V. Potrebnostno-informatsionnaya teoriya emotsii / P.V.Simonov – Voprosyi psihologii, 1982. – # 6. – S. 44-56.
6. Freyd Z. Interes k psihoanalizu: [cbornik trudov] / Z.Freyd – Minsk : Popurri, 2004. – 592 s.
7. Freyd Z. Psihologiya bessoznatelnogo: [sbornik proizvedeniy] / sost. M.G. Yaroshevskiy. – М. : Prosveschenie, 1989. – 448 s.
8. Yung K. Arhetip i simvol / K.Yung. – М. : Renesans, 1991. – 298 s.