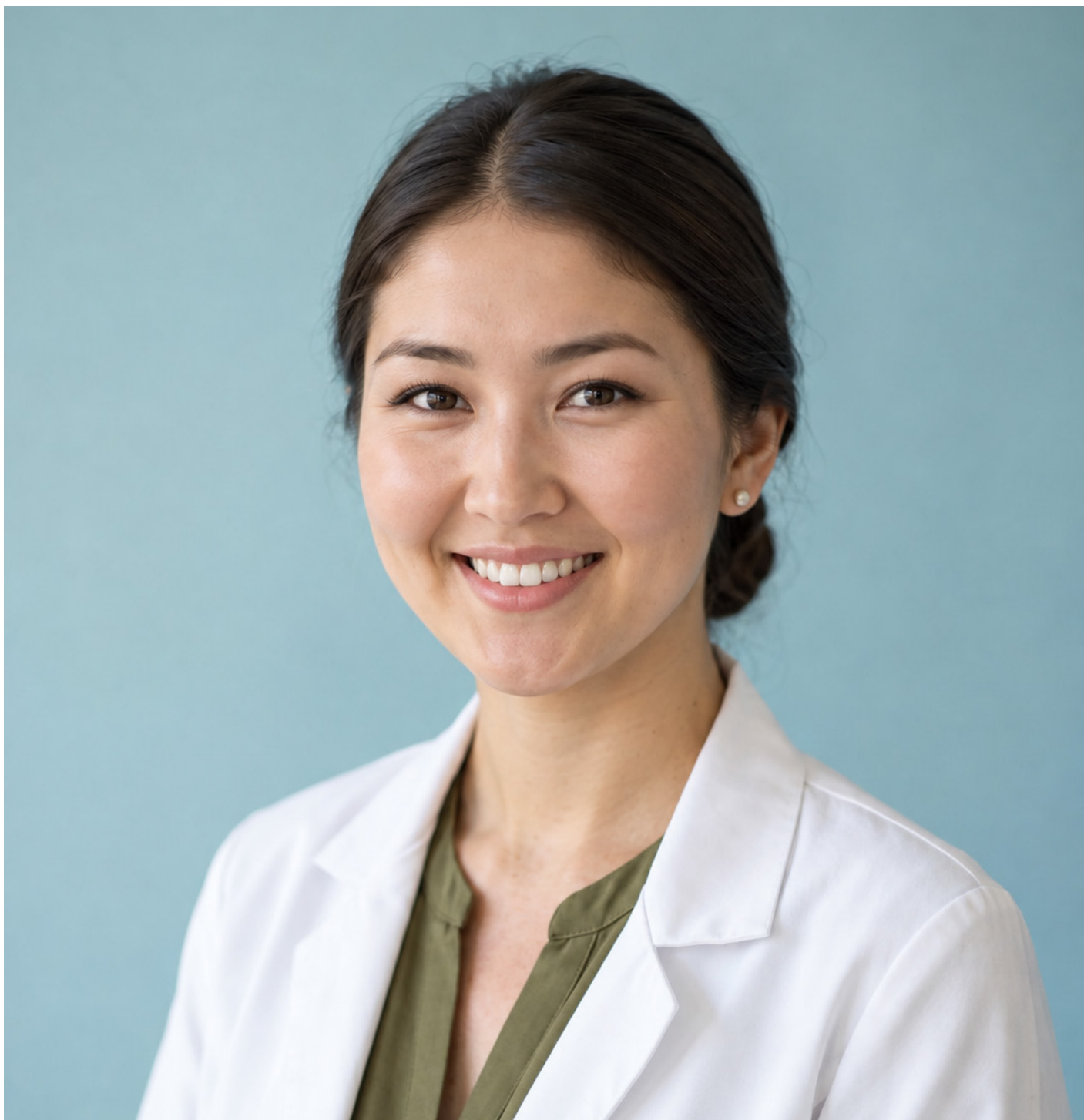


ISSN 3106-0609 (Online)

ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК ЖУРНАЛЫ · НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Выпуск № 17
Сентябрь 2026



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

главный редактор

ЕЛМАГАМБЕТОВ БЕРИК

ЕМВА,

Председатель ОЮЛ

«Казахстанская ассоциация

содействия развитию

образования», генеральный

директор ННЦРО «Санат»

члены редакционной коллегии:

КУЛЬЖАНОВ МАКСУТ

д.м.н., профессор,

Председатель Правления

ОО «Республиканская врачебная

ассоциация «Авиценна»

КАУПБАЕВА БОТАГОЗ

Председатель Правления

ОО «Accreditation Center for

Quality in Healthcare (ACQH)»

МУСАБЕКОВА ДАНА

к.м.н., заместитель генерального

директора по региональному

развитию ННЦРО «Санат»

ЖУМАДИЛОВ АҒЗАМ

д.м.н., профессор,

медицинский директор

ННЦРО «Санат»

дизайнер-верстальщик

ЕЛМАҒАМБЕТОВ БЕРЖАН

учредитель

**ОЮЛ «КАЗАХСТАНСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ
РАЗВИТИЮ ОБРАЗОВАНИЯ»**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
ОБРАЗОВАНИЯ «САНАТ»**



Зарегистрировано в Министерстве информации
и коммуникаций Республики Казахстан
Свидетельство 17275-Ж от 18.09.2018 г.

Любое воспроизведение материалов или их
фрагментов возможно только с письменного
разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержа-
ние рекламных материалов.

Мнение редакции не обязательно совпадает
с мнением авторов.

Распространяется на территории Казахстана
и стран СНГ.

Выходит один раз в три месяца.

Статьи публикуются на казахском и русском
языках.

Содержание



4

СТАТЬЯ

Профессионально-этические компетенции в системе психологической устойчивости специалистов медицинской сферы

10

СТАТЬЯ

Психологические и профессионально-этические компетенции специалистов медицинской сферы: обзор современных научных исследований

20

СТАТЬЯ

Коммуникативная и конфликтологическая компетентность в системе психологической устойчивости специалистов медицинской сферы

26

СТАТЬЯ

Психология счастья: смысл, присутствие, отношения и субъектность как основания психологического благополучия

Шакенова Лейла Шалгинбековна

врач, психолог, учредитель ТОО «Медицинский центр „Жәрдем Астана”», основатель Академии эмоционального здоровья, действительный член МАСПКП (Астана, Республика Казахстан)

Каупбаева Ботагоз Тулеугалиевна

врач-организатор здравоохранения высшей категории, магистр медицинских наук, Председатель Правления ОО «Accreditation Center for Quality in Healthcare (ACQH)» (Астана, Республика Казахстан)

Профессионально-этические компетенции в системе психологической устойчивости специалистов медицинской сферы

■ Аннотация

Профессионально-этические характеристики специалиста медицинской сферы традиционно рассматриваются отдельно от психологических, что затрудняет объяснение случаев, когда специалист распознаёт этическое содержание ситуации и способен вынести обоснованное суждение, но не реализует его в профессиональном действии. В развиваемой авторами концепции психологическая устойчивость понимается как интегральный системный результат согласованного взаимодействия психологических и профессионально-этических компетенций, а не как самостоятельная компетенция или личностная черта. Цель статьи: определить функцию профессионально-этических компетенций в данной системе и показать, почему эта функция не обеспечивается психологическими компетенциями.

Показано, что профессионально-этические компетенции обеспечивают ценностно-нормативную ориентацию профессионального действия, соответствующую шестому звену цикла профессионального действия в предлагаемой системе. Их содержание не сводится к знанию нормативных принципов: конструкт включает распознавание этического содержания ситуации, вынесение морального суждения и готовность реализовать его в конкретных условиях.

Рассмотрено явление морального дистресса, возникающее при расхождении между сформированным моральным суждением и возможностью его реализации. Данные систематического обзора указывают на связь морального дистресса с эмоциональным истощением специалистов здравоохранения, что позволяет предположить значимость ценностно-нормативного звена для устойчивости профессионального поведения. Показано также, что возможность реализации этически обоснованного решения зависит не только от индивидуальных компетенций, но и от организационных условий деятельности, которые рассматриваются как условие реализации системы, а не как её дополнительный компонент. Изложенные положения носят теоретический характер и подлежат эмпирической проверке.



В развиваемой авторами концепции психологическая устойчивость специалиста медицинской сферы рассматривается как интегральный системный результат согласованного взаимодействия психологических и профессионально-этических компетенций, а не как самостоятельная компетенция, отдельная способность или личностная черта ^[1]. Состав системы обоснован функциональной полнотой цикла профессионального действия, включающего распознавание эмоционального контекста, регуляцию состояния и реакции, профессиональное взаимодействие, действие в условиях противоречия или конфликта, осмысление и коррекцию профессионального действия, а также ценностно-нормативную ориентацию.

Последнее звено обеспечивается профессионально-этическими компетенциями. Именно оно отличает предлагаемую систему от моделей, ограниченных психологическими характеристиками специалиста: психологическая регулируемость и техническая корректность профессионального действия сами по себе не определяют его ценностно-нормативной приемлемости.

Вместе с тем включение этического компонента в систему наряду с психологическими требует отдельного обоснования. Профес-

сиональная этика и психология профессиональной деятельности развивались в разных научных традициях, и их объединение в единую функциональную систему нуждается в содержательном объяснении, а не в простом перечислении.

Следует отметить, что в значительной части литературы этические характеристики специалиста рассматриваются в составе медицинского профессионализма как более широкого понятия ^[6, 7], а не как самостоятельный элемент наряду с психологиче-

скими характеристиками. Выделение профессионально-этических компетенций в отдельный компонент системы в настоящей работе обусловлено принятым функциональным критерием построения системы и не отменяет правомерности иных способов их концептуализации.

Цель статьи: определить функцию профессионально-этических компетенций в системе психологической устойчивости специалиста медицинской сферы и обосновать, почему данная функция не может быть замещена другими компонентами системы.

Содержание конструкта профессионально-этических компетенций

Нормативную рамку профессиональных решений в здравоохранении задают принципы биомедицинской этики: уважение автономии, непричинение вреда, благодеяние и справедливость [2]. Существенно, что данные принципы описывают основания для оценки решений, но не характеристики специалиста, обеспечивающие их применение. Знание принципов и способность действовать в соответствии с ними относятся к разным уровням анализа.

Концептуальный анализ этической компетентности описывает данный конструкт через четыре признака: устойчивость характера, этическую осведомлённость, умения морального суждения и готовность поступать во благо [3]. Такое понимание указывает, что этическая компетентность не сводится к осведомлённости о нормах, но и не тождественна доказанной способности результативно реализовать принятое решение.

Соотношение между суждением и действием раскрывается в исследованиях морального функционирования. J. R. Rest выделил четыре относительно самостоятельных процесса: моральную чувствительность, то есть распознавание этического содержания ситуации, моральное суждение, моральную мотивацию, то есть формирование наме-

рения действовать в соответствии с этим суждением, и моральный характер, обеспечивающий реализацию действия [4]. Данная модель описывает процессы морального функционирования и не является разработкой конструкта профессионально-этических компетенций в том значении, в каком он используется в настоящей работе; она привлекается для объяснения того, почему распознавание этической проблемы, вынесение суждения, формирование намерения и реализация действия не совпадают между собой. В дальнейшем данный подход был переработан с отказом от жёсткой стадильности морального развития при сохранении представления о нескольких относительно самостоятельных процессах [5]. Принципиальное следствие состоит в том, что каждый из процессов может оказаться несостоятельным независимо от остальных: специалист способен распознать этическую проблему, но не вынести определённого суждения, либо вынести суждение, но не реализовать его.

В медицинском образовании профессионально-этические характеристики рассматриваются как элемент профессиональной идентичности, формируемой в процессе обучения и практики, а не как набор внешних предписаний [6, 7]. Данное положение согласуется с компетентностным подходом, в рамках которого профессиональные характеристики описываются через наблюдаемое поведение в реальных ситуациях [8].

Функция профессионально-этических компетенций в системе

В предлагаемой системе профессионально-этические компетенции обеспечивают ценностно-нормативную ориентацию профессионального действия. Содержание этой функции целесообразно определить точнее, чем через противопоставление способа действия и его направления. Ценностно-нормативная ориентация включает распознавание этически значимого содержания ситуации,

соотнесение возможных вариантов действия с профессиональными нормами и принятие решения в условиях, когда такое соотнесение не является однозначным.

Из этого следует, что рассматриваемый компонент не является внешним по отношению к остальным звеньям цикла. Распознавание этического содержания ситуации предполагает предварительное восприятие самой ситуации, реализация принятого решения происходит во взаимодействии с другими участниками, а осмысление результатов относится к рефлексивному звену. Специфический вклад профессионально-этических компетенций состоит в том, что ни один другой компонент системы не обеспечивает соотнесения профессионального действия с ценностно-нормативными основаниями.

Разграничение с психологическими компонентами системы может быть проведено следующим образом. Саморегуляция обеспечивает управление актуальным эмоциональным состоянием и поведенческой реакцией специалиста ^[9]: её предметом является собственное состояние, а не нормативная приемлемость действия. Профессиональная рефлексия обеспечивает осмысление оснований, хода и результатов профессионального действия ^[10]: она может включать этическое содержание, но не задаёт критериев, по которым это содержание оценивается. Профессионально-этические компетенции обеспечивают именно такие критерии и их применение в конкретной ситуации.

Следует отметить, что содержательное соприкосновение между перечисленными компонентами теоретически закономерно и не противоречит принципу функциональной незаменимости. Данный принцип предполагает наличие у каждого компонента специфического вклада, который не может быть полностью замещён другим компонентом, а не полное отсутствие пересечений между конструктами.

Моральный дистресс как проявление рассогласования в системе

Отдельного рассмотрения заслуживает ситуация, в которой специалист располагает сформированным моральным суждением, но не имеет возможности реализовать его в профессиональном действии. Данное явление описано в литературе как моральный дистресс: состояние, возникающее, когда специалист осознаёт этически предпочтительный образ действия, однако его реализация оказывается затруднённой в силу организационных или иных ограничений ^[11]. Существенно, что конструкт сформулирован и разрабатывался преимущественно в исследованиях сестринского дела, что следует учитывать при его распространении на другие профессиональные группы.

Последующие исследования показали, что повторяющийся опыт такого рода не исчезает бесследно: сохраняющиеся после разрешения ситуации переживания описаны как моральный остаток, а накопление подобных эпизодов характеризуется нарастанием исходного уровня дистресса при последующих столкновениях со сходными ситуациями ^[12]. Данное описание представляет собой концептуальную модель, предложенную авторами для объяснения наблюдаемых закономерностей. Систематический обзор и метаанализ, охвативший четырнадцать исследований с участием 2425 специалистов здравоохранения, выявил умеренную по величине связь морального дистресса с эмоциональным истощением; авторы обзора отмечают, что вопрос о причинном характере этой связи остаётся открытым ^[13]. Основной массив исследований морального дистресса выполнен на выборках среднего медицинского персонала, что ограничивает перенос выводов на специалистов медицинской сферы в целом.

Для настоящей работы это явление существенно в двух отношениях. Во-первых, оно показывает, что сформированная профес-

сионально-этическая компетентность сама по себе не обеспечивает реализации этически обоснованного решения. Во-вторых, оно указывает, что компетенции реализуются не в отвлечённых условиях, а во взаимодействии индивидуальной системы специалиста с условиями профессиональной среды.

Существенно, что ограничения, препятствующие реализации решения, могут носить организационный, иерархический, ресурсный или нормативный характер и действовать независимо от уровня развития индивидуальных компетенций специалиста. Из описаний морального дистресса не следует, что такие ограничения могут быть преодолены за счёт коммуникативной, конфликтологической или иной компетентности. Соответственно, было бы некорректно объяснять невозможность реализации этически обоснованного решения дефицитом индивидуальных компетенций.

Обсуждение

Проведённый анализ позволяет уточнить место профессионально-этических компетенций в системе психологической устойчивости. Данный компонент обеспечивает функцию, не выполняемую психологическими компетенциями: соотнесение профессионального действия с ценностно-нормативными основаниями. Его исключение из состава системы привело бы к описанию специалиста, способного воспринимать ситуацию, регулировать состояние, взаимодействовать и осмысливать собственные действия, но не располагающего критериями для оценки их приемлемости.

Одновременно анализ обозначает границу применимости предлагаемой системы. Наличие развитых профессионально-этических компетенций не гарантирует реализации выработанного решения, поскольку профессиональное действие осуществляется в конкретных организационных условиях. Внутренняя система компетенций

определяет психологические и профессионально-этические ресурсы специалиста, тогда как возможность реализации действия зависит также от внешних условий деятельности. Организационный контекст рассматривается при этом как условие реализации функциональной системы, а не как её дополнительный компонент: состав системы остаётся шестизвенным.

В деятельности экспертов аккредитации медицинских организаций рассматриваемый компонент приобретает выраженное значение, поскольку требования независимости оценки, справедливости и конфиденциальности реализуются в условиях непосредственного взаимодействия с оцениваемой стороной. Данное замечание носит характер теоретического приложения предлагаемой системы к конкретной профессиональной группе.

Настоящая работа выполнена как теоретическое исследование и не включает эмпирической проверки предложенных положений. Оценка вклада профессионально-этических компетенций в психологическую устойчивость специалистов медицинской сферы относится к предмету последующих статей серии.

Выводы

1. Профессионально-этические компетенции обеспечивают ценностно-нормативную ориентацию профессионального действия, соответствующую шестому звену цикла профессионального действия в предлагаемой системе.
2. Содержание данного компонента не сводится к знанию нормативных принципов: оно включает распознавание этически значимого содержания ситуации, соотнесение вариантов действия с профессиональными нормами и принятие решения в условиях неоднозначности.
3. Специфический вклад профессионально-этических компетенций не может быть

замещён другими компонентами системы: саморегуляция имеет предмет актуальное состояние специалиста, профессиональная рефлексия обеспечивает осмысление действия, но ни один из этих компонентов не задаёт критериев нормативной оценки.

4. Описания морального дистресса показывают, что наличие сформированного этического суждения не гарантирует возможности его реализации. Это указывает на необходимость учитывать наряду с взаимодействием компонентов системы также организационные условия, в которых осуществляется профессиональное действие; такие условия не входят в состав системы компетенций.

5. Изложенные положения представляют собой теоретическую модель и подлежат эмпирической проверке в последующих работах.



Список литературы

1. Шакенова Л. Ш., Каупбаева Б. Т. Психологическая устойчивость как интегральный результат развития психологических и профессионально-этических компетенций специалистов медицинской сферы // Международный научный журнал «Академик». 2026. ISSN 2958-5104. Принята к публикации, дата публикации 20 августа 2026 г. (в печати).
2. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019. 512 p.
3. Kulju K., Stolt M., Suhonen R., Leino-Kilpi H. Ethical competence: A concept analysis // Nursing Ethics. 2016. Vol. 23, No. 4. P. 401–412. DOI: 10.1177/0969733014567025.
4. Rest J. R. Moral Development: Advances in Research and Theory. New York: Praeger, 1986. 241 p.
5. Rest J. R., Narvaez D., Bebeau M. J., Thoma S. J. Postconventional Moral Thinking: A Neo-Kohlbergian Approach. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. 229 p.
6. Cruess R. L., Cruess S. R. Teaching professionalism: General principles // Medical Teacher. 2006. Vol. 28, No. 3. P. 205–208. DOI: 10.1080/01421590600643653.
7. Cruess R. L., Cruess S. R., Steinert Y. (eds).

Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2016. 396 p.

8. Frank J. R., Snell L. S., Ten Cate O., Holmboe E. S., Carraccio C., Swing S. R., Harris P. et al. Competency-based medical education: Theory to practice // Medical Teacher. 2010. Vol. 32, No. 8. P. 638–645. DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190.
9. Gross J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review // Review of General Psychology. 1998. Vol. 2, No. 3. P. 271–299. DOI: 10.1037/1089-2680.2.3.271.
10. Schön D. A. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books, 1983. 374 p.
11. Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984. 331 p.
12. Epstein E. G., Hamric A. B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect // The Journal of Clinical Ethics. 2009. Vol. 20, No. 4. P. 330–342. DOI: 10.1086/JCE200920406.
13. Orgambidez A., Borrego Y., Alcalde F. J., Durán A. Moral distress and emotional exhaustion in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis // Healthcare. 2025. Vol. 13, No. 4. Art. 393. DOI: 10.3390/healthcare13040393.

Шакенова Лейла Шалгинбековна

врач, психолог, учредитель ТОО «Медицинский центр „Жәрдем Астана”», основатель Академии эмоционального здоровья, действительный член МАСПКП (Астана, Республика Казахстан)

Каупбаева Ботагоз Тулеугалиевна

врач-организатор здравоохранения высшей категории, магистр медицинских наук, Председатель Правления ОО «Accreditation Center for Quality in Healthcare (ACQH)» (Астана, Республика Казахстан)

Психологические и профессионально-этические компетенции специалистов медицинской сферы: обзор современных научных исследований

■ Аннотация

Представлен обзор современных научных исследований, посвящённых психологическим и профессионально-этическим компетенциям специалистов медицинской сферы. Обзор выполнен в нарративном формате. Поиск проведён в базе данных PubMed по шести тематическим запросам, приведены поисковые строки и число найденных записей; отбор публикаций для содержательного анализа носил целенаправленный характер.

Рассмотрены шесть исследовательских направлений: компетентностный подход в медицинском образовании; эмоциональный интеллект; профессиональное выгорание, жизнестойкость и самоэффективность; профессионально-этические компетенции и моральное функционирование; коммуникативная и конфликтологическая компетентность; профессиональная рефлексия и клиническое мышление.

Показано, что каждое из выделенных направлений представлено самостоятельным массивом теоретических и эмпирических исследований. В рассмотренной литературе соответствующие конструкты преимущественно изучаются в рамках отдельных исследовательских традиций, тогда как работы, специально посвящённые механизмам их совместного функционирования, в отобранном массиве представлены ограниченно. Дополнительно выполнен целевой поиск публикаций, посвящённых экспертам аккредитации медицинских организаций. В рамках этого поиска не выявлены работы, рассматривающие психологические и профессионально-этические характеристики экспертов как единую функционально организованную систему; обнаруженные публикации преимущественно посвящены отдельным аспектам их профессиональной деятельности.

Требования к специалистам медицинской сферы за последние десятилетия существенно расширились: наряду со специальными знаниями и техническими навыками значимыми признаются способность принимать обоснованные решения в условиях неопределённости, соблюдать профессионально-этические принципы, конструктивно взаимодействовать с коллегами и пациентами и сохранять эффективность при высокой нагрузке. Соответственно расширился и круг психологических конструкторов, привлекаемых для объяснения профессиональной эффективности.



Обширность этой литературы создаёт самостоятельную исследовательскую задачу: направления развиваются в разных научных традициях, используют несовпадающий понятийный аппарат и различные методы измерения, что затрудняет их сопоставление. Обзорные работы, охватывающие психологические и профессионально-этические характеристики специалиста совместно, встречаются реже, чем обзоры по отдельным конструкторам.

Цель статьи: систематизировать современные научные исследования психологических и профессионально-этических компетенций специалистов медицинской сферы, определить основные направления этих исследований и выявить недостаточно разработанные области.

Материал и методы обзора

Обзор выполнен в нарративном формате. Для оценки объёма и структуры исследовательского поля проведён поиск публикаций в базе данных PubMed. Поиск выполнен 11 августа 2026 года, ограничения по годам публикации и по типу исследования не применялись.

Использованы шесть поисковых запросов, соответствующих выделенным тематическим направлениям. Ниже приведены поисковые строки и число найденных записей.

1. *"competency-based medical education" OR "competency based medical education"*: 1602 записи.
2. *"emotional intelligence" AND (physician* OR*

nurse OR "health professional*")*: 1257 записей.

3. (*burnout OR hardiness OR "self-efficacy" OR resilience*) AND (*physician* OR nurse* OR "health professional*")*: 35502 записи.

4. (*"medical professionalism" OR "professional ethics" OR "moral reasoning"*) AND (*physician* OR nurse* OR "medical education"*): 6073 записи.

5. (*"interprofessional communication" OR "conflict management" OR "psychological safety"*) AND (*healthcare OR hospital* OR nurse**): 2829 записей.

6. (*"reflective practice" OR "clinical reasoning" OR "diagnostic error"*) AND (*physician* OR "medical education"*): 3667 записей.

Суммарно по шести запросам получено 50 930 записей. Данная величина рассчитана без удаления дубликатов между запросами и носит ориентировочный характер. Приведённые числа относятся к найденным записям, а не к количеству включённых в анализ исследований, и не характеризуют качество или уровень доказательности литературы. Наибольшее число записей получено по третьему запросу, наиболее широкому по составу объединяемых конструкторов. Вследствие различий в широте поисковых стратегий прямое количественное сопоставление результатов запросов не использовалось для оценки степени разработанности отдельных направлений.

Учитывая объём найденного массива, сплошной отбор записей не проводился. Публикации для содержательного анализа отбирались целенаправленно, исходя из следующих предпочтений: систематические обзоры и метаанализы; фундаментальные теоретические работы, определяющие содержание рассматриваемых конструкторов; исследования, выполненные на выборках специалистов медицинской сферы. Часть теоретических источников, включая монографии, не индексируется в использованной базе и привлечена дополнительно.

Дополнительно был выполнен целевой поиск публикаций, посвящённых экспертам (surveyors, assessors) аккредитации медицинских организаций, с использованием сочетаний терминов *healthcare accreditation, surveyor, assessor, competence, competency, training, communication, professional behaviour, decision-making, ethics, psychological characteristics, reliability* и *inter-rater reliability*. Поиск был направлен на выявление публикаций по перечисленным аспектам деятельности экспертов. Поскольку данный поиск носил уточняющий характер и не представлял собой отдельный систематический поиск, количественное сопоставление его результатов с шестью основными тематическими запросами не проводилось.

Данный обзор не является систематическим. Процедура двойного независимого скрининга не применялась, формальная оценка методологического качества включённых работ не проводилась, поиск ограничен одной библиографической базой и публикациями на русском и английском языках. Отбор источников носил целенаправленный, а не исчерпывающий характер. Соответственно, результаты работы следует рассматривать как систематизацию основных направлений исследовательского поля, а не как полный свод доказательств по каждому из них. Указанные ограничения подробнее охарактеризованы в разделе «Обсуждение».

Компетентностный подход в медицинском образовании

Компетентностный подход сформировался как альтернатива оценке специалиста по объёму усвоенных знаний. В работе D. C. McClelland обосновано положение о том, что результативность профессиональной деятельности прогнозируется не показателями общего интеллекта, а совокупностью наблюдаемых компетенций ^[1]. Последующие исследования R. E. Boyatzis и L. M. Spencer с соавторами развили эту идею до операцио-



нальных моделей, описывающих компетенцию через устойчивые модели поведения в профессиональных ситуациях [2, 3].

В медицинском образовании компетентностный подход получил развитие в работах J. R. Frank и соавторов, определивших переход от программ, ориентированных на длительность обучения, к программам, ориентированным на достижение измеримых результатов [4]. L. D. Gruppen с соавторами показали применимость данного подхода для систем здравоохранения с различным уровнем ресурсного обеспечения [5]. Обзор современных практик оценки компетентностных программ, выполненный N. S. Alharbi, показывает сохраняющуюся неоднородность подходов к их оценке и ограниченность данных о результатах внедрения [36]. Существенно, что в рамках этого подхода психологические и этические характеристики специалиста рассматриваются не как дополнение к профессиональной подготовке, а как её содержательная часть.

Эмоциональный интеллект

Понятие эмоционального интеллекта введено P. Salovey и J. D. Mayer [6] и развито в модели способностей, включающей восприя-

тие эмоций, их использование в мышлении, понимание эмоциональных процессов и управление эмоциональными состояниями [7, 8]. Параллельно сформировались смешанные модели, объединяющие эмоциональный интеллект с личностными и мотивационными характеристиками [9, 10]. Различие между этими традициями носит принципиальный характер для операционализации конструкта и подвергалось критическому обсуждению в литературе [11].

Применительно к медицинской сфере систематический обзор S. Arora и соавторов показал связь эмоционального интеллекта с качеством коммуникации, эмпатией и профессиональным благополучием при существенной вариативности силы этой связи между исследованиями [12]. Данные Н. С. Weng с соавторами указывают на методологическое ограничение: самооценка эмоционального интеллекта врача не всегда согласуется с внешними оценками его профессионального взаимодействия [13, 14]. Современная прикладная линия исследований связана с оценкой обучающих программ: систематический обзор и метаанализ С. Powell и соавторов, включивший семнадцать продольных исследований среди работников

здравоохранения, зафиксировал рост показателей эмоционального интеллекта после обучения, отметив при этом, что методологические недостатки включённых работ могли привести к завышению действительной величины эффектов ^[37].

Профессиональное выгорание, жизнестойкость и самоэффективность

Исследования профессионального выгорания составляют одно из наиболее развитых направлений. В работах С. Maslach, S. E. Jackson, W. B. Schaufeli и M. P. Leiter выгорание описано как многокомпонентный синдром, включающий эмоциональное истощение, деперсонализацию и снижение ощущения профессиональной эффективности ^[15, 16]. Данные исследования подробно характеризуют последствия длительной профессиональной нагрузки, однако в меньшей степени объясняют механизмы, обеспечивающие сохранение эффективности.

Рассматриваемые в данном разделе конструкты не являются взаимозаменяемыми и относятся к разным категориям: выгорание описывает неблагоприятное профессиональное состояние, жизнестойкость представляет собой личностный ресурс, самоэффективность относится к убеждениям человека о собственных возможностях, а resilience образует самостоятельное широ-

кое исследовательское поле. Следует отдельно оговорить, что термин resilience международной литературы не тождественен понятию психологической устойчивости в том значении, в каком оно используется авторами настоящей серии работ: терминологические рамки этих понятий различаются. Конструкты жизнестойкости и самоэффективности описывают ресурсы, связанные с сохранением деятельности под нагрузкой. S. C. Kobasa и S. R. Maddi определяют жизнестойкость через вовлечённость, контроль и принятие вызова ^[17, 18]. А. Bandura раскрывает роль убеждённости человека в собственной способности справиться с задачей как регулятора поведения ^[19]. Модель когнитивной оценки и совладания R. S. Lazarus и S. Folkman описывает последовательность оценки ситуации и выбора стратегии реагирования ^[20]. Современное состояние исследований resilience в профессиях здравоохранения обобщено в синтезе систематических обзоров С. W. T. Huey и J. C. Palaganas, показывающем многокомпонентность конструкта и неоднородность выделяемых факторов ^[38]. Метаанализ А. Castillo-González и соавторов, охвативший исследования среди медицинских сестёр, зафиксировал обратную связь resilience с выгоранием, эмоциональным истощением и деперсонализацией ^[39]. Общим для этих направлений является



акцент на индивидуально-психологических ресурсах; профессионально-этическое содержание поведения в них, как правило, специально не рассматривается.

Профессионально-этические компетенции и моральное функционирование

Принципы биомедицинской этики, сформулированные Т. L. Beauchamp и J. F. Childress, задают нормативную рамку профессиональных решений в здравоохранении [21]. Модель морального функционирования J. R. Rest и её последующее развитие описывают этическое поведение как последовательность распознавания этически значимой ситуации, морального суждения, формирования намерения и реализации действия [22, 23]. Существенно, что в этой модели знание норм и их практическая реализация разведены как самостоятельные звенья.

Концепции медицинского профессионализма, представленные в работах R. L. Cruess, S. R. Cruess и Y. Steinert, рассматривают этические характеристики специалиста как элемент профессиональной идентичности, формируемой в процессе обучения и практики [24, 25]. Современные данные об обучении этической компетентности обобщены в интегративном систематическом обзоре H. Andersson и соавторов, включившем сорок исследований и показавшем разнообразие образовательных подходов, направленных на развитие способности специалистов и обучающихся распознавать этические проблемы, осуществлять этическое рассуждение и действовать в этически сложных профессиональных ситуациях [40]. Данное направление сближается с психологическими исследованиями в том, что реализация этических принципов связывается со способностью специалиста регулировать собственное поведение и выдерживать внешнее давление.

Коммуникативная и конфликтологическая компетентность

Исследования межпрофессионального взаимодействия связывают качество коммуникации с безопасностью профессиональных процессов. Обзор S. Reeves и соавторов и интегративный обзор C. Foronda с соавторами обобщают данные о влиянии коммуникации на результаты совместной работы медицинских команд [26, 27]. Концепция психологической безопасности A. C. Edmondson и Z. Lei описывает условия, при которых члены команды готовы открыто обсуждать затруднения и ошибки [28]. Систематический обзор R. O'Donovan и E. McAuliffe обобщает факторы, обеспечивающие психологическую безопасность именно в командах здравоохранения [41], что указывает на зависимость коммуникации не только от индивидуальных навыков специалиста, но и от организационных условий.

Управление противоречиями в командах здравоохранения рассматривается в интегративном обзоре J. Almost и соавторов, обобщающем данные об источниках конфликтов, их последствиях и подходах к их предупреждению и разрешению [29]. Коммуникативная и конфликтологическая проблематика при этом не совпадают: первая охватывает обеспечение профессионального обмена информацией, взаимопонимания, обратной связи и согласования действий, вторая относится к работе с противоречиями, предупреждению эскалации и конструктивному разрешению конфликтов. Данное разграничение представляет собой интерпретацию авторов настоящей статьи и не воспроизводит структуру цитируемого обзора.

Профессиональная рефлексия и аналитическое мышление

Концепция рефлексивной практики D. A. Schön описывает профессиональное мышление как процесс осмысления опыта в ходе и после действия [30]. R. M. Epstein развивает это положение применительно к медицинской практике, связывая осознанность

специалиста с качеством профессиональных решений ^[31].

Профессиональная рефлексия и клиническое мышление образуют связанные, но не совпадающие предметные области: первая относится к осмыслению профессионального опыта и оснований собственного действия, второе описывает механизмы формирования диагностических и лечебных суждений. Исследования клинического мышления дополняют данное направление анализом когнитивных механизмов. Р. Croskerry описывает диагностические ошибки через модель двух систем мышления и показывает роль осознанной проверки первичного решения ^[32]. Работы D. Kahneman в области когнитивных искажений составляют общепсихологическое основание для этих выводов ^[33]. Современные подходы к развитию диагностического мышления в клиническом обучении систематизированы в обзоре Н. Хи и соавторов ^[42]. Совокупно данное направление обосновывает необходимость целенаправленной проверки собственных решений специалистом.

Обсуждение

Сопоставление рассмотренных направлений позволяет сформулировать три наблюдения. Первое: каждое из направлений представлено самостоятельным массивом теоретических и эмпирических исследований. Второе: анализ отобранных публикаций показывает преимущественно раздельное рассмотрение данных конструкторов в рамках самостоятельных исследовательских традиций, с различным понятийным и методическим аппаратом; работы, специально посвящённые механизмам их совместного функционирования, в отобранном массиве представлены ограниченно.

Третье наблюдение касается содержательных пересечений между конструктами. Саморегуляция присутствует в смешанных моделях эмоционального интеллекта, в ис-

следованиях жизнестойкости и в работах по конфликтологической компетентности; рефлексия рассматривается и как компонент профессионализма, и как механизм клинического мышления. Отсутствие согласованного разграничения этих понятий затрудняет сопоставление эмпирических результатов между направлениями.

Отдельного рассмотрения заслуживает положение исследований, посвящённых экспертам аккредитации медицинских организаций. Такие работы образуют самостоятельное направление: накопленные данные по этой области обобщены в систематическом обзоре исследований аккредитации в здравоохранении ^[34], изучались отбор, подготовка и оценка работы экспертов, а также надёжность результатов обследований. Ближе всего к психологической проблематике находится типология стилей работы экспертов, описывающая различные способы построения взаимодействия с обследуемой организацией ^[35]. Вместе с тем психологические и профессионально-этические характеристики экспертов рассматриваются в этих работах преимущественно как условие надёжности процедуры, а не как предмет самостоятельного анализа. Целостного описания системы компетенций эксперта аккредитации, сопоставимого по разработанности с аналогичной проблематикой для врачей и медицинских сестёр, обнаружить не удалось, хотя деятельность этой группы предъявляет специфические требования, связанные с необходимостью сохранять независимость оценки при интенсивном взаимодействии с оцениваемой организацией. В рамках проведённого целевого поиска не выявлены публикации, в которых психологические и профессионально-этические характеристики экспертов по аккредитации медицинских организаций рассматривались бы как единая функционально организованная система. Выявленные исследования преимущественно затрагивают отдельные аспекты деятельности экспертов, включая

стили проведения обследования, подготовку и надёжность оценивания. В силу нарративного характера настоящего обзора данный результат следует рассматривать как указание на недостаточную представленность интегративного направления в рассмотренной литературе, а не как доказательство полного отсутствия соответствующих исследований.

Выявленные особенности исследовательского поля создают основание для постановки вопроса о совместном функционировании психологических и профессионально-этических характеристик специалиста. Вместе с тем из фрагментарности литературы не следует обоснование какой-либо конкретной структуры такого взаимодействия: построение и обоснование интегративной модели составляет предмет отдельных теоретических работ и не входит в задачи настоящего обзора.

Ограничения обзора связаны с его нарративным характером: отбор публикаций проводился одним исследователем без процедуры двойного независимого скрининга, формальная оценка методологического качества включённых работ не выполнялась, поиск проводился преимущественно в одной библиографической базе и ограничивался публикациями на русском и английском языках; целенаправленный отбор источников допускает селективность; дополнительный поиск по экспертам аккредитации носил уточняющий, а не систематический характер. Соответственно, результаты обзора следует рассматривать как систематизацию исследовательского поля, а не как исчерпывающий свод доказательств по каждому из направлений.

Выводы

1. Психологические и профессионально-этические характеристики специалистов медицинской сферы представлены в рассмотренной литературе шестью относительно самостоятельными направлениями, каждое

из которых образует собственный массив теоретических и эмпирических исследований.

2. В отобранном массиве публикаций данные конструкты преимущественно изучаются в рамках отдельных исследовательских традиций; работы, специально посвящённые механизмам их совместного функционирования, представлены ограниченно.

3. Между рассматриваемыми конструктами существуют содержательные пересечения, прежде всего в части саморегуляции и рефлексии, что затрудняет сопоставление эмпирических результатов и требует более точного функционального и операционального разграничения при построении интегративных моделей.

4. Дополнительный целевой поиск литературы по экспертам аккредитации медицинских организаций выявил исследования отдельных аспектов их профессиональной деятельности, включая стили проведения обследования, подготовку и надёжность оценивания. Вместе с тем в рамках проведённого поиска не выявлены публикации, рассматривающие психологические и профессионально-этические характеристики экспертов как единую функционально организованную систему. В силу нарративного характера обзора это не интерпретируется как доказательство полного отсутствия таких исследований.

5. Полученные результаты указывают на актуальность дальнейшего исследования совместного функционирования психологических и профессионально-этических характеристик специалистов медицинской сферы, однако сами по себе не подтверждают конкретную архитектуру какой-либо модели психологической устойчивости.

Список литературы

- McClelland D. C. Testing for competence rather than for intelligence // *American Psychologist*. 1973. Vol. 28, No. 1. P. 1–14. DOI: 10.1037/h0034092.
- Boyatzis R. E. *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*. New York: John Wiley & Sons, 1982. 308 p.
- Spencer L. M., Spencer S. M. *Competence at Work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons, 1993. 384 p.
- Frank J. R., Snell L. S., Ten Cate O., Holmboe E. S., Carraccio C., Swing S. R., Harris P. et al. Competency-based medical education: Theory to practice // *Medical Teacher*. 2010. Vol. 32, No. 8. P. 638–645. DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190.
- Gruppen L. D., Mangrulkar R. S., Kolars J. C. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health // *Human Resources for Health*. 2012. Vol. 10. Art. 43. DOI: 10.1186/1478-4491-10-43.
- Salovey P., Mayer J. D. Emotional intelligence // *Imagination, Cognition and Personality*. 1990. Vol. 9, No. 3. P. 185–211. DOI: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.
- Mayer J. D., Salovey P. What is emotional intelligence? // *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications* / ed. by P. Salovey, D. J. Sluyter. New York: Basic Books, 1997. P. 3–31.
- Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, No. 3. P. 197–215. DOI: 10.1207/s15327965pli1503_02.
- Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) // *Psicothema*. 2006. Vol. 18, Suppl. P. 13–25.
- Goleman D. *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York: Bantam Books, 1995. 352 p.
- Locke E. A. Why emotional intelligence is an invalid concept // *Journal of Organizational Behavior*. 2005. Vol. 26, No. 4. P. 425–431. DOI: 10.1002/job.318.
- Arora S., Ashrafi H., Davis R., Athanasiou T., Darzi A., Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: A systematic review through the context of the ACGME competencies // *Medical Education*. 2010. Vol. 44, No. 8. P. 749–764. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03709.x.
- Weng H. C., Chen H. C., Chen H. J., Lu K., Hung S. Y. Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship // *Medical Education*. 2008. Vol. 42, No. 7. P. 703–711. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03039.x.
- Weng H. C., Hung C. M., Liu Y. T., Cheng Y. J., Yen C. Y., Chang C. C., Huang C. K. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction // *Medical Education*. 2011. Vol. 45, No. 8. P. 835–842. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.03985.x.
- Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout // *Journal of Occupational Behaviour*. 1981. Vol. 2, No. 2. P. 99–113. DOI: 10.1002/job.4030020205.
- Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout // *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. P. 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Kobasa S. C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979. Vol. 37, No. 1. P. 1–11. DOI: 10.1037/0022-3514.37.1.1.
- Maddi S. R. *Hardiness: Turning Stressful Circumstances into Resilient Growth*. Dordrecht: Springer, 2013. 88 p. DOI: 10.1007/978-94-007-5222-1.
- Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman, 1997. 604 p.
- Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984. 456 p.
- Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of Bio-medical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019. 512 p.
- Rest J. R. *Moral Development: Advances in Research and Theory*. New York: Praeger, 1986. 224 p.
- Rest J. R., Narvaez D., Bebeau M. J., Thoma S. J. *Postconventional Moral Thinking: A Neo-Kohlbergian Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. 229 p.
- Cruess R. L., Cruess S. R. Teaching professionalism: General principles // *Medical Teacher*. 2006. Vol. 28, No. 3. P. 205–208. DOI: 10.1080/01421590600643653.
- Cruess R. L., Cruess S. R., Steinert Y. (eds.). *Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2016. 309 p.
- Reeves S., Pelone F., Harrison R., Goldman J., Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes // *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

2017. No. 6. Art. CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
27. Foronda C., MacWilliams B., McArthur E. Inter-professional communication in healthcare: An integrative review // *Nurse Education in Practice*. 2016. Vol. 19. P. 36–40. DOI: 10.1016/j.nepr.2016.04.005.
28. Edmondson A. C., Lei Z. Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct // *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2014. Vol. 1. P. 23–43. DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305.
29. Almost J., Wolff A. C., Stewart-Pyne A., McCormick L. G., Strachan D., D'Souza C. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: An integrative review // *Journal of Advanced Nursing*. 2016. Vol. 72, No. 7. P. 1490–1505. DOI: 10.1111/jan.12903.
30. Schön D. A. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books, 1983. 374 p.
31. Epstein R. M. Mindful practice // *JAMA*. 1999. Vol. 282, No. 9. P. 833–839. DOI: 10.1001/jama.282.9.833.
32. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: Applications of a dual process model of reasoning // *Advances in Health Sciences Education*. 2009. Vol. 14, Suppl. 1. P. 27–35. DOI: 10.1007/s10459-009-9182-2.
33. Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011. 499 p.
34. Greenfield D., Braithwaite J. Health sector accreditation research: A systematic review // *International Journal for Quality in Health Care*. 2008. Vol. 20, No. 3. P. 172–183. DOI: 10.1093/intqhc/mzn005.
35. Greenfield D., Braithwaite J., Pawsey M. Health care accreditation surveyor styles typology // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008. Vol. 21, No. 5. P. 435–443. DOI: 10.1108/09526860810890422.
36. Alharbi N. S. Evaluating competency-based medical education: A systematized review of current practices // *BMC Medical Education*. 2024. Vol. 24. Art. 612. DOI: 10.1186/s12909-024-05609-6.
37. Powell C., Brown T., Yap Y., Hallam K., Takac M., Quinlivan T., Xenos S., Karimi L. Emotional intelligence training among the healthcare workforce: A systematic review and meta-analysis // *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. Art. 1437035. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1437035.
38. Huey C. W. T., Palaganas J. C. What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews // *Medical Teacher*. 2020. Vol. 42, No. 5. P. 550–560. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1714020.
39. Castillo-González A., Velando-Soriano A., De La Fuente-Solana E. I., Martos-Cabrera B. M., Membrive-Jiménez M. J., Ramírez-Baena L., Cañadas-De La Fuente G. A. Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis // *International Nursing Review*. 2024. Vol. 71, No. 1. P. 160–167. DOI: 10.1111/inr.12838.
40. Andersson H., Svensson A., Frank C., Rantala A., Holmberg M., Bremer A. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: An integrative systematic review // *BMC Medical Ethics*. 2022. Vol. 23. Art. 29. DOI: 10.1186/s12910-022-00766-z.
41. O'Donovan R., McAuliffe E. A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams // *International Journal for Quality in Health Care*. 2020. Vol. 32, No. 4. P. 240–250. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa025.
42. Xu H., Ang B. W. G., Soh J. Y., Ponnampereuma G. G. Methods to improve diagnostic reasoning in undergraduate medical education in the clinical setting: A systematic review // *Journal of General Internal Medicine*. 2021. Vol. 36, No. 9. P. 2745–2754. DOI: 10.1007/s11606-021-06916-0.

Шакенова Лейла Шалгинбековна

врач, психолог, учредитель ТОО «Медицинский центр „Жәрдем Астана”», основатель Академии эмоционального здоровья, действительный член МАСПКП (Астана, Республика Казахстан)

Каупбаева Ботагоз Тулеугалиевна

врач-организатор здравоохранения высшей категории, магистр медицинских наук, Председатель Правления ОО «Accreditation Center for Quality in Healthcare (ACQH)» (Астана, Республика Казахстан)

Коммуникативная и конфликтологическая компетентность в системе психологической устойчивости специалистов медицинской сферы

■ Аннотация

Коммуникативная и конфликтологическая компетентность нередко рассматриваются как близкие или частично совпадающие характеристики специалиста, что затрудняет их раздельное описание при построении интегративных моделей профессиональной подготовки. В развиваемой авторами концепции психологическая устойчивость специалиста медицинской сферы понимается не как самостоятельная компетенция и не как личностная черта, а как интегральный системный результат согласованного взаимодействия психологических и профессионально-этических компетенций. Цель статьи: определить функции коммуникативной и конфликтологической компетентности в данной системе и обосновать основания их разграничения.

Показано, что коммуникативная компетентность обеспечивает процессы профессионального взаимодействия: передачу и понимание информации, обратную связь и согласование действий как в бесконфликтных, так и в конфликтных ситуациях. Конфликтологическая компетентность имеет специфический предмет: противоречие, конфликтогенные факторы и динамику развития конфликта, включая его распознавание на ранних стадиях, предупреждение эскалации и конструктивное разрешение. Различие между компонентами определяется предметом и выполняемой функцией, а не наличием либо отсутствием взаимопонимания и не моментом возникновения конфликта.

Рассмотрены данные о барьерах профессионального взаимодействия, включая различия профессиональной подготовки, организационную иерархию и условия командной работы. Отмечено, что реализация обеих компетентностей зависит не только от индивидуальной подготовки специалиста, но и от организационных условий деятельности, которые рассматриваются как условие функционирования системы, а не как её дополнительный компонент. Изложенные положения носят теоретический характер и подлежат эмпирической проверке.

В развиваемой авторами концепции психологическая устойчивость специалиста медицинской сферы рассматривается как интегральный системный результат согласованного взаимодействия психологических и профессионально-этических компетенций, а не как самостоятельная компетенция, отдельная способность или личностная черта. В основу состава системы положен принцип функциональной полноты цикла профессионального действия, включающего распознавание эмоционального контекста, регуляцию состояния и реакции, профессиональное взаимодействие, действие в условиях противоречия или конфликта, осмысление и коррекцию профессионального действия, а также ценностно-нормативную ориентацию.

Третье и четвёртое звенья данного цикла обеспечиваются коммуникативной и конфликтологической компетентностью. Включение их в систему в качестве самостоятельных компонентов требует обоснования, поскольку в литературе они нередко рассматриваются совместно, а умения разрешения противоречий описываются как частный случай коммуникативных умений. При таком понимании выделение двух компонентов вместо одного выглядит избыточным.

Компетентностный подход в медицинском образовании описывает профессиональ-

ные характеристики через наблюдаемое поведение в конкретных ситуациях ^[1], что позволяет ставить вопрос о разграничении рассматриваемых компетентностей по типу профессиональной ситуации и выполняемой в ней функции.

Цель статьи: определить функции коммуникативной и конфликтологической компетентности в системе психологической устойчивости специалиста медицинской сферы и обосновать основания, по которым они рассматриваются как самостоятельные компоненты.



Коммуникативная компетентность: содержание и функция

Коммуникативная компетентность обеспечивает реализацию профессионального решения во взаимодействии с пациентами, коллегами и другими участниками профессиональной ситуации. Её содержание охватывает передачу и понимание информации, получение и предоставление обратной связи, согласование совместных действий.

Связь коммуникации с результатами профессиональной деятельности не является прямолинейной. R. L. Street и соавторы описывают несколько путей, по которым взаимодействие клинициста и пациента влияет на результаты помощи: наряду с непосредственным воздействием выделяются опосредованные механизмы, включающие понимание, доверие и согласие сторон относительно плана действий ^[2]. Эти данные показывают, что значение профессиональной коммуникации не исчерпывается передачей сведений и связано также с формированием понимания, доверия и согласованности относительно дальнейших действий.

Взаимодействие внутри профессиональных команд представляет собой отдельную область исследований. Интегративный обзор C. Foronda и соавторов показывает, что представители разных медицинских профессий получают различную подготовку и различаются стилями коммуникации, а в качестве препятствий взаимодействию описаны недостаток уверенности, организационная неупорядоченность и структурная иерархия ^[3]. Вмешательства, направленные на улучшение межпрофессионального сотрудничества, обобщены в кокрейновском обзоре ^[4]; сам факт формирования отдельного направления таких вмешательств указывает на признание практической значимости данной проблематики.

Существенно, что часть перечисленных препятствий относится к организации деятель-

ности, а не к подготовке отдельного специалиста. Это ограничивает представление о коммуникативной компетентности как о полностью автономном индивидуальном ресурсе.

Конфликтологическая компетентность: содержание и функция

Конфликтологическая компетентность обеспечивает сохранение конструктивности профессионального действия при наличии противоречия интересов, целей или позиций. Её предметом выступают само противоречие, конфликтогенные факторы и динамика развития конфликта. Соответственно, её функция не является только реактивной: она включает распознавание формирующегося противоречия и условий, повышающих риск эскалации, до перехода конфликта в открытую форму, а также выбор способов работы с противоречием и участие в его решении.

Интегративный обзор J. Almost и соавторов обобщает данные об источниках конфликтов в командах здравоохранения, их последствиях и подходах к предупреждению и разрешению ^[5]. Приводимые в литературе источники противоречий включают как межличностные, так и структурные основания, что согласуется с наблюдениями о роли организационных условий в профессиональном взаимодействии.

Следует оговорить терминологическое соотношение. Англоязычные исследования данной области разрабатываются в рамках конструкторов conflict management и conflict resolution, описывающих организационные и командные практики работы с противоречиями. Термин «конфликтологическая компетентность» используется в настоящей работе как самостоятельное обозначение соответствующего звена профессионального действия и не отождествляется с терминологией цитируемых источников; последние привлекаются для характеристики предмет-

ной области, а не как описание авторского конструкта.

Условия, при которых участники команды готовы открыто обсуждать затруднения, разногласия и ошибки, описаны через понятие психологической безопасности ^[6]. Систематический обзор R. O'Donovan и E. McAuliffe обобщает факторы, обеспечивающие психологическую безопасность в командах здравоохранения ^[7]. Данное понятие относится к характеристике командной среды, а не к компетентности отдельного специалиста, однако оно существенно для понимания того, при каких условиях конфликтологическая компетентность может быть реализована.

Основания разграничения двух компонентов

Разграничение рассматриваемых компетентностей проводится не по признаку наличия или отсутствия взаимопонимания между участниками: противоречие интересов может обнаружиться и при полном взаимопонимании сторон, а непонимание возможно и вне конфликта. Основанием разграничения выступают тип профессиональной ситуации и выполняемая в ней функция.

Коммуникативная компетентность обеспечивает коммуникативную организацию профессионального взаимодействия независимо от наличия противоречия: она востребована в любой ситуации, требующей передачи информации, согласования и обратной связи, и не перестаёт действовать при возникновении конфликта, поскольку работа с противоречием также осуществляется в коммуникации. Конфликтологическая компетентность имеет собственный предмет: противоречие и динамику его развития. Она не замещает коммуникацию в конфликтной ситуации, а добавляет специфическую функцию работы с самим противоречием, включая его распознавание на

ранних стадиях, предупреждение эскалации и выбор способов разрешения.

Основанием для предположения о функциональной самостоятельности компонентов служит различие требований, предъявляемых соответствующими ситуациями. Согласование действий при совпадающих или непротиворечивых позициях опирается преимущественно на точность передачи информации и проверку понимания. Действие в условиях противоречия дополнительно требует удержания собственной позиции при встречном давлении, оценки допустимых уступок и выбора стратегии разрешения, то есть предполагает иной состав умений. Различие требований позволяет теоретически допустить расхождение уровней развития двух компетентностей у одного специалиста. Данное допущение вытекает из логики предлагаемой системы и подлежит эмпирической проверке.

Разграничение с другими компонентами системы также может быть проведено по предмету. Переработка эмоциональной информации, включая распознавание и понимание эмоционального содержания ситуации, относится к эмоциональному интеллекту ^[8]. Управление собственным актуальным состоянием и поведенческой реакцией составляет предмет саморегуляции ^[9]. Осмысление оснований, хода и результатов профессионального действия относится к профессиональной рефлексии ^[10]. Рассматриваемые компетентности обеспечивают реализацию профессионального действия во взаимодействии с другими участниками профессиональной ситуации: первая отвечает за коммуникативную организацию этого взаимодействия, вторая за работу с возникающими в нём противоречиями.

Содержательное соприкосновение между перечисленными компонентами теоретически закономерно и не противоречит принципу функциональной незаменимости. Данный принцип предполагает наличие у

каждого компонента специфического вклада, который не может быть полностью замещён другим компонентом системы, а не полное отсутствие пересечений между конструктами.

Обсуждение

Проведённый анализ позволяет уточнить положение двух рассматриваемых компонентов в системе психологической устойчивости. Оба обеспечивают реализацию профессионального действия во взаимодействии с другими участниками профессиональной ситуации, однако различаются предметом и выполняемой функцией, вследствие чего ни один из них не замещает другой. Дефицит коммуникативной компетентности может затруднять доведение профессионально обоснованного решения до других участников; дефицит конфликтологической компетентности создаёт риск несвоевременного распознавания противоречия и его перехода в деструктивную форму.

Существенным для оценки применимости предлагаемой системы является то, что реализация обеих компетентностей зависит не только от подготовки специалиста. Приводимые в литературе описания барьеров профессионального взаимодействия включают организационную иерархию, распределение полномочий и особенности организации работы [3, 5], а психологическая безопасность характеризует среду команды, а не отдельного её участника [6, 7]. Соответственно, недостаточную результативность взаимодействия было бы некорректно во всех случаях объяснять дефицитом индивидуальных компетенций.

Организационные условия рассматриваются при этом как условие функционирования системы компетенций, а не как её дополнительный компонент: состав системы остаётся неизменным. Данное разграничение позволяет обозначить границы применимости предлагаемой концепции, не расширяя её

структуру.

В деятельности экспертов аккредитации медицинских организаций оба компонента приобретают выраженное значение, поскольку профессиональное взаимодействие с представителями оцениваемой организации сочетается с необходимостью отставлять результаты оценки при возможном несогласии сторон. Данное замечание представляет собой теоретическое приложение предлагаемой системы к конкретной профессиональной группе.

Настоящая работа выполнена как теоретическое исследование и не содержит эмпирической проверки изложенных положений. Оценка вклада рассматриваемых компетентностей в психологическую устойчивость специалистов медицинской сферы относится к предмету отдельных работ.

Выводы

1. Коммуникативная компетентность обеспечивает процессы профессионального взаимодействия: передачу и понимание информации, обратную связь и согласование действий, соответствуя звену профессионального взаимодействия в рассматриваемом цикле профессионального действия.
2. Конфликтологическая компетентность имеет специфический предмет: противоречие, конфликтогенные факторы и динамику развития конфликта. Она обеспечивает распознавание противоречия, в том числе на стадии его формирования, предупреждение эскалации и конструктивное разрешение конфликта, соответствуя звену действия в условиях противоречия.
3. Основанием разграничения двух компонентов выступают специфический предмет и выполняемая функция, а не момент возникновения конфликта и не наличие либо отсутствие взаимопонимания между участниками: коммуникативная компетентность действует и в конфликтных ситуациях, тогда как конфликтологическая компетентность

добавляет к ней функцию работы с самим противоречием.

4. Реализация обеих компетентностей зависит не только от индивидуальной подготовки специалиста, но и от организационных условий деятельности, которые рассматриваются как условие функционирования системы компетенций и не входят в её состав.

5. Изложенные положения представляют собой теоретическую модель и подлежат эмпирической проверке в последующих работах.

Список литературы

1. Frank J. R., Snell L. S., Ten Cate O., Holmboe E. S., Carraccio C., Swing S. R., Harris P. et al. Competency-based medical education: Theory to practice // *Medical Teacher*. 2010. Vol. 32, No. 8. P. 638–645. DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190.
2. Street R. L. Jr., Makoul G., Arora N. K., Epstein R. M. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes // *Patient Education and Counseling*. 2009. Vol. 74, No. 3. P. 295–301. DOI: 10.1016/j.pec.2008.11.015.
3. Foronda C., MacWilliams B., McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review // *Nurse Education in Practice*. 2016. Vol. 19. P. 36–40. DOI: 10.1016/j.nepr.2016.04.005.
4. Reeves S., Pelone F., Harrison R., Goldman J., Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. No. 6. Art. CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
5. Almost J., Wolff A. C., Stewart-Pyne A., McCormick L. G., Strachan D., D'Souza C. Managing

and mitigating conflict in healthcare teams: An integrative review // *Journal of Advanced Nursing*. 2016. Vol. 72, No. 7. P. 1490–1505. DOI: 10.1111/jan.12903.

6. Edmondson A. C., Lei Z. Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct // *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2014. Vol. 1. P. 23–43. DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305.

7. O'Donovan R., McAuliffe E. A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams // *International Journal for Quality in Health Care*. 2020. Vol. 32, No. 4. P. 240–250. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa025.

8. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, No. 3. P. 197–215. DOI: 10.1207/s15327965pli1503_02.

9. Gross J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review // *Review of General Psychology*. 1998. Vol. 2, No. 3. P. 271–299. DOI: 10.1037/1089-2680.2.3.271.

10. Schön D. A. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books, 1983. 374 p.

Л.Г. Куликова

Практический психолог. Независимый исследователь.

Автор программы «Психология долгой и счастливой жизни». Руководитель центра «Психотехнологии для жизни». Казахстан, г. Астана.

Психология счастья: смысл, присутствие, отношения и субъектность как основания психологического благополучия

■ Аннотация

В статье представлен теоретический анализ эволюции представлений о счастье от философских концепций эвдемонии до современных моделей субъективного и психологического благополучия. Рассматриваются подходы Э. Динера, К. Рифф, Р. Райана и Э. Деси, М. Селизмана, а также гуманистическая, экзистенциальная и феноменологическая традиции. На основании сопоставления подходов предлагается интегративное понимание психологического счастья через четыре взаимосвязанных основания: смысл, присутствие, отношения и субъектность. Счастье рассматривается не только как позитивное эмоциональное состояние, но как качество проживания собственной жизни — осмысленной, непосредственно переживаемой, разделённой со значимыми другими и присвоенной человеком.



Проблема счастья относится к фундаментальным вопросам человеческого существования и одновременно остаётся дискуссионной проблемой современной психологии. Во второй половине XX века счастье стало предметом систематического эмпирического исследования, а категории субъективного благополучия, удовлетворённости жизнью, психологического благополучия, смысла и flourishing получили статус самостоятельных научных конструкторов.

Единого понимания счастья при этом не сформировалось. В концепции Э. Динера субъективное благополучие раскрывается через оценку собственной жизни и эмоциональные компоненты ^[1]. К. Рифф расширяет эту перспективу, включая самопринятие, позитивные отношения, автономию, управление средой, цель в жизни и личностный рост ^[2]. Р. Райан и Э. Деси систематизируют различие гедонической и эвдемонической традиций ^[3], а позитивная психология постепенно смещает акцент от счастья как позитивного состояния к многомерному благополучию и flourishing ^[4].

В настоящей работе счастье рассматривается как интегративное переживание психологического благополучия, связанное с согласованностью четырёх измерений: смысловой наполненности жизни, присутствия в непосредственном опыте, значимых отношений и субъектного авторства собственного жизненного пути. Такое понимание позволяет объединить позитивно-психологическую, экзистенциальную, феноменологическую и субъектную традиции.

Эволюция представлений о счастье: от философии к психологической науке

В философской традиции счастье первоначально рассматривалось как вопрос о хорошей жизни. У Аристотеля эвдемония характеризует не кратковременное удовольствие, а полноценное осуществление человеческих возможностей и деятельность в соответствии с добродетелью ^[5]. Эпикур связывал благополучие с разумным удовольствием, умеренностью и освобождением от избыточного страдания; стоическая традиция переносила центр благополучия на внутреннюю позицию человека и различение контролируемого и неподконтрольного.

Гуманистическая психология переводит проблему счастья в плоскость развития личности. А. Маслоу связывает полноценное функционирование с самоактуализацией и реализацией потенциала ^[6]. К. Роджерс описывает полноценно функционирующего человека через открытость опыту, доверие собственному переживанию и способность жить более конгруэнтно ^[7]. Тем самым счастье всё меньше понимается как обладание благами и всё больше — как качество личностного функционирования.

Экзистенциальная традиция дополняет эту линию категориями смысла, свободы, ответственности и конечности. В. Франкл подчёркивает, что счастье не достигается

непосредственной погоней за ним, а может возникать как следствие осуществления смысла [8]. Р. Мэй и И. Ялом показывают, что тревога и страдание не всегда противоположны психологическому здоровью: зрелое существование предполагает способность встречаться с ограничениями жизни и сохранять подлинность выбора [9; 10].

Психология счастья как область эмпирических исследований

Эмпирическая психология счастья формируется вокруг нескольких взаимодействующих конструкторов. Классический обзор Э. Динера систематизировал исследования субъективного благополучия, включая удовлетворённость жизнью и аффективные компоненты [1]. Принципиальным стало признание того, что благополучие определяется не только объективными обстоятельствами, но и тем, как сам человек воспринимает и оценивает собственную жизнь.

К. Рифф поставила вопрос о том, исчерпывается ли позитивное функционирование удовлетворённостью жизнью. В её модели выделены шесть компонентов: самопринятие, позитивные отношения, автономия, управление средой, цель в жизни и личностный рост. Первоначальная эмпирическая проверка включала 321 участника разных возрастных групп [2]. В этой модели уже отчётливо представлены основания, близкие смыслу, отношениям и субъектности.

Р. Райан и Э. Деси различают гедоническое благополучие, связанное с удовольствием и позитивным аффектом, и эвдемоническое, связанное с самореализацией, смыслом и полноценным функционированием [3]. Эти подходы продуктивнее рассматривать как взаимодействующие, поскольку значительная часть человеческого опыта одновременно содержит удовольствие и ценностную значимость.

Позитивная психология продолжила движение к многомерному пониманию благо-

получия. М. Чиксентмихайи исследовал состояние потока как глубокую вовлечённость в деятельность [11], Б. Фредриксон — функциональную роль позитивных эмоций [12], а М. Селигман в модели PERMA выделил позитивные эмоции, вовлечённость, отношения, смысл и достижения [4]. В результате научное понимание счастья постепенно смещается от одного показателя к системе взаимосвязанных характеристик полноценной жизни.

Смысл как первое основание психологического благополучия

Смысл позволяет выйти за пределы понимания счастья как удовлетворённости или позитивного эмоционального состояния. В логотерапии В. Франкла стремление к смыслу выступает фундаментальной мотивационной тенденцией; значимая жизнь может сохраняться и в условиях страдания, если человек обнаруживает ценность деятельности, отношений или собственной позиции [8].

В отечественной психологии смысловая сфера получила развитие в работах А. Н. Леонтьева, Б. С. Братуся и Д. А. Леонтьева. Смысл связывает отдельные действия с системой мотивов, ценностей и жизненных отношений, обеспечивая направленность и регуляцию жизнедеятельности [13; 14]. Современные исследования также операционализируют смысл: М. Стегер и соавторы различают наличие смысла и его поиск [15].

Таким образом, смысл можно рассматривать как первое основание благополучия: он отвечает на вопрос «ради чего я живу?» и обеспечивает направленность, связность и значимость существования. Однако человек может иметь значимые цели и одновременно недостаточно переживать сам процесс жизни. Это требует обращения к феномену присутствия.

Присутствие как второе основание психологического благополучия

Присутствие связано с тем, насколько человек непосредственно находится в собствен-



ной жизни. Его философские основания представлены феноменологией Э. Гуссерля, М. Хайдеггера и М. Мерло-Понти, акцентирующей непосредственную данность опыта и телесный способ человеческого бытия ^[16; 17]. В гештальт-терапии эта линия получает развитие через awareness и контакт с актуальным опытом ^[18].

Наиболее близкой эмпирической областью являются исследования mindfulness. К. Браун и Р. Райан показали связь осознанности, измеряемой MAAS, с рядом показателей благополучия и саморегуляции ^[19]. S. Bishop и соавторы описали mindfulness через саморегуляцию внимания и открытую ориентацию к опыту ^[20], а S. Shapiro и соавторы — через взаимосвязь намерения, внимания и отношения ^[21].

Присутствие и mindfulness не следует полностью отождествлять: присутствие в более широком понимании включает также телесную и эмоциональную включённость, контакт с другим и субъективное ощущение участия в собственной жизни. В предлагаемой модели смысл придаёт жизни направление, а присутствие обеспечивает её переживаемость. Оно отвечает на вопрос: «насколько я нахожусь в той жизни, которую живу?»

Отношения как третье основание психологического благополучия

Человек существует в системе отношений, поэтому счастье не может быть понято исключительно как внутриличностный феномен. Теория привязанности Дж. Боулби показывает фундаментальную роль эмоциональной связи и безопасной основы ^[22]. В гуманистической психологии К. Роджерса отношения становятся пространством, в котором эмпатия, конгруэнтность и принятие способствуют развитию личности ^[7].

Значимость отношений представлена и в эмпирических моделях. У К. Рифф позитивные отношения являются самостоятельным компонентом психологического благополучия ^[2]; в теории самодетерминации связанность наряду с автономией и компетентностью рассматривается как базовая психологическая потребность ^[23]; в PERMA отношения входят в структуру благополучия ^[4].

При этом существенным является не количество контактов, а их качество: возможность близости, доверия, взаимности и сохранения себя в отношениях. Отношения отвечают на вопрос «с кем я разделяю свою жизнь?» и делают счастье не только индиви-

дуальным, но и разделённым переживанием.

Субъектность как четвёртое основание психологического благополучия

Субъектность ставит вопрос: «насколько жизнь, которую я живу, является моей?» В отечественной традиции С. Л. Рубинштейн рассматривает человека как активного субъекта взаимодействия с миром ^[24]; А. В. Брушлинский развивает представление о субъекте как источнике активности ^[25], а К. А. Абульханова-Славская переносит субъектность в пространство организации жизненного пути ^[26].

Близкая линия представлена в теории самодетерминации: автономия означает переживание волевого согласия с собственным действием, а не изоляцию от других ^[23]. Поэтому одинаковое внешне поведение может иметь различное психологическое содержание в зависимости от того, присвоено ли оно человеком или преимущественно определяется внешним давлением.

Феномен «не своей жизни» может быть рассмотрен как рассогласование реального способа существования с собственными ценностями, потребностями и смыслами. Субъектность при этом не предполагает иллюзии полного контроля: она связана со способностью различать доступную и недоступную зоны влияния, осуществлять внутренний выбор и принимать ответственность за собственный ответ на обстоятельства. В контексте счастья — это переход от «жить правильно» к «жить свою жизнь».

Интегративная модель психологического счастья

На основании проведённого анализа предлагается объединить четыре измерения психологического благополучия: смысл, присутствие, отношения и субъектность. Каждый компонент имеет самостоятельную теоретическую и эмпирическую традицию;

авторское предложение состоит не в выделении ранее неизвестных факторов, а в их теоретической интеграции в единую модель.

Смысл характеризует направленность жизни и отвечает на вопрос «ради чего я живу?». Присутствие отражает переживаемость и отвечает на вопрос «насколько я нахожусь в своей жизни?». Отношения характеризуют связанность — «с кем я разделяю свою жизнь?». Субъектность отражает авторство — «насколько эта жизнь является моей?». Таким образом, модель объединяет смысловой, феноменологический, реляционный и субъектный уровни благополучия.

Принципиальным является представление о согласованности, а не простой сумме компонентов. Смысл без присутствия может создавать значимую, но недостаточно проживаемую жизнь; отношения без субъектности — связанность с риском утраты себя; субъектность без отношений — авторство, сочетающееся с изоляцией; смысл без субъектности — цели, которые могут оставаться внешне заданными.

Психологическое счастье в рамках модели определяется как интегративное переживание благополучия, возникающее в процессе согласования смысловой наполненности жизни, присутствия в непосредственном опыте, значимых отношений и субъектного авторства собственного жизненного пути. Счастливая жизнь в таком понимании является осмысленной, проживаемой, разделённой и присвоенной.

Счастье и экзистенциальный кризис

Интегративная модель позволяет по-новому рассмотреть соотношение счастья и страдания. Если счастье отождествляется с непрерывным позитивным аффектом, тревога, печаль и утрата оказываются его противоположностью. Экзистенциальная традиция показывает более сложную картину: негативные переживания могут быть

связаны с ценностью, выбором, любовью и конечностью, не уничтожая полностью психологическое благополучие [8-10].

Экзистенциальный кризис может сопровождаться рассогласованием четырёх оснований: утратой смысла, ослаблением присутствия, нарушением связанности и снижением переживания авторства жизни. Вместе с тем кризис не следует автоматически романтизировать: его преобразующий потенциал реализуется не всегда и зависит от ресурсов личности, социальной поддержки и возможностей психологической переработки.

Зрелое психологическое счастье поэтому можно понимать не как отсутствие страдания, а как способность сохранять или восстанавливать связь с собственной жизнью в различных её состояниях: обнаруживать смысл, присутствовать в опыте, оставаться связанным с другими и осуществлять выбор в пределах реальной свободы.

Обсуждение и заключение

Развитие психологии счастья свидетельствует о переходе от одномерных к многомерным моделям благополучия. Э. Динер подчёркивает субъективную оценку жизни [1], К. Рифф — позитивное психологическое функционирование [2], Р. Райан и Э. Деси — различие и взаимодополнение гедонической и эвдемонической перспектив [3], М. Селигман — многокомпонентное благополучие [4]. Сопоставление этих подходов с экзистенциальной, феноменологической и субъектной традициями позволяет дополнить вопрос «насколько человек счастлив?» вопросом «как человек проживает собственную жизнь?».

Предлагаемая модель не противопоставляется существующим концепциям. Её специфика заключается в интеграции четырёх уровней: смыслового, феноменологического, реляционного и субъектного. Смысл придаёт жизни направление; присутствие обе-

спечивает её переживаемость; отношения создают пространство связанности; субъектность обеспечивает внутренний выбор и переживание авторства.

Таким образом, психологическое счастье не сводится к удовольствию, удовлетворённости жизнью или отсутствию страдания. Его можно рассматривать как динамическую согласованность человека с собственной жизнью. Перспективным направлением дальнейших исследований является эмпирическая проверка предложенной модели: изучение взаимосвязей смысла, присутствия, качества отношений и субъектности с показателями субъективного и психологического благополучия, а также определение вклада и взаимодействия каждого компонента.

Итоговый тезис может быть сформулирован следующим образом: счастливая жизнь — это не только жизнь, которой человек доволен; это жизнь, которая имеет смысл, непосредственно проживается, разделяется со значимыми другими и переживается человеком как своя.

Список литературы

1. Diener E. Subjective well-being // *Psychological Bulletin*. 1984. Vol. 95, No. 3. P. 542–575.
2. Ryff C. D. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57, No. 6. P. 1069–1081.
3. Ryan R. M., Deci E. L. On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being // *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. P. 141–166.
4. Seligman M. E. P. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press, 2011.
5. Аристотель. Никомахова этика // *Сочинения: в 4 т. Т. 4. М.: Мысль*, 1983.
6. Maslow A. H. *Motivation and Personality*. 2nd ed. New York: Harper & Row, 1970.
7. Rogers C. R. *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
8. Франкл В. *Человек в поисках смысла*. М.: Прогресс, 1990.
9. May R. *The Meaning of Anxiety*. New York: Ronald Press, 1950.
10. Yalom I. D. *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980.
11. Csikszentmihalyi M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row, 1990.
12. Fredrickson B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions // *American Psychologist*. 2001. Vol. 56, No. 3. P. 218–226.
13. Леонтьев А. Н. *Деятельность. Сознание. Личность*. М.: Политиздат, 1975.
14. Леонтьев Д. А. *Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности*. 3-е изд. М.: Смысл, 2007.
15. Steger M. F., Frazier P., Oishi S., Kaler M. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life // *Journal of Counseling Psychology*. 2006. Vol. 53, No. 1. P. 80–93.
16. Heidegger M. *Being and Time*. New York: Harper & Row, 1962.
17. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul, 1962.
18. Perls F., Hefferline R., Goodman P. *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Julian Press, 1951.
19. Brown K. W., Ryan R. M. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 84, No. 4. P. 822–848.
20. Bishop S. R. et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004. Vol. 11, No. 3. P. 230–241.
21. Shapiro S. L., Carlson L. E., Astin J. A., Freedman B. Mechanisms of Mindfulness // *Journal of Clinical Psychology*. 2006. Vol. 62, No. 3. P. 373–386.
22. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969.
23. Deci E. L., Ryan R. M. The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior // *Psychological Inquiry*. 2000. Vol. 11, No. 4. P. 227–268.
24. Рубинштейн С. Л. *Основы общей психологии*. СПб.: Питер, 2002.
25. Брушлинский А. В. *Психология субъекта*. СПб.: Алетейя, 2003.
26. Абульханова-Славская К. А. *Стратегия жизни*. М.: Мысль, 1991.

ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК ЖУРНАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ»

г. Астана
2026