

## ДІАЛОГІЧНІСТЬ МОВЛЕННЕВОГО СПІЛКУВАННЯ У СТРУКТУРІ ВЗАЄМОДІЇ «ЛІКАР-ПАЦІЄНТ»

*У статті розглядаються психологічні особливості мовленнєвого спілкування у структурі зв'язків «лікар-пацієнт». Автор наголошує, що діалогічне мовлення формує суб'єкт-суб'єктний рівень взаємодії між лікарем і пацієнтом, що сприяє більш ефективному процесу лікування.*

**Ключові слова:** діалогічність, мовленнєве спілкування, «суб'єкт-суб'єктний» рівень взаємодії, «лікар-пацієнт», комунікативний простір, мова, слово.

*В статье рассматриваются психологические особенности речевого общения в структуре связей «врач-пациент». Автор отмечает, что диалогическая речь формирует «субъект-субъектный» уровень взаимодействия между врачом и пациентом, что способствует более эффективному процессу лечения.*

**Ключевые слова:** диалогичность, речевое общение, «субъект-субъектный» уровень взаимодействия, «врач-пациент», коммуникативное пространство, язык, слово.

*The article considers the psychological features of speech communication in the structure of "doctor-patient" relations. The author stresses, that dialogic speech forms subject-subjective level of interaction between doctor and patient thus making the healing process more effective.*

**Keywords:** dialogic, speech communication, "subject-subjective" level of interaction, "doctor-patient", communicative space, speech, word.

**Актуальність теми дослідження.** Сучасна лікарська практика, як на українських теренах, так і світова, переконливо доводить, що успішність самого процесу профілактики та лікування не може бути забезпечена тільки фаховим (лікарським) рівнем підготовки майбутнього спеціаліста. Сьогодні, коли зміщуються акценти з монологічної «суб'єкт-об'єктної» взаємодії лікаря з пацієнтом на діалогічну «суб'єкт-суб'єктну», як ніколи зростає необхідність їхньої творчої співпраці, де кожен з учасників мовленнєвого спілкування вносить свій внесок у процес ефективного лікування. Тільки взаємодія, що забезпечує зворотний зв'язок, формує зону довірчого спілкування, налаштовує на взаєморозуміння, вселяє віру пацієнта як в лікаря, так і у внутрішні резерви свого психічного та фізичного «Я».

**Мета** дослідження: проаналізувати психологічні особливості мовленнєвого спілкування лікаря з пацієнтом у форматі діалогічної взаємодії та обґрунтувати її вагомість у професійній підготовці майбутнього лікаря.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Царина дослідження діалогічного спілкування, що розпочалась із праць філософів Сократа, Платона, Г.Сковороди, М.Бубера знаходить своє продовження у науковому просторі ХХ століття – в лінгвістиці, літературознавстві, етиці. У працях Є.Будде, Л.Щерби, Є.Поліванова, Л.Якубинського дається аналіз особливостей діалогу, що сприяло накопиченню даних, різнопланових знань про різноманітні аспекти і ознаки діалогу.

Вивчення діалогу у психологічній науці започатковане у працях С.Рубінштейна, М.Бахтіна, В.Мясищева, Б.Ананьєва, О.Леонтьєва, Б.Ломова та ін. (в яких розкрита роль спілкування та взаємодії для розвитку особистості) й отримало подальший науковий інтерес у роботах А.Беляєвої, О.Бодальова, М.Кагана, Б.Паригіна, І.Васильєвої, Г.Ковальова, Г.Кучинського, А.Хараша, Т.Флоренської, Л.Орбан-Лембрик та ін. І хоча специфічні риси діалогу визначені рядом дослідників, однак особливості їх прояву в діалозі різних типів, зокрема професійно орієнтованого спрямування, в системі взаємозв'язку «лікар-пацієнт», не розглянуто.

Процес взаємодії лікаря і пацієнта відбувається у комунікативному просторі, який поєднує з одного боку, запити пацієнта, а з іншого – відгуки на них (допомогу) з боку лікаря.

Йдеться не про повідомлення інформації, як таке, структура якого монологічна, а про спілкування, ядром якого виступає діалогічність комунікативного формату. «Діалогічним життям» назвав М.Бубер спілкування між людьми [1]. А.М.Бахтін ще півстоліття тому, вказував на «діалогічну орієнтацію слова», так як «слово народжується у діалозі, як його жива репліка, формується у діалогічній взаємодії з чужим словом у реальному мовному житті. Діалог розглядається ним як конкретна подія спілкування, при якій відбувається «розкриття» ціннісного світу людини, її самовиявлення в конкретній взаємодії, як відповідь на відповідне посилення партнера [2].

У координатах комунікативного простору реалізуються основні якісні переходи, зокрема: кодування значень у символи і повідомлення інформації, декодування значень, трансляція смислу повідомлення, усвідомлення(не усвідомлення) інформації реципієнтом, формування загального інформаційного поля та створення загального смислу, формування комунікативних позицій партнерів, що вступають у діалог тощо [3,с.131].У комунікативному просторі лікаря і пацієнта знаходять своє вираження наміри і цілі учасників взаємодії, засоби повідомлення та канали передачі інформації, норми спілкування, мовленнєві цінності, загальний смисл.

Головною умовою виникнення діалогових відносин є наявність комунікативної інтенції, установки на повідомлення, «на слово». Логічні і предметно-змістовні відносини, щоб стати діалогічними, повинні втілитись, стати словом, тобто висловлюванням. Тільки тоді, коли предметне значення наділяється голосом, висловлюється в якості усвідомленої позиції особистості, виникають діалогічні відносини. М.Бахтін наголошує, що діалогічні відносини при цьому «переходять і в іншу сферу буття», «втілюються» в інші якості, тобто наявність комунікативної інтенції-установки на повідомлення змінює їх сутність. Виникає комунікативна ситуація, яка є системоутворювальним фактором, умовою, що робить можливим виникнення діалогічних відносин [4,с.84-85].

Згідно М.Бахтіна, мінімальною одиницею мовного спілкування є висловлювання. Між висловлюваннями існують специфічні відносини: питання-відповідь, ствердження-заперечення, ствердження-згода, наказ-виконання. Першою і визначальною особливістю висловлювання, як одиниці мовного спілкування, є зміна мовних суб'єктів. Друга особливість – завершеність висловлювання, яка дозволяє відповісти на нього і зайняти у відповідність до нього певну позицію(наприклад, виконати наказ, тощо). Ця завершеність (цілісність) визначається, за М.Бахтіним [2,с.336] такими факторами:

- 1.предметно-смісловою вичерпністю висловлювання;
- 2.мовним задумом або мовною волею того, хто говорить;
- 3.типовими композиційно-жанровими формами завершення.

Будь-яке висловлювання, на думку М.Бахтіна, включає в себе відносини, по-перше, до того, хто говорить(автор), по-друге, до іншого учасника мовного спілкування, по-третє, до предмету, про який мовиться. Розуміння особистостей, які спілкуються, як унікальних, зближує М.Бахтіна з поглядами О.Ухтомського [5], який стверджував, що людина бачить реальність такою, які є її доміанти (головні напрями діяльності). Вона не бачить інших людей такими, якими вони є, а спрямовує на них свої погляди, установки, тобто бачить в іншому саму себе. У цьому переключенні доміанти на іншого людина виявляє себе, свою неповторну індивідуальність. Звідси, розбудовуючи діалог із пацієнтом, лікар повинен відслідковувати свої власні проєкції на нього, думки, очікування, володіти рефлексивними знаннями, вміннями, навичками. В іншому випадку, якщо такі вміння не будуть у нього розвинені, виникне непорозуміння між лікарем і пацієнтом, оскільки перший не буде орієнтований щодо того, як пацієнт сприймає його, і, відповідно, канал інформації по якому здійснюється повідомлення пацієнту буде заблокований. Мовленнєве спілкування у такому випадку виявиться неефективним. Для того, щоб інформація була результативною(зрозумілою і прийнятною) для пацієнта, лікар, повинен знати як досягати її ефективності, ставлячи перед собою питання(за Г.Лассуелом):

1. Хто передає інформацію?
2. Що передається?

3. Як? (з допомогою якого каналу)
4. Кому?
5. З яким результатом?(ефект впливу).

Йдеться про прогностичні вміння та рефлексивні знання лікаря, що сприятимуть налагодженню взаємодії з пацієнтом від початку встановлення діалогу, його тривання і результативного завершення. Звідси, у схемі К – П – Р (комунікатор-повідомлення-реципієнт) смисл інформації для комунікатора випереджає процес кодування у символи (виголошування), оскільки той, хто говорить, спочатку має певний замисел і лише потім втілює його у систему знаків [3, с.133].

Звідси передача інформації від лікаря до пацієнта наступна: інтенція-смисл-кодування-текст. Для пацієнта смисл одержаного повідомлення розкривається майже одночасно з декодуванням, а далі наступає процес інтерпретації інформації.

Г.Дьяконов діалог розглядає як інтерсуб'єкту взаємодію людей, як «спів-буття» і «само-буття» учасників діалогу. Фундаментальними механізмами діалогу є ототожнення (уподібнення, ідентифікація) і відокремлення, які реалізуються з допомогою механізмів проекції та інтроекції [6, с.38]. Ототожнення і відокремлення, як елементи діалогічного процесу, можуть виступати як структурні рівні і утворення діалогу, як етапи динаміки і розвитку різноманітних діалогічних явищ. Оскільки змістом ототожнення-відокремлення можуть бути різні психічні процеси і явища: думки, почуття, афекти, дії, образи, ролі, установки та інші явища, можна вести мову про такі форми та рівні ідентифікації як перцептивну, моторну, емотивну, афективну, ціннісну, рольову, цільову та ін.[6, с.38]. Ідентифікація – відокремлення, як складові діалогічного процесу, можуть виконувати різні функції у діалозі: як засіб, спосіб, ціль, цінність, результат тощо. З однієї сторони, представлений механізм ідентифікації спрямований на ототожнення з партнером по спілкуванню для кращого його пізнання, надалі розуміння, а значить і прийняття позиції, точки зору тощо. Цей механізм дозволяє долати психологічну відстань-дистанцію між комунікантами, відповідно, формує зону довіри, спонукаючи до довірчих стосунків, налаштовує на комунікативну взаємодію. З іншої сторони, представлений паралельний полюс зближення – віддалення у механізмі відокремлення. Однак це не протиставлення себе іншому, але як право на автентичність іншого, на індивідуальність іншого в означеннях автономії мислення, сприйняття, переживання, у формотворенні власних смислів, позицій, поглядів, світоглядних складових самосвідомості. Звідси кожен із партнерів по взаємодії, виступаючи як її суб'єкт, діє на рівні взаємообміну проявів як психофізіологічної складової своєї особистості (психічні процеси), так і соціальної(знання, вміння, навички) та духовної(спрямованість) її складових. Ця поліморфність діалогу представляє собою механізм творчості і розвитку особистості, оволодіння нею свободою, самовираженням.

Діалог за М.Бахтіним – це не тільки спосіб формування особистості, це саме буття людини. Її «само-бутність» набуває свого повного і універсального вираження саме в процесі діалогу. Один голос нічого не завершує і нічого не вирішує. Два голоси – мінімум для життя, мінімум для буття» [2, с.338]. Звідси, переводячи проблему діалогічності у площину взаємодії «лікар-пацієнт», розуміємо вагомість не лише високої кваліфікації лікаря (володіння медичними операціональними знаннями, вміннями та навичками), а й власне комунікативно значущими якостями. У процесі спілкування лікар, в першу чергу, лікує словом. Вміння розпочати розмову, вислухати пацієнта, кваліфіковано ставити запитання, давати професійну (з точки зору психологічних та медичних вимог) відповідь, і, врешті-решт, - формулювати діагноз, – перший крок до успішного лікування із застосуванням різних лікарських методів та засобів лікування (фармакотерапія, хірургія тощо). Звідси, діалог у контексті лікар-пацієнт є поліфункціональним. У процесі спілкування лікар повідомляє про можливості сучасного стану розвитку медицини, нові медичні технології, як і новинки у фармакотерапії, стимулюючи, тим самим, когнітивну активність пацієнта, мотивує усвідомлення доцільності певного курсу лікування, професійно обґрунтовуючи вибір того чи іншого методу лікування. Звідси здійснюється й психотерапевтичний вплив на пацієнта шляхом зниження у нього емоційного напруження через зняття ситуації невизначеності,

надання підтримки (у якості фасилітатора), вселення віри як у ефективність лікування, так і резервних сил самого організму.

Будь-яка інформація, перш ніж стати іманентною частиною особистості, «обговорюється в ній», незалежно від того хоче людина цього чи ні. Чуже слово мусить перетворитися у своє-чуже(або ж чуже-своє). Чужі слова стають анонімними, присвоюються, свідомість монологізується, при цьому забувається початкове монологічне відношення до чужих слів. Вони ніби входять в освоєні чужі слова(проходячи через стадію «своїх-чужих» слів). Цей процес фонологізації дуже важливий. Далі монологізована свідомість як одне і єдине ціле вступає у новий діалог(уже з новими зовнішніми чужими голосами») [6, с.366].

Уміння вести діалог з пацієнтом багато в чому визначає майстерність лікаря володіти словом, зокрема, його семантичним, фонетичним та прагматичним компонентами [7, с.107]. Семантична властивість слова включає його значення та змістовну характеристику. Прагматична властивість насичує слово яскравістю, емоційністю та енергійністю. Хвора людина особливо чутлива на слово, яке виступає подразником-реакцією на підняття її настрою, і, відповідно, життєвої сили, так і реакцією спаду – пригнічення, зневіри у своє одужання. Відповідно, лікар повинен володіти здібністю до саморегуляції власної діяльності і вмінням контролювати словом як засобом впливу на психіку пацієнта; не допускати явища ятрогенії, як хворобливої реакції на неправильно витлумачені вислови(зайві розмови про діагноз, результати аналізів, вживання латинських термінів). Фонетична властивість слова проявляється в інтонації, оскільки велику увагу пацієнт приділяє не тільки змісту повідомлюваного лікарем(про що мовиться), але й формі(як говорить)повідомлення. Інтонація має бути звучною з текстом, виразом очей, конгруентною невербальним засобам спілкування. Не менш важливо вміти визначати стан пацієнта за зовнішніми проявами – мімікою, жестами, що допоможе зрозуміти ситуативну роль співрозмовника й уміло використати її в процесі спілкування. Під час встановлення діагнозу та лікування лікар повинен уміти враховувати вплив психологічних факторів на виникнення ряду соматичних та психічних захворювань, а також зважати на зміни психіки при різноманітних соматичних розладах. У такому разі він зуміє краще вислухати, порадити, повернути віру у власні сили, розбудувати контакт, основою якого є взаємоповага, довіра, здатність до емпатії(співпереживання та співчуття)[8, с.250].

У процесі діалогу відбувається «зустріч і взаємодія своїх і чужих очей, перехрещення світогляду свого і чужого, перехрещення двох свідомостей»[2,с.314].

Лікар аналізує інформацію, надану пацієнтом про стан хвороби, заносить певні дані в історію хвороби, проводить візуальну діагностику невербальних проявів(як додаткова інформація про почуття хворого). Це допомагає лікарю краще зрозуміти налаштованість пацієнта на лікування, з'ясувати інтерпсихічні процеси, які можуть блокувати сам процес одужання. Інтерпсихічна форма – це «свій-чужий» голос (пацієнт-лікар), котрий пізніше стає своїм. Але для того, щоб слово лікаря увійшло у свідомість як «своє» необхідно, щоб у цій свідомості було «місце» для нього, відкритість по відношенню до нього, готовність «зустрітися з іншим голосом», почути його. Це можливо лише у тому випадку, коли лікар сприймається не тільки як висококваліфікований спеціаліст, але і як людина, якій можна довірити свій внутрішній світ. Разом з тим діалог лікаря і пацієнта зумовлює і процес спостереження за лікарем з боку пацієнта(невербальні засоби спілкування лікаря).У разі встановленої взаємодії пацієнт більше довіряє лікарю, приймає поради, виконує призначення, швидше одужує[8,с.272]. На думку І.Харді, реакція лікаря має бути резонансом на сказане пацієнтом, він(лікар) повинен відгукнутися на розповідь пацієнта всім своїм розумом, у всій своїй повноті[9,с.57]. Спільна мовленнєва взаємодія суб'єктів спілкування(лікаря і пацієнта)передбачає наявність зворотного зв'язку – інформації про те, як пацієнт сприйняв самого лікаря та його повідомлення, оцінив його поведінку і слова. Механізм зворотного зв'язку полягає в тому, що комунікатор (лікар) тільки тоді зрозуміє, що його інформація проінтерпретована правильно, коли відбудеться зміна ролей: коли реципієнт (пацієнт) перетвориться на комунікатора і своїм висловлюванням дасть знати, що він зрозумів смисл інформації. За умов діалогу, коли послідовно змінюються ролі учасників

комунікації (комунікатор перетворюється на реципієнта і навпаки), зворотний зв'язок допомагає збагаченню і розвитку інформації [3,с.134]. Намагаючись прийти до діалогу, комуніканти змушені пройти через ряд механізмів, котрі сприяють чи гальмують взаєморозуміння. Якщо зворотний зв'язок передається у формі, яка не приймається партнером через недоброзичливість, то він сприймається не як зворотний зв'язок, а як тиск, образа з усіма наслідками для спілкування, які з цього випливають. Інформація приймається лише у тих випадках, коли вона не викликає внутрішнього дискомфорту, когнітивного дисонансу, а також задовольняє потреби партнерів [3,с.134-135]. Звідси, при відчутті негативного настрою пацієнта, лікар має з'ясувати його причини, щоб зняти бар'єри для подальшого діалогу. У випадку поганого настрою самого лікаря, йому необхідно відрефлексувати свій психологічний стан перед тим, як намагатись навести контакт із пацієнтом (для профілактики власних проєкцій). Результатом успішної мовленнєвої взаємодії є створення загального смислу між лікарем і пацієнтом, налагодження діалогічних відносин, які ведуть до прирощення і прийняття(неприйняття)інформації. Коли йдеться про досягнення відповідного рівня розвитку спільної комунікативної дії, то, по-перше, мається на увазі рівень інтеграції у вигляді єдності мотивації та спрямованості, предметно-цільової і ціннісної єдності учасників міжособистісних відносин; по-друге, психологічна єдність, взаєморозуміння – ще один показник рівня інтеграції суб'єктів комунікації; по-третє, рівень інтеграції комунікантив проявляється у вигляді погодженості, впорядкування комунікативних дій [3,с.135].

Ефективність мовленнєвої взаємодії залежить від врахування лікарем не лише індивідуально-психологічних, але й вікових та гендерних особливостей пацієнта, а також особистісного прийняття партнерів один одного (лікар-пацієнт).

Особливого підходу потребують рідні та близькі пацієнта, оскільки у їхньому соціальному оточенні перебуває хвора людина. Відповідно, їхні настрої, налаштування на процес її лікування буде резонувати з її настроями та настановами щодо самого процесу зцілення. Лікар повинен вміти розбудовувати взаємодію і на цьому рівні, даючи рекомендації щодо їхньої поведінки з пацієнтом.

Під час збору анамнезу, лікар повинен дати можливість пацієнту протягом певного часу розповісти те, що він вважає за необхідне у з'ясуванні його психічного і фізичного стану. Це дасть йому можливість оцінити ситуацію спілкування і підібрати найбільш оптимальні засоби впливу. Розчарування, викликане перериванням монологу пацієнта мине, якщо лікар небайдушкий і перебив його тільки з причини більш детального запиту на ті чи інші деталі (симптоми), що можуть прояснити загальну картину хвороби [10, с.18]. У діалозі кожне повідомлення лікаря, як і пацієнта, розраховане на його інтерпретацію співрозмовником та на його повернення у переломному, збагаченому та інтерпретованому вигляді для подальшої аналогічної обробки іншим.

Важливо зауважити, що у процесі діалогічного спілкування між лікарем і пацієнтом відбувається не тільки репрезентація власних внутрішніх світів суб'єктів один одному, але і їхня взаємодія: обмін думками, ідеями, образами, почуттями [11, с.128], емоціями, знаннями – професійними з боку лікаря й інформативно-пізнавальними(з боку пацієнта), отриманих з різних джерел простору мас-медіа. У цьому контексті відбуваються процеси уточнення інформації, якою володіє пацієнт, зі сторони професійного лікарського бачення, чи, можливо, її спрощення, заперечення, шляхом постановки більш доцільного і обґрунтовано-виваженого підходу до самого методу лікування. Разом з тим, лікар повинен володіти тактовністю і делікатністю щодо власних позицій «проінформованості» пацієнта на предмет лікування своєї недуги, вміти пропонувати альтернативу їм, а, у випадку їхньої доцільності, запропонувати як додаткові засоби у комплексному підході бачення процесу зцілення. Висловлюючи своє негативне ставлення до власних розмірковувань пацієнта на предмет його фізичного стану, лікар тим самим, авторитарно руйнує процес діалогу, бере ініціативу виключно у свої руки, нехтуючи думкою пацієнта, позбавляє його можливості на власне прийняття рішення, що формується в діалогічній взаємодії. На цьому рівні взаємодії мають місце «суб'єкт-об'єктні» відносини, де лікар здійснює односторонній вплив на індивідуальну

свідомість. Вплив на пацієнта здійснюється через повчання, навіювання, команди. Пацієнт має право ставити питання, які хвилюють його і, без сумніву, має право очікувати відповіді від лікаря, яка і буде тією альтернативою, з якої повстане його вибір. У цьому, власне, і полягає гуманістичний підхід до процесу взаємодії на суб'єкт-суб'єктному рівні у структурі мовленнєвого спілкування лікаря з пацієнтом. Звідси мовиться про вищу форму соціально-психологічного контакту – співробітництво, що полягає у взаємоприйнятті, взаєморозумінні, взаємовпливі комунікантів.

**Висновки.** У процесі професійної підготовки майбутніх лікарів у форматі організації навчального процесу медичного вузу, важливо враховувати особливості їхньої майбутньої професійної діяльності, специфіка якої полягає, в першу чергу, у досягненні психологічного контакту з майбутніми пацієнтами, у вмінні розбудовувати з ними діалогічне мовленнєве спілкування.

Завдання, яке сьогодні стоїть перед вищою медичною освітою - дати можливість майбутньому лікарю отримати не тільки фахові знання (лікарські), але й психологічні, від яких залежить розвиток його комунікативних здібностей, вмінь налагоджувати стосунки та розбудовувати спільний комунікативний простір на рівні «лікар-пацієнт».

### **Література**

1. Бубер М. Я и Ты. Пер. с нем. [Текст ] / М.Бубер. - М: Высшая школа, 1993. – 175с.
- 2.Бахтин М. Проблемы поэтики Достоевского/М.Бахтин. – М.: Советский писатель, 1963.
- 3.Орбан-Лембрик Л.Е. Комунікативний простір міжособистісних відносин//Вісник Прикарпатського університету. Філософські науки/ Л.Е.Орбан-Лембрик – Івано-Франківськ: Вид-во «Плай». – 2003. – Вип.1У. – С.130-136.
- 4.Васильева И.И. О значении идей Бахтина о диалоге и диалогических отношениях для психологии // Психологические исследования общения. Под ред. Б.Ф.Ломова и др./ И.И.Васильева. – М.: Наука, 1985. – С. 81-93.
- 5.Ухтомский А. Доминанта как форма поведения//Собр.соч./А.Ухтомский – М.,1950. – Т.1.– 328 с.
- 6.Дьяконов Г.В. Майевтика и діалог // Майєвтика у системі психологічних знань. Матеріали міжнародної наукової конференції / Г.В.Дьяконов. – К.,1993. – С.38-39.
- 7.Орлов А.Н. Культура общения врача: Избранные лекции. – Красноярск: Изд-во Краснояр.ун-та, 1986. – 176с.
8. Борисюк А.С. Психологічні особливості комунікативної компетентності лікаря//Збірник наукових праць:філософія, соціологія, психологія/А.С.Борисюк. – Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2001. – Вип.6. – Ч.2. - С.247-256.
9. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. Пер.с венг./ Под ред. Коркиной М.В.– Будапешт:AKADEMIAL KLADO,1981. – 286с.
10. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными/Н.А.Магазаник. – М.: Медицина,1991. – 112с.
- 11.Тоба М. Психологія діалогового спілкування //Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія/ М.Тоба. – Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського університету, 1996. – Ч.2. –С.123-131.

УДК [159.942:159.954](043.3)

### **Колодяжна А.В.**

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, факультет психології, аспірант

#### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОМПОНЕНТІВ САМОСТАВЛЕННЯ З ЕМОЦІЙНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ ОСОБИСТОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇЇ ТВОРЧИХ ПРОЯВІВ**

*Здійснено аналіз емпіричної перевірки взаємозв'язку компонентів самоставлення з емоційними властивостями особистості залежно від її творчих проявів. Обґрунтовано актуальність такого дослідження, описані типи самоставлення, які відрізняються*