

<https://doi.org/10.31891/PT-2025-1-26>

УДК 159.947

Наталія УНГУРЯН

здобувачка PhD,

Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля

<https://orcid.org/0009-0003-9162-2699>

e-mail: Ungu1977@ukr.net

ЦІННІСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК ЧИННИК ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

У статті здійснено теоретичний аналіз впливу когнітивного дисонансу на фахову діяльність медичних працівників. Використовуючи емпіричні дані, було окреслено шляхи нейтралізації та запобігання негативному впливу когнітивного дисонансу у професійному контексті. Ключовими умовами для формування конфліктологічної компетентності медика є адаптивні стратегії подолання стресу, а також ціннісні орієнтири, що визначають ставлення до життя, роботи та міжособистісних стосунків.

Визначено, що обрані стратегії боротьби зі складнощами впливають на формування «успішних» та «неуспішних» зразків поведінки спеціалістів. Ці зразки виявляються у позитивному подоланні стану когнітивного дисонансу. Такий процес позитивно впливає на структуру, динаміку та результативність особистісних процесів, стаючи рушієм самовдосконалення та розкриття потенціалу. На противагу, негативний наслідок подолання когнітивного дисонансу спричиняє розбіжність між баченням «Я-мов-професіонал» та ідеальним уявленням «Я-професіонал». Це, в свою чергу, призводить до відчуття незадоволення власною професією, процесом професійної діяльності, і, як результат, до професійної дезадаптації.

Дослідження виявили, що стратегії подолання стресу суттєво впливають на те, як медичні працівники сприймають стан когнітивного дисонансу. Зокрема, неефективні підходи до подолання стресу можуть бути проявом когнітивного дисонансу, в той час як адаптивні стратегії сприяють зростанню стійкості до стресу серед медичного персоналу.

Ключові слова: когнітивний дисонанс, конфліктологічна культура, медичні працівники, методи подолання труднощів, ціннісне ставлення до професійної діяльності.

Natalya UNGYRYAN

Volodymyr Dahl East Ukrainian National University

VALUE APPROACH TO PROFESSIONAL ACTIVITY AS A FACTOR IN OVERCOMING THE NEGATIVE EFFECTS OF COGNITIVE DISSONANCE IN MEDICAL PATIENTS

The article presents a theoretical analysis of the impact of cognitive dissonance on the professional activity of healthcare professionals. Using empirical data, the author outlines ways to neutralize and prevent the negative impact of cognitive dissonance in a professional context. The key conditions for the formation of a physician's conflict competence are adaptive

strategies for overcoming stress, as well as value orientations that determine the attitude to life, work and interpersonal relationships.

It is determined that the chosen strategies for dealing with difficulties affect the formation of “successful” and “unsuccessful” patterns of behavior of specialists. These patterns are manifested in the positive overcoming of the state of cognitive dissonance. This process has a positive impact on the structure, dynamics and effectiveness of personal processes, becoming a driver of self-improvement and potential disclosure. On the contrary, the negative consequence of overcoming cognitive dissonance is a discrepancy between the vision of “I-am-a-professional” and the ideal vision of “I am a professional”. This, in turn, leads to a feeling of dissatisfaction with one's own profession, the process of professional activity, and, as a result, to professional maladjustment.

Studies have shown that coping strategies have a significant impact on how healthcare workers perceive cognitive dissonance. In particular, ineffective approaches to coping with stress can be a manifestation of cognitive dissonance, while adaptive strategies contribute to the growth of stress resistance among healthcare professionals.

Key words: *cognitive dissonance, culture of conflict resolution, health care workers, methods of overcoming difficulties, value-based attitude to professional activities.*

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Науковці, зокрема А. Адлер [1], Е. Берн [2], Дж. Келлі [7], А.-П. Перре-Клермон [8], З. Фрейд [4; 5] та ін., акцентували увагу на внутрішньо-особистісних суперечностях. Зважаючи на теоретичне підґрунтя кожної з наукових шкіл (скажімо, психоаналіз, когнітивізм або ж гуманістична традиція), дослідники концентрувались на вивченні психологічних аспектів, процесів та методів вирішення подібних конфліктів.

У сучасному розумінні психології аналіз видів психологічних перешкод, що породжують конфлікти, відіграє ключову роль: мовленнєві, емоційні, стратегічні, комунікаційні [2; 3]. Окрім загальновідомого негативного впливу внутрішньо-особистісних конфліктів, значну увагу приділяють їхній позитивній функції як чинника, що активізує внутрішні ресурси особистості для подолання, врегулювання особистих суперечностей і переходу до наступної стадії особистісного розвитку [10].

У такий момент дисонанс постає як багатогранна психологічна колізія, що потребує або згладжування, або ж подолання цих протиріч. Переважно когнітивні суперечності – це розбіжність між розумінням прийнятого вибору та ваганнями щодо його правильності [2].

Перш за все, слід визначити вражаючі розбіжності в джерелах когнітивних конфліктів: відмінності в особистому сприйнятті схожих явищ, невідповідності когнітивних стратегій, унікальність розвитку когнітивних систем [8; 9] та ін.

Окрім цього, залишаються без належної уваги центральні властивості когнітивних конфліктів, фактори, які їх запускають,

невизначеність щодо механізмів створення когнітивних конфліктів та труднощів у спілкуванні й взаємодії, мало вивчено динаміку когнітивних конфліктів з огляду на вік та в професійному середовищі, особливо, у трудовій діяльності медичних працівників.

У психології поняття «когнітивний конфлікт» визначається як специфічний психічний стан особи [9]. Це внутрішня боротьба розуму, що виникає в ситуації, коли сформовані переконання та розуміння стикаються з новими даними, які їх спростовують.

У наукових розвідках, які зосереджені на дослідженні когнітивних сутичок, ставиться наріжне питання когнітивного дисонансу [3; 8]. Це явище пояснюється як відчуття психологічного незручності, що виникає, коли у свідомості індивіда з'являється розбіжність між двома когнітивними елементами, наприклад, ідеями, переконаннями, етичними цінностями, міркуваннями, намірами тощо. Найчастіше дисонанс проявляється саме в моменті прийняття рішення, оскільки когнітивне розуміння запланованої або втіленої дії не завжди корелює з переконаннями, знаннями, що направляють інші вчинки.

У соціально-психологічній теорії когнітивного дисонансу, що була розвинена Л. Фестінгером [3], цей феномен описується як психологічний стан, який з'являється, коли людина усвідомлює, що її вчинки або попередні дії не мають належного обґрунтування і вступають у конфлікт з її переконаннями та поглядами.

Отож, найголовнішим чинником виникнення когнітивного конфлікту є наявність певних психологічних перепон, що мають значну вагу для особистості, і від їхнього подолання залежить, як саме розгортатиметься конфлікт. Психологічне підґрунтя внутрішньо-особистісних сутичок виражається у двох протилежних векторах. З одного боку, стає очевидною деструктивна дія ментальних бар'єрів та протиріч, які супроводжують трудову діяльність, нерідко блокуючи її хід. З іншого боку, в момент здійснення діяльності, коли індивід стикається з перепонами, відбувається мобілізація енергетичного ресурсу для їх подолання, активізується внутрішній імпульс до дії, що, зрештою, веде до якісного стрибка у особистісному розвитку.

Аналіз досліджень та публікацій

Одним із перших, хто взявся за дослідження психологічного підґрунтя когнітивних колізій, був З. Фрейд [4; 5]. Відповідно до засад психоаналізу, психологічні перешкоди та відчуття тривоги, котрі впливають на формування особистості та самореалізацію індивіда, виступають як ті самі непереборні бар'єри. Ці, по суті, блокатори, продукують тривогу, породжують безнадійність та пригнічують

потреби. Ці фактори, по суті, викликають занепокоєння, продукують відчуття безвиході та пригнічують важливі потреби. Тривожність, згідно з поглядами психоаналізу, виступає реакцією «Его», що попереджає особистість про потенційну загрозу, з якою потрібно вступити в боротьбу або, навпаки, уникнути її.

Існує два способи, як можна здолати тривогу трьох різновидів (реалістичну, невротичну та моральну). Перший шлях розв'язання проблеми – це подолання труднощів, що дасть змогу безпосередньо зіткнутися з викликом та послабити його вплив. Другий спосіб передбачає застосування захисного механізму, який базується на спотворенні дійсності або ж на повному уникненні проблемної ситуації.

Психологічний захист, як це бачив З. Фрейд, охоплює широкий спектр прийомів, які застосовує індивід, коли потрапляє в ситуацію конфлікту, потенційно здатну викликати невротизацію. Застосування цих захисних механізмів (на кшталт витіснення, заперечення, перенесення і подібних) спрямоване на те, щоб позбавитися когнітивного дисонансу, досягти когнітивного консонансу, тобто гармонії та цілісності внутрішнього «Я», а заодно і знизити рівень тривожності та напруження.

Проблематика психологічних перешкод, що провокують внутрішні особистісні сутички, знайшла своє відображення у психоаналітичних теоріях А. Адлера [1], К. Хорні [6]. Значна частина авторів цих концепцій досліджує розуміння психологічного бар'єра крізь призму конфлікту між несвідомим та свідомістю. На переконання А. Адлера, після цілісної особистості, основоположним у людському є прагнення до особистого тріумфу, що тісно корелює з відчуттям власної недостатності. Безпосередньо комплекс неповноцінності потребує як легкої компенсації, так і особливого задоволення, водночас ускладнюючи завдання, оскільки постає на шляху до бажаного успіху.

У гуманістичній психології конфлікти не розглядаються як неминучі. Людську сутність не визначають через егоцентризм чи схильність до руйнування. Натомість, К. Роджерс [10] підкреслює значущість не тільки внутрішніх психологічних перешкод, що виникають внаслідок особистого досвіду, але й бар'єрів у спілкуванні. Зокрема, взаємодія з оточенням стає визначальною для самоусвідомлення та розкриття внутрішнього «Я». Саме через стосунки з іншими людьми формується розуміння власної особистості, її прояви та риси.

Відповідно до розуміння Е. Берна [2], особистість – це система з потужними енергетичними потоками, де спонукання народжуються із внутрішньої напруги. По суті, напруження виступає як бар'єр, що може

бути знятий через реалізацію будь-якої потреби, уникаючи при цьому внутрішніх суперечностей, незгоди з найближчим оточенням чи з навколишньою дійсністю. Енергія, що звільняється від стану рівноваги (напруження), виявляється як на фізичному, так і на психологічному планах. Психічна напруга відображається у вигляді відчуття тривоги та неспокою. На когнітивному рівні виникає прагнення до відновлення балансу та усунення напруги, оскільки особистість, як енергетична система, безупинно прагне до стану спокою.

Представник когнітивної школи в психології, Дж. Келлі [7], пропонує бачення особистості крізь призму системи персональних конструктів. Ці конструкції формуються як наслідок особистого досвіду, набутого індивідом протягом життя. Вони функціонують як своєрідні інструменти, що дозволяють нам аналізувати, осмислювати та розуміти оточуючу дійсність. Вони демонструють біполярний характер, подібно до «світлий – темний» чи «розумний – нерозумний», але по суті є унікальними особистими інтерпретаціями, які людина проєктує на реальність. Інакше кажучи, конструкт слугує фундаментальним елементом нашого сприйняття та розуму, трансформуючи об'єктивні дані у їхнє суб'єктивне осмислення. Проте когнітивні властивості людини не завжди дозволяють прогнозувати майбутні події та контролювати власні дії.

Коли особистість розуміє, що реальність виходить за межі її власних переконань, Дж. Келлі називає це тривогою – почуттям нестабільності та втрати контролю [7]. Тобто, на його погляд, перепони виникають, коли людина усвідомлює, що їй бракує необхідних розумінь для інтерпретації подій. Це, в свою чергу, спричиняє виникнення внутрішніх суперечностей.

У рамках генетичної психології також можна зустріти терміни, які допомагають зрозуміти природу внутрішніх конфліктів особистості. Наприклад, А.-П. Перре-Клермон [9] у своїх працях вивчає особливості соціальної взаємодії в діяльності особистості. Дослідниця вважає, що ключовим фактором когнітивного розвитку та виникнення когнітивних конфліктів є форма взаємодії, яка створює умови для зіткнення різних поглядів на вирішення задач. У процесі порівняння особистої позиції з безліччю поглядів з'являється «соціокогнітивний конфлікт», спричинений зіткненням думок під час групового обговорення та вибору рішення. Необхідність його подолання та спільний пошук згоди сприяють поєднанню різних поглядів, що позитивно відбивається на удосконаленні інтелектуальних навичок. Соціальна взаємодія, яка охоплює конфлікти, виступає рушійною силою для наслідування, змушуючи індивіда переступати усталені межі. Здебільшого це

відкриває шлях до узгодження власних поглядів із точками зору інших та сприяє розвитку плідної співпраці.

Отже, «соціокогнітивний конфлікт», як поняття, введене А.-П. Перре-Клермон [9], проявляється як пізнавальне утруднення, породжене взаємодією між особами. Важливо підкреслити, що ця перепона впливає не тільки на зміну особистих когнітивних структур, а й на процес формування особистості в цілому.

Таким чином, когнітивний дисонанс серед медичних працівників – це специфічна форма дискомфорту, що виникає, коли особа стикається з неузгодженістю у власних ментальних структурах: віруваннях, моральних засадах, розсудах тощо. Найбільш виражено когнітивний дисонанс дає про себе знати під час прийняття рішень, коли заплановані дії не завжди корелюють з власними переконаннями та обізнаністю. Цей стан незручності спонукає експерта або пом'якшити, або ліквідувати негаразд, адже людська сутність здебільшого відчуває потребу в рівновазі. Внутрішній баланс, або ж узгодженість, є тим важелем, який скеровує особистість до задоволення певних потреб.

Формулювання цілей статті

Мета статті – окреслити особливості впливу когнітивного дисонансу на фахову роботу медичних працівників, а також засоби профілактики та корекції негативних наслідків внутрішньо-особистісних конфліктів.

Виклад основного матеріалу

Відтак, визначені нами завдання з коригування та упередження негативних наслідків когнітивного дисонансу втілювалися шляхом реалізації «Комплексної програми розвитку конфліктологічної культури медичних фахівців». Ця програма передбачає теоретичний навчальний курс для медичного персоналу та низку практичних тренінгів. Ці ініціативи спрямовані на формування ціннісного підходу до існування, професійного становлення, вмінь врегулювання конфліктів, а також на розвиток «ефективних стратегій подолання труднощів особистості задля коригування та запобігання внутрішнім конфліктам, стану когнітивного дисонансу». Зазначений курс складається з двох теоретичних частин: «Професійна стресологія» та «Засади професійної реабілітації». До того ж, для медичного персоналу, що входив до експериментальної групи, ми запропонували розроблений нами тренінг з метою корекції емоційного стану, із застосуванням музикотерапії. Також було запропоновано тренінг соціальної адаптації, де використовувались психокорекційні тілесно-орієнтовані вправи.

Ефективність даної комплексної програми було виміряно за допомогою психодіагностичних методик, а саме: опитування SF-36 (для визначення якості життя) та опитувальника Е. Гейма (з метою виявлення стратегій подолання труднощів, як конструктивних, так і деструктивних). Застосовувались методи математичного аналізу даних. Вибір психодіагностичних інструментів було здійснено для виявлення оптимальних копінг-стратегій серед медичних працівників, їх фактичного застосування, що впливає на рівень життя та його суб'єктивне сприйняття.

Для здійснення оціночних заходів сформували 1 експериментальну групу, яка складалася з 15 медичних працівників, і також 1 контрольну групу, до якої увійшли 15 медичних працівників.

Результати дослідження, зібрані за методом Е. Гейма, відкривають можливість дослідження когнітивних, поведінкових та емоційних підходів до подолання викликів, що були застосовані учасниками експерименту, а також дають змогу встановити їхню пристосованість (адаптивні, умовно адаптивні, дезадаптивні).

Окрім того, варто наголосити, що статистично значуща різниця у частоті використання учасниками експерименту поведінкових, когнітивних та емоційних стратегій подолання стресу спостерігається лише в експериментальній групі. Це вказує на більш відчутну динаміку змін у здатності медичних працівників управляти своєю поведінкою, що пов'язано з оволодінням ними навичками та знаннями з конфліктології.

Відповідно до даних, які ми отримали в результаті спостережень і досліджень, удосконалення здатності до самоконтролю тісно пов'язане з еволюцією, передусім, когнітивної сфери особистості, яка включає в себе систему переконань і цінностей. Загальний аналіз структури когнітивних стратегій подолання стресу медичними працівниками дає можливість виявити зміни, як у кількісних показниках, так і в їх якісному вираженні, у процесі обробки та оцінки інформації.

Виразне зростання частоти використання медиками з експериментальної групи таких копінг-механізмів, як «надання значення» ($\varphi^*=2,06$, при $p \leq 0,05$), «аналіз проблеми» ($\varphi^*=2,5$, при $p \leq 0,01$) та «відносність» ($\varphi^*=1,77$; при $p \leq 0,05$), підкреслює помітну динаміку в становленні та застосуванні адаптивних копінг-стратегій. У контрольній групі відзначається тенденція до збільшення частоти вибору всіх типів адаптивних стратегій, окрім стратегії «аналіз проблеми», що визначає динаміку використання «успішних» когнітивних копінг-стратегій.

Саморегуляція медичних фахівців, які знаходяться в умовах неперервного робочого тиску, щоденно зустрічаючись зі стресом, найчастіше виражається крізь копінг-механізм «співпраця», імовірність обрання котрого значно підвищується ($\varphi^*=1,81$, при $p \leq 0,05$) та стає визначальною. Паралельно з цим, відзначається тенденція до рідкішого застосування дезадаптивного копінг-підходу «активне уникнення» ($\varphi^*=2,1$; за $p \leq 0,05$).

Натомість, слід наголосити, що зміни в підході до вибору стратегій поведінки для подолання стресу були помічені й у контрольній групі досліджуваних. Адаптаційні стратегії реагування на стрес застосовувалися навіть в умовах напруження завдяки пріоритету стратегії «співпраця» (збільшення частоти вибору $\varphi^*=3,31$; за умови $p \leq 0,01$).

Слід підкреслити, що в контрольній вибірці зафіксовано спад ($\varphi^*=2,1$; при $p \leq 0,05$) у частоті застосування стратегії «звернення по допомогу», тоді як в експериментальній вибірці спостерігається схильність до зростання частоти використання цієї стратегії. Отже, серед ефективних стратегій, які ґрунтуються на взаємодії між людьми, медичні працівники частіше вдаються до стратегій внутрішнього рефлексивного звернення до іншої людини. В цілому, «співпраця» та «звернення за допомогою» відносяться до соціально активних стратегій подолання стресу, проте демонструють певні відмінності.

Варто зазначити, що виявлено зміни у схильностях щодо застосування стратегії «компенсація». Відтак, представники контрольної групи більш активно ($\varphi^*=4,01$; за $p \leq 0,01$) залучають сторонні засоби, відповідно частіше послуговуються стратегією «компенсація». На відміну від них, медичні фахівці з експериментальної групи зосереджуються на внутрішніх ресурсах для виходу зі складних положень, через що рідше вдаються до стратегії «компенсація».

Загалом, рівень адаптивних стратегій емоційного подолання в досліджуваній вибірці підвищується, корелюючи зі стратегією «оптимізму» ($\varphi^*=2,90$; за умови $p \leq 0,01$). Паралельно з цим, фіксується зменшення кількості як помірно адаптивних, так і дезадаптивних стратегій, зумовлене рідшим використанням таких методів, як «пасивна співпраця» ($\varphi^*=3,10$; за умови $p \leq 0,01$), «покірність» ($\varphi^*=2,42$; за умови $p \leq 0,05$) та «самозвинувачення» ($\varphi^*=2,51$; за умови $p \leq 0,01$).

Стосовно різниць у підходах до подолання труднощів між групами, спостерігаються важливі відмінності у використанні безпосередньо емоційних стратегій. А саме, в контрольній групі зафіксовано часте застосування неконструктивної стратегії «придушення емоцій» ($\varphi^*=1,86$; за умови $p \leq 0,05$).

Медичні працівники з контрольної групи демонстрували менший ентузіазм до стратегій когнітивної адаптації ($\varphi^*=2,14$, якщо $p \leq 0,05$), а натомість частіше використовували неадаптивні підходи ($\varphi=3,21$, за умови $p \leq 0,01$). Більше того, вони мали тенденцію до вибору емоційно адаптивної стратегії «пасивної співпраці» ($\varphi=1,24$, якщо $p \leq 0,05$), що ґрунтується на довірі та емоційній близькості у стосунках.

Медичні працівники експериментальної групи, частіше застосовують копінг-стратегію «відволікання», як спосіб поведінкової адаптації ($\varphi^*=1,58$, $p \leq 0,05$). Водночас вони менше схильні до «активного уникнення» – стратегії, що вважається неадаптивним поведінковим подоланням проблем ($\varphi^*=1,36$, $p \leq 0,05$). Також виявлено, що хірурги у цій вибірці значно рідше вдаються до стратегії «протест» для адаптації ($\varphi^*=2,32$, $p \leq 0,05$), а натомість віддають перевагу «оптимізму» як адаптивному механізму ($\varphi^*=1,84$, $p \leq 0,05$). Вони рідше вдаються до неконструктивної стратегії подолання труднощів – «звинувачення себе».

Тож, необхідно наголосити, що ми зареєстрували статистично значущі відмінності між досліджуваною та контрольною групами щодо критерію «Physical Functioning» (PF) – фізичного функціонування: медичні працівники з контрольної групи помітно частіше ($\varphi=2,58$, за умови $p \leq 0,01$) оцінювали свій стан як незадовільний.

Натомість, особи з експериментальної групи виявляють набагато вищі показники з фізичного функціонування «Physical Functioning» (PF) ($\varphi=2,58$, якщо $p \leq 0,01$), рольового функціонування, що обумовлено фізичним станом «Role-Physical» (RP) ($\varphi^*=5,2$, за умови $p \leq 0,01$), а також емоційного стану, котрий впливає на рольове функціонування «Role-Emotional» (RE) ($\varphi=3,7$, якщо $p \leq 0,01$), суспільної активності «Social Functioning» (SF) ($\varphi^*=5,8$, за умови $p \leq 0,01$) та самооцінки психічного здоров'я «Mental Health» (MH) ($\varphi^*=3,7$, якщо $p \leq 0,01$). Окрім того, було виявлено прямий кореляційний взаємозв'язок між результатами стратегії «розв'язання проблем» і соціальним функціонуванням серед медичних працівників, що були залучені до контрольної групи ($r=0,26$, за умови, що $p \leq 0,01$) та експериментальної групи ($r=0,33$, за умови, що $p \leq 0,01$).

Отже, кореляція між рівнем базової копінг-стратегії «розв'язання проблем» та показниками якості життя спостерігалася у медичних працівників експериментальної групи: психічне здоров'я «Mental Health» (MH) ($r=0,30$, при $p \leq 0,01$) та емоційне функціонування «Role-Emotional» (RE) ($r=0,37$, при $p \leq 0,01$). У контрольній групі медичних працівників, копінг-стратегія «розв'язання проблем»

демонструвала зв'язок з показником життєздатності «Vitality» (VT) ($r=0,23$, при $p \leq 0,05$).

Найімовірніше, ці зміни вказують на переорієнтацію особистості: з опори на зовнішні стратегії подолання труднощів на внутрішні ресурси, після застосування спеціалізованих коригувальних технік.

Порівняльний розбір стратегій боротьби зі стресом, що їх використовують медичні працівники з експериментальної та контрольної груп, задля оцінки результативності корекційних заходів, спирається на такі показники: «фізичний і ментальний добробут», «загальна якість життя», «ціннісне ставлення до існування загалом та до професії зокрема», «самооцінка» як основа здатності керувати власною поведінкою.

Отже, було виявлено статистично значущий зв'язок між способами подолання життєвих викликів, особливостями характеру та самостійною оцінкою учасниками експерименту власного здоров'я й відчуттям благополуччя.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Таким чином, когнітивні завади, що породжують когнітивний дисонанс, виступають як психологічні проблеми, які виникають у процесі здобуття професійних умінь, залишаючи слід у свідомості людини та ускладнюють досягнення відповідності між розумінням індивіда й об'єктивними обставинами та способами діяльності.

Психологічні елементи когнітивного бар'єру охоплюють: уявлення перепон, що з'являються в ході процесу; розуміння деструктивного впливу бар'єру на хід та результати діяльності; відчуття порушення у робочому процесі; задіяння внутрішніх ресурсів для розв'язання внутрішнього протиріччя.

Майбутні дослідження мають на меті розкрити природу когнітивного дисонансу в контексті професійної діяльності фахівців різних сфер, зважаючи на його вплив на результативність та процеси самореалізації. Не менш важливо окреслити психологічні стратегії попередження та усунення внутрішніх конфліктів, а також розробити ефективні навчальні курси для медичного персоналу задля покращення їхньої конфліктологічної компетентності.

Література

1. Adler A. The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections From His Writings. New York: Basic Books, 1956. 496 p.
2. Berne E., Steiner C. M., Dusay J. M. Transactional analysis. In Ratibor-Ray M. Jurjevich (Ed.), *Direct Psychotherapy: 28 American originals* Coral Gables, Florida: University of Miami Press.1973. pp. 370-393.
3. Festinger L. *Theory of Cognitive Dissonance*. L. Festinger. Stanford: Stanford University Press, 1957. 291 p.
4. Freud S., Jones E. (Ed.). *Beyond the pleasure principle*. (C. J. M. Hubback, Trans.). *The International Psycho-Analytical Press*.1922.
5. Freud S. The Ego and the Id. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925) : The Ego and the Id and Other Works*. P. 1-66.
6. Horney K. *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York : WWNorton & Co.1950. 400 p.
7. Kelly G. A. *The psychology of personal constructs (Vols. 2)*. New York : Norton.1955. 178 p.
8. Perret-Clermont A.-N. Social relationships and thinking spaces for growth. *Cahiers de psychologie et éducation (Université de Neuchâtel)*. 2011. 47. Pp. 7-17.
10. Rogers K.H., Wood, D. Accuracy of US regional personality stereotypes. *Journal of Research in Personality*. 2010. 4(6), 704-713.

References

1. Adler A. The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections From His Writings. New York: Basic Books, 1956. 496 p.
2. Berne E., Steiner C. M., Dusay J. M. Transactional analysis. In Ratibor-Ray M. Jurjevich (Ed.), *Direct Psychotherapy: 28 American originals* Coral Gables, Florida: University of Miami Press.1973. pp. 370-393.
3. Festinger L. *Theory of Cognitive Dissonance*. L. Festinger. Stanford: Stanford University Press, 1957. 291 p.
4. Freud S., Jones E. (Ed.). *Beyond the pleasure principle*. (C. J. M. Hubback, Trans.). *The International Psycho-Analytical Press*.1922.
5. Freud S. The Ego and the Id. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923- 1925): The Ego and the Id and Other Works*. P. 1-66.
6. Horney K. *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: WWNorton & Co.1950. 400p.
7. Kelly G. A. *The psychology of personal constructs (Vols. 2)*. New York: Norton.1955. 178 p.
8. Perret-Clermont A.-N. Social relationships and thinking spaces for growth. *Cahiers de psychologie et éducation (Université de Neuchâtel)*. 2011. 47. Pp. 7-17.
10. Rogers K.H., Wood, D. Accuracy of US regional personality stereotypes. *Journal of Research in Personality*. 2010. 4(6), 704-713.