

Марина Орап,
доктор психологічних наук,
професор кафедри психології
Тернопільського національного
педагогічного університету
імені Володимира Гнатюка

Maryna Orap,
Doctor of Psychology,
Professor of the
Department of Psychology
of Ternopil Volodymyr Hnatiuk
National Pedagogical University

E-mail: orap2003@ukr.net
ORCID 0000-0001-7598-8453

ПСИХОСЕМАНТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОНЦЕПТІВ «ЗДОРОВ'Я» ТА «ХВОРОБА»

Статтю присвячено аналізу теоретичних і практичних аспектів проблеми психології, психолінгвістики та психосемантики здоров'я. Здійснено ґрунтовний аналіз підходів до дослідження феномену здоров'я, виокремлено ті аспекти питання, які є дотичними до психолінгвістичних проблем. Продемонстровано, що сучасний стан розвитку психолінгвістики дає змогу говорити про істотну роль особливостей мовленнєвого досвіду людини для підтримання її здоров'я. З'ясовано, що особливості словесного оформлення наших думок можна вважати сигналом або предиктором захворювання. Мета дослідження полягає у визначенні особливостей мовленнєвого досвіду, які корелюють зі станом здоров'я людини, виокремленні якісних відмінностей у мовленнєвій продукції здорових і хворих людей. Загальна гіпотеза полягає в тому, що є загальні ознаки, що об'єднують людей з медичним діагнозом. Здійснено емпіричне дослідження психосемантичних полів понять «здоров'я» і «хвороба» у свідомості здорових людей і людей з медичним діагнозом. Порівняння результатів у групах «Здорові», «Онкоздорові» і «Пацієнти» дозволило виділити особливості сприйняття понять «здоров'я» і «хвороба». Виявлено, що люди, які перебувають у процесі лікування, характеризують «здоров'я» як несприятливе, нечасне, вороже до людини, а також ненадійне, м'яке, таке, яке легко втратити. «Хвороба» в семантичних полях хворих людей «існує» як важка, тверда, активна і агресивна. Хвороба однаково негативна сприймається як здоровими, так і хворими людьми; однак досвід тих, хто подолав хворобу, показує зниження сприйняття сили і активності хвороби, підвищення самовпевненості у подоланні хвороби. На основі порівняння семантичних полів онкохворих та людей, які подолали цю хворобу, зроблено висновок про те, що настанови, налаштування особистості стосовно хвороби, які відображені у семантиці, у смислах, є одним із чинників, що істотно впливають на перебіг та результати лікування.

Ключові слова: здоров'я, хвороба, мовлення, психолінгвістика, семантика, семантичний диференціал, онкозахворювання, пацієнти.

The article is devoted to the analysis of theoretical and practical aspects the problem of psychology, psycholinguistics and psychosemantics of health. The analysis of the approaches to study the phenomenon of health has been carried out; the psycholinguistic aspects of the problems are identified. It is demonstrated that the current state of development of psycholinguistics makes it possible to speak about the essential role of personality's speech experience peculiarities in saving its health. The general idea that our research is devoted to is the notion that word formation of our thoughts can be consider as a signal or predictor of disease. Thus, the goal is to determine the features of speech experience, which correlate with the state of human health, the separation of qualitative differences in the speech production of healthy and sick people. The general hypothesis is that there are common narrative signs that unite people with a medical diagnosis. The purpose of this publication is to identify the differences in the construction of the psychosemantic fields of the concepts "health" and "disease" in the minds of healthy people and people with medical diagnosis. In this direction, an empirical study of the psychosemantic fields of the concepts "health" and "disease" is carried out. Comparison the results in the sample groups "Healthy", "Oncohealthy" and "Patients" made it possible to distinguish the features of perception the concepts "health" and "disease". People who are in the process of treatment,

Psychology

"health" is characterized as unfavorable, unhappy, hostile to the person, as well as unreliable, soft, easy to lose. "Illness" in the semantic fields of sick people "exists" as heavy, firm, active and aggressive. The disease is equally negative perceived by both healthy and sick people; however, the experience of those who overcome the disease shows a decrease in the perceptions of the strength and activity of the disease, increasing self-confidence in overcoming the disease. Comparison of the semantic fields of cancer patients and people who have overcome this disease makes it possible to conclude that settings of personality traits in the semantics, in terms of illness, are one of the factors that significantly affect the course and outcomes of treatment.

Key words: *health, illness, speech, psycholinguistics, semantics, semantic differential, oncology, patients.*

Постановка проблеми. Тривалий час здоров'я розглядалось у межах протиставлення «здоров'я – хвороба». І тому, у більшості випадків, було предметом вивчення медицини, психіатрії, психопатології. Сьогодні термін здоров'я трактується Всесвітньою організацією охорони здоров'я як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя», а не лише як відсутність хвороб або фізичних дефектів. Це сприяло зміні парадигми досліджень і спонукало до психологічного вивчення здоров'я людини як цілісного феномену, що охоплює усі сторони життєдіяльності як: 1) динамічної рівноваги організму і його функцій (Н. Бачерніков, Д. Матарацио, А. Ребер, В. Семке), 2) як рівня стійкості, працездатності, оптимальної адаптації людини до умов власного життєвого шляху, пов'язаних із способом життя (В. Ананьєв, Р. Ассаджолі, В. Братусь, Л. Коробко, Г. Савченко, Ю. Швалб), 3) та як гармонійного психічного життєздійснення людини (А. Маслоу, М. Боришевський, Т. Титаренко, В. Франкл).

Отже, здоров'я вивчається як надбання психобіофізичного організму, основним критерієм чого є повноцінне комфортне життєздійснення, благополуччя, wellbeing, як відносно стійкий стан, у якому особистість добре адаптована, зберігає інтерес до життя і досягає самореалізації.

Оскільки складовими комплексного феномену здоров'я людини є її фізичне, соціальне і психічне здоров'я, ми можемо стверджувати, що з психолінгвістичної точки зору, всі ці складові здоров'я втілюються у слова, висловлювання, тексти, у наративи та зміст внутрішнього діалогу людини. А відтак, ігнорувати аспект впливу наших думок, оформлених у слова на стан рівноваги, стійкості та гармонії, який є основою здоров'я, неможливо. Тому, незалежно від парадигми дослідження, мовлення розглядається засобом, що впливає на здоров'я через вплив на життєвий шлях людини. Визнаючи мовлення засобом формування і оформлення думок (а отже – і всіх бажань, мрій, установок і таке інше), психолінгвістика створює передумови для глибокого дослідження ролі мовленнєвого досвіду у формуванні і збереженні людського здоров'я. У такому випадку виникає закономірне питання – де розташовуються точки перетину психолінгвістики і психології здоров'я? Що виступає предметом вивчення психології здоров'я у психолінгвістичній парадигмі?

Конкретизуючи дане глобальне питання в межах нашого дослідження, ми приходимо до звуження і деталізації питання: Як у мовленнєвому досвіді відображається стан здоров'я людини? Як мовленнєвий досвід впливає на стан здоров'я людини? Чи впливають слова, які ми вимовляємо (і думаємо) на стан нашого здоров'я? Чи є певні усталені синтагматичні конструкції, особливості побудови мовленнєвого досвіду симптомами, показниками, маркерами певних проблем загального стану організму? Теоретичне розв'язання цих питань дасть змогу відповісти на низку практичних запитів: Чи можна, використовуючи певну побудову синтагм і наративів сприяти покращенню стану здоров'я? Як саме за допомогою змістових та організаційних характеристик мовленнєвого досвіду сприяти збереженню здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуалізація проблем здоров'я спричинила посилення уваги до питань психологічних чинників виникнення і подолання хвороб. Ідеї психосоматики, закладені у класичних працях Ф. Александера, С. Желіффа, Ф. Данбара, Е. Вейс отримують розвиток у дослідженнях взаємовпливу стресу і хвороби Л. Бурбо, Л. Хей, Р. Коннера, К. Саймонтона, С. Саймонтон, Н. Пезешкіана. Ф. Александер в книзі «Психосоматична медицина» підкреслює роль емоційних чинників у виникненні захворювань, наголошує, що більшість хвороб викликаються не стільки зовнішніми механічними, хімічними чинниками або мікроорганізмами, а скоріше довготривалим функціональним стресом, що виникає у повсякденному житті індивіда [Александр, 2006].

Сучасні українські дослідники здійснюють науковий пошук у напрямку пошуків критеріїв психологічного здоров'я (І. Галецька, О. Василевська, Н. Підбуцька, І. Коцан, О. Курявська, Н. Ярема), особливостей психічного здоров'я на різних вікових етапах (О. Василевська, В. Мешков, Л. Пляка, С. Ревенко), психологічної допомоги та корекції (Т. Ахмедов, М. Воронов, Т. Данчева, М. Жидко). У експериментальному дослідженні, здійсненому Л. Вереїною та Л. Прохоровою виокремлено негативні установки онкохворих респондентів та емоції, які є найбільш характерними для осіб, хворих на рак [Вереїна, Прохорова, 2012].

Окремо слід відзначити напрямок досліджень, які наголошують на ролі мислення і мовлення у підтриманні функціональної рівноваги організму. Варто згадати ідеї засновника позитивної психотерапії, німецького психотерапевта іранського походження Н. Пезешкіана, який у своїй книжці «Психосоматика и позитивная психотерапия» одужання пацієнта ставить у пряму залежність від слів, які той вживає. Автор зазначає, що саме використання слів, які ми вважаємо вдалими метафорами, на кшталт – «Мені перекрыли кисень» або «Це не дає мені дихати» – напряду здійснюють програмування людини на хворобу. Таке мовлення лікар Н. Пезешкіан назвав «органічним мовленням» у смислі – «мимовільне», «спонтанне», некероване – і стверджує, що корекція власної

Psychology

мовленнєвої діяльності значно покращує стан здоров'я людини [Пезешкиан, 2006].

Психосемантичні дослідження дають змогу стверджувати, що в тій мірі, в якій наші психічні процеси опосередковані значенням, вони є потенційно усвідомлюваними. Відтак, лексика мови несе в собі у формі семантичних компонентів певні ознаки, які виокремлюють в оточуючій дійсності ті чи інші аспекти. Специфіка засвоєних значень утворює ментальний простір, який описує реальність суб'єкта (носія), і в такому потрактуванні значення розкривається тільки в контексті певного ментального простору, в межах категоризації, притаманної суб'єкту. Як зазначає В. Петренко, «позиція суб'єкта, його знання про світ імпліцитно присутні при інтерпретації знака і визначають цю інтерпретацію» [Петренко, 1988: с. 12]. Говорячи про будову суб'єктивного досвіду, О. Артем'єва зазначає, що семантичний шар – це проміжна ланка між сенсорно-перцептивним і найбільш глибоким, аmodalним рівнями відображення, це той шар, в якому, власне і відбувається усвідомлення. «Сліди взаємодій зафіксовані у цьому шарі у вигляді багатомірних відношень: сліди атрибутовані суб'єктивним ставленням» [Артем'єва, 2007: с. 20]. Відтак, суб'єктивна семантика значень – це саме те, що утворює образ світу і через нього впливає на суб'єктивний досвід людини. У цьому напрямі актуальним є дослідження Л. Засекіної, яка виявила залежність здоров'я особистості від наративного досвіду та роль останнього у реорганізації травмуючого досвіду особистості [Засекіна, 2012: с. 109]. У роботі А. Козлова психосемантичний підхід використано для виокремлення одинадцяти сфер психологічного здоров'я: відсутність психічних відхилень, душевна рівновага, просоціальна орієнтація, фізичне благополуччя, гуманістична позиція, прагнення бути собою, творче самовираження, сімейне благополуччя, любов до Вищого (Бога, природи), орієнтація на мету, інтелектуальне вдосконалення [Козлов, 2011: с. 132].

У дослідженні С. Максименка і М. Орап було виявлено, «що спільними ознаками наративу, що об'єднують мовленнєву діяльність хворих (із медичним діагнозом) людей є: 1) збільшення частки слів із негативним емоційним забарвленням на оцінювання подій власного життя; 2) збільшення частки «афективних» слів на позначення соматичного та особистісного компонентів внутрішньої картини життя; 3) наявність синтагм, що описують аутоагресію і ретрофлексію» [Максименко, Орап, 2018: с. 263]. Таким чином, зроблено висновок про те, що слова і усталені синтагматичні конструкції, що використовуються мовцем, слугують своєрідними маркерами хвороби, відображаючи внутрішню картину способу життя.

Але чи можливо висунути гіпотезу про те, що слова можуть не лише сигналізувати і виявляти хвороби, але й бути чинниками хвороб? Відповідь на це питання дає змогу означити новий напрям у розвитку теорії і практики психолінгвістичної науки. Загальна ідея, якій присвячене

наше дослідження – це уявлення про те, що словесне оформлення думок може слугувати сигналом і чинником захворювань. Відтак, метою є визначення особливостей мовленнєвого досвіду, що корелюють зі станом здоров'я людини, виокремлення якісних відмінностей у мовленнєвій продукції здорових і хворих людей, що й спричинило формулювання гіпотези про те, що існують спільні змістові ознаки нарративу, які об'єднують людей із медичним діагнозом. **Метою** даної публікації є визначення відмінностей у побудові психосемантичних полів концептів «здоров'я» і «хвороба» у свідомості здорових людей та людей з медичним діагнозом.

Виклад основного матеріалу. Ставлення людини до здоров'я і хвороби – істотний чинник динаміки і результату одужання, якості життя після операції і лікування. Тому, в першу чергу, нас цікавила реконструкція індивідуальної системи значень, дослідження семантичних просторів, що є аналогом категоріальних структур індивідуальної свідомості. Основним методом, який дає змогу реконструювати індивідуальні системи значень, є семантичний диференціал, запропонований Ч. Осгудом у 1952 році. Він передбачає оцінювання за біполярною шкалою певного явища, образу, слова – стимула. Ми використовували модифікований та адаптований О. Артем'євою [Артемьева, 2007] 14 полюсний варіант, у якому класичні фактори, виділені Ч. Осгудом, уже також позначені, що дозволяє відразу згрупувати їх у три групи: ОЦІНКА: добрий-злий, чистий-брудний, розумний-дурний, приємний-неприємний, солодкий-гіркий, щасливий-нещасний. СИЛА: важкий-легкий, ситий-голодний, твердий-м'який, старий-молодий. АКТИВНІСТЬ: швидкий-повільний, активний-пасивний, сміливий-боязкий, гарячий-холодний.

Респонденти оцінювали кожний концепт за шкалою -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3. Оцінки переводилися у бали від 1 (min) до 7 (max), відтак обраховувалися значення кожного фактора. Необхідно зазначити, що E₀ (фактор оцінки) означає позитивне чи негативне ставлення людини до даного слова, E_c (фактор сили) – потенціал слова, його силу і вагу, а E_a (фактор активності) вказує на те, як може реалізуватися потенціал слова, динаміку і тенденції розвитку. Варто наголосити, що процедура такого, так би мовити, «готового» семантичного диференціалу, з одного боку, спрощує процедуру обробки та інтерпретації результатів, оскільки не потребує здійснення факторного аналізу. З іншого боку, одним із результатів проведеного дослідження стало чітке усвідомлення необхідності побудови методики, відбору шкал для семантичного диференціалу власне українською мовою. Передбачаємо, що семантичний простір існування значень українською мовою може бути більш дієво та надійно визначено іншими шкалами, характерними саме для носіїв української мови. Тому в цьому, зокрема, й вбачаємо перспективи та подальший напрямок дослідження.

Psychology

Наше дослідження було спрямоване на вияв особливостей структури та змісту семантичного поля концепту «здоров'я» і «хвороба» у групах респондентів з різним типом взаємодії з хворобою – Здорові, Онкоздорові і Пацієнти. Група «Здорові» – 67 респондентів, студенти факультету післядипломної освіти ТНПУ імені Володимира Гнатюка, вчителі, вихователі дошкільних закладів освіти, середній вік – 38 років. Група «Онкоздорові» – 56 респондентів, волонтери Всеукраїнської громадської організації «Разом проти раку», середній вік – 51 рік. Група «Пацієнти» – 42 респонденти, пацієнти Тернопільського обласного онкодиспансеру та Національного Інституту раку (м. Київ), середній вік – 46 років. Загалом, вибірку склали 165 респондентів. Аналіз результатів емпіричного дослідження здійснювався у кількісному та якісному напрямках і дав можливість зробити ґрунтовні висновки.

Концепт «ЗДОРОВ'Я». Статистично значущі відмінності у середніх значеннях оцінок за шкалами виявлено у групах «Здорові» і «Пацієнти». Слід зазначити, що група «Онкоздорові» за оцінкою концепту «Здоров'я» не виявила статистично значущих відмінностей з жодною з двох інших груп. Проте, математично і змістовно – ближче до групи «Пацієнти» – вони теж оцінюють його як надважливе і досить крихке і нестійке. Ми пов'язуємо це з різним і дуже полярним ставленням до здоров'я людей, які пережили онкозахворювання – є люди, які вважають себе й надалі смертельно хворими та інвалідами, а є люди, які вважають себе цілком здоровими.

Слід наголосити, що відмінностей за фактором «Активність» у вибірці не зафіксовано – усі групи респондентів однаково оцінюють здоров'я переважно як активне, швидке, сміливе і гаряче.

Статистично значущі відмінності виявлено за факторами «Оцінка» і «Сила» (t-критерій Стьюдента $t=2,55$ для фактору Оцінка, що є більшим табличного $t=1,99$; та $t=2,77$ для фактору Сила, що є більшим табличного $t=1,99$, для прийнятих ступенів свободи та на прийнятому рівні значущості $p<0,05$). Результати відображено у табл. 1.

Таблиця 1

Статистично значущі відмінності у семантиці концепту «Здоров'я» у групах «Здорові» і «Пацієнти»

Фактор «Оцінка»		Фактор «Сила»	
Здорові (5,41)	Пацієнти (2,95)	Здорові (5,93)	Пацієнти (1,94)
Щасливе (6,77)	Гірке (2,11)	Тверде (6,53)	М'яке (1,43)
Добре (6,04)	Нещасне (2,38)	Старе (6,10)	Легке (1,97)
Розумне (5,55)	Дурне (2,52)	Голодне (5,82)	Молоде (2,09)
Приємне (5,15)	Зле (2,54)	Важке (5,26)	Голодне (2,28)
Чисте (4,62)	Чисте (4,05)		
Солодке (4,34)	Приємне (4,14)		

З таблиці наочно видно, як відрізняються у свідомості респондентів концепт «Здоров'я» – наскільки негативно оціненим і слабким воно є у пацієнтів і наскільки більш сильним і позитивним у здорових людей.

Для здорових людей здоров'я сильне, тверде, щасливе, добре і розумне. Для хворих людей здоров'я – легке, таке, якого можна легко позбутися. Тобто, за висловом учасниці: «Та отак, раз – і його нема».

Ми пов'язуємо це зі специфічністю особистісної ситуації: оголошення діагнозу і початок лікування (шок, паніка, агресія, апатія), а також певна «образна» на своє здоров'я, невпевненість у ньому, розумінням того, що здоров'я можна втратити. Характерними є висловлювання учасниць дослідження: «Це здоров'я, я ніколи не мала з ним проблем, як так?» (розгубленість), «Здоров'я підвело, воно виявилось не міцне» (розчарованість). І навіть, у цей час здоров'я для респондентів виявилось нещасним («бо з ним проблеми») і дурним («бо з чого б то раптом?») і злим («зіграло зі мною злий жарт»).

Концепт «ХВОРОБА». За результатами семантичного диференціалу відмінності в оцінці концепту «Хвороба» виявлено між групами «Онкоздорові» і «Пацієнти». Здавалось би, саме цей концепт має бути представлений однаково у свідомості людей, які пережили і переживають цю хворобу, але ні, саме тут виявляються відмінності у ставленні. Група «Здорові» не виявляє істотних відмінностей у семантиці концепту, але змістовно – більш тяжіє до оцінок, які переважають у групі «Пацієнти». Люди, які знаходяться в процесі лікування і які не мали цієї хвороби – однаково бояться хвороби, уявляючи її як сильну, невідворотну і дуже агресивну. Люди, які хворобу пережили, ставляться до неї як до слабкої, м'якої і неактивної. Відмінностей за фактором «Оцінка» у трьох групах не виявлено. Тобто, переважна більшість респондентів усієї вибірки однаково оцінюють хворобу як 1) нещасну, 2) неприємну, 3) злу, 4) дурну.

Статистично значущі відмінності виявлено в оцінюванні концепту Хвороба у групах «Онкоздорові» і «Пацієнти» за фактором «Сила» (t-критерій Стьюдента $t=2,65$ для фактору Сила, що є більшим табличного $t=1,99$) та за фактором «Активність» ($t=2,14$ для фактору Активність, що є більшим табличного $t=1,99$ на прийнятому f степенів свободи та рівні значущості $p<0,05$). Результати відображено у табл. 2.

Відмінності виявляються у визначенні сили хвороби. Пацієнти, які перебувають на різних стадіях лікування і одужання вважають хворобу сильною, непереможною, важкою, твердою і нещодавно утвореною (молодою). Ми, звісно, пов'язуємо це з гострою фазою переживання хвороби, на якій знаходяться пацієнти. Онкологічні хворі характеризуються підвищеною реактивною тривожністю, підвищеним рівнем агресивності, що породжується страхом за своє життя і перед хворобою. Можна зробити висновок, що цей страх зумовлений тим, що пацієнти сприймають хворобу як дуже сильну, важку і вороже налаштовану проти них. У співбесідах, які ми проводили, дуже часто

Psychology

зустрічаємо висловлювання жінок на кшталт «це невиліковна хвороба», «від онко ще ніхто не вилікувався», «все одно ми всі помremo».

Таблиця 2

Статистично значущі відмінності у семантиці концепту «Хвороба» у групах «Онкоздоріві» і «Пацієнти»

Фактор «Сила»		Фактор «Активність»	
Онкоздоріві (2,14)	Пацієнти (5,19)	Онкоздоріві (2,03)	Пацієнти (5,83)
М'яка (1,28)	Важка (6,21)	Повільна (1,55)	Активна (6,47)
Голодна (1,52)	Тверда (5,88)	Пасивна(2,04)	Швидка (6,28)
Легка (2,63)	Сита (4,95)	Боязка (2,11)	Гаряча (5,95)
Молода (3,13)	Молода (3,71)	Холодна (2,41)	Смілива (4,60)

Істотним вважаємо висновок про те, що жінки, які цю хворобу пережили і поборолі, по-іншому емоційно реагують на хворобу – як на слабку, повільну і неактивну. Тобто «я перемогла рак, я його не боюся, я сильніша». Тут варто наголосити, що вибірка «Онкоздоріві» дуже гомогенна в плані активного ставлення до себе і своєї хвороби – волонтерами громадської організації стають люди, які активно позитивно налаштовані стосовно свого життя. Тому, передбачаємо, респонденти з іншим ставленням до свого одужання могли продемонструвати інші результати. У бесідах, малюнках, у наративах онкоздорівих чітко простежується думка про те, що рак слабкий, що ракові клітини нежиттєздатні, легко руйнуються. У респондентів із групи «Пацієнти» такого переконання немає, що спричинено (або спричинює) страх, паніку, розгубленість, агресію.

Аналіз результатів шкалювання за фактором «Активність» демонструє, що пацієнти оцінюють хворобу як активну («та цей рак пожирає все на своєму шляху»), швидку («коли тільки встигла?») і безстрашну (нічого не боїться – отже – «що хіміотерапія може вилікувати?»). З цього випливає негативна настанова на лікування, пасивне ставлення до хвороби («а що я можу зробити?»). Онкоздоріві ж сприймають хворобу як повільну, пасивну і боязку. І, до речі, всі опитані нами онкоздоріві характеризувалися довірою до лікарів і програми лікування, і, як вони стверджують, знали, що «лікування точно сильніше, ніж рак. А не допоможе хімія, то відріжемо і все».

Висновки і перспективи дослідження. У людей, які знаходяться у процесі лікування (конкретно – лікування онкозахворювань), «здоров'я» характеризується як несприятливе, нещасне, вороже до людини, а також ненадійне, м'яке, таке, що легко втратити. «Хвороба» у семантичних просторах хворих людей «існує» як важка, тверда, активна і агресивна. Хвороба однаково негативно та зі страхом сприймається як здоровими, так і хворими людьми; проте, досвід тих, хто хворобу подолав, демонструє зменшення уявлень про силу та активність хвороби, збільшення

впевненості у власних силах при подоланні хвороби. Порівняння семантичних полів онкохворих та людей, які подолали цю хворобу, дає змогу зробити висновки про те, що настанови, налаштування особистості стосовно хвороби, які відображені у семантиці, у смислах, є одним із чинників, що істотно впливають на перебіг та результати лікування.

Ці дані можна використовувати у процесі корекційної роботи із онкологічними хворими, спрямовуючи їх на зміну семантичних полів, а відтак – на зміну ставлення до хвороби. Ми вбачаємо потенційні можливості у створенні наративів, у яких би рак виступав слабким і легко переможним. Психолінгвістичні та психосемантичні дослідження є перспективним напрямком теоретичної основи психологічної допомоги у процесі одужання.

ЛІТЕРАТУРА

- Александр, 2002* – Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Москва : ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
- Артемьева, 2007* – Артемьева Е. Ю. Психология субъективной семантики. Санкт-Петербург : ЛКИ, 2007. 136 с.
- Вереіна, Прохорова, 2012* – Вереіна Л. В., Прохорова Л. В. Психологічні причини виникнення онкозахворювань у жінок. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія.* 2012. № 1009, вип. 49. С. 153–157. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhIPC_2012_1009_49_36_
- Засекіна, 2012* – Засекіна Л. В. Наративний досвід vis-à-vis здоров'ю особистості. *Психологічні перспективи.* 2012. Вип. 19. С. 101–109.
- Козлов, 2011* – Козлов А. В. Структура психологического здоровья: психосемантический подход. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.* 2011. № 937, вип. 45. С. 130–133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhIPC_2011_937_45_31_
- Максименко, Орап, 2018* – Максименко С., Орап М. Психолінгвістичні предиктори здоров'я. *Психолінгвістика: зб. наук. праць. Серія: Психологія.* Переяслав-Хмельницький : ФОП Домбровська Я. М. 2018. Вип. 24 (1). С. 251–269.
- Пезешкиан, 2006* – Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва : Институт позитивной психотерапии, 2006. 231 с.
- Петренко, 1988* – Петренко В. Ф. Психосемантика сознания. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1988. 208 с.

REFERENCES

- Aleksander, 2002* – Aleksander F. Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoye primeneniye. Moskva : EKSMO-Press, 2002. 352 s.
- Artemyeva, 2007* – Artemyeva E. Yu. Psikhologiya subyektivnoy semantiki. Sankt-Peterburg : LKI, 2007. 136 s.
- Vereina, Prokhorova, 2012* – Vereina L. V., Prokhorova L. V. Psykholohichni prychny vynyknennia onkozakhvoriuvan u zhinok. *Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho universytetu imeni V. N. Karazina. Serii: Psykholohiia.* 2012. № 1009, vyp. 49. S. 153–157. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhIPC_2012_1009_49_36_
- Zasiekina, 2012* – Zasiekina L. V. Naratyvnyi dosvid vis-à-vis zdoroviu osobystosti. *Psykholohichni perspektyvy.* 2012. Vyp. 19. S. 101–109.
- Kozlov, 2011* – Kozlov A. V. Struktura psikhologicheskogo zdorovya: psikhosemanticheskyy podkhod. *Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho universytetu imeni V. N. Karazina.* 2011. № 937, vyp. 45. S. 130–133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhIPC_2011_937_45_31_
- Maksymenko, Orap, 2018* – Maksymenko S., Orap M. Psykholinhvistychni predyktory zdorovia. *Psykholinhvistyka: zb. nauk. prats. Serii: Psykholohiia.* Pereiaslav-Khmelnitskyi : FOP Dombrovska Ya. M. 2018. Vyp. 24 (1). S. 251–269.

Psychology

Pezeshkian, 2006 – Pezeshkian N. Psikhosomatika i pozitivnaia psikhoterapiya. Moskva : Institut pozitivnoy psikhoterapii, 2006. 231 s.

Petrenko, 1988 – Petrenko V. F. Psikhosemantika soznaniya. Moskva : Izd-vo Mosk. un-ta, 1988. 208 s.

УДК 159.9.378

DOI 10.31470/2308-5126-2019-43-1-122-130

Галина Радчук,
доктор психологічних наук,
професор, завідувач кафедри
психології розвитку та
консультування Тернопільського
національного педагогічного
університету імені
Володимира Гнатюка

E-mail: galyna012345@gmail.com

ORCID 0000-0002-5809-544X

Halyna Radchuk,
Doctor of Psychology,
Professor, Head of the Department
of Developmental Psychology and
Counselling of Ternopil
Volodymyr Hnatiuk National
Pedagogical University

Зоряна Адамська,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології
розвитку та консультування
Тернопільського національного
педагогічного університету
імені Володимира Гнатюка

E-mail: zoryanada@ukr.net

ORCID 0000-0002-8288-836X

Zoryana Adamska,
PhD in Psychology, Associate
Professor of the Department of
Developmental Psychology and
Counselling of Ternopil
Volodymyr Hnatiuk National
Pedagogical University

ОСОБИСТІСНА ГОТОВНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩОЇ ШКОЛИ ДО ДІАЛОГІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Статтю присвячено теоретичному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню особистісної готовності викладачів вищих закладів освіти до діалогізації освітнього процесу. Визначено освітній діалог як процесуально-цілісну форму активного навчання, спрямовану перш за все на перетворення внутрішнього досвіду майбутніх фахівців та набуття нового. Обґрунтовано, що повноцінний освітній діалог залежить від трьох складових: 1) діалогічності викладача; 2) діалогічності навчального матеріалу (як фрагменту змісту освіти, що розглядається); 3) діалогічності студента. Проаналізовано провідну роль викладача не лише в діалогічній організації освітнього процесу, але й у розвитку діалогічної культури студентів. Доведено, що здатність до діалогу є проявом високої професійної майстерності, результатом вдосконалення власної педагогічної діяльності, постійної роботи над собою і необхідного діалогічного досвіду. Виокремлено два аспекти готовності викладача: 1) як педагог сам реалізує себе і розвивається як особистість (особистісна готовність); 2) яким чином він сприяє особистісному зростанню студентів (професійна готовність). Проаналізовано фасилітативні здібності викладача, на основі яких розвивається його особистісна готовність до діалогізації освітнього процесу, що проявляються в гуманістичній спрямованості особистості, спонтанності, відкритості, автентичності, а також у розвиненій потребі в самопізнанні, самоаналізі та самоактуалізації. Показано, що однією із серйозних перешкод діалогізації освітнього середовища вищої школи є неготовність викладачів до повноцінних діалогічних стосунків. Емпірично доведено, що найбільшою перешкодою в діалогізації освітнього процесу є орієнтованість викладачів на формальні показники навчальної діяльності, небажання відмовитися від застарілих педагогічних стереотипів, орієнтація на монологічність та