

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Центр післядипломної освіти, дистанційного та заочного навчання

Кафедра практичної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ БАР'ЄРИ У ПРОФЕСІЙНОМУ
СПІЛКУВАННІ ПСИХОЛОГА-ПРАКТИКА**

кваліфікаційна робота
здобувачки вищої освіти
освітнього ступеня «бакалавр»
4 курсу заочної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»
Ганни ЗАЙЦЕВОЇ

Науковий керівник:
Старший викладач кафедри практичної
психології
Наталія КАЛЬКА

Рецензент:
Доцент кафедри теоретичної
психології, кандидат психологічних
наук, доцент
Оксана ХРИСТУК

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

« ____ » _____ 2024 р., протокол № ____

Т.в.о. завідувача кафедри практичної психології
доктор психологічних наук, доцент

_____ **Євген КАРПЕНКО**

**Львів
2024**

ЗАЙЦЕВА Ганна. Психологічні бар'єри у професійному спілкуванні психолога-практика

У теоретичній частині дослідження подано опис впливу психологічних бар'єрів на особливості професійного спілкування психолога. Визначено психологічні особливості комунікативних, емоційних та когнітивних бар'єрів спілкування та їхній вплив на професійну діяльність психолога.

Емпіричне дослідження дало змогу визначити особливості прояву психологічних бар'єрів відповідно до статі, а також у психологів, що працюють за спеціальністю і займаються практичною діяльністю і психологів, які не працюють за спеціальністю.

Ключові слова: спілкування, бар'єри спілкування, комунікативні бар'єри, емоційний бар'єр, когнітивний бар'єр, вольовий бар'єр, психолог-практик,

ZAITSEVA Hanna. Psychological barriers in the professional communication of a psychologist

In the theoretical part of the research a description of the impact of psychological barriers on the characteristics of the psychologist's professional communication is given. The psychological features of communicative, emotional, and cognitive communication barriers and their impact on the psychologist's professional activity are determined.

Empirical research made it possible to determine the characteristics of the manifestation of psychological barriers according to gender, as well as in psychologists who work in a specialty and are engaged in practical activities and psychologists who do not work in a specialty.

Key words: communication, communication barriers, communication barriers, emotional barrier, cognitive barrier, volitional barrier, practical psychologist,

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПОСТУЛАТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ БАР'ЄРІВ У ПРОФЕСІЙНОМУ СПІЛКУВАННІ	5
1.1. Комунікаційні бар'єри у професійній діяльності	5
1.2. Чинники, котрі сприяють психологічним бар'єрам	13
1.3. Психологічні бар'єри у діяльності психолога	16
1.4. Особливі ситуації у роботі психолога, котрі можуть служити бар'єрами	29
Висновки до першого розділу	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ БАР'ЄРІВ У ПРОФЕСІЙНОМУ СПІЛКУВАННІ ПСИХОЛОГА-ПРАКТИКА.	37
2.1. Методики дослідження	37
2.2. Група досліджуваних осіб	41
2.3. Особистісні особливості та фрустраційні реакції психологів з різною задіяністю у практичну діяльність	42
2.4. Особливості ставлення до здоров'я у статево гендерному аспекті	46
2.5. Характеристика психологічний бар'єрів для психологів з різною практичною залученістю	47
2.6. Особистісні характеристики, які можуть зумовлювати психологічні бар'єри у психологів	49
Висновки до другого розділу	52
ВИСНОВКИ	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психологічні бар'єри, глибоко вкорінені в людській поведінці, можуть бути складними і багатогранними. Для подолання цих бар'єрів необхідні самосвідомість, розуміння та проактивні стратегії. Ефективне спілкування, позбавлене цих бар'єрів, є наріжним каменем успішного управління проектами та міжособистісних стосунків для психологів зокрема. Таким чином, розпізнавання та усунення цих бар'єрів має першочергове значення для професіоналів та окремих людей. Комунікаційний бар'єр – це будь-яке спотворення або переривання під час розмови, що призводить до неправильного розуміння повідомлення. Хороший комунікатор повинен знати ці бар'єри та постійно перевіряти розуміння слухачем шляхом отримання зворотного зв'язку.

Психологічний бар'єр також визначають, як душевний стан людини може порушити спілкування. Психологічні фактори включають гнів, заклопотаність іншими думками, стрес і низьку самооцінку. Наприклад, розмова про радісну подію, яка сталася вчора ввечері, з розлюченою та розчарованою людиною створює проблему, оскільки вона може бути не зацікавлена в цьому.

Метою дослідження було визначення особливостей психологічних бар'єрів у професійному спілкуванні психолога практика.

Об'єктом дослідження: сфера професійної комунікації психолога практика.

Предмет дослідження: психологічні бар'єри у професійній діяльності психолога практика.

В ході дослідження поставлено наступні завдання:

1. Охарактеризувати загальні підходи до психологічних бар'єрів;
2. Описати особливості визначають психологічні бар'єри у професійній діяльності психолога;
3. З'ясувати основні способи запобігання виникнення психологічних бар'єрів;

4. Проаналізувати основні причини та ситуації виникнення психологічних бар'єрів ;

Гіпотеза:

1. Ймовірно, показники психологічних бар'єрів, особистісні характеристики, показники здоров'я та фрустраційні реакції відрізнятимуться у психологів котрі працюють за спеціальністю та тих котрі не працюють, будуть відмінними у чоловіків та жінок.

2. Психологічні бар'єри у професійній комунікації, можливо, пов'язані з показниками особистих рис, показниками здоров'я та фрустраційними реакціями.

Наукова (теоретична новизна) полягає у:

- вивченні доволі цікавого поняття психологічні бар'єри у професійній діяльності психолога, розуміння причин та наслідків у даному процесі сприйняття та оцінки довкілля.

- дослідження впливу показників психологічних бар'єрів, на показники фрустраційних реакцій та особистісні характеристики.

Практичне значення полягає у емпіричному вивченні показників, причин та наслідків психологічних бар'єрів у професійній діяльності психолога.

Методологія: 1. Опитувальник SF- 36 (автор - J.E.Ware, 1992) , 2.Методика діагностики психологічних бар'єрів в професійному самовизначенні особистості А.В. Массанова, 3. Особистісний опитувальник «Велика П'ятірка», 4. Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга.

Бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, літератури.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ПОСТУЛАТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ БАР'ЄРІВ У ПРОФЕСІЙНОМУ СПІЛКУВАННІ

1.1. Комунікаційні бар'єри у професійній діяльності

Подумайте про час, коли ви швидко засвоїли нову майстерність. А тепер подумайте, що відбувалося у вашому житті на той час. Ви були в хорошому фізичному, психічному та емоційному здоров'ї? Чи життя просто йшло вашим шляхом? Ваш настрій, ставлення та мотивація можуть вплинути на те, як легко ви можете підібрати новий навик - наприклад, вивчення нової мови.

Психологічний бар'єр спілкування - це вплив психологічного стану комунікаторів (відправника та приймача), що створює перешкоду для ефективного спілкування.

Коли розум людини відволікається або зайнятий іншими речами, людина не в змозі сформулювати належні повідомлення, прослухати те, що інші говорять йому / їй, інтерпретувати повідомлення як потрібно і дати належні відгуки. Спілкування наштовхнеться на проблеми і стане неефективним. Приклади:

1) Наприклад, людина, яка переживає трагедію, не хоче слухати інших людей, які дають поради.

2) Людина може бути зайнята проблемами свого професійного життя чи особистого життя, що впливає на усе.

Збереження інформації - це здатність пам'яті мозку зберігати інформацію. Мозок зберігає не всю інформацію, яку він натрапляє, а лише ту, яку вважає корисною для майбутнього. Отже, половина інформації втрачається в процесі зберігання.

Аналогічно, мозок також втрачає інформацію, яка є старою і не сприймається як корисна з часом. Вилучення інформації також є процесом формування повідомлення. Тут мозок намагається запам'ятати необхідну інформацію, фрагменти якої вже втрачені [2; 7].

Наприклад, вам розповіли про товариша, який прийшов вам назустріч до місяця, і вам дали ім'я, адресу, номер телефону тощо. Тепер ви повинні

повідомити інформацію комусь іншому. У той час ви пам'ятаєте лише ім'я та адресу та забуваєте номер телефону. Істина може змінюватися або спотворюватися через погане зберігання, яке виступає бар'єром для спілкування.

Спілкування є успішним, коли комунікатори довіряють один одному. Відсутність довіри змушує їх отримувати негативне значення повідомлення, і вони ігнорують повідомлення. Коли людина намагається змусити власні ідеї та думки, то приймач не слухає. Якщо одержувач не погодиться на надане повідомлення або вважає це загрозою, він / вона не слухатиме його. Аналогічно, коли повідомлення не передається на приймач, зв'язок не вдається. Наприклад, коли я не довіряю другові, я лише розповім подробиці того, що відбувається в моєму особистому житті, які, на мою думку, є нешкідливими.

Сприйняття, точка зору, ставлення та думки. Сприйняття - це мислення, за допомогою якого люди судять, розуміють і інтерпретують все. Кожна людина має власне сприйняття реальності, яка формується з психічних та чуттєвих переживань.

Так само точка зору також є мисленням для погляду на світ. Відправник може мати певну точку зору, яку не поділяє приймач. Відправник не пояснює точку зору, але вважає точку зору як надану. Повідомлення не розуміється приймачем, як це, мабуть, було зрозуміло, створюючи бар'єр для ефективного спілкування.

Ставлення - це усталений спосіб, яким ми думаємо і відчуваємо речі та ідеї, що також створює психологічний бар'єр для спілкування. Наприклад, людина сприймає жінок слабкими, що є сприйняттям людини. Він / вона розповідає це тому, хто так не думає. Це викликає непорозуміння між ними. Все, що вони говоритимуть після цього, стає невдалим, тому що погляд на людину вже встановлений [1; 2].

Той, хто не в гарному настрої, швидше за все, менше розмовлятиме або комунікація з ним буде негативною. При зайнятому розумі особистість не добре комунікуватиме. Наприклад, коли людина розлючена, він / вона може сказати

речі, про які вони шкодують пізніше. Навіть слухаючи, як хтось інший говорить, розлючена людина може легко неправильно трактувати повідомлення.

Різні інші емоції, такі як страх, нервозність, розгубленість, недовіра та ревності, впливають на процес спілкування. Наприклад, людина, яка має екстремально хороши настрої, переживає щастя, буде сміятися над усім, що їй сказали. Та сама людина, коли сумно – буде плакати або гніватися на незначні ситуації.

Людина за своєю природою егоїстична і ставить власні потреби та проблеми понад усе. Це іноді змушує людей фільтрувати інформацію, яку хтось намагається передати їм. Це може бути пов'язано з недовірою, конкуренцією, ревностями або думкою, що повідомлення є незначним.

Наприклад, старший в компанії не хоче, щоб молодший працював краще, людина фільтрує інформацію і не надає важливої інформації, яка могла б допомогти молодшим. Тому молодший не зможе виконати роботу належним чином та прогресувати в рядах. Так само, коли людина є близькою, людина матиме фіксовану думку щодо багатьох речей, у які людина вірить рішуче. Людина трактуватиме будь-яку інформацію негативно.

Наприклад, сексистська людина не приймає пропозицій колеги-жінки на зустрічі, яка впливає на комунікаційний потік на зустрічі. Важко сперечатися з такими близькими людьми та давати належну інформацію.

Деякі люди завжди поспішають за звичкою. Такі люди, швидше за все, приймають швидкі судження і переходять до висновків. Вони не враховують усіх аспектів інформації, таких як соціальна, культурна, економічна тощо, і часто приймають швидкі та неправильні рішення.

Важливо почути все повідомлення, щоб винести належні судження, оскільки вони не змінюються легко після того, як вони будуть зроблені.

Наприклад, людина, яка поспішає і розмовляє по телефону, не слухає половини повідомлення і приймає рішення, яке є неправильним у ситуації [2; 4].

Психологічні бар'єри впливають на спілкування більше, оскільки інформація формується в мозку і надсилається людьми з різним психологічним

станом, який відрізняється від однієї миті до іншої. Інформація настільки ж ефективна, як і люди, які її беруть участь. Аналогічно, психологічний стан приймача також має таке ж значення, як і відправник. Комунікація неефективна, якщо психологічні аспекти спілкування виступають бар'єром для спілкування.

Спілкування є важливим аспектом нашого життя, будь то особисте чи професійне, і хоча прийнято вважати, що спілкування - це просто обмін словами, це набагато більше.

Слова доповідача складають лише частину інформації, що передається, 7%, якщо бути точним. Ваші невербальні підказки, такі як вираз обличчя, тон голосу та мови тіла, мають набагато більший вплив на те, як буде отримано повідомлення.

Часто у взаємодіях, коли словесний і невербальний компонент комунікації не вдається вирівняти, він може зменшити чіткість, повідомлення і, головне, довіру. Таким чином, важливістю ефективних навичок спілкування не слід нехтувати[1; 3].

У світі бізнесу спілкування розглядається як важлива навичка; ту, яку завжди можна вдосконалити, і ту, що має ключове значення для успіху організаційного процесу. Підвищення продуктивності праці, зменшення конфліктів та більша задоволеність роботою - лише деякі позитивні результати, пов'язані з ефективною комунікацією на робочому місці. Однак вона продовжує залишатися ключовим викликом для багатьох підприємств, а відсутність спілкування всередині та між командами може призвести до поганого досвіду клієнтів.

Наскільки це складно, важливо, щоб ефективна внутрішня та зовнішня комунікація була нормою у організації. Це виходить за рамки встановлення процесів, воно повинно бути частиною ДНК організації. Правильні люди повинні бути повідомлені в потрібний час, щоб забезпечити ефективну допомогу клієнтам та представити єдиний фронт.

З усіх ключових зацікавлених сторін, з якими ми спілкуємось, у нашій щоденній практиці роботи мало що заперечує, що замовник послуги є «королем

становища». Те, як ми спілкуємося з нашими клієнтами, безпосередньо впливає на якість досвіду клієнтів, що, в свою чергу, впливає на задоволення та ймовірність тривалої співпраці. Але як саме можемо підвищити якість наших процесів спілкування з клієнтами?

Ось сім засад, котрі служать чудовим інструментом для забезпечення ефективної ділової комунікації:

1. Переконайтесь, що в повідомленні, яке ви доставляєте, є чіткість, щоб його можна було інтерпретувати так, як ви мали намір. Ви повинні мати чітке розуміння мети та мети повідомлення та того, що ви сподіваєтесь досягти в обміні.
2. Повідомлення повинно містити всю інформацію та факти, необхідні аудиторії для того, щоб вони прийняли обґрунтоване рішення або вжили заходів. Неповні повідомлення можуть значно розбити спілкування та відкрити двері для неправильного тлумачення.
3. Короткі, лаконічні повідомлення, які є суттєвими, мають вирішальне значення, оскільки вони показують вашу чіткість думки. Мінімізуйте невідповідну інформацію та непотрібні деталі, щоб уникнути непорозумінь, а не зосередьтеся на ключових моментах, які ви хочете виділити.
4. Це означає бути прозорим у спілкуванні та включати підтримку фактів із достовірних джерел для підтримки вашого повідомлення, оскільки це зміцнить повідомлення та створить впевненість.
5. Прояви співчуття та ввічливості у словесних обмінах створює шанобливий діалог, де розглядаються обидві точки зору. Продемонструйте, що не просто чуєте, а слухаєте сказане. Просте проявлення співпереживання та намагання зрозуміти потреби іншої сторони можуть пройти довгий шлях у побудові цих тривалих відносин[5; 7].
6. Інформація, яку повідомляєте, повинна бути без помилок, включаючи мовні та граматичні помилки, це, по суті, підтримує достовірність наданої інформації та робить вас обізнаними та професійними.

7. Щоб ефективно передати повідомлення, потрібно випромінювати впевненість. Це означає відображення позитивної мови тіла, розбиття складних понять на прості та повідомлення інформації захоплюючим способом також проактивне реагування на несподівані ситуації. Розглянемо такі речі, як контакт з очима, жести рукою та ваша позиція. Наприклад, невимушена, відкрита позиція та доброзичливий тон можуть змінити ситуацію в тому, що інші бачать вас як доступних для комунікації[5; 7].

Психологічні бар'єри в спілкуванні Психологічні стани комунікаторів (комунікаторів та реципієнтів) впливають на їхнє ставлення до спілкування, тим самим обмежуючи їх здатність ефективно спілкуватися. Коли люди страждають від психічних розладів, на їх спілкування сильно впливає психічний стан, в якому вони перебувають. Тому люди, які беруть участь у спілкуванні, повинні бути емоційно стабільними, щоб мати можливість ефективно спілкуватися. Спілкування не однакоє в онлайні або по телефону. Кожна людина має унікальний розум. Для того, щоб комунікація була ефективною, кожен, хто бере участь у цьому процесі, повинен довіряти один одному, наприклад, якщо ваш начальник вам не довіряє, він надаватиме лише вибірккову інформацію.

Нижче згадуються декілька причин психологічних бар'єрів: ось перша – відсутність уваги. Спілкування зіткнеться з викликами та стане неефективним, коли розум людини зайнятий чи відволікається. Окрім того, що не в змозі зрозуміти, що говорять інші, вона не зможе слухати, правильно розуміти повідомлення або відповідати належним чином. Наприклад, під час трагедії людина може не захотіти чути поради інших. Люди можуть бути зайняті проблемами у своєму професійному чи особистому житті, що впливає на всі аспекти їхнього життя. Погане збереження інформації - це здатність пам'яті мозку зберігати інформацію та спосіб збереження у мозку інформації. На відміну від інших органів, мозок зберігає не всю інформацію, яку він отримує, а лише ту, яку вважає корисними для подальшого використання. Іншими словами, половина інформації втрачається. Крім того, мозок втрачає інформацію, яка застаріла або не сприймається так серйозно, як колись з часом. Потім, у процесі

формування повідомлення, інформацію потрібно витягувати з мозку. Під час цієї фази мозок намагається віднайти необхідну інформацію з фрагментів, про які він уже забув. Скажіть, наприклад, вам сказали, що друг збирається зустрітися з вами до того, як минув місяць, і ви отримали ім'я, адресу, номер телефону тощо. Однак тепер ви повинні сказати комусь іншому про це. Коли ви були молодими, ви згадали лише ім'я та адресу людини, але не її номер телефону. Істину можна спотворити або змінити через погане зберігання, що є бар'єром для спілкування.

Недовіра та захист. Коли комунікатори довіряють один одному, спілкування є успішним. Відсутність довіри змушує їх отримувати негативні тлумачення повідомлення та ігнорувати його. Коли особа наполягає на своїй точці зору, одержувач не приймає цю інформацію. Реципієнти не слухатимуть, якщо надане повідомлення не узгоджується з їхніми переконаннями, або якщо вони вважають, що це загроза. Комунікація також не вдається, коли повідомлення не передається одержувачу.

Сприйняття, точки зору, ставлення та думки іншого. Сприйняття - це здатність отримувати цілісну інформацію, судячи, розуміючи та інтерпретуючи все. Сприймаємо реальність по-різному залежно від наших поглядів та переживань, які формуються нашими думками та почуттями. Крім того, точку зору також можна визначити як спосіб перегляду світу. Може бути точка зору, що відправник вважає чудовою, але реципієнт не поділяє її. Ця точка зору не пояснюється, але сприймається як належне комунікатором. Це призводить до перешкод для ефективної комунікації, оскільки реципієнт не розуміє повідомлення, так як його треба розуміти. Ставлення, яке ми маємо до речей та ідей, формує наш мисленнєвий процес і створює психологічний бар'єр для спілкування. Сприйняття людини може бути слабким [8; 10].

Емоції Якщо хтось не відчуває себе добре, він, швидше за все, буде говорити менше або негативно. Люди, які зайняті, не можуть добре спілкуватися. Як приклад, коли хтось сердиться, вони можуть сказати речі, про які вони шкодують пізніше. Хтось, хто сердиться, може легко неправильно

тракувати те, що хтось інший каже, навіть коли їх слухає. Окрім страху, нервозності, розгубленості, недовіри та ревностів, є й інші емоції, які впливають на спілкування. Якщо людина відчуває себе надзвичайно щасливою, наприклад, вони будуть сміятися над усім, що ви говорите. І навпаки, хтось, хто сумує, може плакати або сильно засмучуватися через дрібниці.

Емоційні бар'єри для спілкування Створення емоційних бар'єрів впливає із створених психічних обмежень. Серед багатьох бар'єрів, що знаходяться в категорії внутрішньо особистих бар'єрів, емоційні бар'єри є одними з найпоширеніших. Лише в контексті психологічних рамок індивіда відправники та приймачі можуть кодувати та декодувати повідомлення. Сюди входять цінності, очікування, сприйняття, передумови та особистості кожної людини. Тут також є властивість, відома як фільтрування, яка має важливу роль. Протягом життя фільтруємо інформацію на основі власних потреб та інтересів, які впливають на те, як ми слухаємо. Коли відправник і приймач мають різні орієнтири, це може ускладнити спілкування. На спілкування сильно впливає емоційний стан душі. На спосіб кодування або передачі інформації впливає особистий досвід, сприйняття та очікування. Повідомлення особи відобразатимуть стан їх розуму під час надсилання повідомлення[9; 10].

На спілкування також можуть впливати емоції приймача. Розгублений приймач матиме труднощі з розумінням того, що ви говорите, якщо їх розум затьмарений стресом. Результати досліджень демонструють, що люди з високим емоційним інтелектом (EI), як правило, набагато більш емоційно стабільні та існує менше шансів впливати на ці емоційні бар'єри, ніж для людей з нижчим емоційним інтелектом або людей з низькою емоційною стабільністю. Працівник з більш стабільним емоційним станом може реагувати по-різному на те саме попередження (тобто про відсутність часу для роботи), ніж працівник з нестабільним емоційним станом. На відміну від цього, останні можуть ігнорувати попередження або не погоджуватися на нього, тоді як перші можуть приймати попередження буквально і прагнути його виконати.

1.2. Чинники, котрі сприяють психологічним бар'єрам

Фактори, що сприяють цим бар'єрам, включають культурні відмінності, емоційні стани, різноманітні стилі спілкування, особисті упередження та індивідуальне сприйняття. Наприклад, культурні норми можуть відрізнятися, впливаючи на взаємодію; емоції можуть спотворювати прийом повідомлень; і упередження, засновані на особистому досвіді, можуть перекрутити розуміння.

Ми стикаємося з психологічними бар'єрами при спілкуванні через різноманітні внутрішні фактори та зовнішні впливи, які впливають на обробку та передачу інформації. Ці бар'єри можуть бути глибоко вкорінені в нашому емоційному, психічному та культурному досвіді. Ось кілька ключових причин, через які виникають ці бар'єри:

Актуальний емоційний стан значно впливає на те, як ми спілкуємось. Почуття, як гнів, смуток, тривога чи радість, можуть забарвити наше сприйняття та вираз, що може призвести до неправильних тлумачень або до невдачі при спробі передати справжній намір.

Високий рівень стресу чи тривоги може перешкоджати нашій здатності ефективно зосереджуватися та спілкуватися. Вони можуть змусити нас неправильно трактувати повідомлення, боротися за чітке формулювання думок або стати надмірно оборонними або відстороненими в розмовах.

Люди з низькою самооцінкою можуть сумніватися у своїх ідеях та думках, що призводить до труднощів у висловленні думки. Вони також можуть неправильно трактувати нейтральні або позитивні відгуки як негативні, що ще більше ускладнює спілкування.

Культурне походження формує наші стилі спілкування, норми та очікування. Під час взаємодії з людьми з різних культурних контекстів можуть виникнути непорозуміння через різні інтерпретації словесних та невербальних сигналів[11; 17].

Попередній негативний досвід спілкування може призвести до небажання відкрито брати участь у майбутніх взаємодіях. Це може проявлятися як страх

перед осудженням, відхиленням чи нерозумінням, створюючи бар'єр для ефективного спілкування.

Всі ми маємо упередження та припущення, засновані на нашому досвіді. Це може змусити нас робити неправильні припущення щодо інших намірів чи значень комунікаційних повідомлень, що призводить до непорозумінь.

Кожна людина має унікальний спосіб сприйняття світу, під впливом її індивідуального досвіду та переконань. Це може призвести до різних тлумачень однієї і тієї ж інформації, що ускладнює досягнення взаєморозуміння.

Так, шум можна вважати психологічним бар'єром для спілкування. Шум може стосуватися будь-яких зовнішніх або внутрішніх відволікань, які заважають спілкуванню. Зовнішній шум може включати фізичний шум, такий як гучна музика або будівельний шум, тоді як внутрішній шум може включати психічні відволікання, такі як стрес, тривога або втома.

Якщо шум присутній, зосередження уваги на повідомленні може бути складним, що призводить до непорозумінь або неправильних тлумачень. Зовнішній шум може ускладнити почуття або розуміння динаміки, тоді як внутрішній шум може ускладнити концентрацію або збереження інформації.

Крім того, шум може створити психологічні бар'єри, посилюючи розчарування, тривогу чи розгубленість. Наприклад, якщо оратор намагається донести важливе повідомлення, але слухач відволікається на зовнішній або внутрішній шум, вони можуть розчаруватися і відчувати, що їх потрібно почути чи зрозуміти. Це може призвести до подальших розривів у спілкуванні та в кінцевому рахунку перешкоджати ефективності комунікаційного процесу [20; 27].

Тому важливо мінімізувати шум у комунікаційному середовищі та вирішувати будь-який внутрішній шум, наприклад стрес чи тривогу, який може бути присутнім. Роблячи це, люди можуть покращити свою здатність ефективно спілкуватися та долати будь-які психологічні бар'єри, які можуть бути присутніми.

Психологічні бар'єри, такі як комплекс неповноцінності, страх перед осудом або тривога, часто можуть обмежувати плавний потік розмови.

Бесіди насправді не про те, щоб перейти до висновків; вони - подорожі, щоб зрозуміти перспективи. Якщо тривога - це ваш бар'єр, дихайте легко і повільно. Дайте собі час на обробку інформації, перш ніж формулювати відповіді.

Страх бути неправильно почутим чи осудженим може порушити вільне вираження ідей. Щоб подолати цю перешкоду, зосередьтеся на вираженні свого повідомлення, не надто переживаючи про сприйняття. Простіше сказати, ніж зробити, але пам'ятайте, у всіх є невпевненість.

Позитивна самооцінка дозволяє нам вірити в наші ідеї та вільно висловлювати їх без вагань. Звільнення від цих психологічних бар'єрів - це не короткотривала дистанція — для досягнення цього звільнення потрібне терпіння, практика та наполегливість. Але з кожним кроком, який ви робите на шляху до відкритого, несудового спілкування, це на один бар'єр менше.

Культурні відмінності можуть призвести до непорозумінь та розладів спілкування. Ці відмінності можуть проявлятися різними способами, такими як мовні бар'єри, соціальні норми та цінності.

Особисті упередження можуть вплинути на наше спілкування, змусивши нас робити припущення про інших на основі наших попередніх уявлень. Ці упередження можуть виникати з нашого досвіду, культурного походження чи виховання[12; 14].

1.3. Психологічні бар'єри у діяльності психолога

Ефективність широкого спектру психологічних та поведінкових втручань щодо психіатричних проблем (наприклад, депресії, тривоги тощо), зловживання тютюном та наркотиками, ожиріння, біль, безсоння, а також багатьох інших поведінкових та медичних станів чітко встановлена. Психологічні втручання стають все більш бажаними в очах пацієнтів. Наприклад, до двох третин депресивних пацієнтів первинної медичної допомоги віддають перевагу психологічним методам лікування фармакотерапії. Однак, незважаючи на бажаність таких послуг, лише близько 20% пацієнтів, які зверталися за психологічними методами лікування, коли-небудь розпочинають терапію, і з них майже половина випадає до завершення. Такі великі невідповідності між заявленим інтересом та фактичним подальшим спостереженням свідчать про існування істотних бар'єрів як для ініціювання, так і для дотримання психологічних втручань. Перешкоди для підтримки психічного здоров'я та поведінкової допомоги були визначені як основна проблема в наданні таких послуг, і потреба в дослідженнях у цій галузі часто вербалізується.

Хоча необхідність краще зрозуміти бар'єри для психологічної допомоги зрозуміла, дослідження, спрямовані на розуміння природи цих бар'єрів, є дефіцитними. У кількох дослідженнях було вивчено бар'єри для використання психічного здоров'я загалом; однак вони не відрізнялися від психологічної терапії. Ця відмінність важлива, оскільки психологічні методи лікування можуть бути пов'язані з бар'єрами, відмінними від фармакотерапії. Наприклад, частота відвідувань або близькість зустрічі можуть становити унікальні перешкоди для деяких пацієнтів. Два психологічні дослідження вивчали конкретні бар'єри для психотерапії, але вони зосереджувались на дещо специфічних популяціях, таких як депресивні люди та особи з історією депресії, жінки з проблемами в галузі гінекології котрі лікувалися в державній лікарні, жінки в перинатальний період. Було проведено перше опитування сприйнятих бар'єрів для психологічної допомоги у широкій вибірці пацієнтів первинної медичної допомоги, використовуючи вісім предметів, зібраних з

попередніх досліджень. Структурні бар'єри (наприклад, транспортні проблеми, часові обмеження, вартість) були набагато більш поширеними, ніж емоційні бар'єри (наприклад, стурбованість тим, що можуть подумати інші, дискомфорт говорити про проблеми з терапевтом) [13; 15].

Ці зусилля щодо вимірювання сприйнятих бар'єрів для психологічної допомоги мали кілька недоліків. Бар'єри вимірювались окремими предметами, які не були отримані жодним систематичним чином. Як таке, незрозуміло, чи ці дослідження захопили різноманітність та широту бар'єрів. Жодне з цих досліджень не вивчало, чи мають ці пункти будь-яку обґрунтованість. Розуміння природи цих бар'єрів, їх широти та частоти та факторів, які можуть бути пов'язані з ними, є критичним кроком на початку їх подолання.

Метою цього дослідження було розробити комплексний показник сприйнятих бар'єрів для психологічного втручання та оцінити його зв'язок з основною причиною запиту на психотерапію. Зокрема, цілі цього дослідження полягали в наступному: (а) розробити вичерпний набір тверджень, що відображають сприйняті бар'єри для психологічного лікування; (б) вивчити структуру факторів та надійність міри сприйнятих бар'єрів; (с) вивчити взаємозв'язок між цим заходом та одночасним / майбутнім використанням психотерапії як показники одночасної та прогнозованої обґрунтованості; та (г) вивчити взаємозв'язок між сприйнятими бар'єрами та депресією. Ми вибираємо депресію, оскільки вона є головним показником для направлення на психотерапію з первинної медичної допомоги, і тому, як зазначалося вище, хоча багато пацієнтів з депресивною первинною медичною допомогою свідчать про інтерес до психотерапії, мало хто насправді продовжує роботу. Ми оцінювали цей захід у клініці первинної медичної допомоги, оскільки це фактично місце, де виявлена депресія та з якого здійснюються направлення до фахівців з психічного здоров'я [20; 27].

Пацієнтів набирали з поліклініки відділу загальної внутрішньої медицини Північно-Західного університету за протоколом, затвердженим Північно-Західною комісією з питань інституційного огляду. Пакети, що містять

опитування, форми згоди та конверт із штампом, що само адресований, були надіслані 3265 англомовним дорослим пацієнтам, щоб вони прибули протягом тижня після їх призначення до лікаря первинної медичної допомоги. Списки пацієнтів були створені за допомогою електронних медичних записів та затверджені пацієнтами і лікарями. Пацієнти, які завершили опитування, були повторно прошені про зв'язок поштою через один рік їх попросили пройти коротке подальше опитування.

Наступні оцінки проводилися на початковому рівні. Демографічні показники були зібрані за допомогою самозвітності. Запитання включали вік, стать, статус стосунків та етнічну приналежність.

Багато респондентів відповідали хоча б одному із стандартів дійсності критерію. Часові обмеження та невідповідність терапії потребам задовольняли прогнозовану обґрунтованість, оскільки вони прогнозували використання психотерапії, що повідомляється, у рік після завершення усіх сесій та одночасну обґрунтованість, оскільки вони були пов'язані з одночасним звітом про відвідування психотерапії. Більш широке схвалення бар'єрів, пов'язаних із стигмою та емоційними проблемами, продемонстрували прогнозовану обґрунтованість, тоді як вартість та доступність послуг показали одночасну обґрунтованість. Відсутність мотивації, негативна оцінка терапевтів та обмеження участі не були суттєво пов'язані з одночасним або подальшим отриманням психотерапії. Це може призвести до того, що ці конструкції або предмети, що містяться в цих факторах, не становлять перешкод для лікування. Однак інтерпретувати нульові ефекти складно. Відсутність мотивації є симптомом депресії і пов'язана з багатьма психологічними станами, що підвищують інтерес до отримання психотерапії. Таким чином, відсутність мотивації може бути пов'язана з іншими симптомами, які, узгоджено, створюють більш складні ефекти, які можуть змусити деяких людей звернутися за психологічною допомогою і, в той же час, створити бар'єри. Відсутність зв'язку між обмеженням участі та одночасним або подальшим відвідуванням психотерапії може бути пов'язана з тим, що це дослідження проводилось у

міській місцевості з наявними громадськими перевезеннями та послугами транзиту, які могли б пом'якшити вплив, який можуть мати проблеми з інвалідністю та транспортом [2; 20].

Відсутність зв'язку між негативною оцінкою терапевтів та одночасним або майбутнім використанням психотерапевтичних послуг є дещо незвичною, хоча це відповідає останнім висновкам, які повідомляють, що змінні ставлення, включаючи негативне ставлення до психологічних служб та постачальників психічного здоров'я, не є істотними перешкодами для отримання психологічної допомоги.

Зростаюча кількість досліджень вивчає заходи, спрямовані на технологію подолання бар'єрів для отримання традиційної допомоги віч-на-віч. У багатьох дослідженнях було вивчено лікування по телефону, яке спрямоване на подолання бар'єрів для надання психологічної допомоги. Інтернет також все частіше досліджується як засіб для отримання психологічної підтримки, який може подолати бар'єри для отримання психологічної допомоги. Перешкоди, які ці засоби масової інформації мають подолати, - це насамперед структурні, що надають послуги в будинок людини, а в деяких випадках і з потенційно мінімальними витратами. Хоча зростає кількість досліджень, що вивчають ефективність цих засобів масової інформації, припущення, що вони долають бар'єри для лікування віч-на-віч, залишається, не кажучи вже про можливість того, що вони можуть створювати нові, в основному не вивчені бар'єри. Інструменти для вимірювання бар'єрів можуть полегшити наше розуміння того, які межі доступу до лікування та які види втручань долають ці обмеження.

Основною метою дослідження було вивчення взаємозв'язку між психологічними бар'єрами та депресією. Враховуючи парадокс того, що психотерапію, мабуть, бажають отримати пацієнти. Було досліджено, чи пов'язана сама депресія з сприйнятими бар'єрами для психологічного лікування. Було з'ясовано, що більший рівень депресії послідовно асоціювався із збільшенням сприйнятих бар'єрів у загальній оцінці психологічних бар'єрів, а

також у більшості підписників, за винятком часових обмежень. Ці результати узгоджуються з попередніми дослідженнями[16; 17].

Існує кілька можливих пояснень цих висновків. Ця асоціація може бути частково обумовлена негативними депресивними упередженнями у сприйнятті бар'єрів (наприклад, все здається більшою боротьбою) та зниженою мотивацією, пов'язаною з депресією. Тобто депресія може збільшити сприйняття пацієнтами 'тяжкості існуючих бар'єрів та зменшити мотивацію вжити заходів, необхідних для психологічного лікування. Можливо, що хронічна депресія може безпосередньо збільшити об'єктивні бар'єри для догляду, наприклад, зменшення соціально-економічного статусу і, тим самим, збільшення бар'єрів, пов'язаних з витратами. Депресія також може бути пов'язана з більшою частотою об'єктивних бар'єрів через зв'язок між депресією та хронічною інвалідністю. Хоча було контрольовано стан здоров'я, це була оцінка самозвітності і може не точно відображати стан захворювання. Незалежно від характеру відносин, ці висновки говорять про те, що не тільки сприймаються бар'єри для психологічного втручання (особливо структурні бар'єри), але депресія може насправді збільшити масштаб сприйнятих бар'єрів, що, в свою чергу, може зменшити використання психологічних послуг.

Хоча результати описаного вище опитування були надзвичайно схожими на попередніх досліджень в іншій міській місцевості, сільські райони або міста з меншим громадським транспортом можуть спричинити різні бар'єри, і можуть бути географічні відмінності у ставленні до психотерапії. Дійсно, вартість, важливий бар'єр, є лише одним елементом. Подальша робота повинна розробити та затвердити додаткові елементи, щоб було принаймні три елементи за шкалою. Таким чином, можливо, сприйняття бар'єрів може призвести до зневіри та посилення симптомів депресії. Можливо також, що незміряні конструкції, такі як соціально-економічний статус, можуть впливати як на сприйняті бар'єри, так і на депресію. У цьому дослідженні було вивчено лише індивідуальну психотерапію, і результати не повинні бути узагальнені для інших форм лікування психічного здоров'я, таких як фармакотерапія. Нарешті,

підкреслюємо, що це було дослідження сприйнятих бар'єрів і не представляє впливу фактичних бар'єрів. Безумовно, для деяких бар'єрів, таких як наявність психологічних послуг на розумній відстані, об'єктивні бар'єри мають вирішальне значення. Але для багатьох бар'єрів, що оцінюються тут, включаючи часові обмеження, вплив симптомів і навіть певною мірою вартість, не ясно, чи об'єктивні чи сприйняті бар'єри будуть більш тісно пов'язані з використанням[20; 27].

Незважаючи на свої слабкі сторони, це дослідження представляє, наскільки нам відомо, першу спробу систематичної оцінки сприйнятих бар'єрів для отримання психологічної допомоги. Це аксіома клінічної практики, будь то в медицині чи психології, яку слід оцінити перед втручанням. Аналогічно, у клінічних дослідженнях, спрямованих на подолання бар'єрів, ймовірно, корисно зрозуміти проблему перед розробкою виправлень. Незважаючи на те, що буде потрібна майбутня робота над вивченням психологічних бар'єрів у роботі психолога, включаючи дослідження за допомогою нових методик, ця робота робить крок вперед у розробці надійного та всебічного методу вимірювання сприйнятих бар'єрів.

Більшість фахівців з психічного здоров'я шукають особисту психотерапію хоча б раз у своїй кар'єрі. У той час як одна четверта частина дорослого населення отримала допомогу служби психічного здоров'я, три чверті фахівців з психічного здоров'я також отримували психологічну допомогу.

Багатство досліджень презентувало результати, чому психологи шукали особисту психотерапію — часто з тієї ж причини, що решта світу прагне терапії, наприклад, впоратися зі втратою, боротися з депресією чи тривогою або боротися з особистою кризою. Однак потрібно більше досліджень щодо потенційних бар'єрів, які психологи можуть відчувати при розгляді можливості такого лікування.

Важливо дослідити, чому психологи можуть отримати користь від психотерапії та звіт про результати власного національного опитування, яке

досліджувало як незалежні практики сприйняли бар'єри для отримання психологічної допомоги.

Характер роботи психологів може схилити їх до виникнення певних проблем. Вигорання, жорстока травматизація та співчуття, контрперенесення та історія особистої травми може зробити свою справу[20; 21].

Що стосується вигорання, психологи піддаються ризику з кількох причин. Наприклад, практикуючи, як правило, ставлять потреби інших перед своїми. Психологи також повинні контролювати свої емоції, стикаючись з травмою клієнтів та інтенсивними емоціями. Вони можуть мати підвищену чутливість до людей та навколишнього середовища та почуття ізоляції.

Негативна поведінка клієнта, відсутність терапевтичного успіху та вимоги оформлення документів і адміністративні обов'язки також можуть сприяти вигоранню.

Вартість вигорання може бути досить високою. Практикуючі психології у такому стані можуть зазнати сильних особистих негараздів і, можливо, не зможуть обслуговувати своїх клієнтів — і навіть можуть завдати їм шкоди.

Депресія - ще один поширений симптом дистресу у психологів. Папа і Табахнік (1994) повідомили, що більшість психологів, яких вони обстежували (61 %) вказали, що вони пережили хоча б один епізод клінічної депресії. У іншому дослідженні 62 % опитаних психологів визнали себе депресивними, з почуттям відсторонення та ізоляції від колег, які називаються найчастішими проблемами при депресії.

Ще більш тривожною є частота суїцидальних думок серед психологів. Папа і Табахнік (1994) повідомили, що 29 % опитаних вказали, що відчували бажання здійснити самогубство, і майже 4 відсотки вказали, що зробили хоча б одну спробу самогубства.

Встановлено, що 42 % відсотки респондентів повідомили про досвід самогубства або суїцидальної поведінки. За даними Національного інституту охорони праці чоловіки-психологи, швидше за все, покінчили б життя

самогубством, шанси співвідношення в 3,5 рази більше, ніж для широкої громадськості.

Психологи також ризикують жорстокою травматизацією та втомою від співчуття, а також контрпереносу, механізму, який може вплинути на психічні когнітивні, афективні та поведінкові відповіді медичних працівників на клієнтів[21; 25].

У світлі цих факторів ризику можливі переваги особистої психотерапії істотні. Більшість психологів, які проводять особисту психотерапію, задоволені результатом. Досвідчене навчання за допомогою особистої психотерапії може допомогти психологам краще зрозуміти природу своєї роботи та стати більш ефективними у задоволенні потреб своїх клієнтів (Daw & Joseph, 2007). Маючи справу з успішним вирішенням своїх особистих проблем психологи також можуть отримати посилене почуття ефективності у власній здатності допомагати іншим. Вони можуть також випробувати своєрідну співпрацю зі своїм психотерапевтом, що може допомогти зменшити почуття ізоляції.

Виявлено кілька бар'єрів для психологів, включаючи наступні поняття:

- Соціальна стигма.
- Побоювання щодо лікування .
- Страх емоцій.
- Саморозкриття інформації та пов'язані побоювання.

Соціальні норми та самооцінка також можуть впливати на рішення шукати психотерапію. Хоча деякі з цих бар'єрів існують майже всі, інші здаються унікальними для фахівців з психічного здоров'я.

Психологи також можуть побоюватися стигми пошуку терапії, вважаючи, що вони можуть негативно сприйматися родиною та друзями, а також клієнтами, роботодавцями та колегами, хтось може поставити під сумнів здатність психолога, який бореться з психологічними проблемами.

Психологічний діагноз також може призвести до проблем у сфері охорони здоров'я та страхування по інвалідності, коли певні діагнози можуть вплинути на здатність психологів отримати адекватне страхове покриття.

Конфіденційність також може викликати занепокоєння. Страх побачити, як це сидіти в очікуванні психолога може бути достатньою причиною, щоб деякі психологи не зверталися за допомогою. Хоча психологи знають про етичні стандарти та закони, що захищають інформацію про здоров'я, вони, можливо, бачили, як інші психологи сприймають ці стандарти легковажно, і, можливо вони не впевнені, як жорстко їхній особистий психотерапевт буде шанувати принципи та стандарти конфіденційності. Порушення конфіденційності для професійних психологів може мати тяжкі наслідки. Якщо, наприклад, психолог порушив об'єктивність, це може стати проблемою, якщо відбудеться майбутня нарада або неправомірна дія[20; 27].

Вибір особистого психотерапевта також може бути складним завданням. Вибираючи терапевта, всі клієнти враховують місцезнаходження, доступність, кваліфікацію, мовні бар'єри та теоретичну орієнтацію. Психологи, які шукають допомоги, також повинні продумати можливість подвійних стосунків, оскільки місцевими терапевтами можуть бути колеги, однолітки, наставники, наставники, керівники чи вчителі. Ще одне ускладнення може бути через конкуренцію серед практикуючих психологів, що може заважати здатності психолога встановлювати безпечні та довірливі стосунки зі своїм психотерапевтом.

Нестача часу та грошей також може утримати психологів від пошуку фахівців з галузі психічного здоров'я. Кар'єра у психології вимагає роботи за графіком клієнтів, іноді подорожуючи між сайтами практики, залишаючись актуальними в науковій літературі, продовжуючи освіту та перетворення важких клієнтських вантажів. Крім того, більшість психологів на ранніх етапах кар'єри виплачують освітні позики. У світлі цих вимог, час і фінансові ресурси для психотерапії можуть бути обтяжливими. Приватні практики можуть також мати поліси медичного страхування, які обмежують або навіть виключають пільги для психічного здоров'я.

Мабуть, найбільшим викликом для обговорення перешкод на шляху лікування є те, що систематичні дослідження вирішили це питання, і значна

частина існуючих досліджень досліджували аспірантів, а не практиків психологів.

Щоб допомогти заповнити цю прогалину знань, досліджено психологів для виявлення основних бар'єрів.

Респондентів попросили оцінити міру, для шести конкретних факторів, котрі функціонували як стримуючі засоби у своєму рішенні щодо особистої психотерапії. Твердження, що мали найбільший вплив розташовані у порядку його зменшення:

- Складність вибору прийнятного терапевта.
- Нестача часу.
- Відсутність фінансових ресурсів.
- Складність визнати страждання.
- Професійна стигма (може вплинути на професійну репутацію).
- Особиста стигма (мій погляд на мене чи погляд інших).

Респондентів попросили визначити їх терапевтичну орієнтацію та вказати орієнтацію, якій вони віддають перевагу для особистого терапевта. Найбільша група респондентів повідомили, що вони використовують когнітивний / поведінковий підхід (КПТ) та 61 відсоток тих, хто зазначив, що вважає за краще працювати з терапевтом котрий працює у галузі підтримки ментального здоров'я. Друга найбільша група (29,4 %) повідомили про використання психодинамічного підходу до психотерапії, і 88 відсотків тих, хто сказав, що вирішать працювати з психодинамічним терапевтом.

Кілька респондентів (12%) зазначили, що вони використовують більше одного терапевтичного напрямку у своїй роботі, і 63 % тих, хто сказав, що шукатимуть терапевта, який використовував би аналогічний еклектичний підхід. Невелика кількість (8,3 %) схвалила гуманістичний підхід, 86 % з цієї групи також шукатимуть гуманістичного терапевта, і інша група подібного розміру вказала, що вони використовують деякі інші модальності, ніж перелічені у опитуванні (наприклад, EMDR, біопсихосоціальний, інтегративний підходи).

Відсоток фахівців з галузі психічного здоров'я, професіонали, які шукають особисту психотерапію, може збільшуватись [22; 26].

З минулих досліджень відомо, що психологи відчують позитивні результати психотерапії. У презентованому дослідженні 84 % респондентів оцінили своє задоволення психотерапією як 4 або 5 за 5-бальною шкалою.

Психотерапевти в інших дослідженнях також повідомили про професійні вигоди від участі в психотерапії.

Деякі бар'єри є більш значущими, ніж інші, але таких є надзвичайно мало. Усі потенційні бар'єри отримали середні оцінки нижче середньої точки 3, а проблеми стигми були оцінені вкрай низько, вказівка на стигму не є істотним бар'єром для більшості психологів.

Проте 59 відсотків сказали, що був час, коли вони, можливо, отримали користь від психотерапії, але не шукали цього. Це порівнюється з 34 відсотками респондентів у дослідженнях попередників, які показали, що психологи не шукають психотерапії чи іншої форми лікування при необхідності.

Загальний підсумок дослідження — і той, який заслуговує на подальшу увагу —, це те, що пошук психотерапевта може бути найважливішою перешкодою для подолання, коли професійні психологи сприймають необхідність шукати особисту психотерапію. Учасники дослідження перерахували різні причини того, що знайти терапевта було складним завданням для них, включаючи молодість доступних терапевтів, некомпетентність, відстань, подвійні стосунки, відсутність терапевтів тієї ж етнічної приналежності та розчарування у співпраці з попередніми терапевтами. Деякі відповіді вказували на дивовижну міру самодостатності ("Я відчуваю, що я вже маю відповіді та знання, щоб лікувати себе"), а інші володіли високою мірою нарцисизму ("Мені важко було б знайти когось такого доброго, як я!").

Щоб вирішити цю проблему, одна або кілька професійних організацій можуть розробити довідник або посібник з ресурсів, щоб допомогти професійним психологам знаходити власного психолога, який має досвід

роботи з пацієнтами-психологами. Такий каталог може бути веб-ресурсом або смартфон застосунком, яке може сприяти простоті встановлення зустрічей, відповідності терапевтичної орієнтації та відбирати відповідні демографічні переваги[23; 28].

Заохочувалося зазначити, що особисті та професійні стигми були визначені як такі, що мають найменший вплив на пошук психотерапії. Хоча стигма участі в психотерапії, здається, все ще певною мірою впливає на загальну популяцію, видається що, принаймні, в межах самої професії ці проблеми були переважно викоріненими.

Дослідження показали, що вигорання було найчастішим стресором, що впливає на психотерапевтичну ефективність, хоча середній рейтинг все ще був нижче середини. Стресові труднощі широко відрізнялися, починаючи від суїцидальних пацієнтів до конфліктів з колегами. Основна частина відповідей поділилися на чотири категорії: складність роботи зі страховими компаніями, особисті втрати, сімейні чвари та фінансові труднощі.

Частота цих неперервних реакцій говорить про те, що є психологи котрі постійно діють під напругою життєвих обставин, які є обтяжливими та нав'язливими.

Жінки-психологи більше борються з наслідками тривалої травматизації та втоми співчуття, ніж чоловіки. Хоча причини цього не певні, можливо, жінки відчують себе сильнішими, природне реагування на своїх клієнтів, що ускладнює підтримку емоцій, можливо вони вміють тримати дистанцію від впливу травматичних подій, які переживають їхні клієнти.

Жінки також повідомили, що на них впливають деякі бар'єри при пошуку особистої психотерапії у більший мірі, ніж чоловіки. Знайти прийняттого терапевта виявляється більше проблематично для жінок, як і проблеми обмеженого часу та грошей.

Пояснення цих відмінностей вимагають подальшого дослідження, але одна можливість полягає в тому, що жінки можуть мати більш високі очікування щодо співвідношення між практиком і клієнтом, якості, які важко

встановити на вступній сесії або через перегляд облікових даних. Ця передумова підтримується даними з досліджень, які свідчать про те, що жінки мають тенденцію бути більш емпатичними, ніж чоловіки, характеристика, яка може призвести до більш високих очікувань цієї якості у терапевта [20; 24].

Тим часом дослідження Шапіро, Інгольс та Блейк-Борода (2008) вказали, що багато жінок стикаються з поєднанням кар'єри та сім'ї, це подвійний зв'язок, в який, як очікується, вони будуть інвестувати рівномірно в обидві ролі. Цей конфлікт здавалося б, збільшує потребу в терапевтичній допомозі, але, ймовірно, це також робить очікування щодо психотерапії нездійсненними. Побоювання про фінансові обмеження можуть бути пов'язані і з цим, оскільки жінки, які мають більше обов'язків вдома можуть працювати меншу кількість клінічних годин, ніж чоловіки, внаслідок чого мати менший реальний дохід.

Крім того, більші фінансові проблеми можуть бути поширені серед жінок-психологів, котрі зумовлені невідповідністю оплат для однаково кваліфікованих жінок та чоловіків. Опитування працівників ВНЗ показало, що середня стартова зарплата для жінок, які отримали кандидатські ступені з психології були нижчими, ніж для чоловіків - колег.

Незважаючи на ці проблеми, жінки-психологи частіше займаються психотерапією в якийсь момент їхнього життя та беруть участь у більшій кількості сеансів, ніж чоловіки. Жінки трохи частіше шукають психотерапію, ніж чоловіки і оцінюють важливість особистої психотерапії більш високо, ніж чоловіки.

Хоча мало досліджень, що порівнюють ефективність та самопочуття терапевтів які працюють і не займаються особистою психотерапією. Демонстрація позитивних ефектів психотерапії загалом говорить про те, що психологи отримують від цього користь як особисто, так і професійно.

Як результат, мають бути підвищення кваліфікації, котрі повинні включати обговорення потенційних перешкод у пошуку психотерапевта. Наприклад, майстер-клас з професійних питань може заохочувати студенти шукають психотерапію, коли виникає потреба. Також вважають практичними такі

питання, як знайти психотерапевта, враховуючи складність подвійних стосунків, фінансів та вимог до часу.

Так само усвідомлення та самообслуговування докторантів на ранніх етапах кар'єри та практики важливо враховувати під час тренінгів та професійних дискурсів. Усіх психологів слід заохочувати визнавати, коли вони переживають проблеми, і шукати терапію самостійно для здоров'я та здатності ефективно функціонувати як терапевти[22; 25].

1.4. Особливі ситуації у роботі психолога, котрі можуть служити бар'єрами

По-перше, важливо розуміти, що більшість асоціацій та професіоналів у галузі психічного здоров'я і, конкретніше, психотерапії, не забороняє і не засуджує використання дотику в межах терапевтичних стосунків або лікування. Однак страх бути звинуваченим у сексуальних проступках залишається основною причиною багатьох психотерапевтів, котрі вважають за краще утримуватися від будь-якої форми дотику.

В опитуванні психологів 44% з них повідомили, що принаймні один з їхніх клієнтів згадав про фізичний контакт зі своїм попереднім психотерапевтом. У 2006 році скарги клієнтів щодо виникнення сексуального контакту з їхнім психотерапевтом очолили цей список. Встановлено, що між 1975 і 1985 роками 9 – 12% чоловіків психотерапевтів і 2 – 3% жінок-психотерапевтів мали сексуальний контакт з їхніми клієнтами. Протягом 1990-х ці відсотки різко впали, по суті, через етичну та легалістичну зміну професії.

Хоча це були статистичні дані до 1994 року між 0,9% до 3,6% чоловіків психотерапевтів і 0,2% до 0,5% жінок-психотерапевтів повідомляти про сексуальний контакт зі своїми клієнтами. Культура управління ризиками, слугувала зменшенню сексуального характеру контактів між психотерапевтами та їх клієнтами. Також привів до уникнення дотику, незважаючи на переваги певних втручань, які передбачають дотик.

Підсумовуючи, фахівці з психічного здоров'я припинили всі дискусії навколо теми терапевтичного страху дотику, щоб їхні клієнти не звинувачували їх у сексуальних проступках[20; 22].

Управління ризиками у роботі психолога усталили очікування, що психотерапевти не торкаються своїх клієнтів і не обговорюють з ними зв'язку. Вважається недоречним, факт, що невдача терапевтичного дотику підтверджує переконання що хороша практика не включає її. І все ж переваги дотику є предметом багатьох досліджень, що підтримують його терапевтичну цінність.

Переваги дотику у відносинах, що допомагають, якщо лише розмовляємо і відмовляємось торкатися до клієнта, можливо, нам не вистачає можливості дозволити висловити певні емоції цього проспекту, які іноді є єдиними всередині. З точки зору клієнта, коли його торкається психотерапевт, як правило, це добре сприймається, якщо контакт є відповідним, і не образливим, примусовим чи сексуальним. Дотик може заспокоїти вплив на клієнта, внаслідок чого той більше займається терапією, сприймаючи психотерапевта як когось надійного, і відкривається з більшою легкістю. Коли терепевти змогли продемонструвати цей дотик зуміли встановити, підтримувати і навіть поглибити терапевтичний союз між клієнтом і психотерапевтом. Автори також запропонували, щоб терапевтичний дотик дозволив певним клієнтам залишатися в даному моменті, сприяв доступності і вирішенню певних емоційних переживань. Крім того, терапевтичний дотик дав клієнтам почуття довіри та безпеки та запропонував психотерапевту можливість сприяти зв'язку з клієнтами, як здоровим аспектам міжособистісних стосунків, який може бути сприйнятим позитивно поза терапевтичним контекстом. Терапевтичний дотик дозволяє психотерапевту, щоб допомогти клієнту працювати через певні опори, символічне прийняття клієнта таким, яким він є, і пропозиція зв'язку.

Інші автори підштовхують це стосовно подальшого та сучасного дотику, його гуманізації та харчування для клієнтів. Переваги включення дотику до терапевтичних відносин можуть бути у збагачення співпраці з багатьох причин, включаючи (1), забезпечення безпеки, переорієнтація та повернення до

реальності травмованого клієнта; (2) заспокоєння та стабілізація автономної нервової системи та сприяння почуттю безпеки через невербальне спілкування також відновлення психофізіологічної системи клієнтів регулюється на цьому рівні; (3) підбурювання емоційної реакції, реакція, полегшення, зменшення опору певних клієнтів; (4) символічне повторне виховання батьків; (5) вивчення та розмежування понять агресії та задоволення; (6) збільшення та заохочення циркуляції енергії тіла і поглибити дихання; (7) поглиблення досвіду терапевтичного лікування відносини, зберігаючи увагу клієнта та заохочуючи дослідження його минулого, а також виявлення та вивчення реляційних потреби клієнта та; (8) заохочення автентичності в терапевтичних стосунках та почуття прийняття, що дозволяють емансипацію та природне та спонтанне вираження клієнта.

Якщо переваг терапевтичного дотику багато, цього, звичайно, недостатньо для обґрунтування його використання в рамках психотерапії. Багато інших факторів лежать в основі етичних міркувань при здійсненні дотику, це означає бути терапевтичним, зокрема, психотерапевтом, який здійснює вправи на дотик. Клієнт, на якого здійснюється це втручання, і контекст, в якому використовується дотик.

У науковій документації про терапевтичний дотик, ці змінні пов'язані з психотерапевтом, культурними міркуваннями, особистими, теоретичними та соціальними змінними. Щодо культурного виміру, Фелан (2009) повідомляє нам про це, що культура походження психотерапевта впливає на використання або невикористання дотику в рамках терапії. Психотерапевти азіатського походження не схильні торкатися і, як правило, хочуть уникати відкритих демонстрацій а також тривалого фізичного контакту.

Психотерапевти німецького походження походять з культури, що не торкається. Однак він поширений серед психотерапевтів Квебеку, Італії чи Середземноморське походження, котрим більш комфортно при фізичному контакті.

Сміт і Фіцпатрік (1995) продемонстрували, що серед Монреальських психотерапевтів, цілувати обидві щоки було звичайною практикою в межах терапевтичного контексту взаємодії і що така поведінка не була системною комунікацією сексуальних повідомлень, або мається на увазі сексуальна напруга всередині терапевтичних стосунків[10; 17].

Стать, вік та минулий досвід психотерапевта також впливають на використання дотику в рамках клінічної практики. Наприклад, для жінок старшого віку при попередньому позитивному досвіді дотику у психотерапевтичній практиці збільшується ймовірність використання. Сексуальна орієнтація психотерапевта може мати вплив на їх використання дотику в рамках терапії, однак, без, представлення підтримуючих даних цього не можна стверджувати. Чіткі фактори, пов'язані з психотерапевтами, які займаються лікувальною діяльністю, загалом свідчать про домінування переконання, що дотик є не корисним, можливо, шкідливим способом у контексті психотерапії.

До них відносяться психотерапевти, які (1) переживають кризу в їхньому житті (наприклад, сімейний конфлікт); (2) життєві кризи (наприклад., пенсія, зміна роботи); (3) хворі; (4) досвід самотності; (5) мають почуття зарозумілості (наприклад, відчують, що вони вище закону), сорому (наприклад., були схильним до консультацій у разі сумнівів) або заздрості до клієнтів (наприклад, пов'язаної з красою, молодістю, інтелектом, і статусом клієнта); (6) мають труднощі з встановленням лімітів в межах терапевтичних відносин; і (7) відмовляються від визнання проблем в терапевтичних відносинах (наприклад, заперечення цих фактів).

Знову ж таки, з точки зору особистого настрою психотерапевта, ставлення та переконання, які можна дотримуватися щодо терапевтичного дотику є головним у розумінні основної мотивації використовувати або не використовувати дотик.

Гаррісон та ін. (2012) уточнюють, що психотерапевти які використовують і цінують терапевтичний дотик, як правило, вважають це втручання способом

задоволення потреб клієнта, довіряють собі щодо відповідного використання менш зайняті ризиками і здебільшого використовують його, щоб допомогти клієнтам отримати доступ до своїх емоцій. Боніц (2008) вказує, що психотерапевти, які використовують дотик, як правило, вважають це потенціалом для зцілення, відновлення, якщо це втручання має місце[23; 26].

Альтернативно, психотерапевти, які не використовують і не цінують дотик у своїй практиці схильні сприймати це втручання негативно. Дотик сприймається ними як джерело задоволення потреб психотерапевта; дотик вразливий до неправильного тлумачення і може заохочувати порушення меж від імені клієнта, також це втручання може бути просто нестерпним для психотерапевта.

Гутей та Бродський (2008) наполягають щодо встановлення меж власного психічного здоров'я для психотерапевтів. Вони вказують, що чим більше психотерапевт залишається відкритим та усвідомлює свою вразливість, а також свої емоції до своїх клієнтів, тим більше він буде оснащеним для управління межами в терапевтичних відносинах.

Підсумовуючи, більшість психотерапевтів, які використовують дотик, вказують, що він використовується з обмеженнями, згадуючи про важливість того, що потрібно торкнутися має походити від клієнта і що є чітка та поінформована згода.

Що стосується теоретичних міркувань, пов'язаних з психотерапевтом, наукова документація показує, що гуманістичні практики (30%), на відміну від психоаналітичного підходу (6%), як правило, вважають, що терапевтичний дотик дозволяє клієнтам здійснити прогрес. Так само гуманістичні практики більш схильні до використання дотику у світлі навчання та супервізій, які вони отримали, що заохочувало практику. Інші відомі практикуючі-дослідники, соматичного підходу (тілесні відчуття) або підходу, орієнтованого на прихильність (реляційного), також використовують дотик у своїй практиці, щоб покращити загальне самопочуття клієнта.

Наприклад, Левін (2008) використовував соматичний дотик працюючи над вирішенням того, що він назвав бойовими відповідями, подання та уникнення. Цей підхід використовує дотик у прогресивний спосіб; наприклад, тиском, що чиниться між руками або спинами двох партнерів, клієнт може дізнатися відмінність між агресією та почуттям розширення прав і можливостей. Допомагаючи клієнту, психотерапевт може також торкнутися свого клієнта, щоб покращити або посилити тілесні відчуття, які вони відчувають. Зазначається, що професійна етика, в питаннях, що стосуються терапевтичної мети, схожа на словесну терапію, оскільки вона заохочує терапевта до (1) оцінки, чи дотик є відповідним втручанням для клієнта; (2) отримання інформованої згоди від імені клієнта перед використанням будь-якої форми дотику; (3) постійно контролювати згоду клієнта на усі втручання, що здійснюються для того, щоб дотик залишався бажаним і відповідним втручанням для клієнта; (4) визнати і поважати відмову клієнта від торкання; (5) бути впевненим у своїх власних здатностях (компетентність та самосвідомість) використовувати терапевтичний дотик; та (7) не займатися генітальними та / або сексуальними чи сексуально стимулюючими дотиками[20; 27].

Медичні працівники повинні поважати досвід дотику до клієнта, враховуючи дисбаланс сили, який існує в терапевтичному режимі стосунків. Крім того, ми несемо відповідальність за розвиток нашого самопізнання та самосвідомості як терапевтів, щоб не використовувати дотик невідповідним способом, який інакше переступає чи порушує міжособистісні межі терапевтичних відносин.

У рамках консультування подружжя Джонсон (2008) вказує, що цей дотик дозволяє віднайти заспокоєння, а також може виявитись важливим коли один із клієнтів опиняється у стані первинної паніки; тобто відчуває великі страждання внаслідок розриву зв'язку чи відносин, що призводить до активації привязаності. Партнерів заохочують і допомагають знайти шляхи відновлення через дотик. Нарешті, когнітивно-поведінкові психотерапевти може періодично використовувати дотик настільки, наскільки це втручання відповідає контексту,

наприклад, в рамках терапії (прогресивний метод десенсибілізації до стимулу, що провокує тривогу) якщо вони мають інформовану згоду клієнта, коли цілі лікування були обговорені та очікування уточнені.

У такому терапевтичному контексті немає точних вказівок щодо професійної етики дотику. Це вирішується лише шляхом екстраполяції певних принципів з етичного кодексу Американської асоціації Психологів, такі як принцип відповідальності перед клієнтом, а також відповідальність за професійну компетентність і цілісність, щоб ми могли зрозуміти, як можуть бути застосовувані певні правила до терапевтичного дотику в рамках терапії пари. Наприклад, сімейний терапевт повинен отримати усвідомлену згоду від клієнтів, поважати їх права, уникати всіх форм конфлікту інтересів, експлуатації та / або сексуального контакту з клієнтами та забезпечувати високий ступінь компетентності у здійсненні своєї професії. Здебільшого це професіонали з галузі терапії тіла (наприклад, масажистів, фізіотерапевтів) які розробили етичний кодекс, а також точні вказівки щодо використання дотику в контексті терапевтичних відносин[20; 24].

Практика психотерапії отримала б користь від розвитку конкретних норм та вказівок щодо використання терапевтичного дотику. Гутейл і Бродський (2008) стверджують, що в цьому відбулися зміни за останні 20 років з точки зору очікувань психотерапевтів та професіоналів поведінки, що сприяли взаємодії в межах терапії. Зараз освіченість і сформованість у суспільстві сприяє відстороненню в міжособистісних стосунках, це покоління психотерапевтів більш стримано переступає межі клієнтів. Але потрібно враховувати, що основним є рішення клієнта перед тим, як зайняти будь-яку позицію, пов'язану з використанням терапевтичного дотику.

Висновки до першого розділу

Психологічні бар'єри в спілкуванні можуть перешкоджати ефективності передачі повідомлення. Знання того, як наша мова тіла, особистий простір та тон голосу можуть впливати на те, як інші інтерпретують наші повідомлення, є важливим. Крім того, практикувати методи активного прослуховування корисно краще зрозуміти, що хтось намагається нам спілкуватися. Розуміючи ці бар'єри, ми можемо краще подолати будь-які прогалини, які можуть бути присутніми в спілкуванні. Тому відкритий діалог між усіма сторонами має важливе значення для успішної комунікації.

Загальний підсумок дослідження — і той, який заслуговує на подальшу увагу —, це те, що пошук психотерапевта може бути найважливішою перешкодою для подолання, коли професійні психологи сприймають необхідність шукати особисту психотерапію. Учасники дослідження перерахували різні причини того, що знайти терапевта було складним завданням для них, включаючи молодість доступних терапевтів, некомпетентність, відстань, подвійні стосунки, відсутність терапевтів тієї ж етнічної приналежності та розчарування у співпраці з попередніми терапевтами. Деякі відповіді вказували на дивовижну міру самодостатності ("Я відчуваю, що я вже маю відповіді та знання, щоб лікувати себе"), а інші володіли високою мірою нарцисизму ("Мені важко було б знайти когось такого доброго, як я!").

Щоб вирішити цю проблему, одна або кілька професійних організацій можуть розробити довідник або посібник з ресурсів, щоб допомогти професійним психологам знаходити власного психолога, який має досвід роботи з пацієнтами-психологами. Такий каталог може бути веб-ресурсом або смартфон застосунком, яке може сприяти простоті встановлення зустрічей, відповідності терапевтичної орієнтації та відбирати відповідні демографічні переваги

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ БАР'ЄРІВ У ПРОФЕСІЙНОМУ СПІЛКУВАННІ ПСИХОЛОГА -ПРАКТИКА

2.1. Методики дослідження

1. Опитувальник SF- 36 (автор - J.E.Ware, 1992) був створений для того, щоб задовольнити мінімальні психометричні стандарти, необхідні для групових порівнянь. При цьому опитувальник повинен був вимірювати загальне здоров'я, тобто ті складові здоров'я, які не є специфічними для вікових груп, певних захворювань або програм лікування. Його методика призначена для вивчення всіх компонентів якості життя. Для створення цього опитувальника дослідниками з 40 концепцій здоров'я були відібрані тільки 8, так як їх вивчення показало, що вони найбільш часто вимірюються на практиці в популяційних дослідженнях і найбільш часто піддаються впливу захворювання та лікування. Аналіз цих 8 концепцій показав, що вони представляють собою складові характеристики здоров'я, що включають функцію і дисфункцію, стрес і благополуччя, об'єктивні і суб'єктивні оцінки, позитивні і негативні самооцінки загального стану здоров'я. «Експериментальна» версія опитувальника була створена в 1988 р., а в 1990 р. була створена «стандартна» форма опитувальника. «Стандартна» форма містить більше четвертої частини від усіх слів, що містяться в початковій версії опитувальника SF- 36, і є вдосконаленою за форматом та процедуру шкалювання. Опитувальник SF- 36 є загальним опитувальником здоров'я і може бути використаний для оцінки якості життя здорових і хворих різними захворюваннями. [2]

Опитувальник має наступні шкали:

1. Фізичне функціонування (ФФ), (Physical Functioning – PF) – відображає ступінь, в якій стан здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.д.). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

2. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФ), (Role – Physical – RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування (робота, виконання звичайної діяльності). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.
3. Інтенсивність болю (Б), (Bodily Pain – BP) і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.
4. Загальний стан здоров'я (ОЗ), (General Health – GH) – оцінка хворим свого стану зараз. Чим нижче бали за цією шкалою, тим нижче оцінка стану здоров'я.
5. Життєздатність (ЖА), (Vitality – VT) має на увазі відчуття себе повним сил і енергії, або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про стомленні пацієнта, зниженні життєвої активності.
6. Соціальне функціонування (СФ), (Social Functioning – SF), визначається ступенем, в якій фізична або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниженні рівня спілкування у зв'язку уходження емоційного і фізичного стану.
7. Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕ), (Role – Emotional – RE), передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.
8. Психологічне здоров'я (ПЗ), (Mental Health – MH), характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічному неблагополуччя.

Стан здоров'я Стан здоров'я вимірювали за допомогою методики з опитування задоволеністю станом здоров'я короткої форми (SF-36): “ Загалом, ви б сказали, що ваше здоров'я ” Пацієнтам було надано такий вибір

відповідей: 1 (відмінно), 2 (дуже добре), 3 (добре), 4 (справедливо), 5 (погано). SF-36 зазвичай використовується для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям.

2. Методика діагностики психологічних бар'єрів в професійному самовизначенні особистості А.В. Массанова.

Сприйняті бар'єри для у професійному самовизначенні складався з 20 пунктів, які визначають потенційні бар'єри у3 професійній діяльності. Формулювання підсумкових пунктів було досягнуто консенсусом.

Психологічний бар'єр - це відчуття, що є щось, що заважає виконати задумане. Негативний вплив психологічних бар'єрів у професійному самовизначенні полягає в тому, що вони затримують, змінюють цей процес.

Досліджувані отримують інструкцію: «Уявіть ситуацію професійного самовизначення, що Ви переживали та відповідно обирайте варіанти. Відповідайте, користуючись шкалою оцінок, наскільки сильно перешкождали вам у професійному самовизначенні психологічні бар'єри які наведені у списку запитань». Шкала оцінок: 0 - не заважали; 1 – трохи заважали; 2 - заважали; 3 - сильно заважали.

Обробка результатів проводиться шляхом підсумовування балів. Підраховується загальний бал виразності психологічних бар'єрів. Крім цього, аналізуються кожен бар'єр. При аналізі результатів самооцінки варто мати на увазі, що загальний підсумковий показник міри виразності психологічних бар'єрів може перебувати в діапазоні від 0 до 60. При цьому, чим вище підсумковий бал, тим вища міра психологічних бар'єрів. При інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки рівня виразності психологічних бар'єрів: до 23 балів - низький, 24-33 бала - середній, 34 і більше - високий.

Даний тест-опитувальник дозволяє виявити типи психологічних бар'єрів у професійному самовизначенні особистості. Ключ для визначення типу психологічного бар'єра наступний. Мотиваційний тип психологічного бар'єру

представлений номерами питань з тесту- опитувальника - 3,8,13,18; когнітивний - 1,6,12,16; емоційний - 2,5,7,9,11,15,17,20; вольовий - 4,10,14,19.

Відповідно до попередньої роботи, було використано підведені бали та метод дихотомічного підрахунку. Підсумовані бали можуть бути корисними, якщо сприйняті бар'єри осмислюються як безперервні, наприклад, рівень складності, який людина повинна подолати, щоб потрапити на зустріч. Перешкоди також можна сприймати як такі, що є достатніми для запобігання доступу до догляду, а не достатніми для запобігання доступу до допомоги. Єдиного бар'єру може бути достатньо для запобігання доступу до догляду. Тобто ефект бар'єрів може бути застосований порогом і не бути добавкою. Відповідно, метод дихотомічного оцінювання, який класифікує елементи, схвалені як такі, що роблять надзвичайно важким або неможливим відвідування психотерапії як “ істотні бар'єри, ”, тоді як предмети, схвалені як помірно складні, трохи складні або зовсім не складні, кодуються як не створюючи бар'єр. Шкала визначається таким чином, щоб відображати істотний бар'єр, якщо один або кілька елементів у цій шкалі кодуються як істотний бар'єр.

3. Особистісний опитувальник «Велика П'ятірка»

Особистісний тест «Велика п'ятірка» є загальноприйнятим підходом до тестування особистості. Тест особистості «Великої п'ятірки», також відомий як тест особистості «ОКЕАН», базується на моделі «Великої п'ятірки», яка визначає людську особистість як комбінацію 5 особистісних рис або факторів — відкритості, сумлінності, приємності, екстраверсії та невротизму (акронім — ОКЕАН).). Особистісний тест «Великої п'ятірки» базується на континуумі, в якому люди ранжуються за шкалою між двома крайніми кінцями.

Особистісний тест «Велика п'ятірка» описує людей на основі їх позиції щодо п'яти широких рис особистості. Особистісний тест великої п'ятірки широко використовується в корпоративному світі, оскільки відомо, що він передбачає важливі результати, пов'язані з роботою, такі як ефективність роботи, потенціал людини до вигорання, її/її здатність до навчання та подальше задоволення від роботи.

4. Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга

Тест Розенцвейга для виявлення міри фрустрації складається з 24 картинок, кожна з яких зображує двох людей у фрустраційній ситуації. Кожне зображення містить дві «мовні кулі», заповнену для «фрустраційного виклику» або антагоніста та порожню для розчарованої особи або головного героя. Суб'єкта просять заповнити порожню кульку своєю реакцією на ситуацію, і відповіді оцінюються у відповідності до ряду механізмів психологічного захисту. Наприклад, відповіді оцінюються щодо того, чи і в якому ступені вони вказують на те, що суб'єкт виявляє агресію щодо джерела фрустрації, припускає провину чи провину як причину фрустрації, або виправдовує, мінімізує або заперечує фрустрацію. Оцінка базується на дев'яти факторах, отриманих із комбінації трьох типів агресії (домінування перешкод, захист его та наполегливість потреби) і трьох напрямків агресії (зовнішня агресія, агресія та внутрішня агресія). Однак дослідники діагности часто аналізують відповіді досліджуваного більш неформально та інтуїтивно.

Тест, спочатку розроблений Саулом Розенцвейгом для дорослих, тепер доступний у версіях для дітей і підлітків.

2.2. Група досліджуваних осіб

У дослідженні (січень- лютий 2024 р.) взяли участь 60 осіб (група психологів котрі працюють по спеціальності $n = 30$; група психологів , котрі не працюють по спеціальності $n = 30$) –психологи від 20 до 25 років. Також у дослідженні взяли участь 18 чоловіків та 42 жінки. Усі учасники дослідження були вибрані за віковим та професійними показниками. Всього обстежено і опрацьовано результати 60 людей. Надійність, достовірність і обґрунтованість дослідження базуються на науковій методології і забезпечуються комплексним підходом до вивчення проблеми, узгодженістю основних положень теоретичної концепції за даними емпіричного дослідження, застосуванням апробованого діагностичного інструментарію, застосуванням надійних і валідних методів, які відповідають предмету, завданням і гіпотезі дослідження, репрезентативністю

вибірки респонденті, застосуванням методів статистичної обробки даних з допомогою програми SPSS і аналізу експериментальних даних.

З метою найкращого емпіричного висвітлення теми психологічний бар'єрів у професійній діяльності психолога аналіз отриманих результатів проведено у порівняльному аспекті для двох груп психологів, котрі працюють за спеціальністю та тих, котрі не працюють за спеціальністю

2.3. Особистісні особливості та фрустраційні реакції психологів з різною задіяністю у практичну діяльність

За допомогою «П'ятифакторного опитувальника особистості» виявлено, що психологи, котрі працюють за спеціальністю характеризуються за такими шкалами: активність і пасивність нижче середнього ($M=10,0$; $S.D=3,02$); домінування і підкорення вище середнього значення ($M=10,2$; $S.D=2,55$); комунікативність і замкнутість вище середнього ($M=10,3$; $S.D=3,08$); пошук враження і втеча нижче середнього ($M=8,6$; $S.D=2,57$); привернення уваги і втеча нижче середнього ($M=8,0$; $S.D=2,63$); екстраверсія і інтроверсія нижче середнього ($M=47,3$; $S.D=9,64$); теплота і байдужість вище середнього ($M=10,7$; $S.D=3,36$); співробітництво і суперництво вище середнього ($M=10,1$ $S.D=3,02$); довірливість і підозрілість вище середнього ($M=8,9$; $S.D=8,93$); розуміння і нерозуміння вище середнього ($M=10,5$; $S.D=3,04$); повага до інших і самоповага вище середнього ($M=11,5$; $S.D=2,71$); прихильність і відособленість вище середнього ($M=51,8$; $S.D=11,7$); акуратність і неакуратність вище середнього ($M=10,6$; $S.D=3,21$); наполегливість і відсутність вище середнього ($M=11,3$; $S.D=3,34$); відповідальність і безвідповідальність вище середнього ($M=11,1$; $S.D=3,14$); самоконтроль поведінки і імпульсивність нижче середнього ($M=9,4$; $S.D=2,98$); передбачливість і безтурботність вище середнього ($M=10,8$; $S.D=2,57$); контролювання і природність вище середнього ($M=53,3$; $S.D=12,3$); тривожність і безтурботність нижче середнього ($M=8,6$; $S.D=2,79$); напруженість і розслабленість нижче середнього ($M=7,7$; $S.D=3,07$);

депресивність і емоційна комфортність нижче середнього ($M=8,1$; $S.D=3,14$); самокритика і самодостатність вище середнього ($M=9,0$; $S.D=2,46$); емоційна лабільність і емоційна стабільність нижче середнього ($M=7,6$; $S.D=3,03$); емоційність і стриманість нижче середнього ($M=41,1$; $S.D=11,4$); цікавість і консерватизм нижче середнього ($M=9,7$; $S.D=3,14$), мрійливість і реалістичність нижче середнього ($M=8,9$; $S.D=3,31$); артистичність і неартистичність нижче середнього ($M=9,9$; $S.D=3,12$); сензитивність і нечутливість нижче середнього ($M=9,6$; $S.D=2,29$); пластичність і ригідність нижче середнього ($M=7,9$; $S.D=2,10$); грайливість і практичність нижче середнього ($M=46,2$; $S.D=8,02$).

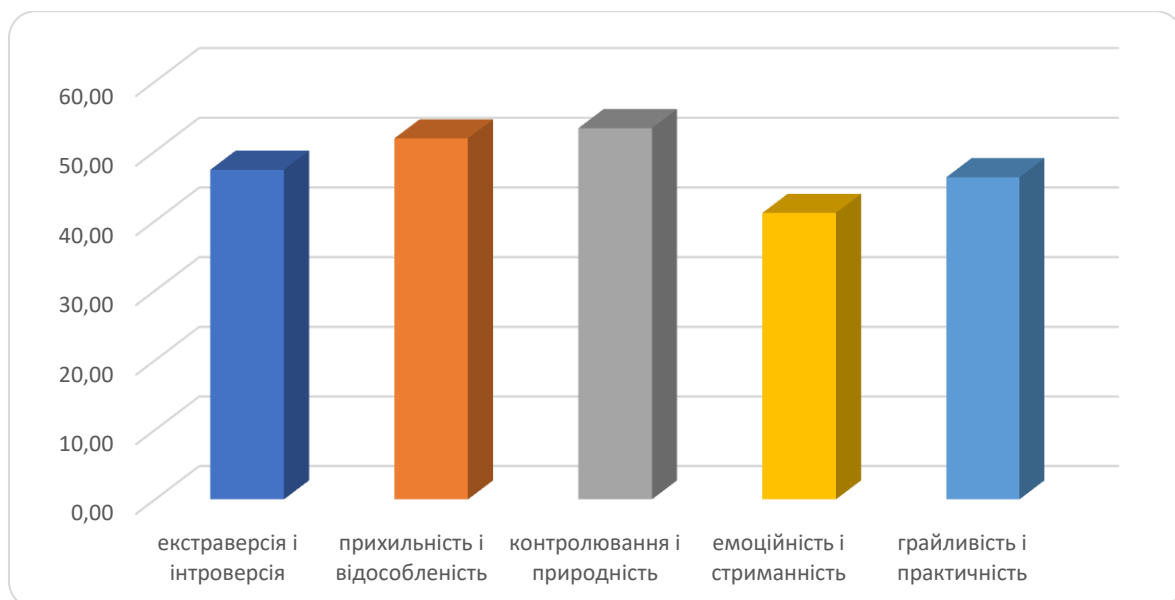


Рис.1. Особистісні характеристики психологів, котрі працюють за спеціальністю

Психологи, котрі не працюють за спеціальністю характеризуються за такими шкалами: активність і пасивність нижче середнього ($M=10,0$; $S.D=2,79$); домінування і підкорення вище середнього ($M=9,70$; $S.D=2,98$); комунікативність і замкнутість вище середнього ($M=9,90$; $S.D=3,23$); пошук враження і втеча нижче середнього ($M=7,41$; $S.D=2,13$); привернення уваги і втеча нижче середнього ($M=9,13$; $S.D=2,12$); екстраверсія і інтроверсія нижче середнього ($M=45,8$; $S.D=9,83$); теплота і байдужість вище середнього ($M=10,7$; $S.D=3,01$); співробітництво і суперництво вище середнього ($M=10,6$; $S.D=3,18$); довірливість і підозрілість вище середнього ($M=8,7$; $S.D=3,20$); розуміння і нерозуміння вище середнього ($M=10,7$; $S.D=3,11$); повага до інших і самоповага

були на однаковому рівні ($M=11,0$; $S.D=2,71$); прихильність і відособленість вище середнього ($M=52,0$; $S.D=12,5$); акуратність і неакуратність вище середнього ($M=10,7$; $S.D=3,03$); наполегливість і відсутність вище середнього ($M=10,7$; $S.D=3,23$); відповідальність і безвідповідальність вище середнього ($M=10,7$; $S.D=2,88$); самоконтроль поведінки і імпульсивність нижче середнього ($M=9,40$; $S.D=2,56$); передбачливість і безтурботність вище середнього ($M=10,4$; $S.D=2,45$); контролювання і природність вище середнього ($M=51,9$; $S.D=12,2$); тривожність і безтурботність були на однаковому рівні ($M=9,36$; $S.D=2,44$); напруженість і розслабленість вище середнього ($M=8,26$; $S.D=2,81$); депресивність і емоційна комфортність нижче середнього ($M=8,50$; $S.D=2,28$); самокритика і самодостатність вище середнього ($M=8,90$; $S.D=2,04$); емоційна лабільність і емоційна стабільність нижче середнього ($M=8,56$; $S.D=2,17$); емоційність і стриманість вище середнього ($M=43,6$; $S.D=9,30$); цікавість і консерватизм нижче середнього ($M=9,30$; $S.D=2,50$); мрійливість і реалістичність нижче середнього ($M=8,68$; $S.D=3,02$); артистичність і неартистичність нижче середнього ($M=10,0$; $S.D=2,76$); сензитивність і нечутливість нижче середнього ($M=9,86$; $S.D=2,43$); пластичність і ригідність нижче середнього ($M=8,46$; $S.D=2,09$); грайливість і практичність нижче середнього ($M=46,2$; $S.D=9,41$).

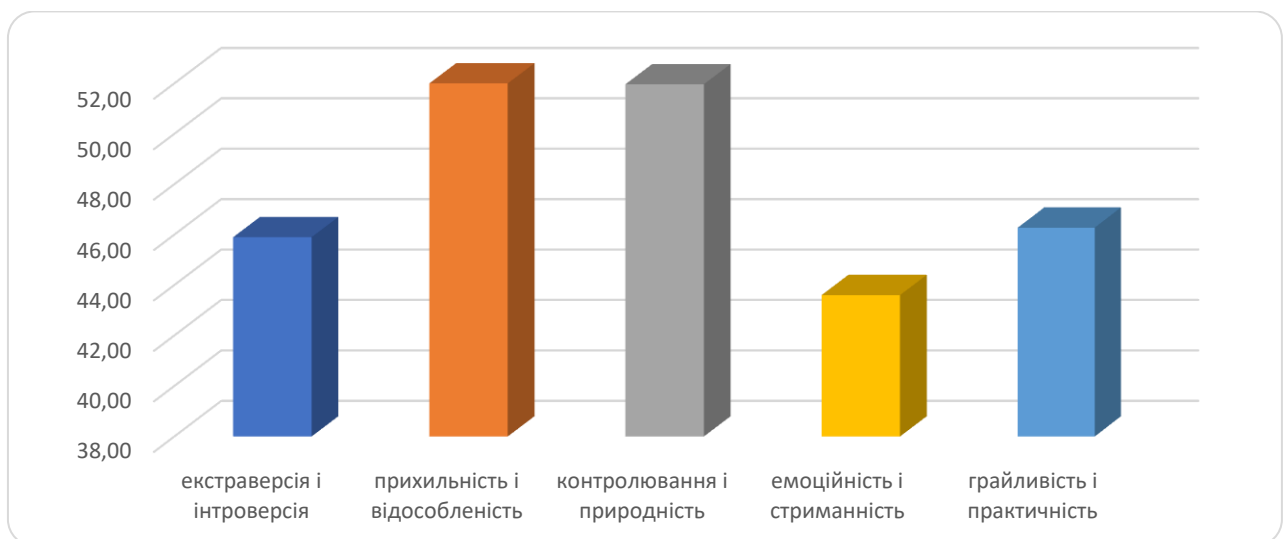


Рис.2 Особистісні характеристики психологів котрі не працюють за спеціальністю

За допомогою тесту фрустраційних реакцій Розенцвейга було виявлено, що психологи, котрі працюють за спеціальністю за екстрапунітивним еґо-захисним типом дали 0 реакцій – 30%; 1-3 реакцій – 56,7%; 5-7 реакцій – 13,3%. За екстрапунітивним домінантно-перешкодним типом дали 0 реакцій – 10,0%; 1-3 реакцій – 46,6%; 4-5 реакцій – 23,3%; 6-8 реакцій – 16,7%. За імпунітивним еґо-захисним типом дали 0 реакцій – 16,7%; 1-3 реакцій – 63,3%; 4-6 реакцій – 20%. За імпунітивним домінантно-перешкодним типом дали 0 реакцій – 56,7%; 1-4 реакцій – 43,3%. За інтропунітивним еґо-захисним типом дали 1-3 реакцій – 19,9%; 4-6 реакцій – 16,7%; 7-9 реакцій – 23,3%; 10-12 реакцій – 30%; 13-14 реакцій – 10%. За інтропунітивним домінантно-перешкодним типом дали 0 реакцій – 86,7%; 1 реакцію – 13,3%. За імпунітивним потребнісно-нестійким типом дали 0 реакцій – 40%; 1-2 реакцій – 50%; 3-7 реакцій – 9,9%. За екстрапунітивним потребнісно-нестійким типом дали 0 реакцій – 10%; 1-3 реакцій – 43,3%; 4-6 реакцій – 29,9%; 7-8 реакцій – 10%; 9-12 реакцій – 6,6%. За інтропунітивним потребнісно-нестійким типом дали 0 реакцій – 16,7%; 1-3 реакцій – 43,3%; 4-6 реакцій – 30%; 7-8 реакцій – 10%.

Психологи, котрі не працюють за спеціальністю за екстрапунітивним еґо-захисним типом дали 0 реакцій – 36,7%; 1-2 реакцій – 53,3%; 3-4 реакцій – 10%.

За екстрапунітивним домінантно-перешкодним типом дали 0 реакцій – 6,7%; 1-2 реакцій – 40%; 3-4 реакцій – 36,6%; 5-7 реакцій – 16,7%. За імпунітивним еґо-захисним типом дали 0 реакцій – 16,7%; 1-2 реакцій – 43,3%; 3-4 реакцій – 33,3%; 5-7 реакцій – 6,6%. За імпунітивним домінантно-перешкодним типом дали 0 реакцій – 60%; 3 реакції – 40%.

За інтропунітивним еґо-захисним типом дали 1-6 реакцій – 9,9%; 7-9 реакцій – 30%; 10-12 реакцій – 36,6%; 13-16 реакцій – 13,2%; 17-18 реакцій – 20%. За інтропунітивним домінантно-перешкодним типом дали 0 реакцій – 96,7%; 1 реакцію – 3,3%.

За імпунітивним потребнісно-нестійким типом дали 0 реакцій – 63,3%; 1 реакцію – 36,7%. За екстрапунітивним потребнісно-настійким типом дали 0 реакцій – 20%; 1-3 реакцій – 33,3%; 4-6 реакцій – 26,7%; 7-12 реакцій – 19,9%.

За інтропунітивним потребнісно-нестійким типом дали 0 реакцій – 23,3%; 1-3 реакцій – 50,4%; 4-5 реакцій – 26,7%.

2.4. Особливості ставлення до здоров'я у статевому-гендерному аспекті

Припустимо, чоловіки та жінки психологи відрізнятимуться показниками ставлення до здоров'я.

В методиці оцінки якості життя також були виявлені відмінності між показниками хлопців і дівчат за шкалою «інтенсивність болю»: середнє значення по даній методиці для дівчат становить $M=62,72$, а для хлопців – $M=79,5$ (Див. рис. 3)

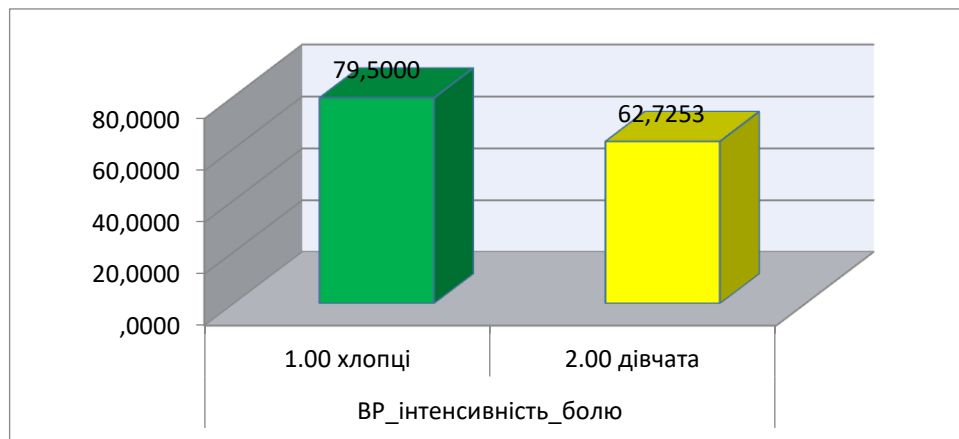


Рис. 3. Гістограма середніх значень по шкалі «Інтенсивність болю» за методикою «Оцінка якості життя»



Рис.4. Гістограма середніх значень по шкалі «Життєва активність» за методикою «Оцінка якості життя»

Також виявлена відмінність між показниками у шкалі «життєва активність». Так середнє значення для дівчат становить $M=55,82$, а для хлопців – $M=64,69$ (Див. рис. 4).

Отже, чоловіки та жінки психологи відрізнялися наступними показниками ставлення до особистого здоров'я : переживанням інтенсивності болі, та життєвою активністю. Усі перелічені показники були вищими у чоловіків психологів.

2.5. Характеристика психологічний бар'єрів для психологів з різною практичною залученістю

Припустимо, психологи котрі працюють та не працюють за спеціальністю відрізнятимуться психологічними бар'єрами.

Із наведеної нижче діаграми на Рисунку 5 ми бачимо, що загальний показник прояву психологічний бар'єрів більше властивий психологам які не працюють за спеціальністю $M=40,8$, тобто більш схильні до сприйняття перешкод на професійній дорозі самореалізації ніж ті особи які працюють по спеціальності $M=38,31$. Для досягнення свої цілей вольові бар'єри спостерігають у себе психологи практики $M=9$, вони більш обережніші у висловлюванні свої думок, у порівнянні з психологами, котрі не працюють по спеціальності $M=7,8$. Психологи, котрі не працюють по спеціальності мають вищі показники емоційного бар'єру у професійній діяльності $M=17,6$, їм емоційно важко включитися у нову для себе діяльність, психологи практики $M=15,27$. Когнітивний бар'єр був більшим у психологів, котрі не практикують. Також Мотиваційний бар'єр був на незначному рівні вищим у порівнянні із психологами не практиками.

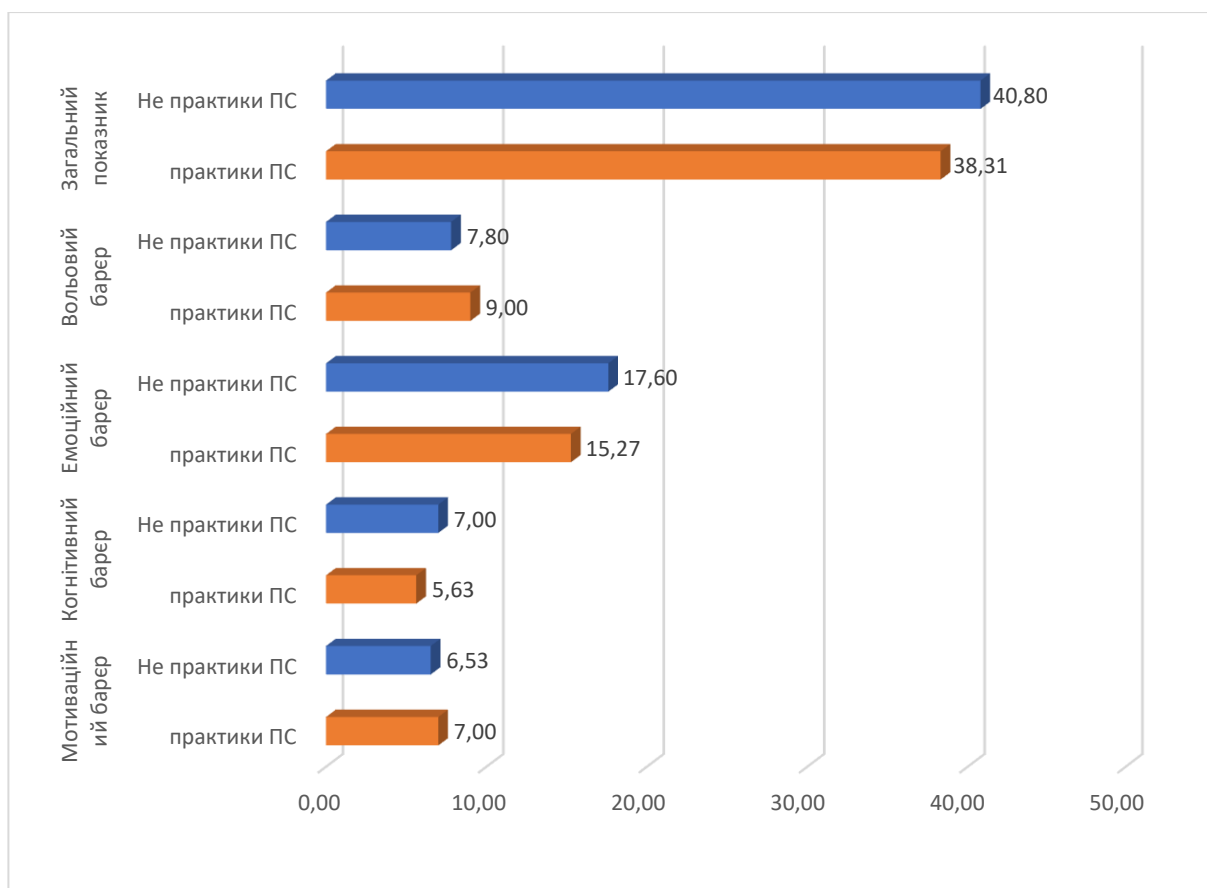


Рис.5. Показники психологічний бар'єрів для психологів котрі працюють та не працюють за спеціальністю

У підсумку можна стверджувати, що психологи котрі не працюють за спеціальністю мають більшу кількість бар'єрів у порівнянні із психологами котрі займаються практичною діяльністю. Так для них більше властиві емоційний та когнітивний бар'єри у професійній діяльності та загальний показників психологічної професійної бар'єрності.

2.6. Особистісні характеристики, які можуть зумовлювати психологічні бар'єри у психологів

Припускаємо, що психологічні професійні бар'єри у психологів зумовлені особистими характеристиками та фрустраційними реакціями. З цією метою проведемо кореляційний аналіз, результати котрого описані нижче.

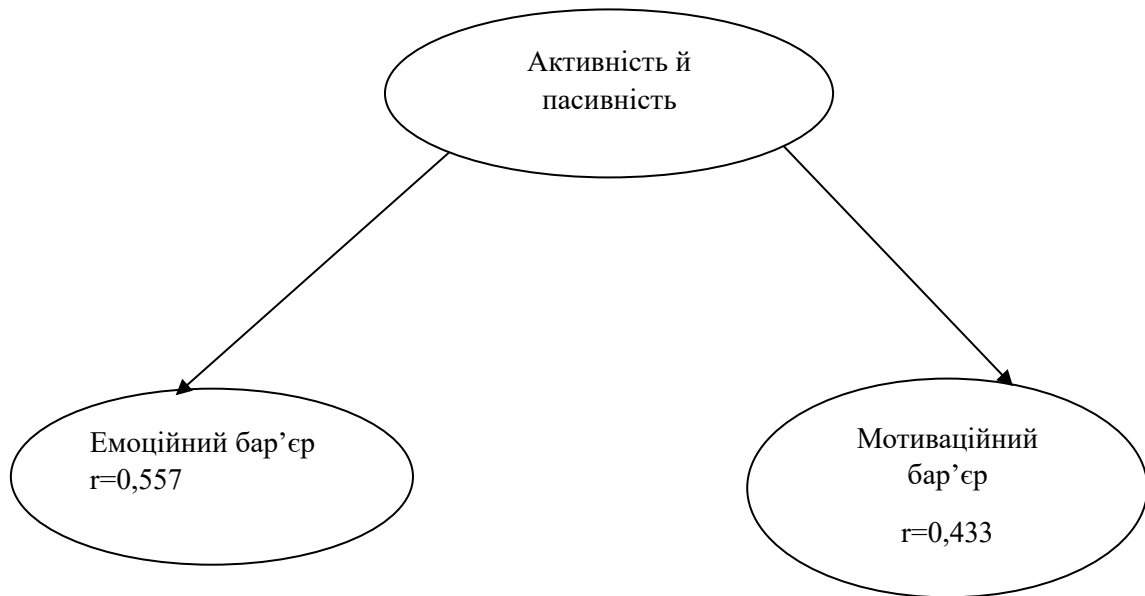


Рис. 6. Кореляційна плеяда активності і емоційно-мотивайного бар'єрів

У психологів виявлено прямий позитивний кореляційний зв'язок поміж активністю і пасивністю та емоційним психологічним бар'єром ($r=0,557$, $p=0,02$); При високих показниках активності й пасивності показники емоційного бар'єру також були високими. Також існував прямий позитивний кореляційний зв'язок поміж активністю й пасивністю та мотиваційним бар'єром ($r=0,433$, $p=0,017$). При високих показниках активності й пасивності показники емоційного бар'єру також були високими.

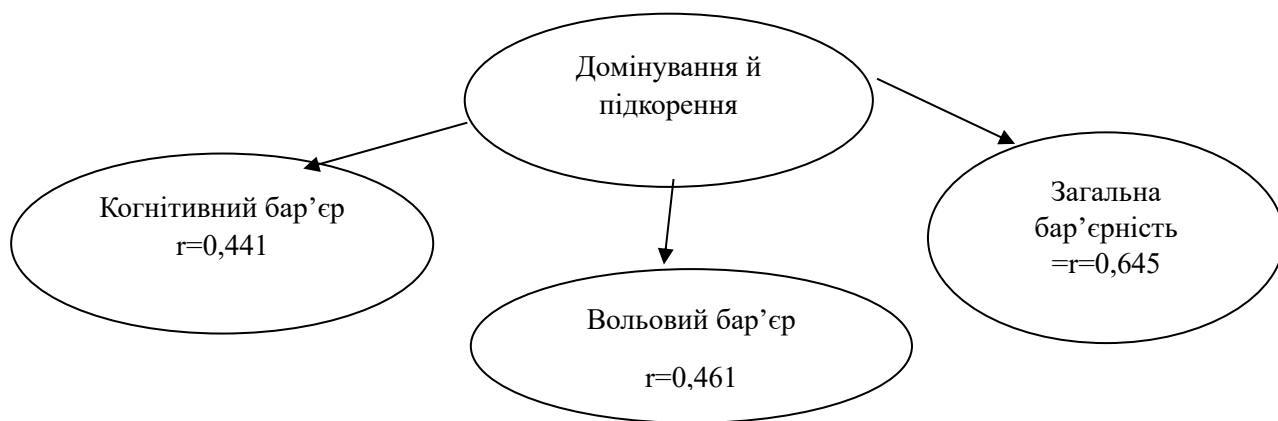


Рис.7. Кореляційна плеяда домінування й підкорення, та психологічних професійних бар'єрів особистості

У досліджуваних психологів виявлено прямий позитивний кореляційний зв'язок поміж домінуванням й підкоренням та когнітивним бар'єром ($r=0,441$, $p=0,019$); вольовим бар'єром ($r=0,461$, $p=0,016$), а також поміж загальною бар'єрністю у професійній діяльності ($r=0,645$, $p=0,000$). При високих показниках домінування й підкорення показники когнітивного бар'єру, вольового бар'єру та загальної бар'єрності у психологічній діяльності також були високими.

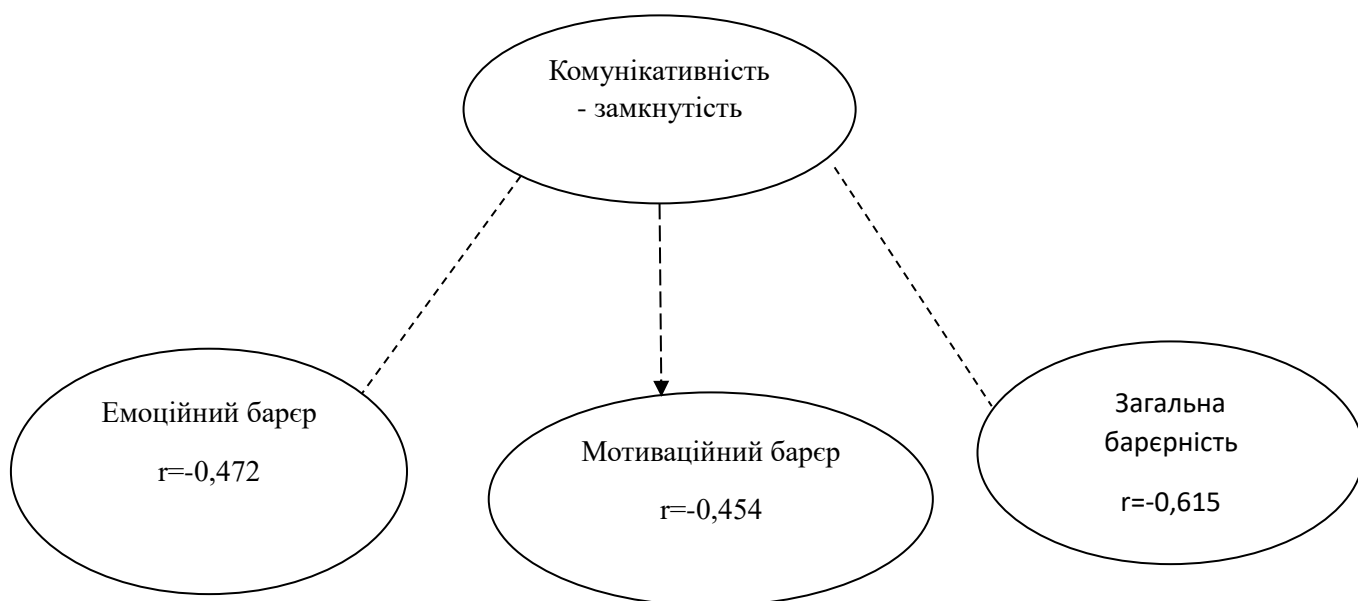


Рис.8. Кореляційна плеяда комунікативності й психологічних професійних бар'єрів.

У досліджуваних психологів виявлено обернений негативний кореляційний зв'язок поміж комунікативністю й замкнутістю та емоційним бар'єром ($r=0,472$, $p=0,011$). При високих показниках комунікативності й замкнутості показники емоційного бар'єру були низькими. Також виявлено обернений негативний кореляційний зв'язок поміж комунікативністю й замкнутістю та загальним показником психологічної професійної бар'єрності ($r=0,615$, $p=0,0001$). При високих показниках комунікативності й замкнутості показники загальної бар'єрності були низькими.

Існує негативний кореляційний зв'язок поміж комунікативністю й замкнутістю та мотиваційним бар'єром ($r=-0,454$, $p=0,012$). При високих показниках комунікативності й замкнутості показники мотиваційного бар'єру були низькими.

Висновки до другого розділу

Усі учасники дослідження були вибрані за віковим та професійними показниками. Всього обстежено і опрацьовано результати 60 людей. Надійність, достовірність і обґрунтованість дослідження базуються на науковій методології і забезпечуються комплексним підходом до вивчення проблеми, узгодженістю основних положень теоретичної концепції за даними емпіричного дослідження

З метою найкращого емпіричного висвітлення теми психологічний бар'єрів у професійній діяльності психолога аналіз отриманих результатів проведено у порівняльному аспекті для двох груп психологів, котрі працюють за спеціальністю та тих, котрі не працюють за спеціальністю

Чоловіки та жінки психологи відрізнялися наступними показниками ставлення до особистого здоров'я : переживанням інтенсивності болі, та життєвою активністю. Усі перелічені показники були вищими у чоловіків психологів.

Психологи котрі не працюють за спеціальністю мають більшу кількість бар'єрів у порівнянні із психологами котрі займаються практичною діяльністю. Так для них більше властиві емоційний та когнітивний бар'єри у професійній діяльності та загальний показників психологічної професійної бар'єрності.

При високих показниках активності й пасивності показники емоційного бар'єру також були високими. При високих показниках активності й пасивності показники емоційного бар'єру також були високими.

При високих показниках домінування й підкорення показники когнітивного бар'єру, вольового бар'єру та загальної бар'єрності у психологічній діяльності також були високими

При високих показниках комунікативності й замкнутості показники емоційного бар'єру були низькими. При високих показниках комунікативності й замкнутості показники загальної бар'єрності були низькими. При високих показниках комунікативності й замкнутості показники мотиваційного бар'єру були низькими.

ВИСНОВКИ

Психологічні бар'єри в спілкуванні можуть перешкоджати ефективності передачі повідомлення. Знання того, як наша мова тіла, особистий простір та тон голосу можуть впливати на те, як інші інтерпретують наші повідомлення, є важливим. Крім того, практикувати методи активного прослуховування корисно краще зрозуміти, що хтось намагається нам спілкуватися. Розуміючи ці бар'єри, ми можемо краще подолати будь-які прогалини, які можуть бути присутніми в спілкуванні. Тому відкритий діалог між усіма сторонами має важливе значення для успішної комунікації.

Усі учасники дослідження були вибрані за віковим та професійними показниками. Всього обстежено і опрацьовано результати 60 людей. Надійність, достовірність і обґрунтованість дослідження базуються на науковій методології і забезпечуються комплексним підходом до вивчення проблеми, узгодженістю основних положень теоретичної концепції за даними емпіричного дослідження

З метою найкращого емпіричного висвітлення теми психологічний бар'єрів у професійній діяльності психолога аналіз отриманих результатів проведено у порівняльному аспекті для двох груп психологів, котрі працюють за спеціальністю та тих, котрі не працюють за спеціальністю

Чоловіки та жінки психологи відрізнялися наступними показниками ставлення до особистого здоров'я : переживанням інтенсивності болі, та життєвою активністю. Усі перелічені показники були вищими у чоловіків психологів.

Психологи, котрі не працюють за спеціальністю, мають більшу кількість бар'єрів у порівнянні із психологами котрі займаються практичною діяльністю. Так для них більше властиві емоційний та когнітивний бар'єри у професійній діяльності та загальний показників психологічної професійної барерності.

При високих показниках активності й пасивності показники емоційного бар'єру також були високими. При високих показниках активності й пасивності показники емоційного бар'єру також були високими.

При високих показниках домінування й підкорення показники когнітивного бар'єру, вольового бар'єру та загальної бар'єрності у психологічній діяльності також були високими

При високих показниках комунікативності й замкнутості показники емоційного бар'єру були низькими. При високих показниках комунікативності й замкнутості показники загальної бар'єрності були низькими. При високих показниках комунікативності й замкнутості показники мотиваційного бар'єру були низькими.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Андрієвська В. В. Мова й мовлення в структурі професійної компетентності психолога. *Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України*. К. : Ніка-Центр, 2010. Вип. 38. С. 46–63.
2. Абрамович С. Д., Чікарькова М. Ю. Мовленнєва комунікація: підручник. К.: Видавничий дім Дмитра Бураго, 2013. 460 с.
3. Берестенко О. Г. Культура професійного спілкування: навч.-метод. посіб. Луганськ: Вид-во ДЗ „ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2013. 299 с.
4. Воронкова В. Г., Беліченко А.Г., Мельник В.В. Етика ділового спілкування: навч.посібник. Львів: Магнолія 2019. 312 с.
5. Гах Й. М. Етика ділового спілкування : навч. Посібник. К. : Центр навч. літератури, 2005. 160 с.
6. Дуткевич Т.В. Практична психологія: Вступ до спеціальності. К. : Центр учбової літератури, 2010. 256 с. 3. Зотова-Садило О.Ю. Професійне ділове спілкування: науково-методичні підходи [Навчально-методичний посібник] / О.Ю. Зотова-Садило . Кривий Ріг , 2013. – 230 с.
7. Зусін В. Я. Етика та етикет ділового спілкування : навч. посібник : 2е вид., перероб. і доп. К. : Центр навч. літератури, 2005. 224 с.
8. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування: навчальний посібник. Х.: НФаУ, 2018. 322 с.
9. Капська А. Й. Комунікативна професійна компетентність як умова взаємодії соціального працівника з клієнтом .К.: ДЦССМ, 2003. 87 с.
10. Касярум К. В. Формування комунікативної компетенції майбутніх викладачів вищої. Педагогіка. Наука і освіта. 2011. №1. С. 99 - 105.
11. Коқун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця. К.: ДП «Інформ.-аналіт. Агенство», 2012. 200 с.
12. Копилова Н. В. До питання про становлення особистісно-професійних якостей майбутнього спеціаліста. *Світ психології*. 2005. № 1. С. 162 - 170.
13. Корніяка О.М. Психологія розвитку комунікативної компетентності на різних етапах професійного становлення особистості. *Наукові записки*

- Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України / За ред. акад. С.Д. Максименка. К., 2012. Вип.39. С. 211–223.
- 14.Кочина В. В. Сутність і структура поняття «культура професійного спілкування» майбутніх фахівців. *Вісник Національного університету оборони України: педагогічна освіта*. 2014. № 4 (41). С. 63 - 67
- 15.Левицька Н. С. Особливості соціально-перцептивної компетентності працівників соціальної сфери. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2008. №13. С. 251 -257.
- 16.Максименко С. Д. Технологія спілкування (комунікативна компетентність учителя: сутність і шляхи формування). К.: Главник, 2005. 112 с.
- 17.Малахов В. А. Етика спілкування: навч.-метод. посіб. К.: Либідь, 2006. 400 с.
- 18.Панок В. Г. Основи практичної психології : підручник для студ. вищ. навч. закл. К.: Либідь, 1999. 536 с.
- 19.Пономаренко Л. А. Комунікативна підготовка майбутнього психолога як підґрунтя успішності його професійної діяльності. *Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. Т. XII, част. 7. Київ, 2010. С. 372 – 380.*
- 20.Приходько В. М. Методи формування комунікативної компетенції фахівців. *Проблеми безперервної освіти*. 2004. №4. С. 142 – 146.
- 21.Психологія спілкування: навч. метод. комплекс / Т. В. Вашека, І. С. Гічан. Київ: Книжкове вид. НАУ, 2006. 184 с.
- 22.Рабійчук С. О. Професійне спілкування як умова формування професійноетичної культури майбутнього соціального педагога. *Збірник наукових праць Хмельницької національної академії прикордонних військ України ім. Б. Хмельницького*. Хмельницький, 2007. № 40, ч. 2. С. 161-163.
- 23.Рибінська Ю. А. Етапи формування професійної комунікативної компетентності. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2013. № 2. С. 13 - 19.

24. Романова В. В. Формування комунікативної компетенції у майбутніх фахівців соціально-культурної діяльності: дис. канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти». Харків, 2006. 178 с.
25. Савенкова Л.О. Психологія спілкування: навч. посіб. /за заг. ред. Л.О. Савенкової; Держ. ВНЗ «Київ. нац. екон. ун-т ім. Вадима Гетьмана». Київ КНЕУ, 2015. 309 с.
26. Савенкова Л. О. Професійне спілкування майбутніх викладачів як об'єкт психолого-педагогічного управління : монографія. Київ: КНЕУ, 2005. 212 с.
27. Савченко Т. О. Фахова підготовка як засіб формування у майбутніх соціальних педагогів умінь і навичок професійно орієнтованого спілкування. *Педагогіка. Наука і освіта*. 2016. № 130. С. 262 - 265.
28. Сіроштан О. В. Теоретичні підходи до формування культури професійного спілкування у майбутніх соціальних працівників. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2011. № 33. С. 81 - 89.
29. Слободянюк І. А. Сучасні підходи до формування професійних навичок практичних психологів та соціальних педагогів в системі вищої освіти. *Вища освіта України. Вища освіта України у контексті інтеграції до Європейського освітнього простору: моніторинг якості освіти*. 2007. №3. С. 394 - 400.
30. Солодчук С. Є. Професійне спілкування як предмет дослідження у психології. *Актуальні проблеми психології*. 2020. С. 339-348.
31. Спіріна Т. П. Принципи професійного спілкування майбутніх соціальних педагогів. Київський університет імені Бориса Грінченка. 2016. № 4. С. 23 - 32.
32. Тимофієва М.П. Психологія спілкування: навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти України. Чернівці, 2019. 100 с.
33. Трегуб С. Є. Щодо формування комунікативної компетенції майбутнього фахівця. *Модернізація загальної та професійної освіти в умовах*

глобального світу. Збірник наукових праць за результатами конференції. 2013. №4. С. 266 - 268.

34. Федорчук В. М. Соціально-психологічний тренінг «Розвиток комунікативної компетентності викладача»: навч.- метод. посіб. Кам'янець-Подільський: Абетка, 2006. 240 с.
35. Філоненко М.М. Психологія спілкування: підручник для студентів вищих навчальних закладів. К.: «Центр учбової літератури» 2008. 223с.
36. Фурманов І. А. Стратегії комунікативного контролю в міжособистісній професійній взаємодії. *Актуальні проблеми психології*. 2005. №15. С. 121 – 125.
37. Ямчук Т. Ю. Культура професійного спілкування психологів. *Психологія: теорія і практика* : збірник наукових праць / гол. ред. І.О. Корнієнко. Мукачево-Київ : РВВ МДУ, 2018. №Вип.2(2). С.170-180.