

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Кыров Н.Е.</i> К природе, терапии и профилактики «профессионального выгорания».....	6
<i>Ахметгалеева З.М., Чурекова Т.М.</i> Особенности профессионального выгорания учителей и школьных психологов.....	9
<i>Бабаян Э.А., Алекминская А.Ф.</i> Профессионально-личностное самоопределение врача-стоматолога.....	14
<i>Березовская Л.Г., Слабинский В.Ю., Подсадный С.А.</i> К вопросу критериев риска развития синдрома «эмоционального выгорания».....	17
<i>Богомолов В.А.</i> Эмоциональная экспрессия специалистов в сфере психического здоровья как проявление профессионального «выгорания»....	19
<i>Большакова Т.В.</i> Синдром психического выгорания у медицинских работников.....	22
<i>Борисова М.В.</i> Психологические детерминанты синдрома выгорания у педагогов.....	24
<i>Брусенцев А.Е.</i> К вопросу об осознаваемости синдрома выгорания.....	27
<i>Водопьянова Н.Е., Виданова Ю.И.</i> Психическое выгорание как барьер профессиональной самореализации личности.....	30
<i>Волкова Т.И., Бородкина М.В.</i> Об организации психологической профилактики синдрома профессионального выгорания у педагогов.....	33
<i>Гнедова С.Б.</i> Особенности синдрома «эмоционального выгорания» у специалистов коррекционно-развивающего обучения.....	35
<i>Голомидова С.И.</i> Проявления симптомов эмоционального выгорания в рассказах А.П. Чехова «Ионыч» и «Палата № 6».....	38
<i>Гринь Е.И.</i> Компетентность специалистов «помогающих» профессий в области диагностики выгорания как условие эффективности их профессиональной деятельности.....	41
<i>Громыхалова Е.В.</i> Неадекватная самооценка как фактор риска развития синдрома выгорания у руководителей.....	44
<i>Гузенко О.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.</i> Синдром эмоционального выгорания психиатрических медицинских сестер.....	47
<i>Густелева А.Н.</i> Смысложизненные ориентации учителей с несформированным уровнем эмоционального выгорания.....	49
<i>Дарьялова В.А.</i> К вопросу о профилактике синдрома выгорания.....	51
<i>Доценко О.Н.</i> Роль эмоциональной направленности в соответствии личности и профессии для представителей социэкономических профессий.....	54
<i>Дук И.А., Игумнов С.А., Склема В.Н., Скугаревская М.М.</i> Особенности синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов Беларуси..	57
<i>Емельяненко А.В.</i> Исследование эмоционального выгорания в сфере «манипулятивных» профессий методом регрессионного анализа.....	59
<i>Золотухина Л.В., Шадрин И.В.</i> Синдром профессионального выгорания у психиатров и медперсонала психиатрических учреждений.....	62

<i>Иванов А.В., Квасовец С.В., Безносюк Е.В., Аксенова И.В.</i> Реабилитация лиц с синдромом выгорания с использованием комплекса психофизиологических методов воздействия на подпороговом уровне.....	65
<i>Иноземцева О.В.</i> Синдром выгорания и увлеченность работой.....	68
<i>Квасовец С.В., Иванов А.В., Шатило В.Н., Безносюк Е.В.</i> Методика анализа вызванных потенциалов мозга в комплексной диагностике синдрома выгорания.....	71
<i>Кецко Т.В.</i> Гендерные особенности проявления синдрома эмоционального выгорания в педагогической профессии.....	74
<i>Ким А.М., Хван Н.В.</i> Системно-структурный анализ синдрома профессионального выгорания как объекта понимания.....	77
<i>Ковалёва Н.А.</i> Личностные особенности педагогов школы-интерната как фактор развития эмоционального выгорания.....	80
<i>Коломинский Я.Л.</i> «Психологические фантомные боли» как феномен социализации.....	82
<i>Копылова Т.Ю.</i> Особенности проявления синдрома профессионального выгорания у медицинских работников.....	83
<i>Куваева И.О.</i> История изучения «синдрома выгорания» в американской психологии.....	85
<i>Куликов А.И.</i> Психодинамические факторы профессионального выгорания.....	88
<i>Лесных Е.И.</i> Социально-психологические факторы развития «выгорания» и принципы его коррекции у педагогов.....	94
<i>Лозинская Е.И.</i> Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров.....	96
<i>Лукьянов В.В.</i> Эмпатия, профессиональный стаж и особенности синдрома эмоционального выгорания у психиатров-наркологов.....	100
<i>Лукьянов В.В., Ежелек С.В.</i> Исследование социально-психологических факторов эмоционального выгорания у психиатров-наркологов по результатам анкетирования.....	102
<i>Лукьянов В.В., Митревиц В.</i> Особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей терапевтического профиля в Латвии.....	105
<i>Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В.</i> Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей.....	108
<i>Михайлова В.П., Коротченко Н.И., Кувшинова Т.И.</i> Проблема эмоционального «выгорания» и свойства личности.....	111
<i>Молчанова Л.Н., Никишина В.Б., Ушакова Т.А.</i> Социально-психологическая детерминация синдрома профессионального выгорания у представителей профессий помогающего типа.....	114
<i>Никишина В.Б., Ушакова Т.А.</i> Внутренние детерминанты «профессионального выгорания» у специалистов социальной работы.....	117

<i>Орёл В.Е.</i> Синдром психического выгорания личности в современной психологии: состояние, проблемы, перспективы.....	120
<i>Орлов Д.Н., Подсадный С.А., Шойгу Ю.С.</i> К вопросу единства терминологии и представлений о синдроме «Burnout».....	123
<i>Осипова С.А., Курпатов В.И.</i> Синдром «эмоционального выгорания» как преморбид депрессии.....	126
<i>Пацакула И.И., Целенко З.С.</i> Потери и приобретения персональных ресурсов и состояние здоровья медицинских работников.....	130
<i>Поварёнков Ю.П.</i> Конструктивные и деструктивные тенденции профессионального становления и реализации личности.....	132
<i>Подсадный С.А., Слабинский В.Ю.</i> К вопросу роли этических моделей в формировании синдрома эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий.....	136
<i>Сенин И.Г.</i> Личностные детерминанты психического выгорания.....	138
<i>Серегина И.И., Щербич Л.И.</i> «Психологическое выгорание» преподавателей вуза: причины и последствия.....	140
<i>Скугаревская М.М.</i> Синдром эмоционального выгорания: предпосылки развития у работников сферы психического здоровья.....	143
<i>Скугаревская М.М., Игумнов С.А., Склема В.Н.</i> Синдром эмоционального выгорания и основные этапы его развития.....	146
<i>Слабинский В.Ю., Подсадный С.А.</i> К вопросу групповой позитивной психодинамической психотерапии синдрома «эмоционального выгорания».....	148
<i>Старченкова Е.С.</i> Взаимосвязь профессионального выгорания и отношения ко времени у преподавателей вузов.....	151
<i>Тихонова И.В.</i> Исследование эмоционального «выгорания» в контексте профессионально-личностной деформации медицинских сестер.....	153
<i>Тропов В.А., Новикова И.А.</i> Синдром эмоционального выгорания у оперативных сотрудников уголовно-исполнительной системы: причины формирования и масштаб проблемы.....	157
<i>Ушакова Т.А., Никишина В.Б., Савченко А.П.</i> Внешние детерминанты «профессионального выгорания» у специалистов социальной работы.....	160
<i>Харченко В.П.</i> Синдром «эмоционального выгорания» в структуре модели человеческой природы.....	163
<i>ЩигOLEV И.И.</i> Психиатрия и психическая усталость медицинских работников.....	167

К ПРИРОДЕ, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ «ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»

*А.И. Аппенянский, Ю.П. Бойко, Н.Е. Кыров
Городская психотерапевтическая поликлиника № 223
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия
Дипломатическая академия МИД РФ, Москва, Россия
Российская медицинская академия последипломного образования,
Москва, Россия*

С развитием врачебной психотерапии и медицинской психологии, увеличением числа лечащих врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, участвующих в оказании психотерапевтической и психиатрической помощи, психологов различного профиля, особенно работающих с конкретными мучающимися и страдающими людьми [1], в нашей профессиональной среде нередко говорят об актуальности проблемы «профессионального выгорания специалиста».

Это состояние наблюдается не только в среде специалистов по психическому здоровью. Везде, где на «маленького человека» (термин В. Райха) и на человека творческого, в той или иной степени, труда воздействуют «неодолимые» для него жизненные трудности (профессионального, материального, семейного, социального, мировоззренческого и др. характера), развиваются явления того состояния, которое В. Франкл называл логоневрозом, неврозом смыслоутраты.

У каждого из нас на памяти есть коллеги или друзья, которые по тем или иным причинам ушли из профессии, переквалифицировались, или стали часто и длительно болеть соматическими заболеваниями, или выпали из семейных уз. Многим из них можно было бы поставить диагноз «синдром профессионального выгорания», в более же точном медицинском выражении этот диагноз должен звучать, согласно МКБ-10, как «расстройство приспособительных реакций» (F43.2) в связи со стрессовыми событиями. Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между формой, содержанием и тяжестью симптомов; анамнестическими данными и личностью; стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом. В рамках расстройств адаптации выделяются кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20), пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.21), смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22), расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23), расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24), смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25) [2].

По законам развития постстрессовых расстройств у таких больных нередко асоциальные расстройства личности с алкоголизацией, наркотизацией, снижением или трансформацией социальных статуса и связей, астенизацией, развитием психосоматических расстройств и т.д.

Наблюдающиеся при указанных расстройствах нарушения социальной адаптации должны дифференцироваться с состояниями из групп F10, F20, F40, F60 и др.

В выраженных формах так называемый «синдром профессионального выгорания» подлежит полному и комплексному врачебному психотерапевтическому лечению с использованием всех средств врачебной психотерапии. Используются все основные этапы врачебной психотерапии: релаксация, излечение соматических, психиатрических и психосоциальных расстройств, коррекция, обучение (в том числе жизнь в болезни) и переучивание, социализация.

При этом используется весь потенциал врачебной психотерапии: естественно-научный (медицинский), гуманитарно-личностный и социально-мировоззренческий подходы к терапии. Применяются психологические и психосоциальные воздействия и лекарства (включая лечение астении, депрессии и тревоги, налаживание сна, ноотропы, аминокислотные комплексы, витамины и т.д.), режим труда и отдыха, питания, движения, обеспечивается коррекция представлений о социуме и внутренней картины болезни, связь между страдающим больным, его «внутренним дитя» и лечащим врачом, социальная помощь и адаптация, проводится социальная реабилитация и реадaptация, физическая, психическая, коммуникативная и трудовая реабилитация, что позволяет добиться полноценного возврата (включения) пациента в макро- и микросоциум, в семью, к труду.

Главными причинами развития синдрома являются:

– недостаточный профессионализм специалиста, который, в связи с отсутствием знаний патогенеза и методов лечения, а также опыта оказания помощи страдающим людям, пытается вести их исключительно «на плечах своей личности», что неминуемо ведет к неудаче и психотравме для него самого;

– истощающий, слишком длительный непрерывный труд врача (психолога) без перерывов для сна и отдыха – в особенности в условиях оказания помощи при ЧС.

Нами разработаны главные рекомендации по профилактике развития «профессионального выгорания» у специалистов нашего профиля (для условий ЧС), которые могут служить основой и для специалистов, работающих в более «спокойной» обстановке:

– предварительные профессиональные ориентация и отбор специалистов; профессиональная подготовка специалистов в соответствии с современными научными представлениями и последующие регулярные усо-

вершенствования (не реже 1 раза в год) с проведением учений в натуральных условиях, клинические разборы;

– продолжительность непрерывной работы на ЧС не более 6-7 часов с последующим 17-18-часовым перерывом для сна и отдыха; отгулы по окончательному завершению работ. В некоторых случаях возможно временное или постоянное отстранение специалиста от работы в условиях ЧС;

– обеспечение условий бесплатного приема пищи 3-4 раза в день, питья, кратковременного отдыха, поддержания личной гигиены;

– применение специальных алгоритмов деятельности специалистов для работы в условиях ЧС, которые позволяют избежать обычной для таких случаев организационной неразберихи и дают возможность в минимально возможный срок включиться в лечебную работу. Нами за последние годы разработаны и используются следующие алгоритмы: «Помощь пострадавшим при ЧС, госпитализированным в соматические стационары», «Помощь при пожаре в больнице», «Помощь родным и близким погибших при авиакатастрофе», «Помощь родным и близким погибших при массовых катастрофах (в условиях морга)»;

– тесное взаимодействие и преемственность при оказании помощи при ЧС между врачами-психотерапевтами и другими специалистами здравоохранения, психологами и социальными специалистами немедицинских служб при условии обязательной медицинской сортировки пострадавших на группы нуждающихся в медицинской (психотерапевтической, психологической и психиатрической) и немедицинской психологической помощи. В Москве в 2006 году на уровне городского Правительства утвержден «Межведомственный порядок по оказанию специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в городе Москве»[4].

Библиографический список

1. Аппенянский А.И. Трудные вопросы психотерапевта // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 1. – М., 2003. С. 149–185.
2. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: МЗ РФ, 1998. – 512 с.
3. Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Курпатов В.И., Кыров Н.Е. О медико-социальной психотерапии // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 5. – М., 2007. С. 171–173.
4. Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Бурмистрова Е.В., Кыров Н.Е., Левашова Т.Н., Магалецкая Л.Н., Николин К.И., Антонова О.Н., Баскакова Н.С., Жаркова Н.И. Захаров А.В., Лисенко И.Н., Орлова Е.В., Шатило В.Н. О межведомственном взаимодействии при организации психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи пострадавшим при ЧС в Москве // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 4. – М., 2006. С. 119–121.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ УЧИТЕЛЕЙ И ШКОЛЬНЫХ ПСИХОЛОГОВ

З.М. Ахметгалева, Т.М. Чурекова
ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет»
Кемерово, Россия

Каждому из нас для благополучного существования требуется разный уровень напряжения. Кому-то больше, кому-то меньше. Ведь давно доказано, что без стресса любое живое существо погибает, однако слишком частое пребывание в стрессовых ситуациях различной степени токсично для человеческой психики.

Н.В. Самоукина определяет профессиональное выгорание как синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека [3]. Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них.

Человек не может находиться в напряженном состоянии, сопровождающемся неприятными эмоциями, слишком долгое время. Субъект вынужден искать пути избавления от этого напряжения. В таких случаях ему удастся либо конструктивно разрешить стрессогенные ситуации, вызванные профессиональной деятельностью, либо выработать ряд психологических защит, механизм действия которых сводится к устранению неприятных переживаний без разрешения конфликта, их породившего. Во втором случае в результате выработки психологических защит у человека могут появиться негативные личностные черты, измениться отношение к выполняемой деятельности, нарушиться система межличностных отношений.

Защита может вырабатываться по отношению к психотравмирующим воздействиям, преимущественно исходящим из профессиональной деятельности, в таких случаях мы можем с уверенностью говорить о профессиональном выгорании. Таким образом, в процессе профессионального выгорания личностью вырабатывается механизм психологических защит, позволяющий устранить или свести к минимуму неприятные чувства, в форме полного или частичного исключения эмоциональных откликов в ответ на служебные конфликтные ситуации. В результате «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами, то есть выгорание ведет к снижению работоспособности и качества профессиональной жизни работающих людей.

В научной литературе традиционно выделяют поведенческие, психофизиологические и психологические (эмоциональные, когнитивные) признаки и симптомы профессионального выгорания. Особо подчеркивается, что их набор в каждом отдельном случае может варьироваться в за-

висимости от индивидуальных особенностей работника, особенностей его социально-психологического окружения и условий труда. Среди причин профессионального выгорания часто называются как ряд индивидуально-психологических особенностей, так и проблемы, находящиеся в самой ситуации. Так, К. Маслач [2] – сторонник идеи, согласно которой источник проблемы находится больше в ситуации, чем в людях, и проблему легче понять и найти из нее выход, используя термины социальных и ситуационных источников профессиональных стрессов.

С целью изучения проблемы профессионального выгорания учителей и школьных психологов применялась методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко [1]. Методологической основой данной методики является теория развития и протекания стресса Г. Селье. Ученый выделял три фазы протекания стресса: напряжение, резистенцию и истощение [4].

В первой фазе человек впервые встречается со стрессовым раздражителем, происходит мобилизация всех имеющихся ресурсов для преодоления стрессовой ситуации. Сила раздражителя определяет степень мобилизации. В фазе «резистенция» человек привыкает к действию стрессовой ситуации и функционирует в нормальном режиме, но отличном от прежнего, дострессового. Если травмирующие обстоятельства длятся длительное время или оказывают сильное влияние на человека, возникает вероятность постепенного перехода к фазе «истощение», связанной с израсходованием резервных возможностей организма и психики и ведущей к негативным физиологическим либо психическим изменениям. У одного и того же человека могут быть в той или иной степени выражены все три фазы адаптационного синдрома. Это легко объясняется тем фактом, что педагогическая деятельность ежедневно несет в себе некоторые элементы стрессовой ситуации. Восприятие, адаптация и разрешение одних школьных проблем сопряжено с возникновением новых.

В исследовании, проведенном психологической службой Центра непрерывного образования ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет» (ЦНО КемГУ), приняли участие учителя гимназий и педагогические психологи образовательных учреждений, входящих в структуру ЦНО КемГУ. Процентные доли учителей и психологов с выделяемыми методикой В.В. Бойко стадиями формирования каждой из трех фаз эмоционального выгорания представлены в таблице 1.

Наиболее сформировавшейся фазой у учителей является «резистенция» (только у 9,1 % эта стадия не сформировалась, у 40,9 % – в стадии формирования, у 50 % – сформировавшаяся). Фазы «напряжение» и «истощение» преимущественно являются несформированными либо находятся в стадии формирования. Несколько иным образом на рабочие стрессы реагируют школьные психологи. Фазы «напряжение» и «истощение» у них являются преимущественно не сформированными (по 66,7 %), у 33,3 %

эти фазы в стадии формирования. Сформировавшейся у 16,7 % школьных психологов является фаза «резистенция»; у 50 % – эта фаза в стадии формирования, и у 33,3 % – не сформирована.

Таблица 1

Стадии формирования фаз эмоционального выгорания

ФАЗЫ	СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ					
	Не сформировавшаяся фаза		Фаза в стадии формирования		Сформировавшаяся фаза	
	Учителя	Психологи	Учителя	Психологи	Учителя	Психологи
Напряжение	31,8 %	66,7 %	52,3 %	33,3 %	15,9 %	0 %
Резистенция	9,1 %	33,3 %	40,9 %	50 %	50 %	16,7 %
Истощение	40,9 %	66,7 %	50 %	33,3 %	9,1 %	0 %

В фазе «напряжение» и у учителей, и у школьных психологов наиболее выраженным симптомом является «переживание психотравмирующих обстоятельств». Симптом «загнанность в клетку» практически не формируется, кроме того, как показывают данные корреляционного анализа, у учителей этот симптом имеет отрицательную взаимосвязь с возрастом и стажем работы. То есть, чем дольше работает педагог, тем в меньшей степени он «чувствует себя загнанным в клетку», либо он находит больше способов для разрешения возникающих в педагогической деятельности проблем. Следует оговориться, что существует вероятность выбывания из педагогической среды людей, неспособных найти подходящие способы разрешения проблем и «чувствующих себя загнанными в клетку». В группе психологов такой закономерности выявлено не было. Симптом «неудовлетворенность собой» в обеих группах является преимущественно не сложившимися. «Тревога и депрессия» – в некоторой степени сложившийся симптом у учителей и практически несложившийся у психологов. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Симптомы фазы «напряжение»

		Несложившийся симптом	Складывающийся симптом	Сложившийся симптом	Доминирующий симптом
Переживание психотравмирующих обстоятельств	Учителя	18,2 %	29,5 %	15,9 %	36,4 %
	Психологи	66,7 %	8,3 %	8,3 %	16,7 %
Неудовлетворенность собой	Учителя	56,8 %	31,8 %	2,3 %	9,1 %
	Психологи	75 %	16,7 %	8,3 %	0 %
«Загнанность в клетку»	Учителя	75 %	15,9 %	0 %	9,1 %
	Психологи	66,7 %	33,3 %	0 %	0 %
Тревога и депрессия	Учителя	43,2 %	29,5 %	13,6 %	13,6 %
	Психологи	83,3 %	16,7 %	0 %	0 %

Как уже было показано, фаза «резистенция» является наиболее сформированной в обеих группах. Это значит, что педагоги выработали индивидуальные способы эффективной психологической защиты от ежедневного стресса, связанного с профессиональной деятельностью (Табл. 3).

Таблица 3

Симптомы фазы «резистенция»

		Несложившийся симптом	Складывающийся симптом	Сложившийся симптом	Доминирующий симптом
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	Учителя	4,5 %	34,1 %	15,9 %	45,5 %
	Психологи	16,7 %	25 %	25 %	33,3 %
Эмоционально-нравственная дезориентация	Учителя	43,2 %	25 %	15,9 %	15,9 %
	Психологи	50 %	50 %	0 %	0 %
Расширение сферы экономии эмоций	Учителя	31,8 %	31,8 %	6,8 %	29,5 %
	Психологи	58,3 %	33,3 %	0 %	8,3 %
Редукция профессиональных обязанностей	Учителя	20,5 %	18,2 %	25 %	36,4 %
	Психологи	25 %	41,7 %	16,7 %	16,7 %

Не может не тревожить тот факт, что 45,5 % педагогов и 33,3 % психологов имеют доминирующий симптом «неадекватное эмоциональное реагирование», а также 36,4 % учителей – «редукция профессиональных обязанностей», и 29,5 % учителей – доминирующий симптом «расширение сферы экономии эмоций». Наименее выражен симптом «эмоционально-нравственной дезориентации»: 43,2 % учителей и 50 % психологов имеют не сложившийся симптом и 25 % учителей и 50 % психологов – складывающийся. Группа психологов благополучно выглядит относительно симптома «расширение сферы экономии эмоций»: 58,3 % имеют несложившийся симптом, 33,3 % – складывающийся и 8,3 % – доминирующий.

Симптомы фазы «истощение» преимущественно являются несложившимися (Табл. 4). У учителей наиболее выражен симптом «Психосоматические и психовегетативные нарушения»: 31,8 % – несложившийся; 22,7 % – складывающийся; 27,3 % – сложившийся; 18,2 % – доминирующий симптом, в то время как у 100 % психологов это симптом является несложившимся.

Единственный симптом, более выраженный у психологов, чем у учителей, – «эмоциональная отстраненность». Видимо, именно позиция школьных психологов, заключающаяся в эмоциональной отстраненности от рабо-

чих стрессов, является профилактическим фактором профессионального выгорания. Заметим, что многие психотехнические упражнения, которыми несомненно владеют школьные психологи, направлены на выработку позиции, заключающейся в спокойном восприятии повседневных стрессовых ситуаций, дистанцировании от неприятных переживаний. Оговоримся, что по данным статистического анализа средние значения выраженности симптома «эмоциональная отстраненность» в двух группах не имеют достоверных различий.

Таблица 4

Симптомы фазы «истощение»

		Несложившийся симптом	Складывающийся симптом	Сложившийся симптом	Доминирующий симптом
Эмоциональный дефицит	Учителя	61,4 %	25 %	4,5 %	9,1 %
	Психологи	58,3 %	33,3 %	8,3 %	0 %
Эмоциональная отстраненность	Учителя	59,1 %	27,3 %	6,8 %	6,8 %
	Психологи	41,7 %	33,3 %	16,7 %	8,3 %
Личностная отстраненность	Учителя	56,8 %	18,2 %	11,4 %	13,6 %
	Психологи	75 %	16,7 %	8,3 %	0 %
Психосоматические и психовегетативные нарушения	Учителя	31,8 %	22,7 %	27,3 %	18,2 %
	Психологи	100 %	0 %	0 %	0 %

Результаты нашего исследования говорят о том, что школьные психологи менее подвержены профессиональному выгоранию. Причины, ведущие к формированию данного факта, будут предметом наших дальнейших исследований. Возможно, это несколько иные условия труда либо особенности личности психологов, большая социально-психологическая компетентность, обладание навыками эффективного разрешения стрессовых, конфликтных ситуаций.

В целом отметим, что и для учителей, и для психологов, обследованных нами, свойственно преобладание фазы «резистенция» в общем адаптационном синдроме – функционирование в стрессовых условиях, ставших нормой.

Библиографический список

1. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы [Текст] / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2006. – 512 с.
2. Маслач, К. Профессиональное выгорание: как люди справляются [Электронный документ] // URL: <http://psy.piter.com/library/?tp=1&rd=1>
3. Самоукина, Н. В. Синдром профессионального выгорания [Электронный документ] // URL: <http://www.7ya.ru/pub/article.aspx?id=4143>
4. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме [Текст] / Г. Селье: Пер. с англ. – М.: Мед. изд., 1960. – 51 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

*Э.А. Бабаян, А.Ф. Алекминская
Группа Компаний МЕДИ, Санкт-Петербург, Россия*

Представление о профессионализации как одной из форм развития индивида в современной психологической науке является общепризнанным. Большинство современных авторов определяющим условием процесса профессионального развития признают превращение собственной жизнедеятельности в предмет преобразования, появление личностной профессиональной позиции. Ценности профессионализации для человека – это самооценочные показатели типа профессионального самоопределения, удовлетворенности своими успехами, самооценка своего вклада и достигнутых успехов, ощущение самореализованности и самоактуализированности и др. [2].

Цель проводимого нами исследования – выделить комплексы личностных черт, соответствующие разным уровням профессиональной самореализации врача-стоматолога, оценить его адаптационные возможности в зависимости от уровня продуктивности профессионального развития.

В качестве субъективного критерия продуктивности профессионализации в нашем исследовании выступает уровень нацеленности, устремленности, направленности человека на всестороннее развитие, степень его внутреннего стремления к самореализации в различных жизненных сферах, в том числе и профессиональной, измеряемые общим показателем осмысленности жизни в методике «Смысложизненные ориентации» (СЖО) [1].

Для определения адаптационного ресурса врача-стоматолога использовался опросник FPI, а именно те шкалы, которые позволяют оценить состояния и свойства личности, имеющие первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения личности в различных жизненных ситуациях [1].

В обследовании приняли участие 380 врачей-стоматологов областных, городских, районных лечебных и лечебно-диагностических учреждений Ленинградской области (врачи-стоматологи: терапевты, хирурги, ортодонты, ортопеды, парадонтологи). В выборке 242 мужчины, 138 женщин. Средний возраст обследованных – 45 лет. Средний стаж врачебной деятельности – 21 год, управленческий стаж – 8 лет.

Адаптация методики СЖО к целям проводимого исследования позволила выделить три обобщенных (с учетом данных по отдельным шкалам) показателя уровня развития феномена самореализации личности. В результате обозначились три группы респондентов.

1. Группа с высокими общими показателями осмысленности жизни, высоким уровнем продуктивности профессионализации (для мужской выборки значение общего показателя осмысленности жизни (ОЖ) – более 118,13 баллов; для женской выборки – более 112,3 баллов).

2. Группа со средним уровнем осмысленности жизни, средним уровнем продуктивности профессионализации (для мужской выборки значения общего показателя ОЖ – от 88,07 до 118,13 баллов; для женской выборки – от 79,22 до 112,3 баллов).

3. Группа со сниженными показателями осмысленности жизни, низким уровнем продуктивности профессионализации (для мужской выборки значения общего показателя ОЖ менее 88,07; для женской – менее 79,22 балла).

Основные характеристики выделенных групп

1. Врач-стоматолог с высоким общим показателем осмысленности жизни, выраженной направленностью на развитие – эту группу в нашей выборке составили 130 обследованных, 70 % из них – мужчины (94 человека) и 30 % – женщины (36 человек).
2. Врач-стоматолог со средними показателями осмысленности жизни, средней выраженностью направленности на развитие - эта группа оказалась самой многочисленной. В нее вошли 152 человека. 78 % обследованных – мужчины (118 человек), 22 % – женщины (34 человека).
3. Врач-стоматолог с низкими показателями осмысленности жизни, отсутствием направленности на развитие – в этой группе оказалось 98 обследованных, большинство из которых женщины (68 человек – 70 %), мужчин 30 человек, что составляет 30 %.

Уже предварительное сравнение групп позволило зафиксировать гендерные различия в уровне направленности личности врача-стоматолога на развитие. В мужской выборке эта направленность выражена более отчетливо. Далее было проведено сравнение типичных профилей по FPI в каждой из трех выделенных групп. Типичный профиль врача-стоматолога с высоким уровнем осмысленности жизни обнаруживает следующие выраженные личностные особенности:

- высокий уровень спонтанной агрессивности (шкала II – 7 баллов), создающий предпосылки для импульсивного поведения;
- отсутствие признаков депрессии в поведении, в отношении к себе и к социальной среде (шкала III – 2 балла);
- экстравертированность, выраженная потребность в общении и постоянная готовность к ее реализации, удовлетворению (шкала V – 8 баллов; шкала X – 7 баллов);
- выраженное стремление к доминированию, вплоть до признаков агрессии в отношении социального окружения (шкала VII – 7 баллов);
- протекание психической деятельности преимущественно по мужскому типу (шкала XII – 7 баллов).

Оценки по остальным шкалам находятся в пределах от 4 до 6 баллов, что свидетельствует о средней степени выраженности соответствующих личностных особенностей.

Личностный профиль врача-стоматолога со средним уровнем осмысленности жизни имеет «пики» по следующим шкалам:

- низкий уровень психопатизации, самоконтроль в поведении (шкала II – 2 балла);
- эмоциональная устойчивость, хороший контроль эмоций (шкала IV – 3 балла);
- общительность, социальная активность (шкала V – 7 баллов);
- уверенность в себе, хорошая защищенность от воздействия стресс-факторов в различных жизненных ситуациях (шкала VI – 8 баллов, шкала VIII – 3 балла);
- отсутствие признаков агрессии по отношению к социальному окружению (шкала VII – 3 балла);
- стремление к доверительному открытому взаимодействию с окружающими людьми, достаточный уровень самокритичности (шкала IX – 7 баллов).

Для врача-стоматолога с низким уровнем осмысленности жизни характерны следующие личностные особенности:

- выраженные невротические черты (шкала I – 7 баллов);
- сдержанность поведения, внешний контроль эмоций (шкала II – 3 балла);
- выраженные признаки депрессивности в поведении, отношении к себе и окружающим (шкала III – 8 баллов);
- неуверенность в себе, пессимизм, пассивность, слабая защищенность от воздействия стресс-факторов (шкала VI – 3 балла, шкала VIII – 8 баллов).

Таким образом, проведенное сравнение позволяет предположить, что наиболее «безболезненно» различные кризисные явления в ходе профессионализации преодолеваются врачом-стоматологом со средним уровнем направленности на развитие, максимально реалистичным отношением к жизненным целям. Личностные особенности, наиболее типичные для врача-стоматолога со сниженным уровнем направленности на развитие, мало соответствуют тем требованиям, которые предъявляет к субъекту сама профессиональная деятельность. А это, безусловно, создает предпосылки для формирования у врача-стоматолога различного рода дезадаптационных состояний. Личностные особенности, которые обеспечивают высокий уровень направленности на развитие у врача-стоматолога, позволяют ему эффективно справляться с трудностями, обусловленными характером профессиональной деятельности. Однако это всегда сопряжено с очень высоким напряжением жизненных сил, а значит, также может рас-

смагиваться как потенциальный фактор риска развития симптомов «эмоционального выгорания».

Библиографический список

1. Бабаян Э.А., Алекминская А.Ф. Методы исследования коммуникативного ресурса личности. – СПб., 2005.
2. Ясько Б.А. Врач: психология личности. – Краснодар, 2001.

**К ВОПРОСУ КРИТЕРИЕВ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА
«ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»**

*Л.Г. Березовская, В.Ю. Слабинский, С.А. Подсадный
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им.
И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Эмоциональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека. В 1981 году А. Моггю [2] предложил яркий эмоциональный образ, отражающий восприятие окружающими выгоревшего профессионала. По его мнению, вокруг такого человека витает «запах горячей психологической проводки». Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них. С. Cherniss [1] приравнивает «эмоциональное выгорание» к дистрессу в его крайнем проявлении и к третьей стадии общего синдрома адаптации - стадии истощения, одновременно подчеркивая, что момент перехода стресса в выгорание четко не определен. Автор, указывая на работы Selye, определяет общий адаптационный синдром как наличие признаков стресса во всем теле, которые развиваются через определенный промежуток времени. На стадии истощения, по мнению Cherniss, человек не способен к какому-либо приспособлению или сопротивлению, он истощен и склонен к развитию соматических симптомов: головных болей, гипертонии, язвенной болезни или других заболеваний. Для унификации исследований С. Maslach (1982) предложила тестовую методику «Maslach burnout inventory» (МВИ), которая позволяет диагностировать и измерять эмоциональное выгорание. Обобщая результаты многочисленных международных исследований, можно выделить следующие «критерии риска» развития синдрома эмоционального выгорания.

Во-первых, профессиональному выгоранию больше подвержены сотрудники, которые по роду службы вынуждены много и интенсивно общаться с различными людьми, знакомыми и незнакомыми. Прежде всего, это медицинские и социальные работники, консультанты, преподаватели, руководители, менеджеры по продажам, полицейские. Особенно быстро

«выгорают» сотрудники, имеющие интровертированный характер, индивидуально-психологические особенности которых не согласуются с профессиональными требованиями коммуникативных профессий. Они не имеют избытка жизненной энергии, характеризуются скромностью и застенчивостью, склонны к замкнутости и концентрации на предмете профессиональной деятельности. Именно они способны накапливать эмоциональный дискомфорт без «сбрасывания» отрицательных переживаний во внешнюю среду.

Во-вторых, синдрому профессионального выгорания больше подвержены люди, испытывающие постоянный внутриличностный конфликт в связи с работой. Чаще всего (как в России, так и за рубежом) это – женщины, переживающие внутреннее противоречие между работой и семьей, а также «прессинг» в связи с необходимостью постоянно доказывать свои профессиональные возможности в условиях жесткой конкуренции с мужчинами. Кроме того, внутреннее напряжение может возникать по причине несоответствия этической матрицы личности и требований профессионального долга, приказа командира и т.д.

В-третьих, профессиональному выгоранию больше подвержены работники, профессиональная деятельность которых проходит в условиях острой нестабильности и хронического страха потери рабочего места. В России к этой группе относятся прежде всего люди старше 45 лет, для которых вероятность нахождения нового рабочего места в случае неудовлетворительных условий труда на старой работе резко снижается по причине возраста. Кроме того, в этой группе находятся работники, занимающие на рынке труда позицию внешних консультантов, вынужденных самостоятельно искать себе работу. В данном контексте этическое предписание не удерживать пациента создает дополнительные возможности развитию у психотерапевта хронического стресса, вызванного страхом потенциального отсутствия пациентов в будущем. Возникает парадокс - чем более эффективно (краткосрочно с минимумом рецидивов) работает психотерапевт, тем более он уязвим.

В-четвертых, на фоне перманентного стресса синдром выгорания проявляется в тех условиях, когда человек попадает в новую, непривычную обстановку, в которой он должен проявить высокую эффективность. Например, после лояльных условий обучения в высшем учебном заведении на дневном отделении молодой специалист начинает выполнять работу, связанную с высокой ответственностью, и остро чувствует свою некомпетентность. В этом случае симптомы профессионального выгорания могут проявиться уже после шести месяцев работы.

В-пятых, синдрому выгорания больше подвержены жители мегаполисов, которые живут в условиях навязанного общения и взаимодействия с большим количеством незнакомых людей в общественных местах.

Библиографический список

1. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study // J. of Organizational Behavior. – 1992. – V. 13(1). – P. 1–11.
2. Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives // Applied and Preventive Psychology. – 1998. – V. 7. – P. 63-74.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ»

В.А. Богомолов

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

Известно, что персонал медицинских учреждений в сфере психического здоровья подвергается профессиональному стрессу, связанному с повышенными требованиями к взаимодействию с психически больными людьми и особыми условиями процесса курации (например, нарушения критичности и осознания болезни у пациентов, принудительные госпитализации, давление со стороны родственников и общественности и т.д.). Психические заболевания требуют длительного лечения с частыми госпитализациями (что обусловлено в том числе социально-экономическими факторами). От медицинского персонала требуется много терпения и такта при повышенной нагрузке и высоком эмоциональном напряжении. Естественно, велика вероятность профессионального выгорания, особенно когда терапевтический эффект неочевиден и эффективность лечения часто подвергается сомнению.

Влияние непосредственного окружения психически больного человека на течение его болезни хорошо изучено в психиатрии и клинической психологии. Особенно большое внимание уделяется уже почти в течение 50 лет семьям психически больных. Речь идет об исследованиях т.н. эмоциональной экспрессии (ЭЭ, expressed emotion) родственников психически больных (в первую очередь больных шизофренией). Основной результат многочисленных исследований заключается в том, что если в семье психически больного человека родственники регулярно выражают в его адрес много критики, враждебности и слишком эмоционально реагируют на его поведение с тенденцией к гиперопеке, то у такого больного в несколько раз возрастает риск обострения психического заболевания [1]. Исследования подтверждают данную закономерность для больных шизофренией, аффективными расстройствами, расстройствами пищевого поведения и для некоторых соматических заболеваний (например, диабет). Традиционно эмоциональная экспрессия исследуется с помощью Кэмбервильского семейного интервью [2], которое позволяет оценить основные параметры ЭЭ – критику, враждебность, эмоциональную сверхвключенность. Интервью позволяет выделять родственников с высокой степенью ЭЭ и с низкой.

Низкая ЭЭ у родственника означает лучший прогноз для больного, меньшее количество обострений и госпитализаций. Показатели ЭЭ не являются стабильными, в настоящее время в мировой практике разрабатываются и проводятся программы для родственников психически больных, позволяющие снизить количество эмоциональной экспрессии и, тем самым, снизить количество рецидивов. В основном, это психообразовательные программы и программы краткосрочной семейной психотерапии.

В 80-е годы исследователи предложили использовать понятие эмоциональной экспрессии для анализа взаимодействия специалистов в области психического здоровья и их пациентов. Так, по разным данным, процент специалистов с высокой ЭЭ составляет от 0 до 60 [3]. Персоналу медицинских учреждений с высокой степенью ЭЭ свойственна критичность и враждебность, но показатели эмоциональной сверхвключенности меньше, чем у родственников больных. Это связано с профессиональной позицией, высокой нагрузкой и меньшей частотой контактов. Малое количество исследований не позволяет говорить о прямой связи высокой ЭЭ у медицинского персонала и течением болезни (как это было доказано для родственников пациентов). Тем не менее, исследования показывают, что высокий уровень эмоциональной экспрессии у персонала оказывает отрицательное влияние на общий уровень функционирования пациентов и их качество жизни.

В литературе описаны характеристики личности и поведения специалистов, демонстрирующих высокий и низкий уровень ЭЭ. Для низкого уровня эмоциональной экспрессии характерны следующие проявления: способность контролировать свои чувства; теплота, интерес и уважение по отношению к пациентам; способность мотивировать больных; понимание затруднений пациентов и поддержка их самостоятельности; ориентация на позитивные аспекты в состоянии пациента; создание четких границ между собой и пациентом (без чрезмерной вовлеченности); способность к восстановлению чувства надежды у пациента [3]. Важным фактором является уровень профессионального образования: более квалифицированные и лучше обученные сотрудники делают меньше критических и враждебных замечаний в адрес пациента [4]. Согласно исследованиям, возможной ключевой характеристикой родственников с меньшей выраженностью ЭЭ является открытость и гибкость. Van Humbeek [4] определяет открытость как любопытство к новым ситуациям. Специалист, работающий с пациентом, демонстрирует открытость и гибкость, когда, лучше узнавая конкретного пациента, может отступить от конформной схемы построения отношений и более творчески подходить к решению возникающих проблем. Вторым важным фактором, влияющим на уровень эмоциональной экспрессии, является атрибуция и объяснение симптомов и поведения пациента. Так, если персонал считает нарушения поведения и симптомы внутренними проблемами, которые пациент может контролировать, то уровень эмоциональной экспрессии будет высоким. При понимании поведения па-

циента и симптомов как части болезни, т.е. неподвластных и неконтролируемых пациентом, уровень ЭЭ будет низким. Особенно это касается негативных симптомов при шизофрении, таких как апатия, эмоциональная уплощенность, обеднение личностной сферы и т.д.

Таким образом, наряду с общими высокими требованиями к персоналу, необходимыми для низкого уровня эмоциональной экспрессии в адрес пациента, есть несколько основных факторов, на которые можно воздействовать. Исследователями было сделано несколько попыток снизить уровень ЭЭ у медперсонала (в основном у медсестер) с помощью специальных тренинговых программ, аналогичных психообразовательным программам для родственников психически больных [3]. Данные программы оценивались персоналом положительно, повысили уровень знаний о болезни пациентов, улучшили эмоциональный климат в отделении, но не снизили уровень эмоциональной экспрессии. Альтернативой таким программам, которые требуют многих затрат, являются регулярные встречи персонала с возможностью обсуждения пациентов, проблем и прогресса в ходе лечения. Такие встречи позволяют делиться навыками и опытом друг с другом, и основное внимание уделяется именно взаимодействию с пациентами. Такие регулярные мероприятия позволяют проговаривать негативные эмоциональные переживания и снижать вероятность выгорания.

Необходимо отметить, что полностью устранить любые проявления критики, враждебности и чрезмерной эмоциональной вовлеченности у медперсонала не только невозможно, но и не нужно. Определенные ожидания и критика в мягкой, доступной для пациента форме стимулируют пациентов менять свои убеждения и поведение в более адаптивную сторону [3]. Кроме того, как было сказано выше, высокие показатели ЭЭ у персонала не столько ухудшают состояние пациентов, сколько сигнализируют об общем эмоциональном климате в больнице или отделении, отражающем проблемы взаимодействия с пациентами. Изменение стереотипов и установок, а также реакций по отношению к пациентам – это возможность повышать качество лечения.

Библиографический список

1. Butzlaff A.M., Hooley J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse // *Archives of General Psychiatry*. 1998. 55. P. 547–552
2. Brown, G. W., Rutter, M. The measurement of family activities and relationships: methodological study // *Human Relations*. 1966. 19, 241–263.
3. Van Humbeeck G., Van Audenhove C. Expressed emotion of professionals towards mental health patients // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2003. 12, 4, P.232–237
4. Van Humbeeck G., Van Audenhove Ch., Pieters G., De Hert M., Storms G., Vertommen H., Peuskens J. & Heyrman J. Expressed emotion in the resident – professional caregiver dyad: are symptoms, coping and personality related. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002. 37, 364–371

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Т.В. Большакова

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Профессионализация является сложным целостным процессом становления личности специалиста, который начинается с момента выбора профессии, длится в течение всей профессиональной жизни человека и завершается только тогда, когда человек прекращает свою профессиональную деятельность. Взаимовлияние профессии и личности признается большинством зарубежных и отечественных исследователей. Взаимодействие между личностью и профессией может осуществляться по двум основным направлениям. Первое направление заключается в активном воздействии самого человека на профессию: изменении способов выполнения деятельности, модернизации орудий труда и т.д. С другой стороны, профессия может оказывать влияние на личность, изменяя и развивая ее.

Это взаимовлияние может носить как позитивный, так и негативный характер. Комплекс негативных последствий воздействия профессии на личность в отечественной психологии получил название *профессиональная деформация*. Одним из негативных проявлений профессиональной деформации личности является синдром «психического выгорания».

В 17 веке голландским врачом Ван Туль-Пси была предложена символическая эмблема медицинской деятельности – горящая свеча. “Светя другим, сгораю сам” – этот девиз предполагает высокое служение, самоотверженную отдачу всего себя профессии и другим людям, приложившие всех своих физических и нравственных сил. В настоящее время существует общая обеспокоенность в отношении того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Патогенность медицинской работы для практикующих врачей волнует исследователей и в связи с тем, что их здоровье жизненно важно для безопасности и качества оказываемой ими помощи.

Синдром «выгорания» (burnout) довольно широко известен и исследуется в зарубежной психологии. Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [2].

В течение ряда лет нами проводилось исследование особенностей профессиональной деятельности врачей различных специальностей, выявлялись факторы, детерминирующие возникновение синдрома психического выгорания у медицинских работников. В ходе работы нами было об-

следовано 262 врача различных специальностей (хирурги, реаниматологи, анестезиологи, кардиологи, терапевты и др.) города Ярославля и Ярославской области, Костромы, Вологды, Череповца, на 70 % это были мужчины. Возрастной диапазон колебался от 23 до 65 лет, стаж работы от 2 до 45 лет, все с высшим медицинским образованием [1].

Для диагностики психического выгорания был использован «Опросник психического выгорания» разработанный А.А. Рукавишниковым. Анализ полученных результатов показал, что у 26 % испытуемых выгорание наблюдается в степени, достаточной для нарушения личного благополучия и профессиональной деятельности, и 54% находятся на грани этого.

Для решения поставленных задач мы проранжировали всех испытуемых по уровню индекса психического выгорания и сформировали 2 группы: «выгоревших» и «невыгоревших» врачей, между которыми в дальнейшем проводилось сравнение.

Для выявления личностных черт, влияющих на развитие психического выгорания, нами были использованы следующие методики: личностный опросник Р. Кеттелла – 16 PF, тест Ч. Спилбергера – STAXI.

Применив методики в обеих группах испытуемых, мы подвергли полученные результаты статистической обработке. Использование метода корреляционных отношений показало, что степень взаимодействия между выгоранием и особенностями личности имеет двусторонний характер, однако влияние личностных черт на выгорание значительно более сильное, чем обратный эффект. По результатам нашего исследования на формирование психического выгорания влияют такие личностные черты, как: сдержанность в межличностных контактах; доминантность, импульсивность, смелость, мятежность, тревожность, наличие агрессивности, направленность ее на других. Психическое выгорание снижает контроль агрессивных проявлений, может приводить к аутоагрессии.

Кроме того, существенное влияние на формирование психического выгорания оказывает не только уровень развития отдельных личностных характеристик, но и специфика их структурной организации.

Анализ индексов, отражающих степень организованности структуры, показал, что индекс организованности структуры имеет наибольшее значение у невыгоревших, что структура личностных качеств у «невыгоревших» врачей более организована, чем у «выгоревших».

Вероятно, что высокая организованность и эффективность структуры личностных качеств «невыгоревших» врачей играет важную роль при решении общеадаптационных задач и препятствует развитию выгорания.

Для диагностики преобладающих защитных механизмов личности была использована методика Индекс жизненного стиля (LSI). Изучение взаимосвязи психического выгорания и используемых врачами МПЗ показало, что на развитие психического выгорания влияет использование че-

ловеком во фрустрирующих ситуациях таких МПЗ, как замещение, компенсация и интеллектуализация. При развитии феномена психического выгорания индивид прибегает в первую очередь к использованию таких МПЗ, как вытеснение и реактивные образования.

Для того чтобы посмотреть различия в восприятии социальной среды у «выгоревших» и «невыгоревших» врачей, нами был использован опросник «Шкала рабочей среды» (адаптация А.А. Рукавишниковой).

Анализ связи между выгоранием и факторами рабочей среды показал, что на формирование феномена психического выгорания оказывают влияние невключенность врача в организацию лечебного процесса, отсутствие сплоченности во врачебном коллективе, отсутствие свободы действий и несамостоятельность в принятии решений, стремление администрации оказывать постоянное давление на врачей при выполнении ими своей работы, отсутствие поощрения нетрадиционных идей и методов лечения, плохие физические условия работы (недостаточный физический комфорт, отсутствие необходимых медикаментов и оборудования и пр.). Следовательно, «выгоревшие» врачи субъективно (а сама методика предполагает именно субъективную оценку рабочей среды) склонны оценивать отрицательно условия своей работы, они оказывают на них более «давящее» действие.

Проведенное нами исследование позволяет сделать вывод о высоком риске возникновения выгорания у медицинских работников и необходимости специально организованной профилактической и реабилитационной работы с врачами с целью снижения риска возникновения психического выгорания, сохранения и восстановления психического здоровья и профессиональной и личностной эффективности врача.

Библиографический список

1. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: Дисс. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2004. – 167 с.
2. Орел В.Е. Синдром психического «выгорания» личности. – М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2005. – 330 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ПЕДАГОГОВ

М.В. Борисова

*Ярославский государственный педагогический университет
им. К.Д. Ушинского, Ярославль, Россия*

Исследование синдрома выгорания у педагогов является актуальным в силу высокой социальной значимости этой профессии, направленной на становление и развитие личности учащихся. Профессиональная деятель-

ность педагогов характеризуется рядом особенностей, позволяющих отнести ее к группе риска возникновения и развития синдрома выгорания. Это высокий динамизм, нехватка времени, рабочие перегрузки, сложность возникающих педагогических ситуаций, ролевая неопределенность, социальная оценка, необходимость осуществления частых и интенсивных контактов, взаимодействие с различными социальными группами и т.д. Выгорание способно оказывать значительное негативное воздействие на психосоматическое здоровье педагога и на эффективность его деятельности.

Большинство исследователей определяют выгорание как состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы и включающее в себя три составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений [1, 2, 3, 4].

Выявление детерминант выгорания позволяет разработать программу профилактики и коррекции синдрома выгорания на разных этапах профессионального становления личности педагога.

В связи с вышеизложенным было предпринято эмпирическое исследование, направленное на выявление детерминант синдрома выгорания у педагогов. В исследовании приняли участие педагоги общеобразовательных школ Ярославля и области (n=142).

В исследовании применялся метод наблюдения, опроса, метод экспертных оценок, анализ документации. Использовались психодиагностические методики «Опросник психического выгорания» (А.А. Рукавишников), опросник «Стилевая саморегуляция поведения» (В.И. Моросанова), опросник «Нейротизм Экстраверсия Психотизм» (А.А. Рукавишников), методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич), «Экспресс-методика по изучению социально-психологического климата в трудовом коллективе» (О.С. Михалюк и А.Ю. Шалыто), авторская методика «Особенности организации педагогической деятельности» использовалась для анализа факторов, связанных с организацией деятельности педагога (М.В. Борисова).

Анализ теоретических и эмпирических исследований позволил выделить факторы выгорания: объективные, связанные с деятельностью, и субъективные – индивидуальные особенности личности профессионала, влияющие на процесс возникновения и развития выгорания. К объективным факторам относятся: неблагоприятный социально-психологический климат педагогического коллектива (конфликты, напряженность в отношениях с коллегами и руководством, отсутствие поддержки и сплоченности), недостатки в организации педагогической деятельности (отсутствие четкой регламентации, нехватка автономности, неравномерное распределение учебной нагрузки, недостаточность стимулирования труда учителя, отсутствие перспектив профессионального роста, не включение педагога в процесс управления). В качестве субъективных факторов выделяются: высокий нейротизм как показатель эмоциональной неустойчивости индивида,

лабильности, неуравновешенности нервно-психических процессов, преобладания негативно окрашенных эмоциональных состояний; наличие рассогласований в ценностной сфере, выражающееся в невозможности реализации педагогом значимых смыслообразующих жизненных целей, а также приоритетных типов поведения, предпочтительного образа действий и/или значимых свойств личности в своей профессиональной деятельности; низкий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции эмоций и поведения [1, 2, 4].

В результате психодиагностического обследования у педагогов был выявлен достаточно высокий уровень выгорания, в структуре которого ведущую роль играет компонент профессиональной мотивации; высокий уровень невротизации; высокий уровень рассогласования значимых ценностей с возможностью их реализации в профессиональной деятельности; средний уровень развития умений и навыков саморегуляции; достаточно благоприятный социально-психологический климат; удовлетворительный характер организации деятельности.

Сравнение крайних выборок педагогов с высоким и низким уровнем выгорания позволило выявить детерминанты, по которым эти группы различаются. На высоком уровне значимости (Т-критерий Стьюдента = 0,99) обнаружены значимые различия по показателям терминальных и инструментальных ценностей, невротизму, показателю саморегуляции. Значимые различия (Т = 0,95) выявлены по показателю социально-психологического климата, характеристикам организации педагогической деятельности – автономности, распределению учебной нагрузки, профессиональному росту и включению в управление.

В результате корреляционного анализа были обнаружены значимые корреляции между уровнем выгорания и невротизмом ($r = 0,71$, $p < 0,01$), терминальными ($r = 0,76$, $p < 0,01$) и инструментальными ценностями ($r = 0,64$, $p < 0,01$), общим уровнем саморегуляции ($r = -0,29$, $p < 0,01$), показателем социально-психологического климата ($r = 0,24$, $p < 0,01$) и показателями организации деятельности – стимулированием труда ($r = -0,32$, $p < 0,01$), профессиональным ростом ($r = -0,23$, $p < 0,01$), включением в управление ($r = -0,27$, $p < 0,01$), автономностью ($r = -0,20$, $p < 0,05$) и распределением нагрузки ($r = -0,18$, $p < 0,05$), а также экстраверсией ($r = -0,19$, $p < 0,05$) и психотизмом ($r = 0,20$, $p < 0,05$).

Результаты проведенного эмпирического исследования позволили сделать следующие выводы.

1. Установлено, что основными психологическими детерминантами выгорания выступают внутренние индивидуально-психологические и внешние социально-психологические факторы.

2. Выделены системообразующие детерминанты выгорания, в качестве которых выступают высокий уровень невротизма и рассогласование в ценностной сфере.

3. Выделены значимые детерминанты, способствующие возникновению и динамике выгорания, которыми являются несформированность умений и навыков саморегуляции, неудовлетворительный социально-психологический климат и недостатки в организации педагогической деятельности – низкий уровень автономности, неравномерное распределение нагрузки, недостаточное стимулирование труда, отсутствие возможностей профессионального роста и включения в управление.

4. Выделены основные направления профилактики и коррекции выгорания на разных этапах профессионального становления личности: на этапе профессиональной ориентации школьников – диагностика профессиональной мотивации, диагностика личностных особенностей, способствующих возникновению выгорания; на этапе профессионального обучения – ознакомление студентов с синдромом выгорания, формирование навыков произвольной саморегуляции эмоций и поведения в ходе учебных и практических занятий; на этапе профессиональной деятельности – диагностика уровня выгорания педагогов, коррекция ценностно-мотивационной сферы, оптимизация социально-психологического климата коллектива и организационных характеристик.

Библиографический список

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336с.
2. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – 330с.
3. Рукавишников А.А. Опросник психического выгорания для учителей. Руководство. Ярославль, 2001. – 14 с.
4. Professional burnout: recent developments in theory and research. Edited by W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. New York: Taylor and Francis, 1993.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОЗНАВАЕМОСТИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

А.Е. Брусенцев

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург, Россия

Одним из наиболее актуальных направлений современной психологии является изучение профессиональных стрессов. Развитие стресса на рабочем месте исследуется как важная научная проблема в связи с его влиянием на работоспособность, производительность, качество, здоровье работника. Согласно концепции психологического обеспечения профессиональной деятельности Никифорова Г.С. [5] в целях сохранения профессионального долголетия специалистов необходимо знание общих и специальных факторов риска для конкретных видов профессий и категорий лю-

дей. На основе этих знаний может строиться поиск путей возможного устранения или снижения их негативного влияния на субъектов труда.

Как результат неудачно разрешенного стресса на рабочем месте рассматривают синдром профессионального выгорания. Он представляет собой процесс постепенной утраты человеком профессиональной мотивации, проявляющийся в симптомах эмоционального истощения, умственного утомления, физической усталости, личной отстраненности, снижения удовлетворения от исполненной работы, ощущения неэффективности и недостаточности своих достижений. Развитие данного синдрома характерно в первую очередь для профессий, где доминирует оказание помощи людям.

Серьезной методологической трудностью выступает отсутствие единства взглядов у психологов по принципиальному вопросу – осознаемость-неосознаемость синдрома выгорания.

Алексеева Л.В. [1] выделяет четыре уровня способности осознавать субъектом значения своих действий:

1. Отражение уровня бодрствования и отнесение совершаемого к себе, как исходящее от себя (органический уровень).
2. Непосредственное и опосредованное отражение физических параметров действий, движений (физический уровень).
3. Отражение социального характера действий, т. е. предвидение их результатов, их нравственная и правовая оценка (социальный уровень).
4. Отражение целей через осознание потребностей, мотивов, представление об их удовлетворении и достижении (смысловой уровень).

К сожалению, в данной схеме не нашла отражения такая важная характеристика осознания субъектом значения своих действий как оценка условий, на фоне которых разворачивается конкретное поведение. Рассмотрев стрессовые условия как сложный многокомпонентный феномен, Водопьянова Н.Е. и Старченкова Е.С. [2] предложили наиболее полную пятиуровневую классификацию стрессовых воздействий:

1. Стрессовые стимулы – отдельные объекты или действия.
2. Стрессовые события – особо значимые жизненные эпизоды, имеющие причину и следствие.
3. Стрессовые ситуации – физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями. Восприятие и интерпретация ситуации определяют субъективную оценку ее стрессогенности.
4. Стрессовое окружение – обобщающее понятие, характеризующее типы стрессовых ситуаций.
5. Стрессовая среда – совокупность стрессогенных физических и социальных переменных внешнего мира.

Однако в этой, безусловно продуктивной, классификации не нашлось места для мотивационных детерминант, так или иначе участвующих в формировании поведенческой тактики и стратегии (предмет потребности,

состояние человека на момент осуществления конкретных действий, нравственный контроль). Авторы оставили за пределами научно-теоретического анализа содержание ситуационного (конкретного) мотива, который собственно и лежит в основе способности осознавать значение и характер совершаемых действий.

Обращение к этой проблеме дает, на наш взгляд, возможность поставить ряд вопросов первостепенной важности:

1. Может ли субъект при объяснении причин своего поступка одинаково ясно представлять все возможные мотивационные детерминанты.

2. Каково влияние неосознаваемых мотивационных детерминант на сознательную мотивацию поступка.

3. Какова роль автоматизмов или (и) других аналогичных элементов бессознательного в совершении поступков.

Е.П. Ильин [3] считает, что мотив может осознаваться даже при импульсивных действиях. Другое дело, что это осознание не получает развернутого вербального обозначения. Только при репрезентации в вербальной форме происходит относительно полное осознание субъектом мотива своего поступка, в противном случае можно говорить лишь об осознанности самого поступка, т. е. о маркировании определенного действия в сознании. Ильин Е.П. четко разграничивает уровни осознаваемости мотивов на собственно осознание (ощущение, переживание), понимание и обдумывание, которые могут быть более или менее полными, отчего и появляются моменты осознанного и неосознанного, обдуманного и необдуманного действия (последние – из-за некритического принятия совета «на веру», из-за недостатка времени на обдумывание, в результате аффекта).

Современные исследователи в большинстве своем придерживаются мнения о принципиальной возможности осознания мотивов поведения, которой мешает ряд обстоятельств:

1. Психологическая защита, срабатывающая при углубленной саморефлексии (нежелание выглядеть плохим в собственных глазах).

2. «Обслуживание» одной и той же целью нескольких потребностей или достижение нескольких целей при удовлетворении одной потребности.

Объем неосознаваемого в синдроме выгорания определяется степенью зависимости индивида от стрессогенных условий существования, в частности, от типических свойств личности. Актуализировавшееся состояние зависимости индивида от типических свойств начинает управлять его поведением ровно в той степени, в которой он не осознает этой зависимости. С другой стороны, чем ниже степень осознания этой зависимости, тем сильнее она как фактор, детерминирующий поведение. Уровень осознания человеком себя как действующего индивида определяется мерой автономизации себя от объектов окружающего мира, что Лефевр В.А. [4] определял как интенциональность, направленную на самого себя. Чем ниже эта автономизация, тем более неосознаваемый (или мистифицированный) ха-

рактер носит детерминация поведения субъекта, тем в большей власти внешних обстоятельств он находится. Индивид не может осознавать того, от чего он себя не отделяет, по отношению к чему он не может занять рефлексивную позицию.

Библиографический список

- Алексеева Л.В. Судебно-психологическая экспертиза эмоциональных состояний: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1996.
- Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
- Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб., 2000.
- Лефевр В.А. Формула человека. Контуры фундаментальной психологии. – М., 1991.
- Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб., 1991.

ПСИХИЧЕСКОЕ ВЫГОРАНИЕ КАК БАРЬЕР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Н.Е. Водопьянова, Ю.И. Виданова
Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург, Россия

Самореализация в профессиональной сфере является важным аспектом жизнедеятельности человека на протяжении большей части его жизненного пути. К актуальным вопросам психологического обеспечения профессиональной самореализации человека относятся: выявление субъективных и объективных трудностей самореализации на разных этапах профессионализации, определение личностных и ситуационных препятствий на пути достижения профессионального мастерства и самоосуществления, а также профилактики негативных последствий профессиональной дезадаптации. Существует мнение, что трудности адаптации к любой профессиональной деятельности уже на стадии освоения, а в дальнейшем при длительном выполнении без профессионального и личностного роста деформирует личность. Негативные деформации как профессионально нежелательные качества или профессиональные деструкции препятствуют самореализации личности и ведут к смысло-жизненной неудовлетворенности человека [3]. Профессиональные деформации нарушают целостность личности, снижают её адаптивность, устойчивость, отрицательно сказываются на продуктивности деятельности и качестве жизни в целом [1].

Одной из форм профессиональных деструкций является синдром психического выгорания. Имеющиеся теоретические и эмпирические факты дают основание предположить, что синдром выгорания, с одной стороны, является следствием дезадаптации и низкого уровня самоактуализации, с другой стороны, сам синдром препятствует профессиональному росту и самореализации. Остаются невыясненными первичные пусковые

механизмы синдрома выгорания и возможности его превенции. Что является первичным, а что вторичным в данном замкнутом круге — профессиональное выгорание как следствие перенапряжения адаптационных механизмов или неудовлетворенность самореализацией в профессиональной сфере? Как практически можно помочь тем, кто переживает профессиональные или личностные кризисы, и предотвратить профессиональные деструкции?

В целях получения ответов на эти и многие другие вопросы нами проводятся многочисленные исследования причин и последствий феномена выгорания у специалистов различных профессий и разных этапов профессионализации. Одним из таких исследований является изучение синдрома выгорания в процессе профессионализации административных работников.

По определению Л.А. Коростылевой, «самореализация – это целостное явление, обнаруживающееся на разных уровнях структурной организации психики – от психофизического до социально-психологического – и проявляющегося в контексте жизнедеятельности» [3]. Однако в ходе профессиональной самореализации у субъекта труда могут возникнуть трудности, связанные с воздействием различного рода барьеров. Л.А. Коростылева выделяет барьеры самореализации первого, второго и третьего типов: ценностный, смыслового конструкта, диспозиции. На наш взгляд, к системному барьеру профессиональной самореализации можно отнести синдром выгорания, являющийся следствием трудностей самореализации в условиях столкновения личности со стрессами профессиональной деятельности.

Профессиональное выгорание мы рассматриваем как личностную деструкцию, развивающуюся во времени вследствие дезадаптации к широкому спектру коммуникативных стрессов в профессиональной деятельности, в основном в системе «человек–человек». Экзистенциальный подход, представителями которого являются А. Pines [1], Н. В. Гришина [2], главной причиной выгорания рассматривает неудачный поиск смысла жизни в профессиональной деятельности. Основу наличия у работника чувства значимости своей работы составляет осознание своей профессиональной компетентности и эффективности выполнения деятельности.

С целью эмпирической проверки связи между психическим выгоранием и профессиональной самореализацией нами был опрошен 71 человек (административные работники государственной службы) по следующим методикам: опросник «Профессиональное выгорание» для административных работников Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой, методика SACS С. Хобфолла для оценки стратегий преодолевающего поведения, самоактуализационный тест Э. Шострома, шкала оценки удовлетворенности работой. Статистическая проверка данных осуществлялась при помощи программного пакета SPSS 13.0.

Анализ результатов исследования показал, что у административных работников государственной службы («чиновников») достаточно часто наблюдаются симптомы выгорания. Так, у 35 % опрошенных диагностируется высокая степень выгорания, у 42 % – средняя степень и у 23 % – низкая степень выгорания. Относительно большое количество лиц с психическим выгоранием мы объясняем тем, что административные работники относятся к классу профессий «человек–человек». Согласно классификации Е.А. Климова [4], данный тип профессиональной деятельности характеризуется постоянным нервно-психическим напряжением, связанным с высокой динамичностью изменения должностного статуса, большой ответственностью в принятии решений и сложностью коммуникативного процесса.

С помощью регрессионного анализа удалось выявить взаимосвязи показателей выгорания (эмоционального истощения, деперсонализации и редукции персональных достижений как обесценивания профессиональных результатов) со стратегиями преодолевающего поведения и с самореализацией личности. Эмоциональное истощение связано с избеганием трудных ситуаций ($\beta=0,396$), с самореализацией ($\beta=-0,36$) и с вступлением в социальный контакт ($\beta=-0,32$) (при $p<0,05$). То есть чем больше человек избегает трудные стрессовые ситуации, чем меньше уровень самореализации и социального взаимодействия, тем выше уровень эмоционального истощения. Деперсонализация связана с избеганием ($\beta=0,351$), вступлением в социальный контакт ($\beta=-0,247$) и манипулятивными действиями ($\beta=0,241$) (при $p<0,05$). Редукция персональных достижений коррелирует с копингом социальной поддержки ($\beta=0,353$), с самореализацией ($\beta=0,284$) и с ассертивными действиями ($\beta=0,24$) (при $p<0,05$). У «чиновников» с более высоким уровнем профессиональной самореализации были обнаружены более низкие показатели синдрома выгорания и более широкий спектр конструктивных копинг-стратегий в профессионально трудных (потенциально стрессовых) ситуациях. Соответственно можно говорить о том, что синдром выгорания и обусловленные им «неуспешные» копинг-стратегии являются определенным барьером профессиональной самореализации. К позитивным конструктам, способствующим профессиональной самореализации, относятся высокая мотивация саморазвития и профессионального роста, идентификация себя как активного субъекта профессиональной деятельности и будущей профессиональной карьеры, креативность, адекватные инновационные установки личности, активная жизненная позиция.

Библиографический список

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб., 2005.
2. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб., 1997.

3. Коростылева Л.А. Детерминанты затруднений самореализации личности в профессиональной сфере // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб., 2003.
4. Климов Е.А. Введение в психологию труда. – М., 1998.
5. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М., 2005.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПЕДАГОГОВ

Т.И. Волкова, М.В. Бородкина

Воронежский государственный университет, Воронеж, Россия

В последнее время проблема исследования синдрома профессионального выгорания встала особенно остро. Актуальность ее обусловлена возрастающими требованиями со стороны общества к личности преподавателя и его роли в учебном процессе, так как профессия педагога обладает огромной социальной важностью. Многочисленные исследования показывают, что педагогическая профессия – одна из тех, которые в большей степени подвержены влиянию феномена профессионального выгорания. Это связано с тем, что профессиональную деятельность педагога отличает очень высокая эмоциональная и коммуникативная загруженность. Коммуникативная деятельность педагога характеризуется высокой интенсивностью и напряжённостью общения, широкой сетью контактов разного уровня. Ответственный характер деятельности педагогов обуславливает различные стрессогенные ситуации, которые создают предпосылки для возникновения синдрома профессионального выгорания.

Следствием развития синдрома профессионального выгорания являются различные нарушения, затрагивающие разные грани трудового процесса – профессиональную деятельность, личность профессионала, профессиональное общение. В связи с этим, особую актуальность приобретает вопрос об организации психологической профилактики синдрома профессионального выгорания. Особенно это важно для молодых сотрудников, так как большинство из них ощущают нехватку практического опыта работы, от чего возникает ощущение некомпетентности. В связи с этим, необходима их специальная подготовка к возможной эмоциональной перегрузке, формирование у них соответствующих знаний, умений, личностных качеств, необходимых для минимизации и преодоления эмоциональных трудностей профессии.

Однако анализ теоретических и практических исследований по данной проблематике показывает недостаточную разработанность такого направления деятельности психологической службы образования, как психологическая профилактика синдрома профессионального выгорания у педагогов.

В психопрофилактической работе можно выделить два важных направления. Первое состоит в профилактике психотравмирующих факторов, постоянно сопровождающих человека в его жизни и труде (изменение обстановки, условий жизни и труда, выполнение нестандартных социальных ролей, включенность в экстремальные ситуации, истощение психического ресурса и т.п.), или, другими словами, организационное направление психологической профилактики. Второе заключается в психологической профилактике возможных отклонений в группе риска, которые прогнозируются в ходе психодиагностики, то есть личностное направление [5].

Изменить организационные условия иногда представляется невозможным в силу объективных причин, поэтому чаще всего меры по профилактике синдрома профессионального выгорания сотрудников направлены на пополнение, увеличение личностных ресурсов субъектов трудовых отношений.

На наш взгляд, наиболее доступным в качестве профилактических мер являются создание комплекса индивидуализированных мероприятий по усилению регулирующих функций психики, развитию эмоционального самоконтроля и самоуправления, укреплению самообладания, то есть методы психологической саморегуляции. Поскольку генезис синдрома носит индивидуализированный характер, определяемый различиями личностных характеристик, то необходимо выявление личностных особенностей педагогов, что позволит определить оптимальную стратегию психологической помощи.

В нашей исследовании мы исходили из принятого большинством исследователей определения синдрома выгорания как многомерного конструкта, включающего эмоциональное, физическое и умственное истощение, проявляющееся как следствие продолжительных и интенсивных стрессов общения в профессиях социальной сферы [2, 3].

Следовательно, организацию психологической профилактики синдрома профессионального выгорания необходимо проводить комплексно, включая такие виды деятельности:

- диагностико-коррекционная работа, которая направлена на обеспечение информацией об особенностях индивида в определенных условиях.
- консультирование направлено на прояснение возможных причин нежелательного поведения, личных трудностей индивида с целью своевременного предупреждения возникновения каких-либо трудностей.
- просвещение направляется на своевременное и адресное распространение информации, позволяющей предупредить появление типичных трудностей в развитии, в осуществлении своей профессиональной деятельности, в общении и т.п. [1].

Наиболее доступным в качестве профилактических мер являются методы психологической саморегуляции, под которыми понимается комплекс методов и обучающих программ, направленных на формирование

адекватных внутренних средств деятельности человека по управлению собственным состоянием. Это своего рода техника безопасности для специалистов, имеющих многочисленные и интенсивные контакты с людьми в ходе своей профессиональной деятельности [4]. Психогигиена педагога обеспечивается его толерантностью к синдрому выгорания, то есть педагог должен обладать соответствующими знаниями, умениями, личностными качествами, необходимыми для минимизации и преодоления эмоциональных трудностей профессии.

Задачи психологической профилактики заключаются в создании комплекса индивидуализированных мероприятий по усилению регулирующих функций психики, развитию эмоционального самоконтроля и самоуправления, укреплению самообладания, а также нормативно-ценностную коррекцию, которая заключается во внесении определенных направлений в индивидуально-личностную систему норм и поведенческих эталонов, в соответствии с которыми клиент вносит коррективы в исполнение своих жизненных и деятельностных функций. При этом психологическая профилактика выступает как комплекс мероприятий по предотвращению развития синдрома профессионального выгорания и включает такие виды работ, как диагностика, просвещение, консультирование, а также коррекция. Являясь одним из важнейших направлений в деятельности психологической службы системы образования, психологическая профилактика в виде своевременно и профессионально организованных мероприятий может предупредить возникновение не только психических, но и некоторых соматических заболеваний у педагогов.

Библиографический список

- Абрамова Г.С. Практическая психология. – М.: Дело, 2000. – 512 с.
Водопьянова Н.Е. Психическое «выгорание» // Статьи. – (<http://www.edentworld.ru/cgi-bin/info/lib.pl?DocID=1238.html>)
Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом. – СПб.: Питер, 2002. – 240 с.
Громкова М.Т. Психология и педагогика профессиональной деятельности. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 415 с.
Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей // Вопросы психологии. – 1997. – № 1. – С.45–55.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У СПЕЦИАЛИСТОВ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ

С.Б. Гнедова

*Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия
(Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ, проект № 06-06-00439а)*

На современном этапе развития общества актуальной становится проблема развития личности профессионала. Специалисты «помогающих

профессий» заслуживают особого внимания потому, что составляют «группу риска» в формировании феномена «эмоционального выгорания». Наиболее распространенная точка зрения состоит в том, что эмоциональное выгорание выступает как частный случай профессиональной деформации в целом. Считается, что синдром «эмоционального выгорания» является одним из частых негативных проявлений профессиональной деформации у представителей ряда профессий. Данный синдром возникает в ситуациях интенсивного профессионального общения под влиянием множества внешних и внутренних факторов [3].

Предметом нашего исследования стали особенности синдрома «эмоционального выгорания» личности специалистов в области коррекционно-развивающего обучения. Это особая сфера деятельности. Уже на этапе предварительной беседы с участниками исследования отмечался более высокий уровень утомляемости, тревожности у учителей классов КРО. Такие специалисты чаще покидают место работы ради продолжения профессиональной деятельности в другой области. Для этого профессионального контингента отмечается высокая напряженность во внутрисемейном и профессиональном взаимодействии.

В чем же специфика деятельности педагогов и психологов КРО?

Внешние отличия деятельности незначительны: классы коррекционно-развивающего обучения обычно малокомплектные (10-14 школьников), занимаются по типовому расписанию. Специфика деятельности определяется уровнем психического развития учеников: как показывает статистика по школам г. Ульяновска (2003-2007 г.), в классах КРО обучаются дети как с диагнозом «задержка психического развития» (смешанного, церебрально-органического, социально-психологического происхождения – порядок соответствует мере распространенности диагноза), так и дети пограничного с умственной отсталостью уровня интеллекта. Как правило, к концу начальной школы ученикам указанной группы, при повторном обследовании психолого-медико-педагогической комиссией, определяют диагноз и образовательный маршрут более точно, и они продолжают обучение или в школах (классах) VII вида, с диагнозом «выраженная ЗПР», «пограничная интеллектуальная норма», или VIII вида с диагнозом «лёгкая умственная отсталость». Кстати отметим, что симптомы эмоционального выгорания специалистов вспомогательных школ, пожалуй, еще более выражены, чем у специалистов относительно «благополучной» коррекционной школы.

Для объяснения феномена «эмоционального выгорания» мы использовали терминологию и некоторые положения концепции созависимости и концепции эмоционального симбиоза. Феномен «созависимости» (в контексте данной работы) рассматривается как «зависимость от зависимости», то есть смещение мотивов и целей деятельности с проактивных, социально значимых на субъективные, эгоцентрические, эмоционально значимые. Другими словами, созависимость для родителей детей с ЗПР и специали-

стов КРО означает более или менее осознанный (чаще неосознанный) отказ от достижения социально значимых, социально престижных целей деятельности, отказ от стимулирования ребенка к раскрытию его творческого и интеллектуального потенциала ради удовлетворения субъективных и эмоциональных целей. Учителя КРО гораздо чаще, чем их коллеги из «обычных» школ, формулируют цель своей педагогической деятельности следующим образом: «чтобы ребенок рос здоровым», «чтобы школьники не переутомились», «главное, чтобы ученики выросли честными и воспитанными» и т.п. При всей значимости указанных стратегий, предлагаемых для школьников КРО, они не предполагают акцентирование значения сформированных знаний и навыков. Немного утрируя ситуацию, можно с большой долей вероятности утверждать, что подсознательно учителя КРО не ожидают, что ребенок чему-то научится, тем самым смещая акцент в профессиональной деятельности с содержания обучения на сопровождающие его эмоциональные отношения в системе «учитель–ученик».

В психологии симбиоз – это предельная форма психической зависимости. В работе М.Н. Мироновой (1998) симбиоз определяется как «экстремальная форма взаимозависимости, вплоть до слияния, в которой теряется индивидуальность. Вместо ясно очерченной и дифференцированной структуры Я–Другой возникает «пра-мы». Открытость границ Я создает опасность вторжения Другого» [1, с. 58]. Симбиоз как форма отношений между матерью и беспомощным младенцем вполне объясним: мать, более сильный и властный Другой, как бы замещает собой Эго ребенка, выполняя для него все регуляторные, приспособительные функции, удовлетворяя потребности – от физиологических до социальных. По мере взросления ребенка – в терминологии «Эго-психологии» – укреплении его Эго – симбиотическая связь распадается в силу своей ненужности. Однако в некоторых случаях симбиотическая диада продолжает существование и позже. Чаще эмоциональный симбиоз объясняется характеристиками матери (властного, сильного «Другого») [2], склонной решать собственные невротические конфликты за счет отрицания индивидуальности, субъектности ребенка.

Но верно и обратное предположение. Что источником эмоциональной симбиотической привязанности оказывается характеристики Эго ребенка. Слабый, беспомощный, в силу невротических или интеллектуальных ограничений не способный к адаптации в социуме, такой ребенок заинтересован в сохранении эмоциональной привязанности Другого, которым во внутрисемейных отношениях выступает мать или бабушка (реже – отец, в силу гендерных установок более ориентированный на деятельность-центрированное сотрудничество), а в школе – учитель. Другими словами, неосознанная установка педагогов и психологов школ КРО на эмоционально-центрированное общение, отодвигающее на задний план учебную деятельность, сотрудничество, направленное на формирование

знаний, умений, навыков, усложнение психических функций, встречает «поддержку и заинтересованность» со стороны нуждающихся в симбиотической привязанности школьников. Круг замыкается. Связи, возникающие внутри этой сложной симбиотической общности, исключительно эмоционально насыщенные, что и создаёт основу для развития синдрома «эмоционального выгорания» у специалистов КРО. У детей и, особенно, подростков коррекционных школ, создаются условия для невротического или акцентуированного развития личности.

Путем преодоления такой опасной тенденции профессиональной деформации учителей, психологов, социальных педагогов является рефлексия профессиональной позиции. Подчеркнём, что первоосновой развития симбиотической привязанности, насыщенного эмоциями – не только положительными, скорее наоборот, отрицательными, так как учитель не доволен уровнем социальной престижности достижений своего ученика, а тот – непонятными требованиями со стороны учителя, – общения в диаде является частичный неосознанный отказ от учебного сотрудничества. Специалист КРО должен быть компетентен в постановке социально значимых целей деятельности, должен уметь развивать ребенка, повышать уровень его адаптации.

Библиографический список

1. Миронова М.Н. О сопряженной доминанте как основе механизма симбиотической связи // Вопросы психологии. – 1998. – № 6. – С. 58–64
2. Семья в психологической консультации: опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалёва, В.В. Столина; НИИ ОПП АПН СССР. – М.: Педагогика, 1989. – 208 с.
3. Трунов Д.Г. Еще раз о профессиональной деформации // Психологическая газета. – 2004. – № 6. С. 32–34

ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В РАССКАЗАХ А.П. ЧЕХОВА «ИОНЫЧ» И «ПАЛАТА № 6»

С.И. Голомидова

ГУЗ «Брянская областная психиатрическая больница № 4»

Брянск, Россия

Профессиональная деятельность врача тесно связана с эмоциональными и нравственными перегрузками, столкновениями с различными фрустрирующими ситуациями. Такие ежедневные перегрузки требуют от врача большой мобильности и устойчивости к стрессовым воздействиям. Нарушение внутреннего психологического баланса способствует личностной деформации, приводящей к возникновению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) и профессиональной дезадаптации.

Задолго до введения в оборот термина «эмоциональное выгорание» американским психологом Х. Фреденбергом в 1974 году, А.П. Чехов в

конце XIX века сделал блестящее описание синдрома выгорания у врачей в своих рассказах «Палата № 6» (1892) и «Ионыч» (1898) [1]. Автор сумел точно отразить картину расстройств, описал первые проявления симптомов эмоционального выгорания.

Ряд исследователей считает, что более всего риску возникновения СЭВ подвержены три типа людей.

Первый тип – «педантичный». Основные характеристики этого типа: добросовестность, возведённая в абсолют, чрезмерная болезненная аккуратность, стремление в любом деле добиться образцового порядка (пусть в ущерб себе).

Второй тип – «демонстративный». Люди этого типа стремятся первенствовать во всём, всегда быть на виду. Вместе с тем им свойственна высокая степень истощаемости при выполнении незаметной рутинной работы.

Третий тип – «эмотивный». «Эмотики» бесконечно, противоестественно чувствительны и впечатлительны. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с саморазрушением, и всё это при явной нехватке сил сопротивляться любым неблагоприятным обстоятельствам [2].

Сочетание личностных черт этих типов было присуще одному из героев чеховского рассказа «Палата № 6», врачу Андрею Ефимычу Рагину.

Работая в «богоугодном» заведении, которое находилось в ужасном состоянии: «...в палатах, коридорах, больничном дворе тяжело было дышать от смрада. Больничные мужики, сиделки и их дети спали в одних палатах с больным. На всю больницу было только два скальпеля и ни одного термометра, в ваннах держали картофель», – А.Е. Рагин не смог ничего изменить в силу своего характера. «Андрей Ефимыч чрезвычайно любит ум и честность, но чтобы устроить около себя жизнь умную и честную, у него не хватает характера и веры в своё право. Приказывать, запрещать и настаивать он положительно не умеет. Похоже на то, как будто он дал обет никогда не возвышать голоса и не употреблять повелительного наклонения. Сказать «дай» или «принеси» ему трудно. Когда обманывают Андрея Ефимыча, или льстят ему, или подносят для подписи заведомо ложный счёт, то он краснеет как рак, и чувствует себя виноватым...».

А.П. Чехов чётко отметил нарастание симптомов выгорания врача, постепенную утрату эмоциональной и физической энергии, проявляющуюся в симптомах эмоционального и физического истощения, личной отстранённости и снижения удовлетворения исполнением работы. «В первое время Андрей Ефимыч работал очень усердно. Он принимал ежедневно с утра до обеда. Но с течением времени дело заметно прискучило ему своим однообразием и очевидною бесполезностью».

Далее автор отмечает, как возникает изменение собственного «Я» по отношению к пациентам и к себе, чувство перенапряжения и истощения

эмоциональных и физических ресурсов, постепенно А.Е. Рагин отходит от своей профессиональной деятельности. «Во время приёма Андрей Ефимыч не делает никаких операций; он давно уже отвык от них, и вид крови его неприятно волнует. От шума в ушах у него кружится голова и выступают слёзы на глазах. Он торопится прописать лекарство и машет руками... На приёме ему прискучают робость больных и их бестолковость... и свои собственные вопросы, которые он задаёт неизменно уже более двадцати лет. И он уходит, приняв пять-шесть больных. Остальных без него принимает фельдшер».

Андрей Ефимыч часто размышлял о смысле своей работы, который казался ему сомнительным, а утрата осознания смысла собственной профессиональной деятельности является одним из симптомов выгорания. «Сегодня примешь тридцать больных, а завтра, глядишь, привалило их тридцать пять, послезавтра сорок, и так изо дня в день, из года в год, а смертность не уменьшается, и больные не перестают ходить. Оказать серьёзную помощь сорока приходящим больным от утра до обеда нет физической возможности, значит, поневоле выходит один обман... Да и к чему мешать людям умирать, если смерть есть нормальный и законный конец каждого? ...Если же видеть цель медицины в том, что лекарства облегчают страдания, то невольно напрашивается вопрос: зачем их облегчать? Я служу верному делу и получаю жалование от людей, которых обманываю; я не честен.... Подавляемый такими рассуждениями, Андрей Ефимыч опустил руки и стал ходить в больницу не каждый день» [4].

В другом своём рассказе «Ионыч» автор также подчёркивает проявление симптомов эмоционального выгорания у земского врача, Дмитрия Ионыча Старцева. «В больнице было очень много работы, и он никак не мог выбрать свободного часа. Прошло больше года, таким образом, в трудах и одиночестве...» Автор отмечает, как меняется характер, отношение врача к больным, нарушается эмоциональное равновесие, которое выражается в излишней раздражительности, гневливости. «Характер у него тоже изменился: стал тяжёлым, раздражительным. Принимая больных, он обыкновенно сердится, нетерпеливо стучит палкой о пол и кричит... Он одинок. Живётся ему скучно, ничто его не интересует» [3].

Таким образом, видно, как высокие нагрузки, отсутствие прогресса в терапии, а также наличие таких личностных черт, как эмоциональная неустойчивость, конформность, робость, склонность к самобичеванию, внутренняя напряжённость приводят к появлению основных симптомов СЭВ:

- нарастающий негативизм по отношению к пациентам;
- эмоциональная отстранённость;
- постоянное чувство неудачи и вины;
- нарушение сна («...когда бьёт три часа, он тушит лампу и уходит в спальню, спать ему не хочется»);
- утрата веры в свои профессиональные возможности;

– злоупотребление алкоголем («...около книги всегда стоит графинчик с водкой и лежит солёный огурец или мочёное яблоко. Через каждые полчаса он, не отрывая глаз от книги, наливает себе рюмку водки и выпивает...»).

В настоящее время рассматриваемая проблема изучается в более широких масштабах, в связи с чем учёными выделено примерно около 100 симптомов, указывающих на синдром эмоционального выгорания, который приобретает не только личностное значение, но и общественное.

Библиографический список

1. Захаров С. Синдром выгорания у врачей: стигма профессионализма или расплата за сочувствие? // Интернет: <http://forums.rusmedserv.com/showthread.php?t=8748>
2. Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики // Интернет: <http://home.perm.ru~dmitry/archive/p010.htm#>
3. Чехов А.П. «Ионыч». Полное собрание сочинений и писем в тридцати томах. Сочинения в восемнадцати томах. Том десятый. 1896–1903. Издательство «Наука». – М., 1986. – С. 24–41.
4. Чехов А.П. «Палата №6». Полное собрание сочинений и писем в тридцати томах. Сочинения в восемнадцати томах. Том восьмой. 1892–1896. Издательство «Наука». М., 1986. – С. 72–126.

КОМПЕТЕНТНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ «ПОМОГАЮЩИХ» ПРОФЕССИЙ В ОБЛАСТИ ДИАГНОСТИКИ ВЫГОРАНИЯ КАК УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Е.И. Гринь

*Кубанский государственный университет физической культуры, спорта
и туризма, Краснодар, Россия*

Актуальной проблемой психологических исследований является синдром выгорания, который оказывает разрушительное влияние не только на деятельность человека, но и на его здоровье в целом. Изначально он изучался у специалистов «помогающих» профессий, но затем круг, профессионалов, подверженных стрессу на рабочем месте, расширился [1, 2].

Для многих людей профессиональная деятельность является основной сферой самореализации, в этом смысле спорт не является исключением. Современный спорт характеризуется высокими физическими нагрузками и конкурентоспособностью, он является своеобразной моделью жизни, ориентированной на высокий стандарт достижений.

В настоящее время число исследований выгорания у спортсменов невелико, но существует явная потребность в изучении данного феномена, так как он имеет серьезные последствия – от снижения уровня физической активности до ухода из спорта.

Повышение актуальности проблемы выгорания связано с тем, что для современного спорта высших достижений характерна высокая интенсивность соревновательной деятельности спортсменов. В большинстве видов спорта существуют многоэтапные кубковые соревнования, которые продолжаются практически в течение всего года. Это, безусловно, приводит к росту психических нагрузок, вследствие этого к выгоранию проявляют интерес не только спортивные психологи и тренеры, но и высококлассные спортсмены [3].

Одной из важных проблем выгорания в спорте является готовность тренеров и спортивных психологов видеть и диагностировать его симптомы у спортсменов.

На данный момент существуют только методики диагностики выгорания у тренеров, но есть явная потребность его исследования у высококлассных спортсменов. Нам бы хотелось восполнить этот пробел с помощью адаптации предлагаемого опросника.

Использование зарубежных опросников в российских условиях требует проведения процедуры адаптации. Необходимость адаптации вызвана отсутствием специальных методов диагностики выгорания в спорте, а также данными о том, что проявления выгорания в различных видах деятельности имеет свои особенности.

Процедура адаптации включала в себя несколько этапов:

1. Подготовка предварительного варианта перевода оригинала на второй язык.

2. Содержательная экспертная оценка предварительного перевода с привлечением лингвистов и профессиональных психологов, владеющих языком оригинала.

3. Сбор психодиагностических данных.

4. Проверка русской версии опросника на надежность по параметру внутренней согласованности.

5. Источником сведений о валидности опросника служат данные, касающиеся взаимосвязи показателей опросника и личностных особенностей спортсменов, которые сопоставлялись с литературными данными.

В адаптации опросника приняли участие 190 спортсменов, интенсивно занимающихся спортом, у которых могло быть выявлено эмоциональное выгорание, из них 113 респондентов мужского пола и 77 респондентов женского пола, в возрасте от 14 до 29 лет.

Предлагаемый опросник, созданный на основе англоязычного опросника эмоционального выгорания (Athlete Burnout Questionnaire), разработанного К. Маслач и С. Джексоном, предназначен для измерения уровня выгорания у спортсменов.

В оригинальной англоязычной версии опросник эмоционального выгорания АВQ содержит 15 вопросов, 5 вариантов ответов (от «почти никогда» до «почти всегда») и 3 шкалы: Ра – уменьшение чувства дости-

жения, Е – эмоциональное/физическое истощение, D – обесценивание (девальвация) достижений [4].

Он позволяет установить 3 показателя эмоционального выгорания: уменьшение чувства достижения, эмоциональное/физическое истощение, обесценивание достижений. Отвечая на вопросы, обследуемые могли выбирать один из следующих вариантов ответов: почти никогда, редко, иногда, часто, почти всегда. Значения показателей отдельных шкал могут варьироваться в пределах от 5 до 25 баллов. Значения суммарного балла может меняться в пределах от 15 до 75 баллов.

Русскоязычная версия опросника эмоционального выгорания проверялась на надежность. Для этого была проведена оценка его внутренней согласованности с помощью установления коэффициента корреляции Пирсона – баллов за отдельные вопросы с суммарным баллом за показатель, к которому относится вопрос.

Результаты оценки внутренней согласованности опросника представлены в таблице. Все значения коэффициентов корреляции лежат в границах 0.54–0.82 ($p < 0.01$), что отвечает основным требованиям, предъявляемым к шкалам подобного типа, и позволяет сделать вывод о достаточной внутренней согласованности опросника.

Таблица

Показатели коэффициента корреляции баллов по отдельным вопросам с суммарным баллом по шкалам опросника эмоционально выгорания АВQ

Ra – уменьшение чувства достижения		E – эмоциональное, физическое истощение		D – обесценивание достижений	
№ вопроса	r	№ вопроса	r	№ вопроса	r
1	0.62	2	0.66	3	0.54
5	0.58	4	0.73	6	0.79
7	0.69	8	0.82	9	0.81
13	0.61	10	0.76	11	0.81
14	0.65	13	0.79	15	0.48

Все показатели статистически значимы при $p < 0,01$.

Данный опросник эмоционального выгорания (Athlete Burnout Questionnaire) может выступать как в качестве самостоятельного диагностического инструмента, позволяющего установить меру эмоционального выгорания у спортсменов, так и в качестве компонента контроля, обнаруживающего изменения по сравнению с исходным уровнем после определенного воздействия на личность спортсменов.

Библиографический список

- Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – С. 10–16, 29.
Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации – М.: Эксмо, 2006. – С. 862–880.

Уэйнберг Р.С., Гоулд Д. Основы психологии спорта и физической культуры. Киев: Олимпийская литература, 1998. – С. 53–78, 268–280.

Thomas D. Raedeke & Alan L. Smith (2001). Development and Preliminary Validation of an Athlete Burnout Measure // Journal of Sport & Exercise Psychology, 23. P. 281–306.

НЕАДЕКВАТНАЯ САМООЦЕНКА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ

Е.В. Громыхалова

Администрация г. Урай, Ханты-Мансийский автономный округ, Россия

Управление как специфический вид трудовой деятельности характеризуется, в отличие от других видов деятельности, большим разнообразием одновременно выполняемых видов деятельности на разных уровнях управленческой иерархии; высоким уровнем ответственности не только за себя, но и за деятельность исполнителей и за общие результаты работы трудового коллектива; неалгоритмичностью, творческим характером деятельности, осуществляемой в условиях самых различных дефицитов и при часто меняющейся, нередко противоречивой обстановке; ярко выраженной прогностической природой решаемых управленческих задач; значительной ролью коммуникативных функций; высокой психической напряженностью, вызываемой совокупностью всех предыдущих выделенных особенностей, и др. [1].

Напряженная профессиональная деятельность, когнитивная и эмоциональная ее сложность, разноплановость задач и ограничения во времени, хроническая усталость, повышенная ответственность за исполняемые функции создают предпосылки развития выгорания у руководителей разного уровня. Помимо организационных и социально-психологических предпосылок в развитии выгорания участвует отношение профессионала к своим возможностям (самооценка), т.е. соотношение уровня избираемых профессиональных задач и реальных способностей и степень осознания этого соотношения. Оценка руководителем самого себя в значительной степени определяет особенности его деятельности и стиля руководства. Реакция на успех или неудачу в профессиональной деятельности также во многом зависит от уровня самооценки [2].

В ряде исследований показана отрицательная корреляционная зависимость между компонентами выгорания и самооценкой [4]. Однако, как отмечает В. Шэфели (W.B. Schaufeli), низкая самооценка, хотя и предрасполагает к выгоранию, но сама может быть отражением факторов окружающей среды или даже отражением воздействия выгорания [4].

Общая успешность деятельности отрицательно коррелирует с неадекватностью самооценки (как с ее завышением, так и с занижением) и с ее неустойчивостью. В экспериментальных исследованиях показано, что не-

адекватность самооценки высоко коррелирует с возможностью развития негативных психических состояний в профессиональной деятельности [2].

А.И. Китов отмечает, что психологическая защита в виде рационализации мотивов поведения, т.е. замена подлинных побудительных причин мнимыми, чаще всего оправдывающими поведение и поступки руководителя, способствует появлению неадекватности в самооценке. Если отдельные члены коллектива трактуют деятельность руководителя в неприятном для него виде, не соответствующем действительности, формирование адекватной самооценки затруднено. Иногда завышенная самооценка связана с приписыванием руководителю успехов, к достижению которых он не имеет прямого отношения, или с инерцией «восхваления», проявляющейся в распространении похвал за решение одной задачи на деятельность руководителя в целом [3].

Проявление неуверенности работника в своей компетентности и продуктивности может быть обусловлено высоким уровнем тревожности, неудачами в достижении поставленных целей, отсутствием поддержки со стороны вышестоящих руководителей. Следовательно, завышение или занижение самооценки определяется не только индивидуальными особенностями руководителей, организационной ситуацией, но и социально-психологическими особенностями коллектива и организации в целом.

Подробный анализ показал, что большую роль в возникновении неадекватности самооценки играет соотношение между когнитивным и эмоционально-ценностным компонентами в ее структуре. В группу риска входят профессионалы, самооценка которых характеризуется гиперактивацией эмоционально-ценностного компонента при одновременной достаточной сформированности когнитивного компонента. Для этих профессионалов характерна потребность в очень высоких достижениях наряду со скрытым осознанием того, что реальные возможности ниже запросов. Внутренняя противоречивость их самооценки приводит к невозможности реальной постановки целей деятельности, которые могли бы удовлетворить профессионала. Таким образом, человек на работе оказывается в субъективной «зоне постоянных неудач», что порождает хронический дискомфорт, эмоциональную напряженность, неудовлетворенность трудом. Также в неблагоприятных субъективных условиях оказываются те профессионалы, у которых гиперактивизирована эмоциональная или когнитивная компонента самооценки [2].

Экспериментальные исследования А.Н. Алексеевой показали, что у наиболее авторитетных руководителей самооценки устойчивые и адекватные. Автор делает вывод, что успешность управленческой деятельности связана с относительной устойчивостью, детальностью и глубиной представлений руководителя о себе [3].

Проведенное нами исследование взаимосвязи самооценок качеств личности (методика А.Л. Журавлева) [1] и уровнем выгорания (опросник

МВІ К. Маслач (для менеджеров), адаптация Н.В. Водопьяновой) [5] у руководителей среднего звена (на примере мастеров строительного производства (гомогенная выборка, мужчины в возрасте от 27 до 56 лет, стаж работы в данной должности от 1,5 до 23 лет; n=35) показало, что высокие показатели самооценок организационных, педагогических, профессиональных, коммуникативных и нравственных качеств обратно коррелируют с уровнем выгорания. Высокие оценки своих профессиональных качеств значимо обратно коррелируют с редукцией профессиональных достижений. Чем выше руководитель оценивает свои профессиональные качества, тем компетентнее он считает себя в своей области, осознает себя умеющим видеть ключевую задачу, высоко оценивает рациональность и реалистичность принимаемых им решений, т.е. высоко оценивает себя как руководителя. Низкая выраженность деперсонализации можно объяснить спецификой выборки. В производственной деятельности подчиненные представляются одними из составляющих системы; такой механистический подход является адекватным в сложной технологической производственной ситуации, поэтому отношение руководства к подчиненным исходит из принципа качества и производительности труда, а не из принципа гуманизма. Эмоциональное истощение выражено на среднем уровне и обусловлено скорее не особенностями подчиненных, с которыми имеет дело руководитель, а с многочисленными разноплановыми задачами, которые ему приходится решать. Эмоциональная усталость вызвана информационными перегрузками и сложными задачами в условиях дефицита времени.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает влияние уровня самооценки личности на развитие выгорания. При высоких оценках своих качеств составляющие выгорания – истощение и деперсонализация – увеличиваются, а редукция снижается, т.е., возможно, происходит компенсаторный эффект. Руководитель, высоко оценивающий себя как управленца (завышенная самооценка), использует дополнительные эмоциональные ресурсы (истощение) и не стремится поддерживать хорошие отношения с подчиненными (деперсонализация). Руководитель с адекватной или низкой самооценкой чаще чувствует себя некомпетентным, проявляет недовольство собой как профессионалом, такие руководители реже берут на себя ответственность, не стремятся вводить новые подходы в деятельности, более ригидны, но и более осторожны и внимательны.

В данном исследовании обнаружен тот факт, что в профессиях производственной сферы ведущим компонентом в развитии выгорания является редукция профессиональных достижений, в то время как в профессиях социономического типа определяющую роль играет эмоциональное истощение, чувство усталости, вызванное работой.

Библиографический список

1. Журавлев А.Л. Психология управленческого взаимодействия (теоретические и прикладные проблемы). – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. – 476 с.

2. Корнеева Л.Н. Профессиональная психология личности // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 1991. – С. 61–84.

3. Молл Е.Г. Руководитель строительного производства. – М.: Стройиздат, 1992. – 199 с.: ил.

4. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 90–101.

5. Практикум по психологии профессиональной деятельности и менеджмента / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2001. – 240 с.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

О.А. Гузенко, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев

*Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия*

*Архангельская областная клиническая психиатрическая больница
Архангельск, Россия*

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения и развивается, как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте. СЭВ является одним из аспектов профессиональной деформации личности и представляет собой приобретенный стереотип эмоционального поведения, чаще всего профессионального [1]. Развитие данного синдрома характерно для профессии медицинской сестры, где доминирует забота о людях. Данный феномен у психиатрических медицинских сестер практически не изучался.

Целью исследования явилось выявление личностных особенностей психиатрических медицинских сестер, которые могут являться предрасполагающими факторами формирования СЭВ в процессе адаптации к профессиональной деятельности.

Обследовано 185 медицинских сестер Архангельской областной клинической психиатрической больницы в возрасте от 21 до 65 лет, со стажем работы в психиатрии не менее 1 года, с отсутствием хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации.

Исследование проводилось в несколько этапов, при этом были использованы следующие методики:

индивидуальное анкетирование;

опросник «Диагностика эмоционального выгорания личности» В.В.Бойко [3];

16PF опросник личности Р.Б. Кеттелла [4];

опросник Р.Х. Исмаилова «Социально-психологическая адаптация

работника [2];

статистическая обработка материала осуществлена с помощью параметрических критериев Фишера и Стьюдента для независимых выборок, коэффициента многоклеточной сопряженности Пирсона, коэффициента линейной корреляции Пирсона.

Более 63% респондентов имели различной степени выраженности признаки СЭВ. В группе медсестер со сформировавшимся синдромом выявлено, что в фазе напряжения наиболее был выражен симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств» (23,2%), демонстрирующий собой ответную реакцию на факторы, способствующие формированию СЭВ; в фазе резистенции доминирующими симптомами являлись «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (22,5%) и «редукция профессиональных обязанностей» (22%), представляющие собой приемы психологической защиты; в фазе истощения - «эмоциональный дефицит» (24%) и «личностная отстраненность» (20,16%), отражающие состояние центральной нервной системы.

В группе медсестер с формирующимся СЭВ доминирующими симптомами являлись «переживание психотравмирующих обстоятельств» (21,33%), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (22,33%) и «редукция профессиональных обязанностей» (22%).

С помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона в группе медсестер со сформировавшимся СЭВ была обнаружена прямая связь между фактором С (эмоциональной неустойчивостью) теста Кеттелла $r=0,697$ ($p \leq 0,01$) и симптомом «загнанность в клетку» по методике Бойко, и обратная - между фактором Q3 (повышенный самоконтроль) теста Кеттелла $r=-0,586$ ($p \leq 0,05$) и тем же симптомом.

Проведенное исследование позволило проанализировать показатели социально-психологической профессиональной адаптации, которые достоверно различают группы опрошенных по степени выраженности СЭВ. В группе респондентов с высоким уровнем СЭВ определялось снижение устойчивости систем интеграции поведения, повышение напряженности, а также рост индекса дезадаптации. Личностные черты эмоциональной неустойчивости, робости, подозрительности, склонности к чувству вины, импульсивности, напряженности также имели значение в формировании СЭВ.

Таким образом, развитие СЭВ связано со снижением показателей социально-психологической профессиональной адаптации медицинских сестер, работающих в психиатрии. Изучение проблемы «эмоционального выгорания» представляет не только научный интерес, но и имеет большую практическую значимость при использовании полученных данных в системе психогигиенических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья медицинских работников.

Библиографический список

- Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. – С. 443–463.
- Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А.Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб: Речь, 2001. – С.115–126.
- Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара, 1999.
- Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. – СПб., 2001.

СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ УЧИТЕЛЕЙ С НЕСФОРМИРОВАННЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

А.Н. Густелева

*Сахалинский областной институт переподготовки и повышения
квалификации кадров, Южно-Сахалинск, Россия*

На современном этапе развития психологии «выгорание» рассматривается как самостоятельная структурно-функциональная организация профессиональной деятельности. Психическое выгорание является «антисистемой», возникающей и функционирующей в структуре личности и оказывающей разрушающее действие на субъект труда [5].

Рассматривая выгорание с позиции «эмоционального выгорания» следует отметить, что это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. «Эмоциональное выгорание» приобретает в жизнедеятельности человека, это отчасти функциональный стереотип, который позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. «Эмоциональное выгорание» является формой профессиональной деформации личности [1].

В соответствии с теорией психологического обеспечения профессиональной деятельности для полноценного труда необходимо изучать особенности профессии и различные факторы, влияющие на нее.

Исследования показали, что кроме профессиональных факторов существуют потенциальные или экзистенциальные, которые выражаются состоянием, связанным с утратой ощущения смысла деятельности. Сопутствующие ему переживания начинают определять общую жизненную ситуацию человека, вызывая в особо тяжелых случаях экзистенциальный невроз [3].

Н.В. Гришина читает, что адекватным средством описания и изучения синдрома выгорания является экзистенциальный анализ. Он был предложен Л. Бинсвангером как метод анализа личности во всей полноте и уникальности ее существования (экзистенции).

На эмоциональное выгорание оказывают влияние смысложизненные ориентации специалистов. Смысложизненные ориентации – это жизненные ориентации, характеризующие особенности стремления человека к смыслу жизни. Они включают в себя наличие цели в жизни, интерес, эмоциональную насыщенность, удовлетворенность самореализацией.

Жизненные ориентации представляют собой детерминанты жизнедеятельности, определяющие ее направленность и регуляцию основанные на ценностях. Ценности понимаются как важность и значение.

Ценностные ориентации – это интериоризированные личностью ценности социальных групп.

Таким образом, ценности, ценностные ориентации, жизненные ценности, смысложизненные ориентации однозначного различия не имеют.

Смысложизненные ориентации мы рассматриваем как осмысленность жизни, ценностные ориентации и уровни самооотношения.

Для выявления связи эмоционального выгорания и смысловой сферы нами были опрошены 120 учителей Сахалина по следующим опросникам: «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) Д.А. Леонтьева (1993), Опросник ценностных ориентаций М. Рокича, Тест – опросник самооотношения, разработанный В.В. Столиным и Р.С. Пантелеевым. Полученные данные подверглись статистической обработке по программе SPSS.

Сравнительный анализ данных показал, чем выше эмоциональное выгорание, тем ярче выражена отрицательная связь с такими модусами как процесс жизни ($p < 0,01$), результат жизни ($p < 0,01$), локус контроля Я ($p < 0,05$), локус контроля жизни ($p < 0,05$).

Полученные результаты позволяют говорить о том, что учителя не выгорают, если у них сформированы жизненные цели, если они проживают жизнь с интересом, эмоционально насыщено, если уверены в том, что способны самостоятельно активно влиять на ход собственной жизни.

Сравнительный анализ связей эмоционального выгорания и терминальных ценностей показал, что чем выше уровень выгорания, тем меньше ценность продуктивной жизни ($p < 0,05$), отсюда можно предположить, что учителя свободные от выгорания сориентированы на то, чтобы максимально полно использовать свои возможности, силы и способности.

Анализ связей эмоционального выгорания и инструментальных ценностей показал, чем выше уровень эмоционального выгорания, тем меньше исполнительность учителей ($p < 0,01$), непримиримость к недостаткам в себе и других ($p < 0,01$). Это может свидетельствовать о том, что если учителя, действуют в соответствии с предписанными правилами в процессе труда, работаю над собой, не мирятся с собственными недостатками и недостатками других, стремятся преодолевать трудности, возникающие в профессиональной деятельности, то тогда они способны противостоять эмоциональному выгоранию.

Выявленная связь эмоционального выгорания и уровней самооотношения показала что, чем больше выражено эмоциональное выгорание, тем меньше уровень глобального самооотношения ($p < 0,01$); самоуважение ($p < 0,01$), аутосимпатия ($p < 0,001$), самоинтерес ($p < 0,05$) как дифференцированное отношение к себе; самоуверенность ($p < 0,01$), самоинтерес ($p < 0,01$) как уровень конкретных действий. И еще, чем выше эмоциональное выгорание, тем выше самообвинение ($p < 0,05$).

На основе полученных данных можно говорить о том, что риск выгорания снижается, если учитель оценивает себя в соответствии с социально значимыми критериями, нормами, эталонами общества; не винит себя за свои промахи и неудачи, собственные недостатки; позитивно и с достоинством относится к себе и другим; внутренне положительно расположен к самому себе; признает собственную привлекательность; не предъявляет к себе завышенный уровень требований.

Итак, если учитель осмысленно проживает жизнь – сформированы цели жизни, он воспринимает свою жизнь насыщенной, удовлетворен самореализацией, позитивно относится к себе, воспринимает себя как личность способную преодолевать неудачи и трудности – тогда у него меньше возникает необходимость использования механизмов психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия.

Устойчивость к восприятию отрицательных эмоций, снижение внутренних переживаний отрицательного характера помогают сохранять эмоциональное равновесие и позволяют противостоять эмоциональному выгоранию.

Библиографический список

- Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб., 2004.
Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб., 2005.
Гришина Н.В. Помогающие отношения: Профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб., 1997.
Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – М., 1993.
Орел В.Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: Автореф. дисс. ... доктора психол. наук. – Ярославль, 2005.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

В.А. Дарьялова

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

На современном этапе развития представлений о синдроме выгорания особенно остро встает вопрос о возможности его профилактики. Кроме

катастрофического влияния, которое выгорание оказывает на самого человека, синдром снижает и результативность его профессиональной деятельности.

Проблема повышения эффективности профессиональной деятельности всегда являлась и является актуальной для любой организации. При этом эффективность любой деятельности определяется, прежде всего, степенью активности самого субъекта. Мотивационный аспект регуляции поведения упоминается многими авторами, использующими такие термины, как: «мотивационная включенность», «мера участия», «степень активности», «уровень включенности», «степень вовлеченности» [1; 2; 4]. Мотивационная готовность к различным видам деятельности (руководящей, педагогической и даже депутатской) была исследована Д.В. Солдатовым, А.В. Ермолиным, С.Н. Махновец и А.С. Мельничук. В зарубежной психологии данной проблематики касались исследования К. Левина, Дж. Аткинсона, А. Маслоу, Ф. Генцбергера.

Синдром выгорания оказывает воздействие на все аспекты мотивационной сферы человека. При этом происходит нарушение сбалансированности структуры мотивации и гармоничных отношений между ее компонентами: повышение степени дезинтегрированности структуры, перераспределение роли элементов и выпадение некоторых из них из общей системы мотивации [4].

Исследование феномена психического выгорания не могло не привести к мысли о существовании его антипода, характеризующегося направленностью на работу, энтузиазмом, положительным отношением к своему труду. С. Maslach было предложено понятие «engagement» («вовлеченность в работу» - как один из вариантов перевода), которое характеризуется прямо противоположными выгоранию составляющими: энергичностью, включенностью в работу, самоэффективностью [5].

По нашему мнению, все эти дефиниции можно определить общим понятием – мотивационная включенность. Определению содержания данного явления и его феноменологии посвящена работа Н.Л. Карповой [2]. Автор определяет мотивационную включенность как особое пролонгированное психическое состояние, выступающее «ядром» интрагенной (внутренней) активности субъекта. При этом уровень ее сформированности и развития выступает как показатель меры собственного участия индивидуума в любом процессе, а значит, во многом определяет эффективность его деятельности. Н.Л. Карпова приходит к выводу, что существуют определенные механизмы формирования и повышения уровня включенности. Автор утверждает, что мотивационная включенность выступает условием формирования интрагенной активности.

Проблеме психодиагностики включенности субъекта в решаемую задачу посвящено исследование В.В. Голубинова.

Однако внимание необходимо уделить и такому понятию, как вовлеченность в профессиональную деятельность. Ряд авторов разграничивает эти понятия, считая вовлеченность результирующей мотивационной включенности [2]. Некоторые вообще считают ее некой общей осведомленностью, информированностью о деятельности компании и планах ее развития [3].

На наш взгляд, вовлеченность – это желание предпринимать личные усилия, вносить свой вклад в деятельность организации для достижения ее целей. Вовлеченность в работу компании может быть достигнута лишь в том случае, если данная работа пробуждает у людей:

- готовность, если этого требуют интересы организации, к дополнительным усилиям, не ограничиваясь должностными инструкциями;
- чувство самоуважения, основанное на удовлетворенности своими профессиональными достижениями и своей работой;
- заинтересованность в достижении значимых для организации рабочих результатов;
- ответственность за результаты своей работы.

Введение понятия *мотивационная включенность* позволит дать достаточно полную, целостную и динамическую характеристику самой активности («потока активности» по Х. Хекхаузену).

Необходимы дальнейшие исследования по разграничению понятий *мотивационная включенность* и *вовлеченность*, а также рассмотрение их в совокупности с таким явлением, как лояльность персонала по отношению к организации. Интересен и процессуальный аспект рассмотрения мотивационной включенности – поэтапное формирование и переход от низших уровней к высшим, когда мотив становится стойкой потребностью к изменению при четком осознании цели, а активность субъекта направлена на реализацию мотива как в рамках специально организованной деятельности, так и вне ее.

Обзор исследований по проблеме психического выгорания как в зарубежной, так и в отечественной психологии показывает достаточно глубокую проработку этой проблемы на разных уровнях [4]. При этом чрезвычайно актуально направление, в рамках которого ведется разработка методик предотвращения выгорания.

Вопрос о взаимосвязи и причинно-следственных отношениях между мотивацией и синдромом выгорания является малоизученным в настоящее время. Между тем, изучение данного феномена может оказаться весьма продуктивным с точки зрения возможности профилактики синдрома профессионального выгорания.

Библиографический список

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005.

2. Карпова Н.Л. Мотивационная включенность в деятельность: структур, механизмы, условия формирования: Дисс... докт. пс. н. 19.00.01. – М., 1998.

3. Лобанова Т. Измеряем лояльность // Служба кадров и персонал. – 2006. – № 2. – С. 20–24.

4. Орел В.Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: Дисс... докт. пс. н. 19.00.03. Ярославль, 2005.

5. Maslach C., Leiter M.P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about in. – San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.

РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ В СООТВЕТСТВИИ ЛИЧНОСТИ И ПРОФЕССИИ ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СОЦИОНОМИЧЕСКИХ ПРОФЕССИЙ

О.Н. Доценко

Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия

Анализ особенностей социономических профессий показывает необходимость определенных эмоциональных отношений между профессионалом и «объектом» его труда, которые можно рассматривать как фактор профессионального соответствия и развития. Д.Н. Завалишина [3] выделяет следующие варианты развития субъекта профессиональной деятельности: 1) прогрессивно-творческий (специалисты высшего класса); 2) адаптивно-репродуктивный; 3) адаптивно-деформирующий; 4) дезадаптивно-деформирующий («психическое выгорание»). Типичная для мастеров высокого класса ценностная включенность в свой труд сопровождается положительным эмоциональным отношением к его содержанию и процессу. Если субъект включен в профессию скорее когнитивно, чем ценностно и эмоционально, то происходит овладение им лишь необходимым минимумом профессиональных знаний и умений, человек не стремится ни к профессиональному росту, ни к совершенствованию своего труда. Оптимальная «эмоциональная включенность» может являться важной составляющей успешного профессионального процесса, приносящего удовлетворение и потребность в дальнейшей деятельности. Особенно остро проблема соответствия личности и профессии проявляется у представителей социономических профессий, где объектом труда является человек с его многообразием проблем и трудностей, прежде всего это касается врачей, педагогов, психологов, социальных работников. Актуальность этой проблемы определила тему нашего исследования. В данном исследовании мы рассматриваем эмоциональную направленность как проекцию личностного ядра, как вектор развития личности в профессиональной деятельности.

В связи с этим представляет интерес концепция эмоциональной направленности Б.И. Додонова [2], в которой рассматриваются только те эмоции, которые в сознании людей предстают в качестве «ценных» пере-

живаний. Концепция эмоциональной направленности привлекает внимание к такому фактору мотивации поведения и деятельности людей, как их потребность в эмоциональных переживаниях определенного характера, т.е. их закрепившиеся установки на те или иные переживания как на специфические ценности. Автором поставлен вопрос о создании особой «эмоциональной классификации» деятельностей, что позволяет определить круг наиболее подходящих профессий для людей с разными типами структуры эмоциональной направленности и исследовать вопрос о том, какой вид деятельности удовлетворяет эмоциональные потребности человека. Следует отметить, что эмоциональная направленность является только одной стороной единой направленности человека, в которой решающую роль играет его мировоззренческая направленность. Если эмоциональная направленность влияет на выбор сферы деятельности и ее процессуальные моменты», то мировоззренческая определяет, кому или чему эта деятельность посвящается. Таким образом, в данном исследовании проблема личности и профессии конкретизируется как вопрос о соотношении эмоциональной направленности и профессии.

Представляется актуальной проблема изучения эмоциональной направленности личности как фактора удовлетворенности специалиста своей профессиональной деятельностью и синдрома эмоционального выгорания. Последние годы в отечественной и зарубежной психологии ведутся многочисленные исследования, связанные с феноменом выгорания. Синдром выгорания относится к числу феноменов личностной деформации и представляет собой многомерный конструкт, набор негативных психологических переживаний, связанных с продолжительными и интенсивными межличностными взаимодействиями, отличающимися высокой эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью. Ссылаясь на сказанное выше, мы придаем особую важность изучению эмоциональной сферы данных специалистов [1]. С одной стороны, эмоциональную сферу можно рассматривать, как фактор профессионального соответствия, с другой - именно эмоциональная сфера наиболее подвержена профессиональным деформациям, одной из разновидностей которых является эмоциональное выгорание. Многочисленные исследования, посвященные синдрому выгорания, определяют центральным ядром этого феномена именно эмоциональное истощение. Несмотря на многочисленные работы, посвященные изучению личностных факторов выгорания, недостаточно было уделено внимания эмоциональной сфере личности.

Объект исследования – эмоциональная сфера в профессиональной деятельности типа «человек – человек». Предметом исследования является взаимосвязь эмоциональной направленности личности (ЭН), удовлетворения профессиональной деятельностью (УПД) и синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи эмоциональной направленности личности (ЭН), синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) и удовлетворенности специалиста своей профессиональной деятельностью (УПД). Эмпирическим объектом исследования являются специалисты двух профессий (260 чел): врачи и педагоги, имеющие стаж работы не меньше трех лет; мужчины и женщины; жители Москвы и ближайшего Подмосковья. В работе были использованы теоретические и эмпирические методы исследования. В качестве эмпирических методов для тестирования были использованы следующие методики: анкета для оценки степени удовлетворенности работой, опросник Б.И. Додонова на выявление эмоциональной направленности личности, опросник В.В. Бойко для определения степени выраженности синдрома эмоционального выгорания.

В настоящем исследовании выделен и описан профиль типов эмоциональной направленности, характерный для исследуемых профессии, а также вводится понятие *гуманистический и гармоничный компонент типов эмоциональных направленностей*. Кроме того, в работе впервые раскрыта взаимосвязь типов эмоциональной направленности с уровнями удовлетворенности трудом и эмоционального выгорания. Различия в индивидуальных проявлениях синдрома эмоционального выгорания и удовлетворенности трудом в сравниваемых группах связаны с разными профилями типов эмоциональной направленности. Исследование выявило достоверно значимые различия в выраженности симптомов СЭВ и профилей типов эмоциональной направленности в группах врачей и педагогов. Установлены статистически достоверно значимые взаимосвязи уровня эстетической удовлетворенности и выраженности СЭВ для всех исследуемых профессиональных групп. Разработанный метод компонентного анализа эмоциональной направленности личности является новым и перспективным подходом в изучении устойчивости личности к эмоциональному выгоранию.

Результаты, полученные в ходе данного исследования, могут быть использованы в профориентационной работе, в области профотбора и перепрофилирования специалистов, а также в психологическом консультировании в целях прогнозирования, профилактики и преодоления синдрома эмоционального выгорания.

Библиографический список

1. Бойко В.В. Энергия эмоций – СПб.: Питер, 2004. – 474с.
2. Додонов Б.И. Эмоция как ценность. – М.: Политиздат, 1978. – 272 с.
3. Завалишина Д.Н. Практическое мышление. Специфика и проблемы развития. – М.: Ин-т психологии РАН, 2005. – 376 с.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ–НАРКОЛОГОВ БЕЛАРУСИ

*И.А. Дук, С.А. Игумнов, В.Н. Склема, М.М. Скугаревская
Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь*

Республиканская клиническая психиатрическая больница, Минск, Республика Беларусь

Исследование выполнено при финансовой поддержке БРФФИ, проект №Г07Р-024

Синдром эмоционального выгорания (burnout syndrome) — состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического дистресса на работе. Развитие данного синдрома характерно в первую очередь для профессий системы «человек – человек», где доминирует оказание помощи людям [5]. Вопросы возникновения и развития синдрома «эмоционального выгорания» у врачей в нашей стране остаются мало разработанными [1, 3]. При этом очевидно, что работа психиатров-наркологов имеет свои специфические особенности в общей системе оказания медицинской помощи населению, главными из которых являются «трудный» контингент больных и достаточно большое количество рецидивов [4].

В ходе настоящего исследования проведено определение показателей синдрома «эмоционального выгорания» при помощи опросника «Эмоциональное выгорание» (Бойко В.В., 2004) [2] у 50 врачей-наркологов (26 мужчин, 24 женщины) с различным стажем работы (в диапазоне от 1 года до 43 лет). В исследовании принимали участие врачи-наркологи, работающие в структурах Республиканской клинической психиатрической больницы Минздрава Республики Беларусь (г. Минск), Минского городского наркологического диспансера, а также наркологи различных лечебных учреждений г. Минска и Минской области.

По стажу работы исследуемые врачи были разделены на три группы: первая – стаж работы до 10 лет, вторая – стаж работы от 10 до 20 лет и третья – стаж работы более 20 лет.

Согласно полученным результатам, наибольшей степенью выраженности синдрома «эмоционального выгорания» отличались испытуемые врачи 3-ей группы (со стажем работы более 20 лет) – 120,5 балла, далее – 2-й группы (со стажем работы от 10 до 20 лет) – 115,9 балла, и наименьшие показатели синдрома «эмоционального выгорания» продемонстрировали испытуемые 1-ой группы (стаж работы до 10 лет) – 111,1 балла.

У 1-й и 2-й групп испытуемых структура синдрома «эмоционального выгорания» была приблизительно одинакова: наибольшей степенью выраженности отличалась фаза «резистентности», а степени выраженности ста-

дий «напряжения» и «истощения» были приблизительно равны: для 1-ой группы – 50,4; 29,7; 31 балл, соответственно; для 2-ой группы – 52; 32,1; 31,8 балла, соответственно, это выше, чем у испытуемых 1-ой группы. Для 3-ей группы испытуемых характерны были высокие показатели «истощения» – 47,0 баллов, что превышало соответствующие показатели испытуемых 1-ой (31 балл) и 2-ой (31,8 баллов) групп.

На основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что основные отличия в степени выраженности синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов с различным стажем профессиональной деятельности находятся в рамках стадий «напряжения» (максимальные показатели – во 2-й группе) и «истощения» (максимальные показатели – в 3-ей группе).

В структуре отдельных фаз синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов – «напряжения», «резистентности» и «истощения» получены следующие данные. Наибольшей степенью выраженности у врачей-наркологов 1-ой группы отличался симптом «редукции профессиональных обязанностей» фазы «резистентности» – 16,08 баллов. У врачей 2-ой группы наибольшей степенью выраженности обладал симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств» фазы «напряжения» – 12,58 баллов. Испытуемые же 3-ей группы демонстрировали наибольшую степень выраженности симптома «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы «резистентности» – 16,24 баллов.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлены существенные различия в степени выраженности и структуре синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов в зависимости от возраста и стажа профессиональной деятельности.

Библиографический список

1. Безносков С.П. Профессиональная деформация личности. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
4. Лукьянов В.В., Блюм А.И. Значение личностных характеристик и стажа профессиональной деятельности в структуре синдрома «эмоционального выгорания» врачей-наркологов // Материалы 4-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» / Под общей редакцией А.И. Аппелянского, Ю.П. Бойко, В.Н. Краснова, Ю.С. Шевченко. – М., 2006. – С. 166–167.
5. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С.3–9.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В СФЕРЕ «МАНИПУЛЯТИВНЫХ» ПРОФЕССИЙ МЕТОДОМ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА

А.В. Емельяненко

ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Ульяновск, Россия

*(Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ,
проект № 06-06-00439а)*

На проблему эмоционального выгорания и профессиональной деформации специалистов «манипулятивных» профессий мы вышли, разрабатывая тематику значения мотивации власти в личности профессионала. Как показывают современные исследования и практика, список «манипулятивных» профессий гораздо шире, чем политический деятель и руководитель, и на наш взгляд, включает и группу помогающих профессий. Специалисты помогающих профессий, имеющие возможность и/или долг оказывать влияние на людей, изменять их, представляют собой даже более благодатную почву для реализации мотивации власти, осознаваемой или неосознанной субъектом влияния. В данном контексте реализация мотивации власти в медицинской, психологической и педагогической практике может выступать не только как стремление к карьере, совершенству в своей сфере деятельности, приобретению авторитета, но и выражаться в каждой конкретной ситуации взаимодействия с пациентом, клиентом, учеником и аудиторией.

Подобный подход приводит к актуализации новых вопросов. Можно ли рассматривать мотивацию власти в качестве специфического акмеологического инварианта профессионализма специалистов «манипулятивных» профессий, т.е. присуща ли мотивация власти всем профессионалам, успешно осуществляющим свою деятельность в рамках различных «манипулятивных» профессий? Является ли реализация мотивации власти определенного рода профессиональной деформацией, или это – способность, личностное качество, даже повышающее эффективность профессионального самовыражения, особенно если учитывать современную позитивную ориентацию в рассмотрении влияния мотивации власти на успешность профессиональной деятельности в целом?

Исследования, проводимые нами ранее по проблемам эмоционального выгорания [1, 2], позволили выявить особенности в проявлении симптомов данного феномена, во-первых, у специалистов различных практик помогающих профессий, и во-вторых, у специалистов с разным стажем работы. Общая численность охваченных исследованием составила 100 человек со стажем работы от 1 месяца до 41 года: психологи, педагоги, медицинские и социальные работники психологических центров и служб,

учебных и медицинских учреждений г. Ульяновска. Основной методикой исследования стала методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко. Вместе с тем, часть исследуемых (52 человека) были опрошены еще по ряду методик В.В. Бойко.

С целью определения коммуникативных установок специалиста, которые могут в значительной степени привести к развитию симптомов эмоционального выгорания представителей помогающих профессий, мы решили использовать такой вариант статистической обработки данных, как множественный регрессионный анализ (а именно обратный пошаговый метод, который поочередно исключает переменные из анализа до тех пор, пока все оставшиеся переменные не будут иметь статистически значимые коэффициенты). В качестве «зависимой» переменной выступил сначала общий уровень эмоционального выгорания (I), а затем каждый из компонентов – напряжение (II), резистенция (III), истощение (IV). В качестве «независимых» переменных выступил комплекс: негативные коммуникативные установки (1–5), отсутствие коммуникативной толерантности (6–14), уровень эмпатических способностей (15–20), «помехи» в установлении эмоциональных контактов (21–25). Отметим, что понятия «зависимая» и «независимая» переменные во множественном регрессионном анализе являются условными, а определение направления причинно-следственной связи выходит за рамки применения самого метода. Вместе с тем, мы полагаем, что эмоциональное выгорание является скорее результирующим фактором по отношению к коммуникативным установкам личности, уровням ее эмпатии и толерантности, и дальнейший анализ будем проводить исходя из этого предположения. Это не исключает вероятности обратного влияния, в таком случае все описанные независимые переменные будут выступать как наиболее яркое проявление, выражение описанного синдрома.

Общий уровень эмоционального выгорания. На последнем шаге линейной регрессии значимые статистические критерии остались для независимых переменных: (3) обоснованный негативизм в суждениях о людях (при уровне значимости $p=0,009$), (13) нетерпимость к физическому или психическому дискомфорту, в котором оказался партнер ($p=0,025$), (14) плохое приспособление к характерам, привычкам, установкам или притязаниям других ($p=0,007$), (22) неадекватное проявление эмоций ($p=0,041$) и (24) доминирование негативных эмоций ($p<0,001$). Таким образом, выраженный уровень эмоционального выгорания формируется, когда у специалиста помогающих профессий: во-первых, ярко выражено доминирование негативных эмоций, т.е. эмоции явно мешают устанавливать контакты с людьми; во-вторых, плохое приспособление к характерам, привычкам, установкам или притязаниям других, в этом случае адаптация к самому себе оказывается важнее и достигается проще, чем адаптация к партнерам; в-третьих, выражены объективно обусловленные отрицательные выводы о

некоторых типах людей и отдельных сторонах взаимодействия; в четвертых, часто в общении бывает неадекватное проявление эмоций; и в пятых, когда или игнорируются, или вызывают раздражение и осуждение жалобы, капризы, нервные состояния партнера по общению.

Фаза напряжения: (3) обоснованный негативизм в суждениях о людях ($p=0,008$), (13) нетерпимость к физическому или психическому дискомфорту, в котором оказался партнер (в минусе) ($p=0,024$), (14) плохое приспособление к характерам, привычкам, установкам или притязаниям других ($p=0,014$) и (24) доминирование негативных эмоций ($p<0,001$). Можно отметить, что сохраняются все отмеченные выше корреляции примерно на аналогичных уровнях значимости, исключение составляет отсутствие проявления неадекватных эмоций.

Фаза истощения: (3) обоснованный негативизм в суждениях о людях ($p=0,021$), (16) эмоциональный канал эмпатии ($p=0,042$) и (24) доминирование негативных эмоций ($p<0,001$). Отметим, что появляется зависимость от эмоционального канала эмпатии; эмоциональная отзывчивость в данном случае становится средством «вхождения» в энергетическое поле партнера; понять его внутренний мир, прогнозировать поведение и эффективно воздействовать возможно только в том случае, если произошла энергетическая подстройка к эмпатируемому. Вполне очевидно, что это противоречит истощению, которое описывается как эмоциональный дефицит, эмоциональная и личная отстраненность, деперсонализация.

Фаза резистенции: (5) негативный личный опыт общения с окружающими ($p=0,026$). Этот компонент эмоционального выгорания резко отличается от предыдущих как отсутствием уже привычных зависимостей, так и появлением абсолютно новой. В данном случае вопрос о причинно-следственной связи не возникает, т.к. негативный личный опыт общения с окружающими рассматривается именно в контексте прошлого опыта. Таким образом, резистенция – как неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация и расширение сферы экономии эмоций – во многом зависит от негативного опыта личных коммуникаций специалистов помогающих профессий.

Полученные линейные уравнения регрессии, которые могут выступать как модели предсказания уровня и симптомов эмоционального выгорания, мы не считаем корректным представить для публикации в настоящий момент. Это связано, во-первых, с объемом выборки (52 человека) и ее гендерной спецификой (только женщины) (поэтому считаем проведенный анализ пилотажным исследованием). Во-вторых, полученный коэффициент множественной детерминации (КМД), на наш взгляд, не достаточно большой, т.к. регрессионная модель объясняет 54 % дисперсии зависимой переменной, и хотя результаты предсказания могут быть приняты во внимание, но это означает, что 54 % дисперсии «зависимой» переменной определяется исходными переменными, а 46 % ее дисперсии относит-

ся к ошибке оценки. Отмеченные ограничения раскрывают дальнейшие перспективы нашего исследования.

Библиографический список

Емельяненко А.В., Сафукова Н.Н. Особенности синдрома «эмоционального выгорания» личности специалистов различных профессий системы «человек-человек» // Интеграция образования и науки на основе научно-образовательного центра: Сб. трудов участников Всероссийской научно-практич. конф. 15-16 декабря 2005 г., г. Ульяновск: В 2 ч. Ч. 1. – М.–Чебоксары – Ульяновск: УлГУ, 2005. – С. 106–110.

Емельяненко А.В. Проблемы эмоционального выгорания и профессиональной деформации в сфере «манипулятивных» профессий // Практическая психология: от фундаментальных исследований до инноваций: Мат-лы междунар. науч.-практ. конф. 29 ноября 2006 г. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2007. - 596 с. – С. 340–346.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПСИХИАТРОВ И МЕДПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Л.В. Золотухина, И.В. Шадрин

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»

Челябинск, Россия

Синдром профессионального выгорания (СПВ) и его последствия являются серьёзной медицинской, социальной и экономической проблемой. В последние два года он стал изучаться в рамках социальной психиатрии. СПВ – это состояние эмоционального, физического и умственного истощения, возникающее в результате хронического стресса на работе [1].

Лица, работающие в сфере охраны психического здоровья (психиатры, психотерапевты, наркологи, медицинские психологи, средний и младший медицинский персонал), в наибольшей степени подвержены профессиональному выгоранию. Это обусловлено тем, что их профессиональная деятельность связана не только с большим количеством контактов с людьми и оказанием им помощи, но и с особенностями этих контактов, отношений [2, 3]. Попыткой выхода из сложившейся ситуации порой является переход на другую работу, смена профессии, которая зачастую не нравится, а даёт лишь материальное благополучие.

Целью данного исследования является изучение нервно-психических (психопатологических) расстройств при синдроме профессионального выгорания у врачей и медперсонала психиатрических учреждений с учётом его динамики, профессии, стажа работы обследуемых, их возраста, пола и профессионального статуса для разработки на этой основе эффективных методов лечения, профилактики и реабилитации.

В ходе нашей работы было обследовано 237 врачей и медсестёр, из них 123 респондента работают в психиатрических учреждениях и 114 – в

соматических. Для выявления СПВ проводилось обследование по методикам В.В. Бойко и МВІ, а также анализ клинико-анамнестических данных для выявления у них тех или иных признаков синдрома профессионального выгорания.

Среди всех обследованных (n=237) по методике В.В. Бойко СПВ в стадии формирования фазы напряжения наблюдался у 4,6% человек (n=11), фазы резистенции – у 24,5% (n=58), фазы истощения – у 9,3% человек (n=22); полностью сформировалась фаза резистенции у 8,0% человек (n=19), фаза истощения – у 3,4% (n=8), лица со сформировавшейся фазой напряжения отсутствовали.

Среди обследованных врачей-психиатров и медсестёр психиатрических больниц (n=123), «выгорание» в стадии формирования фазы напряжения наблюдалось у 9,0% человек (n=11), фазы резистенции – у 29,3% (n=36), фазы истощения – у 13,8% человек (n=17); полностью сформировалась фаза резистенции у 12,2% человек (n=15), фаза истощения – у 4,9% (n=6), лица со сформировавшейся фазой напряжения отсутствовали.

Среди терапевтов и медсестёр соматических учреждений (n=114) «выгорание» в стадии формирования фазы напряжения не наблюдалось, в стадии формирования фазы резистенции – у 19,3% (n=22), фазы истощения – у 4,4% человек (n=5); полностью сформировалась фаза резистенции у 3,5% человек (n=4), фаза истощения – у 1,8% (n=2), лица со сформировавшейся фазой напряжения отсутствовали. В методике МВІ результаты оцениваются по 3 шкалам, выделенным К. Маслач: эмоциональный дефицит или эмоциональное истощение (emotional exhaustion, EE), деперсонализация (depersonalization, DP) и редукция профессиональных достижений (personal accomplishment, PA).

Среди всех обследованных у 46% (n=110) отмечалась высокая степень выгорания по одной или двум шкалам, у 12% (n=28) – выгорание по всем трем шкалам, что клинически соответствовало II либо II-III стадии синдрома профессионального выгорания. Среди обследованных врачей-психиатров и медсестёр психиатрических больниц выгорание по одной или двум шкалам имело место у 53% (n=66), выгорание по всем трем шкалам, т.е. СПВ был резко выражен, у 20% (n=24). Среди терапевтов и медсестёр соматических учреждений СПВ той или иной степени выраженности (по одной или двум шкалам) выявлен у 39% (n=44), резко выражен у 4% (n=4).

Резко выраженный СПВ (высокая степень выгорания по всем трем шкалам) как в первой, так и во второй группах чаще отмечался у мужчин, чем у женщин. Этот показатель также тесно коррелировал с дисгармоничными или негармоничными отношениями в семье и негативным отношением к своей профессии. Выявлена статистически достоверная зависимость резко выраженного СПВ от образования: наиболее подвержены профессиональному выгоранию по всем трем шкалам как в первой, так и во второй группах лица с высшим образованием. Кроме того, в обеих

группах имелась прямая зависимость «выгорания» от нагрузки и недостатка времени для выполнения работы, от самого факта необходимости общения с больными, риска штрафных санкций, от однообразия в работе и необходимости проявлять эмоции, не соответствующие действительным.

Выявлена также взаимосвязь этого показателя с типом темперамента: «выгоранию» наиболее подвержены врачи и медсестры с меланхолическим типом темперамента, либо меланхолическим в сочетании с холерическим; наименее подвержены лица с сангвиническим в сочетании с холерическим или флегматическим типом темперамента. Зависимости от возраста, стажа, семейного положения, количества детей в семье, жилищных условий, материального положения и заработной платы не выявлено.

«Выгорание» по шкале «эмоциональное истощение» клинически проявляется астеническим, астено-ипохондрическим, реже – обсессивно-фобическим или депрессивным синдромами различной степени выраженности. «Выгорание» по шкале «деперсонализация» клинически проявляется синдромом невротической деперсонализации, различными вариантами депрессивного синдрома либо синдромом профессионального выхолащивания (цинизм). «Выгорание» по шкале «редукция профессиональных достижений и обязанностей» клинически проявляется одноимённым синдромом в сочетании с легкой астенической либо субдепрессивной симптоматикой.

Клиническая картина синдрома профессионального выгорания (СПВ) у психиатров сложилась из нескольких синдромов. Ведущими оказались следующие: синдром редукции профессиональных обязанностей и достижений (91%), астенический и астено-ипохондрический (81%), депрессивный синдром различной степени выраженности (62%, из них тревожный вариант – 40%, дисфорический – 12%, апатический – 12%, смешанный – 36%), синдром невротической деперсонализации (14%), обсессивно-фобический (10%) и синдром профессионального выхолащивания или цинизма (6%). В клинической картине СПВ у терапевтов ведущими синдромами оказались синдром редукции профессиональных обязанностей и достижений (79%), астенический (62,5%), синдром невротической деперсонализации (25%), депрессивный (16%), синдром профессионального выхолащивания (15%) и обсессивно-фобический синдром (15%).

В настоящее время СПВ рассматривается в МКБ-10 в категории Z 73 (проблемы, связанные с трудностями организации нормального образа жизни). Однако, как показало проведённое исследование, отнести выявленные расстройства к норме будет не совсем профессионально, т.к. обследованные хоть и продолжали работать, но у них уже имелись признаки дезадаптации в виде межличностных и внутрисемейных конфликтов. С учётом этого выявленные расстройства не могут быть отнесены к норме. Они требуют коррекции, а в большинстве случаев и лечения. Иначе лица, имеющие эту симптоматику, перейдут в категорию более дезадаптирован-

ных, что может привести к уходу на более низкий профессиональный уровень, вплоть до отказа от работы; произойдет более глубокое нарушение межличностных отношений (разрушение семей, ссоры с детьми, разрыв отношений со значимым близким окружением и друзьями). Более глубокими проявлениями дезадаптации, с сохранением профессионального статуса, могут стать бытовое пьянство, злоупотребление транквилизаторами, при этом возможно использование профессионального доступа к медикаментам. Дезадаптация может углубляться вплоть до суицидальных тенденций и законченных суицидов. Всё это подтверждает необходимость объединения выявленных симптомов в отдельную нозологическую единицу, которая должна рассматриваться в контексте МКБ-10, в разделе F 40-49 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства).

Таким образом, необходимо расширение типологии расстройств данного шифра, разработка системы медикаментозной, психотерапевтической и психологической коррекции этого синдрома, а также методов его профилактики.

Библиографический список

Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С.90–101.

Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. – №7. – С. 3–9.

Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: Обзор // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14. – № 4. – С.91–97.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ВЫГОРАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПОДПороГОВОМ УРОВНЕ

*А.В. Иванов, С.В. Квасовец, Е.В. Безносок, И.В. Аксенова
ГУ правительства Москвы «Московская служба психологической помощи населению»*

ФГУП ГМНТЦ «Наука», Москва, Россия

Для комплексной реабилитации клиентов с синдромом выгорания важной представляется интеграция различных подходов к оптимизации психического и физиологического состояния. Одним из перспективных направлений такой интеграции является использование наиболее эффективных инструментальных методик в рамках единой компьютерной программы. Использование подобной системы позволяет организовывать психотерапевтические и реабилитационные процедуры, направленные как на усиление собственных адаптационных возможностей человека, так и на создание функционального состояния мозга, способствующего эффектив-

ному восприятию и усвоению суггестивных воздействий на подпороговом уровне [1], [2], [3].

Такая система использовалась нами для психотерапевтической и реабилитационной работы с клиентами, имеющими признаки психической дезадаптации различного генеза, и показала перспективность применения в комплексной реабилитации лиц с синдромом выгорания.

Специальное компьютерное программное обеспечение (программный комплекс) обеспечивает возможность работы в следующих направлениях:

- биологическая обратная связь (БОС) – для отработки навыков «активного» самоуправления различными показателями электроэнцефалограммы, соотношением этих показателей в левом и правом полушариях мозга, а также показателями дыхания и кардиоритмограммы;
- зрительные и акустические воздействия, такие как ритмическая фото- и аудиостимуляция, бинауральные биения;
- аудиосуггестивное воздействие на осознаваемом и неосознаваемом (подпороговом) уровне восприятия.

При реализации биологической обратной связи по показателям ЭЭГ анализируется и выводится в качестве сигнала обратной связи мощность в определенной области частотного спектра. Традиционно используются диапазоны тета-, альфа-, и бета-активности. Величина порогов (в процентах к исходному уровню) устанавливается перед процедурой и, по мере отработки навыков саморегуляции, может увеличиваться от процедуры к процедуре. Возможны варианты комбинированных процедур (по показателям как альфа-, так и тета-активности), знакопеременные процедуры (когда необходимо в течение одной процедуры то увеличивать, то уменьшать регулируемый показатель). Подобный тренинг саморегуляции может осуществляться по суммарной выраженности спектральной мощности ЭЭГ, а также отдельно по правому и левому полушарию с целью обучения навыкам управления межполушарными взаимодействиями и синхронизацией полушарий.

При дыхательном тренинге клиент обучается дышать в соответствии с эталоном, таким образом, чтобы сигнал, соответствующий его собственному дыханию, совпадал с эталонным.

В ходе кардиотренинга клиент обучается навыкам управления частотой сердечных сокращений.

Методика ритмостимуляции является эффективным средством изменения функционального состояния мозга за счет смещения собственного ритма ЭЭГ в частотную область, соответствующую частоте стимуляции. Наиболее выраженный эффект достигается в том случае, когда параметры ритмостимуляции задаются с помощью одновременно регистрируемых показателей ЭЭГ. При этом возможно осуществлять как отдельную стиму-

ляцию левого и правого полушарий головного мозга, так и синхронное для обоих полушарий воздействие на спектральные характеристики ЭЭГ.

Метод бинауральных биений представляет собой способ звукового воздействия, при котором частота звукового тона, подаваемого на левое и правое ухо, различается. При этом в центральных структурах слухового анализатора возникают «биения», частота которых равна разнице частот бинаурального предъявления. Возникающие при этом эффекты заключаются в изменении ритмики ЭЭГ и являются средством изменения функционального состояния.

На различных этапах процедур биоуправления и ритмостимуляции осуществляется акустическое суггестивное воздействие. Заранее подобранные в форме аудиофайлов суггестивные сценарии автоматически предъявляются на подпороговом уровне восприятия. Возможности шлема виртуальной реальности позволяют сопровождать суггестию зрительными образами (пламени свечи или костра, струй фонтана, морского прибоя, игры солнечных бликов и т. д.) и акустическими эффектами (медитативная музыка, фонограммы плеска морских волн, струй фонтана, дождя, ветра и листвы и т. п. на осознаваемом уровне, что помогает достичь релаксации и медитативного состояния, усиливающих эффективность суггестии. Уровень же неосознаваемой суггестии позволяет осуществлять воздействие не только на состояние, но и на психологические установки и поведение клиента, на его мировосприятие и всю картину мира. При этом, на подпороговом уровне, многократно, ритмично и с высокой частотой, предъявляются позитивно эмоционально насыщенные цветные фотографии, а аудиофайлы содержат суггестивные эмоционально позитивные сценарии с вербальными формулами, описывающими ощущение полной гармонии внутри себя и с окружающим миром, на неосознаваемом уровне восприятия. Подпороговые суггестивные воздействия позволяют миновать этапы внутренней критики, анализа предъявляемой информации, обойти психологические защитные механизмы, встроить новые блоки в имеющиеся семантические поля памяти, активизировать неосознаваемые механизмы психической саморегуляции.

Показано, что сочетание процедур ритмостимуляции с вербальными формулами внушения на неосознаваемом уровне восприятия («ритмосуггестивные процедуры») повышает их психотерапевтическую эффективность. Кроме того, сочетание ритмосуггестивных процедур и дыхательного тренинга снижает остроту переживаний и в значительной степени ослабляет тревогу, депрессию, общую психическую напряженность.

Использование мультимедийных возможностей, зрительные образы и слуховые эффекты облегчают достижение релаксации и измененных состояний сознания во время процедур, что усиливает эффект суггестии.

Как правило, продолжительность курса процедур психофизиологической реабилитации составляет не менее двух недель.

Комплексное применение перечисленных возможностей существенно улучшает психическое и физическое состояние человека, позволяет изменить его отношение к фрустрирующей ситуации и, в конечном итоге, восстанавливать адекватное мироощущение, повышать социальную активность, производительность труда.

Библиографический список

1. Квасовец С.В., Безносюк Е.В., Дмитриев С.П., Коробченко В.В., Мошкина М.В., Иванов А.В. Психотерапия пограничных психических и психосоматических расстройств с использованием современных технических психодиагностических и психокоррекционных средств: Метод. пособ. для врачей / МЗ РФ, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. – М., 1997. – 30 с.
2. Квасовец С.В., Иванов А.В. Комплекс программ психофизиологической коррекции функционального состояния человека // Свидетельство об официальной регистрации программы № 2003610891 от 11.04.2003.
3. Квасовец С.В., Иванов А.В., Кучинов А.И., Безносюк Е.В., О.В. Юртов, И.Б. Ушаков, Ю.А. Бубеев. Психотерапия больных с пограничными психическими расстройствами с использованием компьютерного модулирования информации: Метод. рекоменд. для врачей и научных работников. – М.: МЗ РФ, 2004. – 30 с.

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И УВЛЕЧЕННОСТЬ РАБОТОЙ

О.В. Иноземцева

Государственный университет гуманитарных наук, Москва, Россия

Одной из популярных тем в работах, посвященных синдрому выгорания, является исследование факторов этого негативного феномена. Традиционно все факторы выгорания разделяют на внешние (условия работы) и внутренние (индивидуальные особенности). Большинство исследователей склоняются к мнению о совместном влиянии на развитие выгорания внешних и внутренних факторов [1].

Существуют данные, свидетельствующие о наличии связи между уровнем выгорания и такими индивидуальными особенностями, как: низкий уровень личностной выносливости, неэффективные копинг-стратегии, экстернальный локус контроля, поведение типа А, агрессивность, тревожность, нейротизм, интроверсия и др. [1, 2 и др.].

В исследованиях внешних факторов выгорания в качестве показателей, как правило, рассматриваются или объективные параметры условий работы (например, продолжительность рабочего дня), или субъективные оценки характеристик работы самими испытуемыми.

По нашему мнению, для развития выгорания более значимыми являются субъективные оценки характеристик работы субъектами деятельности, чем их объективные измерения. В когнитивных теориях стресса показано, что стресс возникает в ситуациях, которые воспринимаются индивидом как угрожающие превысить его способности и ресурсы [3]. По-

сколькx выгорание является реакцией на хронический рабочий стресс, можно предположить, что в развитии выгорания также более существенную роль играет субъективное восприятие работниками характеристик работы, чем их объективные показатели.

Однако рассматривать субъективные оценки характеристик работы в качестве внешних факторов также представляется некорректным, поскольку на эти оценки влияют и индивидуальные особенности работника. Именно поэтому одни и те же условия воспринимаются разными людьми по-разному.

На наш взгляд, в субъективной оценке внешних условий содержится информация о взаимодействии между внешними особенностями ситуации и внутренними особенностями индивида. Если человек регулярно воспринимает рабочие ситуации негативно, это приводит к ощущению неудовлетворенности, развитию стресса и выгорания.

Большинство работ в области организационной психологии посвящены изучению негативных состояний и аспектов здоровья работников. Однако в последние годы возрастает интерес к изучению сильных сторон человека, его оптимального функционирования. Одно из позитивных состояний – увлеченность работой (work engagement) – традиционно считается противоположностью выгоранию. Увлеченность работой характеризуется энтузиазмом в отношении работы, бодростью и приливом энергии, высокой профессиональной самооценкой и т.п. Понятие увлеченности работой операционализировано голландскими исследователями W. Schaufeli и A. Bakker [4]. W. Schaufeli и A. Bakker предположили, что выгорание и увлеченность работой – отдельные явления, а не два полюса одной шкалы, и эти явления могут быть никак не связаны между собой. Авторы определяют увлеченность как стойкое позитивное состояние, связанное с работой, которое характеризуется бодростью (энергичностью), энтузиазмом и поглощенностью деятельностью.

На наш взгляд, при изучении выгорания важно рассматривать увлеченность работой, поскольку в этом случае мы получаем более полную картину состояний профессионала, включающую как негативные, так и позитивные черты. Мы предполагаем, что механизм развития увлеченности работой аналогичен механизму развития выгорания, с той лишь разницей, что к состоянию увлеченности работой приводит позитивное восприятие работником внешних условий.

Нами было проведено исследование взаимосвязей между симптомами выгорания, показателями увлеченности работой, личностными свойствами и оценками характеристик работы. В качестве объекта исследования выступили работники сферы обслуживания – официанты московских ресторанов (104 человека: 34 женщины, 70 мужчин; возраст от 18 до 37 лет; стаж работы в должности официанта от 2 месяцев до 15 лет).

Для выявления субъективных оценок испытуемыми характеристик

работы была составлена анкета на основании теоретического анализа работ о факторах выгорания и изучения специфики деятельности работников ресторана. Уровень выраженности симптомов выгорания определялся с использованием «Опросника на выгорание» (MBI С. Maslach, адаптация Н. Водопьяновой), показатели увлеченности работой выявлялись с помощью «Утрехтской шкалы увлеченности работой» (UWES W. Schaufeli и А. Bakker, адаптация Salanova), особенности личностных свойств – с помощью «Пятифакторного опросника» (NEO FFI Р. Costa, R. McCrae, адаптация М.В. Бодунова, С.Д. Бирюкова).

Корреляционный анализ и сравнение выраженности уровня выгорания в группах высоких и низких оценок характеристик работы подтвердили гипотезу о связи негативных оценок испытуемыми характеристик работы с выраженностью симптомов выгорания. Следовательно, чем хуже работник субъективно оценивает внешние условия, тем выше у него уровень выгорания.

Те же статистические методы выявили наличие положительной связи между показателями увлеченности работой и оценками характеристик работы. Следовательно, подтвердилось наше предположение о том, что связи оценок характеристик работы с выгоранием и с увлеченностью работой имеют противоположные знаки.

Также выявлен обратный характер связей личностных свойств с выгоранием и увлеченностью работой.

Выраженность нейротизма коррелирует с низкими субъективными оценками, высоким уровнем выгорания и низким уровнем увлеченности работой. Таким образом, высокий уровень нейротизма выступает «нежелательным» личностным свойством для сервисных профессий.

Выраженность таких свойств, как экстраверсия, открытость, склонность к согласию, добросовестность, наоборот, связана с позитивными оценками, низким уровнем выгорания и высоким уровнем увлеченности работой. Следовательно, высокий уровень перечисленных личностных свойств являются «желательными» для сервисных профессий.

Связь субъективных оценок характеристик работы с личностными свойствами говорит о том, что субъективные оценки не могут рассматриваться лишь как показатели внешних факторов.

Рассмотрим возможные каузальные зависимости между переменными, перейдя на интерпретационный уровень анализа полученных результатов. Личностные свойства являются наиболее устойчивыми из рассматриваемых переменных, поэтому мы предполагаем, что они являются одним из определяющих факторов в проявлении негативной оценки характеристик работы и развитии выгорания.

Что касается причинно-следственных отношений между оценками характеристик работы, симптомами выгорания и показателями увлеченности работой, нам представляется возможным их взаимообуславливающий

характер. С одной стороны, негативный образ работы у индивида (который проявляется в отрицательных оценках характеристик работы) приводит к развитию у него чувства неудовлетворенности работой и выгорания, а позитивный образ работы приводит к ощущению удовлетворенности работой и развитию увлеченности работой сотрудника. С другой стороны, высокий уровень выгорания сказывается отрицательно на отношении субъекта к работе, понижает его профессиональную самооценку и оценку разнообразных характеристик работы. А выраженная увлеченность работой, напротив, может способствовать получению удовлетворения от работы и улучшать восприятие рабочих характеристик. Мы пришли к выводу, что «нежелательные» личностные свойства, негативные оценки характеристик работы и выгорание работника подкрепляют друг друга, образуя своего рода «негативный замкнутый круг». И наоборот, «позитивный замкнутый круг» образуется при взаимодействии «желательных» личностных свойств, позитивных оценок характеристик работы и увлеченности сотрудником своей работой.

Библиографический список

1. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М.: Ин-т психологии РАН, 2005. – 330 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: Изд-во «ПЕР СЭ», 2006. – 527 с.
4. Schaufeli & Bakker, (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 27, 279–286.

МЕТОДИКА АНАЛИЗА ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

С.В. Квасовец, А. В. Иванов, В.Н. Шатило, Е.В. Безносюк

ГУ Правительства Москвы «Московская служба психологической помощи населению», Москва, Россия

ФГУП ГМНТЦ «Наука», Москва, Россия

Жизнь и работа человека в современном мире характеризуется возрастающим количеством стрессовых нагрузок, имеющих часто обыденный характер. При этом воздействие психотравмирующих факторов зависит не только от их силы и длительности, но и от личностных характеристик, жизненных установок и ценностей, семейного статуса человека. Поэтому большое значение имеет объективная диагностика качественной структуры субъективного эмоционального реагирования на психотравмирующие ситуации и оценка психологических адаптационных возможностей индивидуума. Такая диагностика позволяет планировать психотерапевтическую

работу, а также оценивать эффективность психотерапии. В этой связи актуальным является использование для решения перечисленных задач объективных психофизиологических методов. Одним из наиболее информативных показателей, используемых в психофизиологии, являются вызванные потенциалы головного мозга (ВП).

Использование метода ВП в исследованиях процессов восприятия эмоциогенных стимулов сконцентрировано на изучении роли компонента РЗ и межполушарной асимметрии. Исследования показывают, что имеются быстрые механизмы эмоциональной оценки, проявляющиеся в показателях вызванных потенциалов с достаточно малой латентностью и обеспечивающие предварительную «настройку» эмоционального реагирования. Эти механизмы характеризуются реактивностью, главным образом, на эмоционально отрицательную информацию. Так, при изучении [4] вызванных потенциалов головного мозга, возникающих при предъявлении эмоциогенных изображений в быстром темпе – 3 и 5 в секунду, анализ вызванных потенциалов показал, что изображения с насыщенным эмоциональным содержанием отличаются от нейтральных. Эмоциональное различие не зависит от физических свойств изображений (цвета, пространственной частоты и сложности).

В наших работах [1], [2] описаны результаты использования психодиагностической методики, основанной на анализе вызванных потенциалов, возникающих в условиях тахистоскопического предъявления вербальных или визуальных стимулов. С помощью этой методики обследовались контингенты лиц, имеющих разнообразные психологические проблемы, такие как трудности адаптации к новой социальной среде, стрессовые нагрузки, связанные с профессиональной деятельностью, синдром хронической усталости (утомления), с депрессивными и тревожными расстройствами. Полученные результаты свидетельствуют о наличии своеобразных особенностей реагирования на стимулы, связанные с эмоционально значимой психотравмирующей ситуацией, что позволяет квалифицировать имеющиеся интрапсихические конфликты с точки зрения связанных с ними защитных механизмов. Важный аспект результатов относится к соотношению показателей, характеризующих реакции левого и правого полушарий. Так, левое полушарие в большей степени связано с тревогой, понимаемой как ощущение неопределенной угрозы в будущем, а правое - с субъективным отношением к опасности, с неосознаваемой оценкой следов эмоциональной памяти. Наряду с этим показана роль лобных долей мозга в регуляции состояния при психотравмирующей ситуации. При этом левая и правая лобная доли связаны с различными психологическими защитными механизмами [3].

Методика анализа вызванных ЭЭГ-реакций, возникающих при предъявлении визуальных стимулов различного содержания, использовалась при комплексной диагностике клиентов, обратившихся к психологам

– консультантам Московской службы психологической помощи. При первичном психологическом консультировании представителей так называемых «помогающих» профессий медицинской, педагогической и социальной сфер деятельности выявлялся синдром «эмоционального («профессионального») выгорания». Затем, для уточнения, использовалась методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко. Под эмоциональным выгоранием понимался выработанный личностью механизм психологической защиты в форме частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия, приобретенный функциональный стереотип профессионального поведения, следствия которого отрицательно сказываются на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Дополнительно, клиенты проходили диагностику с использованием СМИЛ и метода цветowych выборов.

Объективизирующая компьютерная ЭЭГ-диагностика основана на предъявлении набора фотографий, относящихся к различным сферам жизни и деятельности, и регистрации вызванной биоэлектрической активности мозга. В качестве стимульного материала в основном использовались изображения из набора International Affective Picture Systems (IAPS, CSEA-NIMH). Реакция на предъявление различных групп эмоциональных фотографий оценивалась относительно реакции на нейтральные изображения. Использовался метод быстрого последовательного зрительного предъявления: испытуемому предъявлялся непрерывный поток зрительных стимулов со скоростью, превышающей средний период фиксации глаз. Исследовалось отражение в показателях ВП головного мозга аффективной интенсивности изображений при быстром предъявлении эмоциогенных стимулов (с периодом порядка 350 мс). ЭЭГ регистрировалась монополярно по системе 10-20 в лобных (F3, F4), височных (T3, T4) и теменных (P3, P4) отведениях. Мотивационная или эмоциональная значимость является первичной детерминантой избирательного внимания: соматические, вегетативные и кортикальные события, связанные с направленностью, автоматически активируются эмоционально окрашенной стимуляцией.

Полученные в исследовании результаты показывают, что в показателях вызванных потенциалов, возникающих при предъявлении в процессе регистрации ЭЭГ, эмоционально-значимых изображений, находят отражение как индивидуально-личностные характеристики обследуемых, так и специфический субъективный опыт, связанный с действием ситуации, переживаемой как психотравмирующая.

При проведении индивидуальных бесед было показано, что полученные с помощью описанной методики результаты адекватно отражают психологические проблемные ситуации, существующие у клиентов. Можно утверждать, что психологическое консультирование, проводимое с опорой на полученные в процессе психофизиологического обследования объективные данные, имеет ряд преимуществ, существенно увеличивающих

его эффективность и результативность, что позволяет успешнее подбирать тактику психотерапии и психофизиологической реабилитации.

Библиографический список

1. Квасовец С.В., Безносюк Е.В., Дмитриев С.П., Коробченко В.В., Мошкина М.В., Иванов А.В. Психотерапия пограничных психических и психосоматических расстройств с использованием современных технических психодиагностических и психокоррекционных средств : Методическое пособие для врачей / МЗ РФ, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова. – М., 1997. 33 с.
2. Квасовец С.В., Иванов А.В., Бубеев Ю.А. Анализ подпорогового восприятия вербальных стимулов как инструмент психодиагностического исследования // Психологический журнал. – Т. 23. – 2002. – № 3. – С. 45.
3. Квасовец С.В., Иванов А.В., Курчакова М.С. Отражение аффективной насыщенности изображений в показателях вызванных потенциалов // Психологический журнал. – Т. 28. – 2007. – № 3. – С. 84.
4. Jungofer M., Bradley M., Elbert T., Lang P. Fleeting images: a new look at early emotion discrimination // Psychophysiology. – 2001. – V. 38. – P. 175–178.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ

Т.В. Кецко

*Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка,
Минск, Беларусь*

Проблема эмоционального выгорания является на сегодняшний день актуальной в психологии, так как данный психологический феномен представляет собой негативное психологическое явление, которое снижает эффективность профессионального труда, негативно сказывается на физическом и психическом здоровье работника, отрицательно влияет на всю организацию в целом. Характерная особенность профессиональной деятельности, как отмечают специалисты в области профессионального стресса В.А. Бодров, М. Мучински, – постоянная или периодическая рабочая напряженность, которая определяется сложностью и ответственностью трудовых задач, возникновением внештатных ситуаций, повышенной профессиональной нагрузкой, опасностью для жизни и другими экстремальными факторами. В педагогическом труде таких факторов насчитывается немало, и их воздействие приводит к развитию функциональных нарушений и возникновению особых психических состояний, в том числе и к синдрому эмоционального выгорания.

Современные авторы, изучающие проблематику выгорания, такие как М.В. Борисова [1], М.М. Скугаревская [5], сходятся во мнении, что наличие синдрома эмоционального выгорания является свидетельством психологического профессионального неблагополучия педагога и оказывает

негативное влияние на здоровье и эффективность выполняемой деятельности. А.К. Маркова полагает, что выгорание возникает вследствие «душевного переутомления, это своего рода плата за сочувствие, когда в профессиональные обязанности входит отдача тепла своей души».

Единого взгляда на сущность эмоционального выгорания в настоящий момент в психологической науке нет. Одним из наиболее адекватных определений можно считать определение, предложенное А.А. Рукавишниковым, в соответствии с которым, синдром эмоционального выгорания – это негативное психологическое явление, проявляемое через психоэмоциональное истощение, развитие дисфункциональных профессиональных установок и снижение профессиональной мотивации и наблюдаемое у лиц без психопатологии [4]. Синдром выгорания, согласно концепции Кристины Маслач [3], состоит из трех компонентов: психоэмоционального истощения, деперсонализации, редукации профессиональных достижений.

Изучение гендерных различий в возникновении и протекании синдрома эмоционального выгорания проводятся психологами. Как подчеркивает В.Г. Горчакова, положение женщины в профессиональном сообществе отличается от положения мужчины. Зачастую женщины получают меньшую заработную плату за такой же объем работы, который выполняют мужчины; женщинам в большинстве случаев сложнее подняться по карьерной лестнице. Указанные факторы могут приводить к тому, что женщины в большей степени испытывают негативные последствия, связанные с трудовой деятельностью. Педагогический состав в Республике Беларусь, как и во многих других странах, является крайне феминизированным, однако нет сведений о том, кто в большей степени подвержен влиянию синдрома эмоционального выгорания – мужчины или женщины, что и явилось целью исследования.

Для определения уровня выгорания был использован «Опросник психического выгорания», разработанный российским исследователем А.А. Рукавишниковым. Выбранный опросник является надежным и валидным психодиагностическим инструментарием для выявления уровня эмоционального выгорания и его компонентов (психоэмоционального истощения, личностного отдаления, профессиональной мотивации). В исследовании приняли участие 182 человека. Среди них 44 мужчины и 138 женщин. Для сравнения уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания и типов межличностного отношения у мужчин и женщин были вычислены средние значения и стандартное отклонение для каждого изучаемого признака, после чего мужская и женская выборка были сравнены между собой с помощью критерия Манна-Уитни.

При сравнении степени выраженности выгорания по признаку пола следует отметить, что имеются различия в мужской и женской группе по параметру «психоэмоциональное истощение». Синдром эмоционального выгорания приводит к тому, что как мужчины, так и женщины испытыва-

ют эмоциональное перенасыщение профессиональной деятельностью, профессиональными контактами; у них наблюдается сниженный эмоциональный тон, отмечаются жалобы на свое здоровье. Однако именно для женщин-педагогов более характерно психоэмоциональное истощение, чем для их коллег мужчин, женщины-педагоги быстрее теряют желание идти на работу, становятся неспособными работать полный рабочий день.

По параметру «личностное отдаление» установлены достоверные различия между женщинами с высоким и низким уровнем выгорания. Высокий уровень выгорания приводит к тому, что у женщин-педагогов наблюдаются изменения в отношении к своим ученикам. Часто отмечается усиление таких аспектов взаимоотношений, как негативизм и цинизм; женщина-педагог перестает учитывать индивидуальные особенности своих учеников, не стремится понять внутренний мир ученика, студента, слушателя. В работе такие педагоги проявляют равнодушие к окружающим.

По параметру «профессиональная мотивация» установлены достоверные различия между женщинами с высоким и низким уровнем выгорания. Приобретая синдром эмоционального выгорания, женщины-педагоги теряют интерес к профессиональной деятельности, у них наблюдается снижение профессиональной мотивации, исчезает стремление к самосовершенствованию в рабочей обстановке. Синдром эмоционального выгорания препятствует творческим профессиональным проявлениям женщин-педагогов.

По интегральному индексу профессионального выгорания имеются следующие различия: женщины по сравнению с мужчинами демонстрируют более высокий уровень синдрома выгорания. Профессиональная педагогическая деятельность приводит к тому, что женщины-педагоги в большей степени, чем мужчины, истощаются на работе, сильнее демонстрируют личностное отдаление и потерю профессиональной мотивации. В женской выборке ярче заметны следующие изменения: чувство эмоционального опустошения, усталости, низкая профессиональная самооценка.

Таким образом, полученные в ходе эмпирического исследования данные свидетельствуют о том, что протекание синдрома эмоционального выгорания имеет свои особенности в мужской и женской выборке. Педагоги мужчины и женщины подвержены эмоциональному выгоранию, при этом более ярко симптомы выгорания проявляются у женщин.

Библиографический список

- Борисова М.В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 96–103.
- Виткин Дж. Женщина и стресс. – СПб.: Питер Пресс, 1995. – 320 с.
- Маслач К. Профессиональное выгорание. Новые направления в теории, исследованиях, вмешательстве [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psy.pu.ru/archives/maslach1rus.ppt>

Рукавишников А.А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: Автореф. ... дисс. канд. психол. наук: 19.00.03, 19.00.05. – Ярославль, 2001. – 23 с.

Скугаревская, М.М. Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания. – Мн.: БГМУ, 2003. – 12 с.

СИСТЕМНО-СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ОБЪЕКТА ПОНИМАНИЯ

А.М. Ким, Н.В. Хван

*Казахский национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы,
Республика Казахстан*

Национальный научно-практический, образовательный и оздоровительный центр «Бобек», Алматы, Республика Казахстан

Анализ многочисленных эмпирических исследований синдрома профессионального выгорания у педагогов, консультантов, медиков и представителей других социальных профессий показывает, что сами профессионалы нередко отмечают наличие у себя отдельных психологических и психосоматических нарушений, однако не связывают их в целостную картину и не всегда понимают причины и последствия данного синдрома. Мы рассматриваем понимание как процесс макроструктурирования информации в условиях ограничений со стороны оперативной памяти [3]. Для казахстанской психологии проблема понимания синдрома профессионального «выгорания» самими специалистами является достаточно новой, как теоретически, так и эмпирически. Контекст понимания, точнее понимания-узнавания данного синдрома особенно чувствителен к системной полноте его научного описания, поскольку в исследованиях понимания-узнавания всегда необходим некоторый эталонный вариант для дальнейшего сопоставления с ним понимания испытуемых. Существует несколько классификаций симптомов «выгорания» [1,4]. Наиболее полная классификация принадлежит А.А. Рукавишникову [5], она включает в себя аффективные, когнитивные, физические, поведенческие и мотивационные симптомы. В основу многих экспериментальных работ легло описание синдрома профессионального выгорания как психического состояния, характеризующегося психоэмоциональным истощением, развитием дисфункциональных установок и поведения на работе, потерей профессиональной мотивации у лиц, не страдающих психопатологией [5]. На наш взгляд, картина синдрома, существующая в литературе, является достаточно полной, вместе с тем она недостаточно структурирована. Таким образом, нашей задачей становится системное представление синдрома профессионального выгорания на основе системно-структурного подхода, разработанного В.А. Ганzenом.

Согласно В.А. Ганзену, системный подход – это «группа методов, с помощью которых реальный объект описывается как совокупность взаимодействующих компонентов...» [2]. Системное описание, помимо обычных для любых научных описаний объяснительной и предсказательной функции, имеет в качестве главной функции интеграцию знаний о синдроме выгорания и рассматривается как необходимое в тех случаях, когда полнота представления объекта существенно важна для исследователя.

Системный анализ по В.А. Ганзену исходит из того, что любая система существует в пространстве и времени, обладает энергетической и информационной характеристиками. Время, пространство, энергия и информация как понятийный базис системного анализа приводят нас к необходимости учесть в анализе синдрома выгорания характеристики человека как индивида (время), личности (пространство), субъекта деятельности (энергия) и индивидуальности (информация).

Анализ синдрома как системы начнем с определения ее состава. Составом системы называется множество элементов, из которых образована система [2]. Составом синдрома, таким образом, являются симптомы «выгорания», а также факторы, способствующие его возникновению.

Выделим прежде всего характеристики **времени**, к которым можно отнести целый ряд симптомов расстройства поведения на уровне индивида. Главное в этой картине – дефицит времени, в течение которого принимается то или иное решение. Когда время на принятие решения ограничено, решение становится импульсивным, малоподготовленным и плохо спланированным. Человек ничего не успевает, срывается, становится раздражительным, чрезмерно чувствительным к внешним стимулам. Дефицит времени проявляется в картине физического дистресса, ведет к психосоматическим расстройствам. Так, происходят изменения вегетативных реакций, психомоторики и сенсорики. Синдром выгорания сопровождается нарушениями во всех трех типах реакций вегетативной нервной системы: со стороны сердечно-сосудистой системы, выделительных органов и температурного баланса.

В психомоторной сфере на фоне состояния выгорания происходят изменения в блоке двигательных способностей: ухудшаются показатели качеств быстродействия, выносливости и координированности. В сенсорной сфере наблюдается заметное снижение внешней и внутренней чувствительности.

В пространственной характеристике синдрома обращает на себя внимание увеличение психологической дистанции в общении, характеризующееся исчезновением легкости, спонтанности, психологической близости, доминированием ритуальных форм общения. Вследствие этого наблюдаются циничное и негуманное отношение, приписывание вины за собственные неудачи другим, переход от помощи к напору и контролю, чрезмерно выраженные критичность и агрессивность в процессе общения.

Другой человек воспринимается не как уникальная индивидуальность, а как носитель определенной социальной роли. Закономерно, что в картине механизмов понимания другого человека исчезает эмпатия.

В картине энергетики синдрома можно отметить снижение энергетических ресурсов – общий упадок, истощение, потерю энтузиазма и интереса к работе, осознание своей беспомощности, бессилия и безнадежности своего положения. Вследствие этого наблюдаются такие формы поведения в отношении профессиональной деятельности, как нежелание выполнять свои обязанности, невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях, трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или неосознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий, выполнение заданий строго по инструкциям.

Наконец, в собственно информационной характеристике синдрома очевидно снижение внимания, позволяющего одновременно удерживать несколько целей, а также быстро переходить от одной деятельности к другой. Объем внимания сужается (не видит альтернатив, выбора), концентрация внимания падает. Отсутствие информации, необходимой для управления своим состоянием, приводит к дефициту самоконтроля и саморегуляции, ухудшению «образа Я», снижению самооценки и других признаков индивидуальности, вплоть до утраты смысла жизни и профессиональной деятельности.

Выделенные нами пространственные, временные, энергетические и информационные характеристики симптомов профессионального выгорания возможно объединить в вербально-графическую схему синдрома и представить следующим образом:

Утрата профессиональной мотивации		Трудности в самоорганизации жизнедеятельности
	Синдром профессионального выгорания	
Психо-эмоциональное истощение		Личностное отдаление

Проведенное нами системное описание синдрома профессионального выгорания позволяет интегрировать и систематизировать имеющийся массив данных, полученных различными авторами, определить направления полного, системного экспериментального исследования и теоретическую схему анализа экспериментальных результатов. Кроме того, полнота

описания синдрома как объекта понимания позволит получить критерии его понимания-узнавания специалистами социальных профессий.

Библиографический список

- Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004. –355 с.
Ганзен В.А. Системные описания в психологии. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1984. –175с.
Ким А.М. Понимание как общепсихологический феномен: Дисс. ... д-ра. психол. н. – Алматы, 2002. – 300 с.
Психология здоровья: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2003.–412 с.
Рукавишников А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: Дисс. ... канд.психол.н. – Ярославль, 2001. – 173 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕДАГОГОВ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Н.А. Ковалёва

НОУ ВПО «Институт им. К.В. Россинского», Краснодар, Россия

Специализированная школа-интернат для глухих и слабослышащих детей предъявляет значительные требования ко всем аспектам деятельности педагога: знаниям, педагогическим умениям и способам деятельности и, конечно, к личностным особенностям. Стремление повысить уровень образования, его качества, преемственности требует от учителя высокого уровня психологического благополучия, профессиональной активности, устойчивых индивидуальных особенностей выполнения деятельности. Образовательная среда в заведениях такого типа отличается высокой эмоциональной загруженностью, вызываемой наличием большого числа факторов стресса, постоянно присутствующих в работе педагога. Это такие особенности деятельности, как высокий динамизм, нехватка времени, сложность возникающих педагогических ситуаций, ролевая неопределённость, социальная оценка, необходимость осуществления частых и интенсивных контактов, взаимодействие с различными социальными группами. Сложно даже перечислить все эмоциогенные факторы деятельности педагога, которые могут способствовать возникновению и развитию эмоционального выгорания [2].

Эмоциональное выгорание — это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека. Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них [1].

Целью нашего исследования является изучение личностных особенностей педагогов, работающих в школе-интернате, которые способствуют развитию «синдрома эмоционального выгорания».

Для выяснения взаимосвязи личностных особенностей с эмоциональным выгоранием был проведен корреляционный анализ между показателями опросника В.В. Бойко, диагностикой личностных особенностей Р. Кеттелла, диагностикой направленности личности Б. Басса, диагностикой личности на мотивацию к успеху и к избеганию неудач по Т. Элерсу. В исследовании приняли участие 50 педагогов в возрасте от 23 до 52 лет.

Достоверную корреляционную связь с факторами методики Р. Кеттелла имеют симптомы эмоционального выгорания из фазы «резистенции» и «истощения». Также симптомы эмоционального выгорания у педагогов школы-интерната взаимосвязаны с направленностью личности на себя и на дело и мотивацией к успеху и к избеганию неудач. Фаза «резистенции» ($p > 0,05$; $-0,33$) и «истощения» ($p > 0,05$; $-0,29$), а также симптомы «эмоционально-нравственная дезориентация» ($p > 0,05$; $-0,29$) и «психосоматические и психовегетативные нарушения» ($p > 0,05$; $-0,33$) отрицательно коррелируют с фактором MD – «адекватная самооценка – неадекватная самооценка». Из чего следует, что на формирование данных фаз и симптомов влияет наличие у респондента неуверенности и излишней критичности по отношению к себе.

Симптом «расширение сферы экономии эмоций» взаимосвязан положительно с факторами Q1 – «консерватизм – радикализм» ($p > 0,05$; $0,31$) и F1 – «низкая тревожность – высокая тревожность» ($p > 0,05$; $-0,36$). При увеличении показателя по фактору Q1 и уменьшении показателя по F1 будет увеличиваться вероятность проявления данного симптома.

Симптом «эмоциональная отстраненность» отрицательно коррелируется с фактором E – «подчиненность – доминантность» ($p > 0,05$; $-0,36$). Следовательно, вероятность проявления полной или частичной утраты интереса к человеку – субъекту профессионального действия, восприятие его как неодушевленного предмета, как объекта для манипуляций свойственно людям с низкими показателями по фактору «E», т.е. мягким, уступчивым, им, готовым брать вину на себя и легко выходящим из равновесия.

Рассмотрение шкал показателей выгорания и шкал направленности личности выявило отрицательные корреляции симптомов выгорания и направленности на дело и положительные с направленностью на себя. Так, направленность личности педагога на себя активизирует такие симптомы эмоционального выгорания, как «эмоциональный дефицит» ($p > 0,05$; $0,29$) и «эмоциональная отстраненность» ($p > 0,05$; $0,29$). Направленность на дело уменьшает вероятность развития симптомов «загнанность в клетку» ($p > 0,05$; $-0,29$) и «эмоциональный дефицит» ($p > 0,05$; $-0,30$).

Мотивация к успеху отрицательно взаимосвязана с симптомами «неудовлетворенность собой» ($p > 0,05$; $-0,33$), «загнанность в клетку» ($p > 0,05$;

-0,29), «эмоционально-нравственная дезориентация» ($p > 0,05$; -0,29) и фазой «истощения» ($p > 0,05$; -0,29), т.е. чем более педагог школы-интерната ориентирован на успех, тем меньше вероятность развития этих симптомов. Мотивация к избеганию неудач напрямую связана с симптомами «переживания психотравмирующих обстоятельств», «эмоциональной отстраненности» ($p > 0,05$; 0,28) и обратно связано с симптомом «эмоциональная отстраненность» ($p > 0,05$; -0,32).

Таким образом, стремление избегать неудачи может увеличить вероятность развития переживания психотравмирующих обстоятельств и уменьшить эмоциональную отстраненность.

Из всего вышеописанного можно сделать выводы, что на развитие «синдрома эмоционального выгорания» у педагогов школы-интерната наибольшее внимание оказывает фактор «адекватная самооценка – неадекватная самооценка», «консерватизм – радикализм», «подчиненность – доминантность», «низкая тревожность – высокая тревожность», направленность на себя и на дело и мотивация. Регуляторами синдрома эмоционального выгорания в большей степени у преподавателей школы-интерната выступают направленность и мотивация.

Библиографический список

Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. – 1994. – № 6.

Специальная педагогика: Учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; Под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 400 с.

«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАНТОМНЫЕ БОЛИ» КАК ФЕНОМЕН СОЦИАЛИЗАЦИИ

Я.Л. Коломинский

*Белорусский государственный педагогический университет
им. М. Танка, Минск, Белоруссия*

Динамику развития полиролевой структуры личности на протяжении жизненного пути можно представить следующим образом. На «восходящем участке» его траектории происходит процесс мультипликации микросредовых ситуаций, который вызывает умножение социальных ролей, отражающее становление личности как активного субъекта социальной деятельности. На «нисходящем участке» траектории жизненного пути – в предпенсионном и особенно пенсионном возрасте – личность начинает терять социальные роли, ограничивается диапазон функционального и межличностного взаимодействия, социальная ситуация сужается до исходного объема – семейной микросреды.

Что происходит в результате потери социальной роли, например, статуса, должности и т.д.? Исчезает ролевое поведение, внешний уровень ролевого взаимодействия. Однако внутриличностные многоуровневые образования остаются и продолжают оказывать существенное воздействие на всю жизнедеятельность личности.

Таким образом, личность испытывает психологические «фантомные боли», возникающие вследствие функционирования внутриличностной части социальной роли после отпадения ее внешнего поведенческого, функционально-целесообразного компонента [1].

Психологические «фантомные боли» возникают не только в результате описанного естественного возрастного изменения ролевой структуры личности. Они особенно ярко проявляются на фоне ломки привычных ценностно-ориентационных приоритетов, возникающих на фоне потери той или иной социальной роли (вынужденная безработица, распад семьи и т.п.). Вероятность таких потерь резко возрастает на фоне резких перемен в социально-экономической структуре общества, происходящих практически во всех странах «постсоветского пространства».

Анализ описанных социально-психологических механизмов возникновения внутриличностных кризисных явлений имеет большое практическое значение, поскольку открывает возможность их прогнозирования и разработки конкретных путей их профилактики и преодоления.

Библиографический список

1. Коломинский Я.Л., Панько Е.А. Диагностика педагогического взаимодействия. – Минск, 1993.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Т.Ю. Копылова

Курский государственный технический университет, Курск, Россия

Термин «синдром профессионального выгорания» (или «эмоционального выгорания») появился более 30 лет назад, и с тех пор психологическое явление, отраженное в этом термине, приобретает все большую актуальность. Эмоциональное выгорание, являющееся приобретенным стереотипом эмоционального, и чаще всего профессионального, поведения, позволяет человеку дозировать и экономно расходовать свои энергетические ресурсы, но в то же время отрицательно сказывается на исполнении им своей профессиональной деятельности и отношениях с партнерами [1]. Особенно проблема профессионального выгорания актуальна для представителей профессий типа «человек-человек», в частности, для медицинских

работников [2]. В то же время, до сих пор изучению и решению этой проблемы не уделяется должного внимания.

В связи с этим нами было проведено предварительное исследование особенностей проявления синдрома профессионального выгорания у врачей, работающих в различных медицинских учреждениях г. Курска. В исследовании принимало участие 50 врачей-женщин, имеющих стаж профессиональной деятельности более 5 лет. Психодиагностика осуществлялась с помощью опросника «Эмоциональное выгорание» [1], позволяющего получить подробную картину различных симптомов эмоционального выгорания и выявить степень сформированности основных фаз развития данного синдрома. Полученные данные свидетельствуют о том, что такой показатель синдрома профессионального выгорания как «загнанность в клетку» (ощущение ошибочности своего профессионального выбора) демонстрируют незначительное количество принимавших участие в исследовании врачей (10 % – как складывающийся симптом и 4 % – как сложившийся симптом). В то же время, переживание происходящих на работе событий как психотравмирующих обстоятельств является характерным для практически половины опрошенных (48 %). Ответы примерно четверти участников исследования указывают на их неудовлетворенность собой и своей профессией, которые проявляются как складывающийся симптом у 20 % или как сложившийся симптом у 6 % участников исследования. Различные проявления тревоги и депрессии, связанные с выполнением профессиональной деятельности, отмечают у себя примерно 40 % опрошенных (24 % – как складывающийся симптом и 16 % – как сложившийся симптом). Показатели выраженности вышеназванных симптомов позволяют судить о степени сформированности у участников исследования такой фазы развития стресса как «напряжение». Результаты свидетельствуют, что эта фаза развития стресса является несформировавшейся у 64% опрошенных, в то же время у 20 % опрошенных эта фаза находится в стадии формирования, а у оставшихся 16 % – это сформировавшаяся фаза стресса. Согласно полученным данным, 78 % участников исследования демонстрируют неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (зависимость эффективности делового взаимодействия от настроения и субъективного отношения к партнеру), причем у 50 % опрошенных этот симптом проявляется как доминирующий. Расширение сферы экономии эмоций (распространение потребности в экономии эмоций на другие сферы жизни, кроме профессиональной) как сложившийся симптом проявляется у 40 % участников исследования (у 25 % из них – как доминирующий). Эмоционально-нравственная дезориентация (появление негативных нравственных установок, связанных с отношением к партнеру и выполнению профессиональных обязанностей) характерна для 20 % опрошенных, а редукция профессиональных обязанностей (влияние негативного эмоционального или физического состояния на выполнение профессиональных обязанностей) –

для 46 % (у 34 % опрошенных проявляется как доминирующий симптом). Полученные данные свидетельствуют, что у 52 % опрошенных «резистенция» как фаза стресса находится в стадии формирования, тогда как у 36% прошедших тестирование врачей эта фаза стресса является уже сформировавшейся. Результаты исследования показывают, что эмоциональный дефицит (ощущение невозможности эмоционально помочь субъектам своей профессиональной деятельности) проявляется как складывающийся симптом у 30 % опрошенных, тогда как сложившимся и доминирующим в синдроме он является у 14 % участвовавших в тестировании врачей. Эмоциональная и личностная отстраненность (исключение эмоций из сферы профессиональной деятельности и утрата интереса к субъектам профессионального взаимодействия) характерны для 20 % и 6 % опрошенных, соответственно. Психосоматические и психовегетативные нарушения как складывающийся симптом проявляются у 35 % участников исследования и как сложившийся симптом – у 25 %. Согласно полученным результатам, такая фаза развития стресса как «истощение» находится в стадии формирования у 20 % опрошенных и является сформировавшейся еще у 20 % прошедших тестирование врачей.

Анализ результатов тестирования свидетельствует, что примерно у 30 % опрошенных имеются высокие показатели по всем трем фазам развития стресса, которые либо уже сформированы, либо находятся в стадии формирования.

Полученные в результате проведенного исследования данные показывают достаточно высокую выраженность проявлений синдрома профессионального (эмоционального) выгорания у медицинских работников. Это свидетельствует о необходимости целенаправленного создания условий, способствующих предупреждению возникновения и развития эмоционального выгорания у профессионалов, работающих в сфере медицинского обслуживания, а также необходимости внедрения в практику специальных программ, направленных на оказание им психологической помощи и поддержки.

Библиографический список

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
2. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С.3–9.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ «СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ» В АМЕРИКАНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

И.О. Куваева

*Уральский государственный университет им. А.М. Горького,
Екатеринбург, Россия*

Проблемой «выгорания» персонала исследователи занимаются на протяжении последних тридцати лет; «местом рождения» и становления

данного психологического феномена является США. Как отмечают западные психологи, история изучения выгорания в американской науке прошла две фазы, и в последнее десятилетие исследования этого психического состояния выходят на качественно новый уровень научного познания.

Первый этап – это фаза «поисков» (70 гг. XX века, США). Цель, стоявшая перед учеными, заключалась в том, чтобы исследовать природу и операционализировать понятие «выгорание личности». Объектом исследований были специалисты «помогающих профессий» (врачи, психологи, психиатры).

На данной фазе феномен выгорания изучался в двух направлениях – психиатрическом и социально-психологическом. Именно представитель психиатрического (или клинического) направления Х. Дж. Фроуденбергер в 1974 году ввел понятие «burnout». Он изучал характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Следовательно, симптомы выгорания и сущность психического здоровья были предметами исследования психиатрического направления.

Необходимо отметить, что в англоязычной психологической литературе следует отличать термин «burnout» от психиатрического термина «burn out». Последний связан с остаточными явлениями шизофрении, симптоматика которых проявляется иначе.

Второй подход, с которым связаны исследования выгорания на фазе «поисков», был социально-психологический. Концепт «выгорания» как трехсимптомного комплекса сформулировали С. Maslach и ее коллеги [5]. Первая статья, посвященная данной проблеме, появилась в 1978 году. С. Maslach как социальный психолог изучала взаимодействие людей в ситуационном контексте работы. К ситуативным факторам выгорания были отнесены: а) большое количество клиентов; б) преобладание негативной обратной связи от клиента; в) недостаток личностных ресурсов для совладания со стрессом.

Таким образом, в 70-х годах XX века изучалась природа и факторы выгорания, то есть качественная сторона феномена. Методами исследования были интервьюирование, разбор конкретных случаев и наблюдение. Практико-ориентированная направленность в исследовании выгорания обуславливалась социальными, экономическими, историческими и культурными факторами 70-х годов XX века. Эти факторы связаны с развитием сферы услуг в США.

В 80-х годах XX века началась методологическая фаза в изучении синдрома выгорания. Основной фокус был направлен на оценку данного психического состояния. Составлялись опросники и разрабатывалась методология исследования в рамках индустриально-организационной психологии. В 1981 г. С. Maslach был опубликован инструмент МВІ для измерения

выгорания [5]. При этом выгорание стало пониматься как форма трудового стресса, которая связана с понятиями удовлетворенности трудом, организационной культуры и текучести кадров. Индустриально-организационный подход объединил клиническое и психологическое направления изучения выгорания.

С середины 1990-х годов изучение синдрома выгорания в американской психологии вышло на качественно новый уровень – помимо факторов предметом исследования выступили другие аспекты данного психологического феномена.

Во-первых, выгорание стало изучаться не только в широком круге социальных профессий, но и у офисных работников, военнослужащих, руководителей. Также объектом диагностики рассматриваются представители профессий из «несоциальной сферы» (программисты, летчики и т.д.)

Во-вторых, исследования выгорания опираются на разработанную методологию. С. Maslach сформулировала выгорание не только как форму, но и как результат хронического стресса в труде. Данное психическое состояние развивается под воздействием 6-ти «областей» организационных факторов. Она считает, что в трудовой деятельности существует 6 групп стрессовых факторов: «рабочие нагрузки», «контроль и автономность сотрудника», «восприятие вознаграждения», «психологическая совместимость сотрудника с деятельностью и коллегами», «восприятие справедливости» и «конгруэнтность ценностей работника с декларируемыми/скрытыми ценностями организации» [3].

В-третьих, стал разнообразнее психодиагностический инструментарий. На данном этапе зарубежные психологи измеряют выгорание с помощью нескольких тестов: MBI (The Maslach Burnout Inventory), SBS (The Staff Burnout Scale) и The Tedium Scale [2]. Самым распространенным тестом по измерению выгорания является MBI, все остальные разрабатываются на его основе. Однако опросник MBI критикуется многими специалистами за то, что он чаще измеряет личностные черты и установки, чем ситуационные факторы выгорания.

В-четвертых, помимо использования лонгитюдного метода проводятся кросс-культурные исследования выгорания. Например, результаты сравнения пяти профессиональных групп (образование, социальная служба, медицина, психиатрия и тюрьма) показали схожие профили выгорания у специалистов США и Голландии.

В-пятых, предметом исследования американских психологов выступил антипод феномена выгорания. В качестве такового С. Maslach было предложено понятие «вовлеченность», которое характеризуется направленностью на работу, энтузиазмом, положительным отношением к своему труду [4]. С. Maslach считает, что повышение вовлеченности в работу более эффективно, чем обучение сотрудников эффективным копинг-стратегиям.

В-шестых, наблюдается «выход» синдрома выгорания из узкого толкования его в рамках трудовой деятельности и приобретение им статуса экзистенциального явления. «Выгорающий» или «выгоревший» человек ощущает сложную симптоматику душевных потерь вследствие длительного психического напряжения в эмоционально или когнитивно сложных ситуациях профессионального взаимодействия с другими людьми. В результате возникает психическое (субъективное) и физическое неблагополучие, снижается или утрачивается трудовая активность и работоспособность, исчезает удовлетворенность качеством жизни и осуществлением смысла жизни. В.Е. Орел пишет: «Американские психологи выходят за рамки интерперсонального подхода и рассматривают выгорание как проявление эрозии человеческой души в целом, независимо от типа профессиональной деятельности» [1].

Таким образом, на современном этапе американской науки исследования выгорания ведутся как в психологии стрессовых состояний, так и в рамках психологии профессиональной деятельности и экзистенциальной психологии.

Библиографический список

- Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 90–101.
- Arthur N.M. The assessment of burnout: a review of three inventories useful for research and counseling // Journal of Counseling and Development. – 1990. – Vol. 69. – PP. 186–189.
- Leiter M.P., Maslach C. Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work – Jossey-Bass, A Wiley Imprint, 2005. – 193 p.
- Maslach C.M. Job burnout: new directions in research and intervention // Current Directions in Psychological Science. Vol. 12. 2003. PP. 189–192.
- Maslach C.M., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001) Job burnout. In S.T. Fiske, D.L. Schacter, C. Zahn – Waxler. Annual Review of Psychology, Vol. 52, PP. 397–422.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

А.И. Куликов

*Восточно-Европейский институт психоанализа
Санкт-Петербург, Россия*

Полагаю, что всем известно шутливо-серьезное наблюдение, свидетельствующее о том, что долго работающие психиатры сами становятся похожи на своих пациентов. Так ли это? (Подобные наблюдения подчас не лишены оснований).

Известно, что устойчивый профессиональный выбор мотивирован личной историей и спецификой конфликтов индивидов, выбирающих любую профессию, в том числе и те специальности, которые связаны со сферой психического здоровья [2].

Процесс профессионализации (становления личности в профессиональной среде) протекает в двух основных направлениях – обнаружение и/или накопление позитивных и негативных личностных изменений. К позитивным изменениям можно отнести:

- 1) развитие профессиональных способностей и навыков, повышающих эффективность деятельности;
- 2) рост самоуважения под влиянием профессиональных достижений;
- 3) повышение уровня и качества жизни.

В ряде случаев, под влиянием профессиональной деятельности наблюдаются кардинальные личностные изменения, в том числе устойчивая компенсация нервно-психических и личностных расстройств.

Негативное влияние профессии может проявляться в виде:

- 1) профессиональных заболеваний;
- 2) состояниях профессионального стресса;
- 3) девиантном поведении;
- 4) профессионально-личностной деформации;
- 5) синдроме профессионального выгорания.

Очевидно, что изучение негативных последствий профессиональной деятельности нуждается в концептуализации данного явления.

В рамках традиционного психологического и патопсихологического подхода все негативные профессиональные эффекты изучаются в контексте профессиональных стрессоров - неблагоприятных факторов, вытекающих из особенностей самой деятельности [1, 3]. К профессиональным стрессорам относятся:

- 1) чрезмерно интенсивное общение;
- 2) высокая степень ответственности за других людей;
- 3) информационные перегрузки;
- 4) экстремальные ситуации с повышенным риском для жизни.

При длительном влиянии этих факторов специалисты ощущают усталость, разочарование в собственной работе и нарастание проблем в личной жизни. Признавая важность специфики самой деятельности, необходимо отметить, что традиционный феноменологический подход явно недооценивает другие аспекты проблемы – интрапсихический (личностный) и интерактивный.

Психоаналитическая теория, рассматривая специфику профессиональной деятельности специалистов в сфере психического здоровья, основной акцент делает на роли интрапсихических конфликтов психотерапевтов, изучая их динамику, степень их нейтрализации и осознания, что находит свое отражение в концепции контрпереноса.

В своем сообщении я бы хотел рассмотреть соотношение феноменологической (описательной) и психодинамической концептуальных моделей, которые мы можем использовать при изучении негативных феноменов профессиональной деятельности.

Главный тезис моего сообщения заключается в том, что в основе острого профессионального стресса и хронической профессиональной деформации лежат проблемы неразрешенного контрпереноса.

Я полагаю, что в традиционной психологии произошло повторное открытие или переоткрытие феномена контрпереноса, который является основным мотивирующим фактором профессиональной деформации, в то время как «синдром профессионального выгорания» его манифестным содержанием, рационализацией бессознательного конфликта.

В рамках феноменологической модели понятие профессионального выгорания до сих пор это понятие не является достаточно определенным. В целом под профессиональным (эмоциональным) выгоранием понимают – негативные изменения в состоянии и личности человека под влиянием профессиональных стрессоров. В настоящее время различными исследователями выделяются около 100 симптомов, так или иначе связанных с данным феноменом. Чаще всего, они группируются в три группы признаков [1]: 1) Синдром психофизиологического истощения и психосоматических нарушений; 2) Синдром редукции профессиональных достижений; 4) Синдром деперсонализации.

В результате длительного действия профессиональных стрессоров наблюдается следующая негативная динамика: хронический стресс – истощение личностных ресурсов - выгорание или профессиональная деформация личности. Таким образом, признается, что длительный профессиональный стресс может приводить к устойчивым негативным личностным изменениям, и синдром профессионального выгорания отождествляется с понятием профессиональной деформации.

Мы видим, что синдром профессионального выгорания был открыт эмпирическим путем. Он представляет собой схему, для описания негативных мотивационно-эмоциональных эффектов, проявляющихся в профессиональной деятельности. При этом указывается, что данный синдром ограничивается представителями профессий типа «человек-человек». Принципиально важным моментом также является рассмотрение выгорания как следствия профессиональной ситуации, внешней по отношению к субъекту деятельности. По мнению К. Маслач выгорание отдельного человека больше говорит о состоянии его работы, чем о нем самом.

Такой феноменологический (описательный) подход, ориентированный на перечень формальных признаков, позволяет распознавать и дифференцировать названный феномен, не раскрывая, однако его причин и механизмов формирования.

В результате возникает ряд методологических проблем:

1. Является ли профессиональное выгорание самостоятельным явлением или комбинацией давно известных феноменов?

2. Действительно ли профессия оказывает негативное влияние на личность или же сами субъекты изначально имеют специфические кон-

фликты и личностные тенденции, которые усиливаются под влиянием профессиональных стрессоров и требований?

3. Все ли люди подвержены негативному влиянию профессиональных стрессоров?

4. Каковы личностные особенности, усиливающие или препятствующие негативному влиянию профессии?

5. Каковы механизмы перехода профессионального стресса в дистресс, выгорание и деформацию?

6. Каковы пути профилактики профессионального выгорания?

Разрешить данные проблемы невозможно без использования концепции контрпереноса, которую З.Фрейд впервые предложил научному сообществу в 1910 году. Разрабатывая методику и технику психоанализа, З.Фрейд (1910, 1912, 1915, 1937) обращал внимание не только на чувства пациентов, но и на то, каким образом психотерапевтическое взаимодействие переживал сам психоаналитик.

Классическое определение «контрпереноса – как совокупности бессознательных реакций аналитика на личность анализируемого и особенно на его трансфер» [5], отражает точку зрения Фрейда на контрперенос как фактор, негативно влияющий на качество аналитического процесса. Точно также как в переносе с самого начала Фрейд усматривал препятствие потоку свободных ассоциаций пациента, в контрпереносе он постоянно видел преграду к свободе понимания пациента психоаналитиком, приводящую по определению В. Штекеля к формированию «слепых пятен» в восприятии аналитика. Сознание аналитика рассматривается Фрейдом как «инструмент», эффективному функционированию которого препятствует контрперенос. Дидактический анализ должен устранить слепые пятна и тем самым разрешить негативные последствия контрпереноса.

В то время как перенос за короткое время превратился из основного препятствия в самый мощный ресурс лечения, контрперенос сохранял свой негативный образ почти сорок лет. Он противоречил утвержденному временем научному идеалу, которому был предан Фрейд, который был для него важен как по причине личного убеждения, так и неоднозначной репутации психоанализа, вследствие многочисленных нарушений психотерапевтических границ учениками Фрейда.

Значительный шаг вперед в разработке понятия контрпереноса произошел в тот период, когда стало очевидным, сколь важную помощь данное явление может оказать психоаналитику в понимании пациента. Вперед выдвинулась идея о том, что психоаналитик несет в себе элементы понимания и осмысления процессов, протекающих в психике пациента. Эти элементы осознаются не сразу, и могут быть обнаружены, если аналитик, выслушивая пациента, обзревает свои собственные ментальные ассоциации. Эта идея имплицитно содержалась в описаниях Фрейда, посвященных ценности нейтрального или «свободно парящего» внимания, но первое

четкое высказывание о позитивном значении контрпереноса было сделано кейнзианскими аналитиками П. Хайманн и Г. Ракером и затем было продолжено представителями других аналитических школ.

П. Хайманн (1950) стала рассматривать контрперенос как явление, включающее «все чувства, которые испытывает аналитик по отношению к своему пациенту». В этом состоянии аналитик должен оказаться в состоянии сдерживать свои чувства, в то время как пациент, наоборот, «разряжается», общаясь с аналитиком. Психоаналитик должен использовать свою эмоциональную реакцию как ключ к бессознательному пациента. На основании концепции проективной идентификации М. Кляйн, Хайманн пришла к выводу, что «контрперенос является не только составной частью аналитических взаимоотношений, но и творением самого пациента, частью его личности».

Г. Ракер (1998) наиболее тщательно и систематизировано описал острые и хронические реакции контрпереноса, типичные контртрансферные ответы на типичные реакции переноса, характер основных конфликтов аналитика при «неврозе контрпереноса».

Для рассмотрения проблемы профессиональной деформации мне кажется целесообразным обратиться синтетическому подходу О.Кенберга, в котором оптимально сочетаются классическое и современное понимание феномена контрпереноса. Кернберг [4] предлагает рассматривать взаимоотношения между контрпереносом и личностью психоаналитика в трех измерениях.

Первое – «пространственное измерение» – имеет отношение к определению понятия контрпереноса. Это поле можно изобразить в виде несколько концентрических кругов: внутренний, представляет концепцию переноса в узком смысле – как бессознательную реакцию на перенос пациента. Эта концепция соответствует первоначальному смыслу термина контрперенос в психоаналитической литературе и дает верные представления о «слепых пятнах» в понимании материала, связанных с неразрешенными невротическими конфликтами аналитика.

Второй, более широкий круг, вбирает в себя все сознательные и бессознательные реакции аналитика на пациента. Еще более широкий круг включает в себя привычные специфичные реакции данного аналитика на разные типы пациентов. Некоторые черты личности активизируются в определенных ситуациях, выполняя как защитные, так и адаптивные функции в ответ на перенос пациента.

Второе, - «временное измерение». С точки зрения времени можно выделить три типа реакций контрпереноса: а) острые; б) длительные искажения контрпереноса, - незаметно развивающиеся и искажающие установки аналитика по отношению к пациенту; в) еще более растянутый во времени «постоянный контрперенос», который представляет собой проявление патологии характера аналитика.

Третье измерение представляет тяжесть нарушений у пациента. Чем более выражена психопатология пациента, чем глубже его регрессия, тем более всеобъемлющей будет реакция аналитика.

Теперь вернемся к кругу проблем определенных нами при обсуждении синдрома профессионального выгорания и контрпереноса.

1. Полагаю, что синдром профессионального выгорания является феноменом в основе которого лежат проблемы неразрешенного контрпереноса. Выгорание чаще всего является проявлением хронических реакций контрпереноса, манифестируя в виде невроза контрпереноса или актуализации патологических черт характера аналитика.

2. Профессиональная деформация, как любые психические компромиссные образования множественно детерминирована, определяясь сочетанием профессиональных стрессоров и личных особенностей терапевта.

3. Очевидно, что все специалисты подвержены негативному влиянию профессиональных стрессоров, так как в ходе терапии у аналитика неизбежно возникают реакции в виде контрпереноса.

4. Довольно трудно определить специфические личностные особенности, усиливающие или сдерживающие негативное влияние профессии. Однако чем меньше толерантность к фрустрации, тем с большей вероятностью контрперенос будет отыгрываться, приводя к нарушениям профессиональных границ. В то же время, для каждого типа личности существуют зоны уязвимости, на осознание и проработку которых направлен дидактический анализ.

5. К вероятным условиям и механизмам перехода профессионального стресса в дистресс, выгорание и деформацию следует отнести:

1) психологический или психопатологический статус специалиста (степень нейтрализации агрессивных и сексуальных влечений терапевта)

2) профессиональную изоляцию и отсутствие супервизий

3) неблагоприятные условия и организацию труда, длительность рабочего дня

4) низкие гонорары

5) тяжесть психопатологии пациента

6) идентичность бессознательных фантазий аналитика и пациента, приводящую к «слепым пятнам» в восприятии терапевта.

6. Понятие контрпереноса (как и переноса) необходимо вынести за рамки психоаналитического лечения, а необходимость осознания контрпереноса можно рассматривать как важный элемент профилактики и разрешения негативных профессиональных изменений в любых взаимоотношениях терапевт-пациент.

Библиографический список

1. Водопьянова Н.Е. Синдром «выгорания» в профессиях системы «человек-человек»: Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятель-

ности / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2003. – С. 276-282

2. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа. – Воронеж. 1994.
3. Змановская Е.В. Профилактика профессионального выгорания в работе с девиантным поведением // Материалы всероссийской психоаналитической конференции 17-18 декабря 2005. – М., 2005. – С.154–163
4. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. Пер. с англ. – М.: Класс, 2000. – 464 с.
5. Фрейд З. Что ждет в будущем психоаналитическую терапию? – СПб.: Алетейя, 1998. – С. 91–104.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ «ВЫГОРАНИЯ» И ПРИНЦИПЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ У ПЕДАГОГОВ

Е.И. Лесных

*Ленинградский государственный университет им. А.С.Пушкина
Санкт–Петербург, Россия*

В силу того, что работа педагога связана с постоянным общением, он подвержен эмоциональному выгоранию и связанной с ним профессиональной деформации. В результате у него происходит ослабление эмоций сочувствия, принятия, терпимости, толерантности и других. Со временем нарастающее психическое напряжение может привести педагога к дезориентации в базовых социальных ценностях, к кризисной ситуации, в которой он может «сорваться», проявив недопустимую грубость в отношении своих учеников.

«Выгорание» происходит с теми, кто усердно работал, стремился к цели и не достиг ее, у педагогов это наблюдается довольно часто. Например, педагог может иметь цель воспитать учеников-патриотов, но конечный результат этого процесса зависит не только от него. Зачастую учитель оказывается в ситуациях, когда он на плохое обращение с ним не имеет возможности ответить ученику, родителям или администрации школы. Еще одной причиной «сгорания» педагогов является недостаточное материальное вознаграждение за работу, которая для преобладающего большинства является смыслом всей жизни и одновременно основным источником существования. Не следует забывать и о психоэмоциональной напряженности, связанной с деятельностью педагога, которая негативно сказывается на нем и на его учениках, а также о высокой ответственности, которую несет учитель.

Чтобы педагог мог противостоять возникающим трудностям, он должен иметь способ их преодоления. Выбор учителем адекватного поведения в конфликтной ситуации определяет дальнейшее взаимодействие между участниками конфликта. «Кризис – образовано из греческого слова, означающего поворотный момент, любой момент, влияющий на ход собы-

тий. Любое внезапное прерывание нормального хода событий в жизни индивида или общества, которое требует переоценки моделей деятельности и мышления» [1, С.388]. Для преодоления кризисных ситуаций необходимы новые модели деятельности, способные достигать психокоррекционного эффекта и, что важно для педагогов, сопровождаться процессом развития их личности. Многие исследователи в области стресса обнаружили, что его основной причиной являются отрицательные эмоции: недоверие, презрение, ненависть, враждебность, ревность, мстительность. В то же время, главной защитой от стресса, не допускающей разрушения личности, являются положительные эмоции: любовь, уважение, благодарность, дружелюбие и другие. Для повышения уровня самоосознания учителя и понимания применимости его возможностей к реализации жизненного назначения могут быть использованы тренинговые упражнения, направленные на осознание учителем самого себя и своих ценностных ориентаций, помогающие установить связь с трудностями поведения и общения и позволяющие выработать конструктивные способы преодоления конфликтных и проблемных ситуаций.

В качестве образовательной и тренинговой технологии коррекционного процесса проводилась ролевая игра «Возрожденные ценности», которую условно можно разделить на следующие этапы:

1. Инициация ассоциативных переживаний с использованием вербальных эмоционально значимых стимулов. К размышлению участникам предлагаются слова-антонимы, значения которых взаимно исключают друг друга. Например: единение – разделение, достижение – застой, мир – борьба, ответственность – безответственность и другие. В процессе обсуждения происходит выяснение, с какими понятиями ассоциируются у слушателей полярности, и актуализация эмоционально значимого личного опыта участников.

2. Углубление знаний через представление слушателям различных аспектов разбираемых на занятии понятий (на каждую пару отводится одно занятие). На данном этапе происходит групповое обсуждение, в результате которого достигается устранение когнитивного диссонанса и осуществляется выход на систему выбора, которую участники могут использовать в своей повседневной жизни.

3. На поведенческом уровне закрепляются копинг-стратегии, позволяющие педагогу лучше понять себя, свое поведение, и развивают у него педагогическую направленность на ученика, на любовь к нему. Слушатели подводятся к самостоятельной работе над трансформацией социально и личностно неадаптивных установок и убеждений в наиболее приемлемые, расширяющие индивидуальный потенциал их развития.

4. Новое когнитивное убеждение закрепляется в определенных поведенческих стереотипах. В качестве домашнего задания участникам тренинга предлагаются к осмыслению утверждения, соответствующие разбирае-

мой паре полярностей и предоставляется право выбора их применения на практике в повседневной жизни.

Например, для пары «продвижение – отступление» предлагаются утверждения:

– Я чувствую себя человеком, все более готовым к продвижению.

– Совершенствование и прогресс вдохновляют меня, и я приветствую их как свой постоянный опыт.

Эмоциональная устойчивость к воздействию негативных факторов является личностным качеством педагога, самовоспитанию которого необходимо уделять особое внимание.

Так как тренинг имеет форму ролевой игры, он свободен от принуждения и представляет собой хорошую возможность свободного, беспрепятственного самовыражения, исследования собственных чувств и переживаний участников. В результате происходит освобождение от эмоциональной напряженности и фрустрации, улучшается самочувствие педагогов, снижается уровень тревожности, уменьшается количество имевшихся личностных проблем. Данный тренинг апробировался в течение 5 лет и показал достаточную эффективность. В целом проводимая работа снизила частоту эмоциогенных ситуаций у педагогов за счет повышения их эмоциональной устойчивости и способствовала повышению психолого-педагогической культуры.

Библиографический список

1. Ребер А. Большой толковый психологический словарь. – М., 2001

СИНДРОМ ПЕРЕГОРАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Е.И. Лозинская

*Санкт-Петербургский психоневрологический научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия*

Изучение психического здоровья и психических расстройств у представителей различных социально-профессиональных групп является одной из основных задач социальной психиатрии [1]. Это обуславливает необходимость поиска дифференцированных, с учетом специфики профессиональной деятельности, подходов к охране психического здоровья населения. Введенное Н. Freudenberger в 1974 году понятие о синдроме перегорания позволило изучить процесс приобретения и становления профессии у лиц, связанных с оказанием медицинской помощи, и рассмотреть скрытые механизмы профессиональной деятельности, способные привести к стрессу, а также к затруднениям в осуществлении профессиональных ролей и отношений. В исследовании, проведенном М. Olkinuora [3] среди 2671

финских врачей различных специальностей, установлено, что психиатры относятся к группе с «высоким уровнем перегорания», как лица, работа которых связана с хроническими, труднокурабельными больными.

Цель исследования состояла в изучении синдрома перегорания у психиатров, а также факторов, влияющих на его формирование. В задачи исследования входило описание синдрома перегорания, оценка его распространенности среди психиатров; создание специализированного опросника, направленного на выявление стрессовых факторов в профессиональной деятельности врачей-психиатров, а также изучение копинг-стратегий, используемых при разрешении профессиональных конфликтов. Для решения поставленных целей и задач исследования были обследованы врачи-психиатры г. Санкт-Петербурга. Всего было обследовано 98 человек, из них 32 мужчин (32,7 %) и 66 женщин (67,3 %). Средний возраст врачей-психиатров $40,4 \pm 1,2$ лет, средний стаж – $12,84 \pm 1,16$ лет.

Комплекс использованных методик включал психодиагностический тест МВІ [2], направленный на выявление синдрома перегорания и основных его компонентов; специализированный опросник, разработанный в отделении восстановительной терапии психически больных НИПНИ им В.М. Бехтерева и предназначенный для исследования стрессовых параметров в профессиональной деятельности врачей-психиатров и врачей-онкологов, субъективного отношения врачей к своей профессии и оценки степени влияния профессиональной деятельности на их жизнь. Компьютерная обработка производилась с использованием статистических пакетов MIDAS, STATISTICA for Windows (версия 5.11).

Формирование групп для проведения анализа и сравнительных исследований производилось на основании данных, полученных по результатам теста МВІ. Все респонденты были поделены на две группы. Первую группу составили респонденты, у которых показатели по шкалам теста МВІ соответствовали среднестатистическим значениям для различных профессиональных групп [3], вторую группу составили респонденты, имевшие неудовлетворительные параметры по вышеуказанным шкалам.

По данным опросника МВІ врачи-психиатры имели неудовлетворительные показатели по шкале «Эмоциональное истощение» (ЕЕ) – 48 человек (49 %), по шкале «Деперсонализация» (DP) – 43 человека (43,9 %), по «Редукция профессиональных достижений» (РА) – 78 человек (79,6 %), по шкале «Скука» (Tedium) – 37 человек (37,8 %). Средние значения по данным шкалам у психиатров составили $15,8 \pm 0,9$ баллов, $4,9 \pm 0,4$ баллов, $27,4 \pm 0,7$ баллов и $2,76 \pm 0,07$ баллов соответственно. Таким образом, можно говорить, что для психиатров характерна низкая профессиональная самооценка.

В ходе анализа результатов было установлено, что на формирование неудовлетворительного параметра по шкале ЕЕ у врачей-психиатров оказывали влияние: нерациональное руководство, неудовлетворительная ор-

ганизация производственного процесса и низкий уровень социальной поддержки среди сотрудников ($p < 0,05$). Психиатры с неудовлетворительным параметром по шкале DP наряду с недовольством организацией производственного процесса обнаруживали нарушение профессиональной идентичности, выразившееся в отсутствии личностных качеств, необходимых для данной профессии ($p < 0,05$). У психиатров с неудовлетворительным значением по шкале PA было обнаружено субъективное ощущение недостаточного контроля над рабочей ситуацией ($p < 0,05$). Менее весомыми для формирования неудовлетворительного параметра по данной шкале оказались низкий уровень социальной поддержки, невостребованность администрацией творческого потенциала сотрудников и неудовлетворенность материальным вознаграждением ($p < 0,04$). Психиатры с высоким значением по шкале Tedium наряду с неудовлетворенностью отношениями с администрацией и организацией производственного процесса обнаруживали низкий уровень социальной поддержки и субъективное ощущение недостаточного контроля над рабочей ситуацией ($p < 0,04$). Достоверно чаще психиатры с неудовлетворительным уровнем по шкале «Скука», преимущественно лица женского пола ($p < 0,04$), испытывали опасения по поводу возможной физической агрессии больных ($p < 0,03$).

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать заключение о том, что нерациональное руководство при недостаточном уровне социальной поддержки среди сотрудников и неудовлетворительной организации производственного процесса затрудняли успешное профессиональное функционирование. При этом существенными для формирования синдрома перегорания оказались следующие аспекты производственного процесса: отсутствие условий для повышения квалификации труда, недостаток положительной обратной связи, рутинный характер работы, чрезмерная ответственность, высокая нагрузка, недостаточный уровень персонального комфорта, недостаточный уровень социальной поддержки, нерациональная организация труда и рабочего времени сотрудников.

Вне зависимости от того, по какой из шкал отмечались нарушения, проявления синдрома перегорания были практически сходными. Врачи-психиатры при наличии неудовлетворительных показателей по тем или иным шкалам MBI констатировали, что не видели больше смысла в выполняемой ими работе, испытывали утрату былого интереса и энтузиазма, сторонились коллег и определенных производственных поручений. Вместе с тем, нарастали сомнения в том, что в своей деятельности они руководствуются «благом» для больных. Возрастало употребление транквилизаторов, увеличивалась продолжительность больничных листов, усиливались опасения развития у врачей психического заболевания.

В ходе исследования было установлено, что и врачи-психиатры в качестве наиболее стрессовой для себя выделяли ситуацию, когда больной отказывался от лечения, навязывая врачу свои представления о терапии

(39,8 %), а также ситуацию, в которой родственники больного высказывали недовольство ведением больного и имели неадекватные ожидания от результатов лечения (32,7 %). При этом в конфликтных ситуациях для психиатров было характерно появление чувства тревоги, нервного напряжения (34,7 %), а также чувств несостоятельности, неуверенности в себе, разочарования (34,7 %). Конфликтные ситуации психиатры пытались разрешить, как правило, либо путем анализа тактики терапии (50 %), либо обращением за помощью к коллегам и администрации (37,8 %).

Достоверная связь у психиатров была обнаружена: между конфликтной ситуацией вследствие отсутствия прогресса в терапии и неудовлетворительным параметром по шкале «Редукция профессиональных достижений» (коэффициент достоверности по хи-квадрату $p < 0,04$). Конфликтная ситуация обусловленная тем, что пациент жаловался на врача администрации, имела статистически достоверную связь с неудовлетворительным параметром по шкале «Эмоциональное истощение» (коэффициент достоверности Фишера $p < 0,04$). При этом было выявлено, что врачи-психиатры, выделившие в качестве конфликтной ситуацию, обусловленную тем, что больной жаловался на него администрации, чаще прибегали к анализу тактики терапии, стараясь найти свою ошибку и предложить новые методы лечения пациенту ($p < 0,05$). Данная группа психиатров демонстрировала неудовлетворенность взаимоотношениями с администрацией, считая ее требования завышенными ($p < 0,01$), видели в отношениях с администрацией основной источник нервного напряжения ($p < 0,03$) и периодически чувствовали себя после конфликтов с администрацией «не на своем месте» ($p < 0,05$). В данной группе респондентов чаще выявлялись опасения заболеть психическим заболеванием ($p < 0,05$).

Таким образом, использование активно-продуктивных копинг-стратегий, а именно анализ терапии и обращение за помощью, не предотвращало развитие синдрома перегорания. Это позволяет говорить о том, что формирование синдрома перегорания обусловлено взаимодействием ряда факторов, и в частности взаимным потенцированием неблагоприятных факторов производственной среды с используемыми копинг-стратегиями.

Библиографический список

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 2. – С. 39–49.
2. Maslach C., Jackson S. E. The Maslach Burn-out Inventory Manual (2nd.). – Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
3. Olkinuora M., Asp S., Juntunen J. et al. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish psicians // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 1990. – № 25.

ЭМПАТИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАЖ И ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

В.В. Лукьянов

*ГОУ ВПО «Курский государственный университет», Курск, Россия
(Исследование выполнено при финансовой поддержке РФНФ,
проект № 07-06-90608 а/Б)*

Вопросы возникновения и развития синдрома «эмоционального сгорания» у наркологов в нашей стране остаются мало разработанными. Очевидно, что работа психиатров-наркологов имеет свои специфические особенности в общей системе оказания медицинской помощи населению, главными из которых являются «трудный» контингент больных и большое количество рецидивов. Принципиально важным для успешной профилактики и коррекции синдрома «эмоционального сгорания» является вопрос о личностных факторах, влияющих на его формирование [1, 3, 5].

Нами совместно с кафедрой наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии последипломного образования было проведено комплексное психодиагностическое исследование показателей синдрома «эмоционального сгорания» и уровней эмпатии у 117 психиатров-наркологов различных медицинских учреждений городов Санкт-Петербурга и Курска, а также Ленинградской области. Возраст испытуемых наркологов (из них 64 мужчины и 53 женщины) находился в границах от 23 до 65 лет – в среднем $40,18 \pm 11,10$ года, стаж работы колебался в пределах от 1 года до 40 лет – в среднем $14,98 \pm 10,87$ года.

Нами были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Исследование показателей синдрома «Эмоционального сгорания» проводилось при помощи опросника «эмоциональное выгорание» [1].

2. Для диагностики уровней эмпатии использовался «Тест эмпатических тенденций» А. Мехрабиана [2].

Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью параметрических методов описательной статистики и корреляционного анализа с использованием статистической программы StatPlus 2005 Professional. Все количественные данные в статье приведены в виде показателей $M \pm \delta$.

Согласно результатам исследования, в группе врачей-наркологов отмечена относительно невысокая степень выраженности синдрома «эмоционального сгорания» ($107,75 \pm 51,49$ балла), например, в сравнении с педагогами общеобразовательных школ ($144,60 \pm 55,30$ балла, $p < 0,001$) [4]. Для группы наркологов не обнаружено сложившихся симптомов и сформировавшихся фаз синдрома «эмоционального сгорания», что свидетель-

ствуется в целом об адаптивном состоянии психики врачей исследуемой группы. При этом самым выраженным для группы испытуемых оказался симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» ($15,64 \pm 7,71$ балла) фазы «резистенции», проявляющийся в ограничении эмоциональной отдачи за счет выборочного реагирования в ходе профессиональных контактов.

Вместе с тем, качественный анализ симптомов «сгорания» у группы наркологов продемонстрировал иную картину. В фазе «напряжения» у 50 испытуемых (43 %) установлены сложившиеся симптомы, а у 12 врачей (10 %) – суммарный показатель достигает значения сформировавшейся фазы; в фазе «резистенции» у 84 испытуемых (72 %) – сложившиеся симптомы, а у 30 врачей (26 %) суммарный показатель достигает значения сформировавшейся фазы; в фазе «истощения» у 34 испытуемых (29 %) – сложившиеся симптомы, а у 12 врачей (10 %) суммарный показатель достигает значения сформировавшейся фазы, что является признаком выраженной психической дезадаптации. В целом 93 (79 %) испытуемых имели сложившиеся симптомы – из них у 35 (30%) установлено наличие сформировавшихся фаз синдрома «эмоционального сгорания». Таким образом, лишь 24 врача (21 %) не имели сложившихся симптомов, а еще у 58 наркологов (50 %) при их наличии не было установлено сформировавшихся фаз синдрома «эмоционального сгорания».

С нашей точки зрения, наличие сложившихся симптомов в фазах «напряжения» и «резистенции», равно как и самих сформировавшихся фаз, можно объяснить развивающимся процессом адаптации личности специалиста к профессиональным условиям. Однако обнаружение у 34 испытуемых (29 %) сложившихся симптомов фазы «истощения», из них у 12 (10 %) самой сформировавшейся фазы – однозначно свидетельствует о срыве адаптационных возможностей этих психиатров-наркологов с развитием явлений психической дезадаптации в виде сформировавшегося синдрома «эмоционального сгорания» [4].

В результате проведения корреляционного анализа установлены достоверные положительные взаимосвязи возраста и стажа профессиональной деятельности с выраженностью симптома «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы «резистенции» ($r=0,211$; $p<0,05$ и $r=0,231$; $p<0,05$, соответственно). Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» проявляется в ограничении диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение. Таким образом, можно утверждать, что наркологи с увеличением возраста и стажа работы склонны неадекватно ограничивать диапазон и интенсивность включения эмоций в профессиональное общение, что указывает на значение этих социо-демографических характеристик в формировании синдрома «эмоционального сгорания».

В целом для группы наркологов установлен средний уровень выраженности эмпатии ($27,89 \pm 28,14$ балла), причем женщины-врачи продемонстрировали достоверно более высокий уровень эмпатии, чем их коллеги-мужчины ($34,81 \pm 32,11$ и $22,16 \pm 23,09$ балла, соответственно, $p < 0,05$). Также для группы наркологов установлены отрицательные достоверные коррелятивные связи уровней эмпатии с показателями симптомов «эмоционально-нравственной дезориентации» ($r = -0,269$, $p < 0,01$) фазы «резистенции»; а также симптомов «эмоционального дефицита» ($r = -0,275$, $p < 0,01$) и «эмоциональной отстраненности» ($r = -0,435$, $p < 0,001$) фазы «истощения» и суммарным показателем данной фазы ($r = -0,258$, $p < 0,01$). Другими словами, эмпатия представляет собой конструктивный механизм совладания (личностный копинг-ресурс), способствующий снижению степени выраженности синдрома «эмоционального сгорания» и мобилизующий адаптивные ресурсы личности.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что возраст, длительность стажа профессиональной деятельности и уровень эмпатии оказывают существенное влияние на формирование синдрома «эмоционального сгорания» у врачей-наркологов.

Библиографический список

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
2. Братченко С.Л. Диагностика личностно-развивающего потенциала: Метод. пособие для школьных психологов. – Псков, 1997. – 68 с.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
4. Лукьянов В.В. Взгляд на проблему исследования синдрома эмоционального выгорания у врачей-наркологов // Вестник психотерапии. – 2006. – № 17(22). – С. 54–61.
5. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. – Киев: Сфера, 2004. – 272 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

В.В. Лукьянов, С.В. Ежселенко

*ГОУ ВПО «Курский государственный университет», Курск, Россия
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
последипломного образования», Санкт-Петербург, Россия
(Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ,
проект № 07-06-90608 а/Б.)*

Нами исследовалась степень выраженности синдрома эмоционального выгорания с применением опросника В.В. Бойко [1] и при помощи оригинальной анкеты проведена оценка степени «патогенности» различных

профессиогенных факторов в развитии выгорания у 44 психиатров-наркологов медицинских учреждений Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Оригинальная анкета для изучения специфики труда психиатра-нарколога – его организационных и содержательных аспектов – состоит из 20 пунктов, 19 из которых отражают факторы, создающие наибольшие трудности профессиональной деятельности. Испытуемым предлагалось выразить свою степень согласия / несогласия с каждым из 19 утверждений в диапазоне от «совершенно не согласен» (1 балл) до «совершенно согласен» (5 баллов), а 20 пункт позволяет испытуемому самому сформулировать наиболее значимые для него профессиональные «вредности».

Таблица 1

Результаты оценки субъективно-личностного отношения к профессиональным трудностям у психиатров-наркологов по результатам анкетирования

№ п/п	Факторы	Средний балл, $M \pm \delta$	Абсолютная сумма баллов
1.	Низкий уровень оплаты труда	4,16±1,18	183
2.	Недостаток необходимого оборудования и помещений для успешного ведения профессиональной деятельности	3,89±1,20	171
3.	Трудности в организации профессиональной деятельности	2,89±1,22	127
4.	Невозможность (большие трудности) дополнительных заработков	2,77±1,29	122
5.	Высокая эмоциональная «насыщенность» Вашей работы	2,73±1,37	120
6.	Отсутствие ощущения «поддержки» в коллективе	2,66±1,29	117
7.	«Трудный» контингент больных	2,57±1,26	113
8.	Низкий престиж Вашей профессии	2,52±1,44	111
9.	Ухудшение год от года контингента больных	2,41±1,42	106
10.	Напряженные отношения в коллективе	2,39±1,19	105

Согласно результатам анкетирования, представленным в таблице 1, безусловным «лидером» среди профессиональных трудностей для данной группы психиатров-наркологов является «низкий уровень оплаты труда». На втором месте, также с большим отрывом от других факторов, располагается «недостаток необходимого оборудования и помещений для успешного ведения профессиональной деятельности». Таким образом с точки зрения подавляющего большинства опрошенных психиатров-наркологов основными профессиональными «вредностями» являются факторы недостаточного материального вознаграждения и проблемной организации профессиональной деятельности.

Следует отметить, что такие утверждения как «низкий уровень оплаты труда» и «невозможность (большие трудности) дополнительных заработков» можно отнести к фактору недостаточного материального (денежного) вознаграждения. В свою очередь утверждения «отсутствие ощущения «поддержки» в коллективе», «напряженные отношения в коллективе» и «низкий престиж Вашей профессии» можно отнести к фактору недостаточного морального вознаграждения.

Вместе с тем, при анализе корреляционных связей степени «патогенности» профессионогенных факторов и выраженности синдрома эмоционального выгорания у психиатров-наркологов, мы наблюдаем иную картину. Согласно результатам корреляционного анализа, представленным в таблице 2, наиболее тесные связи с суммарным показателем эмоционального выгорания продемонстрировали именно психологические факторы профессиональной деятельности, а организационные и материальные факторы не обнаружили статистически значимых взаимосвязей.

Таблица 2

Достоверные коррелятивные связи степени «патогенности» профессиональных факторов и выраженности синдрома эмоционального выгорания у психиатров-наркологов

№ п/п	Факторы	Коэффициент корреляции Пирсона, r
1.	Отсутствие ощущения «поддержки» в коллективе	0,478***
2.	Ощущение того, что Вы занимаетесь «не своим делом» (эта профессия не для Вас)	0,445**
3.	Невозможность (большие трудности) профессионального роста	0,427**
4.	«Трудный» контингент больных	0,376*
5.	Ощущение «бесперспективности» Вашей работы	0,357*
6.	Напряженные отношения с родственниками больных	0,351*
7.	Психологический отпечаток, который возникает в моей личности под влиянием профессиональной деятельности	0,322*

Примечание. Достоверность: * – на уровне $p < 0,05$; ** – на уровне $p < 0,01$; *** – на уровне $p < 0,001$.

Таким образом, наибольший «вес» в формировании синдрома эмоционального выгорания у психиатров-наркологов имеют именно «психологические вредности», связанные с коммуникативными проблемами, прежде всего, в профессиональном коллективе, а также с пациентами и их родственниками.

Библиографический список

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЛАТВИИ

В.В. Лукьянов, В. Митревиц,

Курский государственный университет, Курск, Россия

Аэромедицинский центр «AVIAMED», Рига, Латвия

Нами проведено психодиагностическое исследование показателей синдрома «эмоционального сгорания» у 30 врачей терапевтического профиля в Латвии (авиаврачи – 16 человек, врачи скорой помощи – 7 человек, семейные врачи – 7 человек), а также их взаимосвязей с возрастом и стажем профессиональной деятельности. Возраст испытуемых врачей (из них 4 мужчин и 26 женщин) находился в границах от 23 до 69 лет – в среднем $47,73 \pm 11,03$ года, стаж работы колебался в пределах от 1 года до 43 лет – в среднем $24,80 \pm 10,87$ года.

Исследование показателей синдрома «эмоционального сгорания» проводилось при помощи опросника «эмоциональное выгорание» [1]. Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью параметрических методов описательной статистики и корреляционного анализа с использованием статистической программы StatPlus 2005 Professional. Все количественные данные в статье приведены в виде показателей $M \pm \delta$.

Согласно результатам исследования, в целом в группе врачей отмечена относительно невысокая степень выраженности суммарного показателя синдрома «эмоционального сгорания» – $103,93 \pm 67,45$ балла.

Таблица 1

Показатели синдрома «эмоционального сгорания» у врачей терапевтического профиля в Латвии («сырые» баллы)

Синдром «эмоционального сгорания»				
Симптомы фазы напряжения				Суммарный показатель
Н1	Н2	Н3	Н4	
$10,13 \pm 9,61$	$5,77 \pm 4,87$	$7,30 \pm 7,68$	$7,03 \pm 7,97$	$30,23 \pm 23,70$
Симптомы фазы резистенции				Суммарный показатель
Р1	Р2	Р3	Р4	
$14,10 \pm 8,79$	$9,60 \pm 6,86$	$8,07 \pm 9,11$	$11,87 \pm 9,29$	$43,63 \pm 23,78$
Симптомы фазы истощения				Суммарный показатель
И1	И2	И3	И4	
$7,43 \pm 8,49$	$8,07 \pm 5,80$	$7,80 \pm 8,99$	$8,23 \pm 6,20$	$31,53 \pm 23,50$

Примечание. Симптомы «эмоционального сгорания»: Н1 – «переживания психотравмирующих обстоятельств»; Н2 – «неудовлетворенности собой»; Н3 – «загнанности в клетку»; Н4 – «тревоги и депрессии»; Р1 – «неадекватного избирательного эмоционального реагирования»; Р2 – «эмоционально-нравственной дезориентации»; Р3 – «расширения сферы экономики эмоций»; Р4 – «редукции профессиональных обязанностей»; И1 – «эмоционального дефицита»; И2 – «эмоциональной отстраненности»; И3 – «личностной отстраненности, или деперсонализации»; И4 – «психосоматических и психовегетативных нарушений».

Согласно данным, представленным в таблице 1, в среднем для группы врачей терапевтического профиля в Латвии не обнаружено сложившихся симптомов и сформировавшихся фаз (16 и 61 и более баллов, соответственно [1]) синдрома «эмоционального сгорания», что свидетельствует в целом об адаптивном состоянии психики испытуемых. При этом самым выраженным для всей группы испытуемых оказался симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы «резистенции», проявляющийся в ограничении эмоциональной отдачи за счет выборочного реагирования в ходе профессиональных контактов.

Качественный анализ симптомов «эмоционального сгорания» у группы врачей продемонстрировал следующую картину.

В фазе «напряжения» у 11 испытуемых (37 %) установлены сложившиеся симптомы (у 1 авиаврача, у 3 врачей скорой помощи и у всех 7 семейных врачей), а у 3 врачей (10 %) – суммарный показатель достигает значения сформировавшейся фазы (все – семейные врачи); в фазе «резистенции» у 20 испытуемых (67 %) установлены сложившиеся симптомы (у 7 авиаврачей, у 6 врачей скорой помощи и у всех 7 семейных врачей), а у 7 врачей (23 %) суммарный показатель достигает значения сформировавшейся фазы (у 1 врача скорой помощи и 6 семейных врачей); в фазе «истощения» у 8 испытуемых (27 %) установлены сложившиеся симптомы (у 2 врачей скорой помощи и у 6 семейных врачей), а у 5 врачей (17 %) суммарный показатель достигает значения сформировавшейся фазы (у 1 врача скорой помощи и 4 семейных врачей), что служит признаками выраженной психической дезадаптации. В целом, 22 испытуемых (73 %) имели сложившиеся симптомы, из них у 9 (30 %) установлено наличие сформировавшихся фаз синдрома «эмоционального сгорания».

Таким образом, лишь 8 врачей (27 %) не имели сложившихся симптомов, а еще у 13 врачей (43 %) при их наличии не было установлено сформировавшихся фаз синдрома «эмоционального сгорания».

С нашей точки зрения, наличие сложившихся симптомов в фазах «напряжения» и «резистенции», равно как и самих сформировавшихся фаз, можно объяснить развивающимся процессом адаптации личности специалиста к профессиональным условиям. Однако обнаружение у 8 испытуемых (27 %) сложившихся симптомов фазы «истощения», из них у 5 врачей (17 %) самой сформировавшейся фазы, однозначно свидетельствует о срыве адаптационных возможностей этих врачей с развитием явлений психической дезадаптации в виде сформировавшегося синдрома «эмоционального сгорания».

Следует отметить, что, согласно результатам исследования, наиболее склонными к «эмоциональному сгоранию» оказались семейные врачи, у каждого из которых обнаружены сформировавшиеся симптомы и фазы, причем у 6 из них установлены сформировавшиеся симптомы фазы «истощения», а у 4 – сама сформировавшаяся фаза «истощения».

Наименее «сгорающими» являются авиаврачи – лишь у половины из них (8 человек) обнаружены сформировавшиеся симптомы фаз «напряжения» и «резистенции» (при отсутствии самих сформировавшихся фаз), при этом ни у одного авиаврача не обнаружено как сложившихся симптомов, так и самой сформировавшейся фазы «истощения».

Результаты проведения корреляционного анализа, представленные в таблице 2, позволяют сделать однозначный вывод об обратной связи показателей возраста и стажа работы по специальности у данной группы врачей как с отдельными симптомами и фазами «эмоционального сгорания» (в том числе с отдельными симптомами и суммарным показателем фазы «истощения»), так и с суммарным показателем синдрома в целом.

Таблица 2

Достоверные коррелятивные связи возраста и стажа работы с показателями «эмоционального сгорания» (коэффициент корреляции Пирсона, r)

Показатели «сгорания»	Возраст	Стаж
Н2	-0,364*	-0,365*
Н3	-0,433*	-0,458*
Но	-0,394*	
Р1	-0,476**	-0,469**
Ро	-0,395*	-0,379*
И1	-0,487**	-0,393*
И3	-0,470**	
Ио	-0,515**	-0,400*
СВ	-0,470**	-0,402*

Примечание. Обозначения симптомов «эмоционального сгорания» такие же, как и в таблице 1. Достоверность отличий: * – на уровне $p \leq 0,05$; ** – на уровне $p \leq 0,01$.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что на степень проявления синдрома «эмоционального сгорания» у врачей терапевтического профиля в Латвии влияют как характер профессиональной деятельности, так и возраст специалистов, а также длительность стажа работы по специальности.

Библиографический список

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

*В.Л. Малыгин, А.Б. Искандирова, Е.Е. Пахтусова, Д.В. Шевченко
Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Россия*

В сложных современных условиях возрастает количество самых различных психогенных воздействий, экстремальных факторов труда и жизни. Среди них и бытовые, и производственные, и глобально-социальные факторы, вызывающие у человека развитие негативных состояний психики, а вместе с тем и соответствующие психологические реакции, и значительное ухудшение состояния здоровья. Одновременно с широко распространёнными стрессами из-за многочисленных материальных затруднений, растут также переживания по причине неудовлетворённости развитием общественной жизни и собой.

Всё это, порой, негативно сказывается на устойчивости психических процессов, общем функциональном состоянии, стимулируя развитие психогенно обусловленных расстройств, где центральное место занимают эмоциональные расстройства. На сегодняшний день резко повышается их удельный вес. Мы можем наблюдать следующий конфликт: с одной стороны, человек в современном обществе испытывает огромные эмоциональные нагрузки, возрастает стрессогенность – появляются всё новые экономические, экологические, политические, социальные и психологические факторы, негативно влияющие на жизнь человека. Но с другой стороны, существует запрет на осознание и выражение чувств. В общественном сознании эмоциям приписывают дезорганизующую роль [1].

К заболеваниям ведут не большие конфликты, а постоянно повторяющиеся маленькие душевные травмы, которые, в конце концов, формируют характер, особенно восприимчивый к отдельным конфликтам [3].

Особенно остро эта проблема касается людей коммуникативных профессий. Коммуникативная деятельность характеризуется, как правило, высокой интенсивностью и напряженностью общения, частым вмешательством внешних факторов, широкой сетью контактов разного уровня, преобладанием непосредственного речевого (устного) общения с другими людьми [2]. Исследование проблематики стрессоустойчивости человека в различных профессиях показало, что длительное воздействие стресса приводит к таким неблагоприятным последствиям, как снижение общей психической устойчивости организма, появление чувства неудовлетворённости результатами своей деятельности, тенденция к отказу от выполнения заданий в ситуациях повышенных требований, неудач и поражений. Анализ факторов, вызывающих подобные симптомы в различных видах деятельности, показал, что существует ряд профессий, в которых человек на-

чинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми.

Некоторые из авторов рассматривали термин как странную психиатрическую химеру. Другие устанавливали связи с существующими моделями, например, теорией общего стресса, заученной беспомощности у представителей помогающих профессий, моделью самоэффективности и компетентности и компульсивным оказанием помощи при «синдроме помогающих профессий»[4]. Ряд авторов возражал против введения термина «эмоциональное выгорание», так как с точки зрения определения стрессового процесса (то есть стадий тревоги, резистентности и истощения), выгорание приравнивали к третьей стадии, которой предшествует стойкий и неподдающийся контролю уровень возбуждения.

Однако данные современных исследований наглядно показали, что выгорание можно отличить от других явлений как концептуально, так и эмпирически. Оно имеет свои причины, источники, механизмы и закономерности возникновения и развития, условия протекания, методы профилактики и лечения. Таким образом, это не просто «слабый» синоним (или яркая, запоминающаяся метафора) более устоявшихся обозначений похожих симптомов. В настоящее время синдром эмоционального выгорания удостоен диагностического статуса (МКБ-10: Z73 - Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью). Считается, что синдром эмоционального выгорания – истинный клинический синдром с невротическими особенностями, а не только усиление нормальной усталости от работы.

Среди представителей коммуникативных профессий особым образом выделяются медицинские работники. Специфика их деятельности состоит в том, что медработники в течение всей своей профессиональной деятельности постоянно испытывают эмоциональные перенапряжения. Это выражается в том, что врачи должны брать на себя ответственность за здоровье, свободу (например, в судебно-медицинской экспертизе) и жизнь человека; они постоянно имеют дело со смертью, как реальной, так и потенциальной; надо быть эмоционально готовым к сообщению больному о его неизлечимой болезни и при подготовке пациента к сложной операции. К тому же, отношения между врачом и пациентом считаются «дополняющими» - врач обязан оказывать внимание, заботу и «вкладывать» больше, чем пациент [2]. Кроме рабочих стрессоров на психическую и эмоциональную жизнь медработников, также как и на всех других людей, оказывают влияние внешние (политические, экономические и так далее) факторы и семейные проблемы.

В настоящий момент времени на нашей кафедре проводятся исследования синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. Получены предварительные результаты по распространенности

этого синдрома. Обследование проводилось с использованием опросника В.В. Бойко.

Были проведены обследование 242 врачей, различных специальностей на предмет выявления синдрома эмоционального выгорания. Среди них хирурги 30 чел., невропатологи 30 чел., терапевты 30 чел., стоматологи 92 чел., психиатры -30 чел., психиатры – наркологи 30 чел.

Среди обследованных врачей синдром эмоционального выгорания отмечался у хирургов 46,6% обследованных, среди невропатологов – у 75,3% обследованных, в группе терапевтов – у 40% обследованных, среди стоматологов - у 50% обследованных, в группе психиатров – у 43,3% обследованных, в группе наркологов – у 56,6% обследованных врачей.

В каждой из групп врачей были выявлены сформированные фазы синдрома эмоционального выгорания.

Распространенность фаз синдрома эмоционального выгорания выглядела следующим образом. (% – количество врачей от общего числа в каждой из групп).

Специальность	«Напряжение»	«Резистентность»	«Истощение»
Психиатры	23,3%	26,6%	6,6%
Психиатры – наркологи	20,0%	80,0%	30%
Невропатологи	43,3%	36,6%	16,6%
Терапевты	16,6%	16,6%	6,6%
Стоматологи	33,3%	30,0%	3,3%
Хирурги	26,6%	26,6%	16,6%

Как видно из таблицы, группы специалистов различаются по степени сформированности фаз эмоционального выгорания.

Для каждой группы врачей (по специальности) характерно преобладание определённых компонентов выгорания, что можно объяснить различиями в условиях и содержании профессиональной деятельности.

Библиографический список

1. Корнеева Л.Н. Профессиональная психология личности // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб., 1991. – С. 61.
2. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. — 2002. — №7. — С. 3–9.
3. Поваренков Ю.П. Психология профессионального становления личности // Основы психологической концепции профессионализации. – Курск, 1991. – 130 с.
4. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol.52. – P.397–422.

ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ» И СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

*В.П. Михайлова, Н.И. Корытченкова, Т.И. Кувшинова
ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет»,
Кемерово, Россия*

Проблема профессионального «выгорания» наиболее актуальна в тех видах деятельности, где требуется постоянное межличностное общение (здравоохранение, социальная помощь, образование и др.). Задачи оказания помощи при данном синдроме ставят J. Herzberg, A. Ozyurt, O. Nayran и др. [1, 2].

М.М. Скугаревская подчеркивает, что актуальность проблемы усиливается за счет того, что молодые специалисты и люди наиболее продуктивного возраста (до 30–40 лет) подвержены «выгоранию» в наибольшей мере [3]. В связи с этим остро стоит проблема детального исследования данного феномена с целью разработки профилактических и коррекционных мероприятий.

В модели немецких исследователей Enzmann и Kleiber (1989) выделяются три фазы «выгорания»: деморализация, истощение и потеря мотивации. Фаза деморализации характеризуется снижением ценностей как самого себя, так и других людей. Фаза истощения представляет собой переходный уровень и отражает эмоционально-энергетический «запас», от которого зависит степень профессиональных достижений, сопровождается жалобами на плохое самочувствие, нервное напряжение. Потеря мотивации связана прежде всего с предыдущими фазами, со стрессирующими факторами в работе, с негативными представлениями о человеке и о самом себе, с разочарованиями в работе. В результате исчезает желание, стремление заниматься данной работой.

Японские исследователи дополняют трехфакторную модель синдрома «выгорания» четвертым фактором химической зависимости, вовлеченности, который характеризуется головными болями, нарушениями сна, повышением раздражительности, тревожности и агрессивности (алкоголизм, табакокурение, наркомания). Данная химическая зависимость демонстрирует неспособность решать проблемы, желание уйти от решения их. Этот фактор сближает синдром выгорания с депрессией [3].

В литературных источниках приводится следующий перечень симптомов «эмоционального выгорания»:

- 1) усталость, утомление, истощение;
- 2) психосоматическое недомогание;
- 3) негативное отношение к клиентам;
- 4) негативное отношение к работе;
- 5) бедность репертуара рабочих действий;

- 6) злоупотребление алкоголем, табаком, наркотиками;
- 7) отсутствие аппетита или переедание;
- 8) негативная «я-концепция»;
- 9) агрессивные переживания и реакции;
- 10) переживание чувства вины;
- 11) переживание депрессии, упадническое настроение;
- 12) бессонница.

Можно сделать предположение, что главной причиной «выгорания» является неумение людей преодолевать стрессы, накопившееся напряжение в результате общения и оказания психологической помощи другим, что нередко приводит к личностной отстраненности от решения профессиональных проблем, снижению эффективности работы специалистов, а также связанной с этим текучести кадров.

В.В. Бойко (1996) рассматривает «выгорание» как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций из психотравмирующей ситуации [4].

Как видно из выше приведенного перечня признаков синдрома психического «выгорания», нет единой точки зрения на данную проблему. Но то, что он включает широкий спектр эмоционально-волевых и интеллектуальных компонентов, это несомненный факт. И все эти слагаемые играют большую роль в адаптации человека к условиям профессиональной и жизненной ситуации. Умение управлять своими эмоциями, своими желаниями, страстями – важная задача любого профессионала. Научиться менять негативные эмоции на положительные – важное условие успешной работы с людьми.

Нами была поставлена цель: исследовать эмоциональное «выгорание», которое является личностной деформацией вследствие напряженных межличностных отношений и снижения эффективности профессиональной деятельности, и его связь с тревожностью как свойством личности. Эмоциональное «выгорание» как стереотип профессионального поведения определяли по методике В.В. Бойко (1996).

Каждая фаза эмоционального «выгорания» включала четыре симптома.

1. Симптомы фазы напряжения: переживание психотравмирующих ситуаций, неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», тревога и депрессия. 2. Фаза резистенции включает следующие симптомы: неадекватное избирательное реагирование, эмоционально – нравственную дезориентацию, сужение сферы эмоционального реагирования, редукцию профессиональных обязанностей. 3. Симптомы фазы истощения: дефицит эмоций, эмоциональная отстраненность (равнодушие), личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения.

Тревожность как свойство личности включает чувство напряжения, волнения, беспокойства и опасения, признаки вегетативной нервной сис-

темы (повышенное потоотделение, кровяное давление, тремор и др.). Человек с повышенной тревожностью проявляет большую чувствительность к стрессовым ситуациям, воспринимает их как угрозу своему существованию. Для измерения тревожности использовали методику Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина.

В эксперименте принимали участие три группы испытуемых в возрасте 30–40 лет: слушатели факультета переподготовки и повышения квалификации Кемеровского государственного университета по специальности «Практический психолог» (12 чел.); работники торговли – продавцы (12 чел.); руководители – (12 чел.), среди руководителей – 6 женщин и 6 мужчин.

По результатам исследования личностной тревожности самый высокий уровень тревожности имеют продавцы (42 %). Практические психологи и руководители имеют одинаковый уровень тревоги (34 %). Высокотревожные испытуемые отличаются от низкотревожных особой чувствительностью к стрессам и страхом неудач.

В результате проведенного исследования значимые корреляции обнаружены только у руководителей между фазой резистенции и тревожностью ($r=0,67$), также тенденция к связи между тревожностью и фазой истощения. В остальных группах выявлена только тенденция к связи. Наличие значимых связей у руководителей между синдромом эмоционального выгорания и тревожностью свидетельствует о наличии сложных проблем в профессиональной деятельности (повышенной ответственности за организацию труда и принятие решений, несвоевременной выплаты заработной платы и т.д.).

Результаты исследования в силу малочисленности выборки носят предварительный характер. Но исследование синдрома эмоционального «выгорания» необходимо с точки зрения предупреждения влияния его негативных последствий на отношения с окружающими людьми, девальвации нравственных критериев поведения личности и повышения самореализации. Человек должен быть не средством, а целью общества. И смысл всех реформ в обществе - сделать каждого из нас более сильным и нравственно богатым, поскольку безнравственность дорого обходится государству, оборачивается потерями земных недр, человеческими потерями.

Библиографический список

1. Herzberg J. Can doctors self-manage stress? // Hosp. Med. – 2000. – V. 61, № 4. – P. 272–274.
2. Ozyurt A., Hayran O., Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians // Quart. J. Med. – 2006. – V. 99, № 3. – P. 161–169.
3. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.
4. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. – М., 1996. – 472 с.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРОФЕССИЙ ПОМОГАЮЩЕГО ТИПА

*Л.Н. Молчанова, В.Б. Никишина, Т.А. Ушакова
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия*

Актуальность обозначенной проблематики обусловлена в первую очередь недостаточной представленностью научных работ, посвященных изучению взаимосвязи структуры личностных черт с компонентами профессионального выгорания у представителей профессий помогающего типа. Кроме того, в настоящее время в психологии определены некоторые параметры личностной зрелости [1, 4], однако ее структура в целостности и в комплексности показателей практического изучения не получила. Поэтому с этой точки зрения важным и перспективным представляется изучение влияния компонентов личностной зрелости как сложного структурного образования на формирование синдрома профессионального выгорания, что и определило цель настоящего исследования.

Согласно А.А. Бодалеву, личностная зрелость проявляется в отношениях [2]. Ч.Д. Спилбергер считает, что зрелость личности устанавливается по оценке ее действий в системе отношений, существующих в данном обществе; в них человек оценивается согласно показателям того, насколько успешен он в деятельности [5]. Поэтому изучение социально-психологической детерминации синдрома профессионального выгорания считаем целесообразным представить с позиций теории отношений В.Н. Мясищева [3].

Согласно концепции В.Н. Мясищева, характер личности является структурной интеграцией следующих ее отношений: 1) к труду (деятельности) (в значительной степени определяет личность как деятеля); 2) к людям (составляет ядро нравственных характеристик личности); 3) к себе (выполняет функции регуляции поведения личности) [3].

В некоторых работах отмечается, что обобщенным показателем отношения к труду может служить высокая мотивация достижений, которая основана на осознании соответствия своих способностей требованиям профессии, результативности своего труда.

Обязательным фактором в формировании характера является социальная среда, среда взаимоотношений человека с другими людьми. Результатом социальных взаимодействий оказываются черты личности, интегрируемые в отношении к другим и к себе [1].

Отношения к самому себе, по утверждению Б.Г. Ананьева, являясь наиболее поздним образованием личности, завершают структуру характера, обеспечивают целостность, «выполняют функции саморегулирования и контроля развития, способствуют образованию и стабилизации единства личности» [1].

К социально-психологическим установкам личности, определяющим её отношение к себе и другим людям, можно отнести и локализацию контроля над происходящими событиями, иначе обозначаемую как экстернальность — интернальность. А.А. Реан, обобщая данные экспериментальных исследований, констатирует, что интернальность предстает как центральный признак личностной зрелости и коррелирует с социальной зрелостью и просоциальным поведением, а экстернальность корреляционно связана с недостаточной социальной зрелостью и асоциальным поведением [4].

Объектом исследования выступили внешние и внутренние детерминанты синдрома «профессиональное выгорание» у специалистов социальной работы и социальных работников, отражающие социально-психологическое отношение личности к себе, другим людям и профессиональной деятельности.

Предмет исследования — влияние социально-психологической незрелости личности, отражающей ее отношения к себе и другим людям, на формирование синдрома «профессионального выгорания» у специалистов социальной работы и социальных работников.

В исследовании приняли участие специалисты социальной работы и социальные работники. Обращение именно к этой профессии вызвано тем, что она на сегодняшний день не является традиционным объектом исследования. Общий объем выборки составил 121 человек. Для решения поставленных задач все испытуемые были проранжированы по уровню индекса психического выгорания. С помощью метода полярных групп были сформированы 2 группы (по 33 % от общего объема выборки): «выгоревших» и «невыгоревших» профессионалов, между которыми в дальнейшем проводилось сравнение.

Исходя из цели экспериментального исследования, нами был проведен факторный анализ с использованием техники «главных компонент» с последующим их «варимакс-вращением». Статистической обработке подвергнуты данные, полученные с помощью адекватных цели экспериментального исследования методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко), теста Томаса, методики «Диагностика индивидуально-типологических свойств» (Л.Н. Собчик).

В результате факторного анализа структуры личностной зрелости в группе «выгоревших» выявлены шесть факторов, объясняющих 72 % общей дисперсии. Первый фактор, охватывающий 15 % общей дисперсии, имеет наибольшие факторные нагрузки по шкалам «соперничество» (0,85) и «компромисс» (-0,77). Данный фактор можно охарактеризовать как «фактор напряженности в межличностных отношениях». Вторым фактором (15 % общей дисперсии) с наибольшими факторными нагрузками содержат такие показатели, как экстернальность (0,97) и интернальность (-0,97). Данный фактор можно определить как «фактор личностной незрелости»,

ввиду представленности в ней экстернального локуса контроля. Третий фактор (11 % общей дисперсии) включает такой показатель, как лабильность (0,78), что свидетельствует о выраженной изменчивости настроения, мотивационной неустойчивости и сентиментальности. Четвертый фактор содержит показатель приспособленчество (0,91), пятый – сотрудничество (0,72); шестой фактор имеет наибольшую факторную нагрузку по показателю агрессивности (0,87), что подразумевает упрямство и своеволие в отстаивании своих интересов (10 %, 10 % и 11 % общей дисперсии соответственно).

Структура личностной зрелости в группе «невыгоревших» профессионалов распадается на четыре фактора, объясняющих 63 % общей дисперсии, которые можно интерпретировать как «фактор личностной зрелости», «фактор равноправного сотрудничества», «фактор эмоциональной устойчивости», «фактор равноправного сотрудничества и уступки в межличностных отношениях» (20 %, 17 %, 15 % и 11 % общей дисперсии соответственно; показатели интернальности (0,92), соперничества (-0,92), тревожности (-0,72), сотрудничества (0,76) и компромисса (0,79) соответственно).

Таким образом, основную факторную нагрузку по показателям в группе «невыгоревших» несут первые два фактора, в то время как в группе «выгоревших» такой закономерности не прослеживается. Поэтому общая факторная размерность в группе «выгоревших» профессионалов больше, а следовательно, структура личностной зрелости у них является менее интегрированной. Кроме того, как показали результаты факторного анализа, синдром профессионального выгорания у специалистов социальной работы и социальных работников детерминируется структурой характеристик личностной зрелости, где основными личностными факторами являются «фактор напряженности в межличностных отношениях» и «фактор личностной незрелости».

Библиографический список

1. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды: в 2 т. Т.1 – М.: Педагогика, 1980.
2. Бодалев А.А. Актуальные проблемы изучения взрослых // Мир психологии. – 1999. – № 2 (18).
3. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды Моск. психолого-соц. ин-та / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: Модек, 1998. – Т.1.
4. Реан А.А. Проблемы и перспективы развития концепции локуса контроля личности // Психол. журнал. – 1998. – Т. 19. – № 4.
5. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте. – М., 1983.

ВНУТРЕННИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ «ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

В.Б. Никишина, Т.А. Ушакова

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Современные психологические исследования сосредотачиваются во круг проблемы «профессионального выгорания», однако этот феномен мало изучен у социальных работников. Профессиональное выгорание возникает в ситуациях интенсивного профессионального общения и проявляется как следствие исчезновения остроты чувств, увеличения числа конфликтов с партнерами по общению, потери ощущения ценности жизни, утраты веры в собственные силы и др. [1]. К индивидуально-личностным детерминантам относят: эмпатию, гуманность, ориентированность на людей, интровертированность, ценности личности, агрессию, соперничество, «трудоголизм».

В построении исследовательской программы использованы теоретические положения концепции Е.П. Ильина [3], модель Д.Н. Завалишиной [2].

В данном исследовании решается задача проследить влияние внутренних детерминант на возникновение «профессионального выгорания» у специалистов социальной работы и социальных работников.

Испытуемыми выступили специалисты социальной работы, (женщины (42 чел.), средний возраст – 37 лет, образование - преимущественно высшее и среднее специальное, стаж работы от 1 года и свыше 10 лет) и социальные работники (женщины (78 чел.), средний возраст – 39 лет, образование – преимущественно высшее и среднее специальное, стаж работы от 1 года и свыше 10 лет). Исследование проводилось на базе социальных служб г. Курска и Курской области.

В ходе обследования для выявления внутренних детерминант использовались психодиагностические методы: методика Шварц «Изучение ценностей личности»; методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко; индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик; тест К. Томаса; методика «Когнитивная ориентация (локус контроля)» Дж. Роттера, ИТО Л.Н. Собчик. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «STATISTIKA 6.0».

Получены следующие результаты: так, у социальных работников со стажем работы 1–5 лет показатели средних значений по фазе «напряжение» – X ср. 29,3, «резистенция» – 39,8, «истощение» – 28,2; со стажем работы от 5–10 лет по фазе «напряжение» – 40,4, «резистенция» – 61,6, «истощение» – 36,2, со стажем свыше 10 лет по фазе «напряжение» – 36,7, «резистенция» – 53,6, «истощение» – 37,2. У специалистов социальной работы со стажем работы от 1–5 лет по фазе «напряжение» – 28,6, «рези-

стенция» – 42,6, «истощение» – 26,8; со стажем работы от 5–10 лет по фазе «напряжение» – 24,4, «резистенция» – 42,8, «истощение» – 23,2, со стажем свыше 10 лет по фазе «напряжение» – 21,6, «резистенция» – 50,0, «истощение» – 24,5.

Так, у социальных работников со стажем от 1–5 лет показатели высокого уровня средних значений по шкале «универсализм» X ср. 55,1, низкий уровень «гедонизм и власть» – 12,5, со стажем 5–10 лет высокий уровень по шкале «универсализм» – 54,2, низкий уровень «стимуляция» – 15,2; со стажем выше 10 лет высокий уровень по шкале «универсализм» – 49,4, низкий уровень «стимуляция» – 11,8; у специалистов социальной работы со стажем работы 1–5 лет высокий уровень по шкале «универсализм» – 49,4, низкий уровень «стимуляция» – 17,8; со стажем 5–10 лет высокий уровень по шкале «универсализм» – 47,46, низкий уровень «гедонизм» – 13,0; со стажем выше 10 лет высокий уровень по шкале «универсализм» – 47,5, низкий уровень «стимуляция и гедонизм» – 13,0.

У социальных работников со стажем работы 1–5 лет высокий уровень показателя средних значений по типу поведения «компромисс» X ср. 7,9, низкий уровень по типу «соперничество» – 1,7, со стажем 5–10 лет – высокий уровень по типу «избегание», 8,1, низкий уровень по типу «соперничество» – 2,6; со стажем свыше 10 лет высокий уровень по типу «избегание» – 8,0, низкий уровень по типу «соперничество» – 1,4. У специалистов социальной работы со стажем работы 1–5 лет высокий уровень по типу «избегание» – 7,4, низкий уровень по типу «соперничество» – 3,4; со стажем 5–10 лет высокий уровень по типу «избегание» – 7,3, низкий уровень по типу «соперничество» – 3,1; со стажем свыше 10 лет высокий уровень по типу «компромисс» – 7,5, низкий уровень по типу «соперничество» – 2,4.

У социальных работников со стажем работы 1–5 лет показатели средних значений «интернальность» X.ср.11,6, «экстернальность» – 11,3; со стажем 5–10 лет «экстернальность» – 14,0, «интернальность» – 9,0; стаж свыше 10 лет «экстернальность» – 12,4, «интернальность» – 10,6. У специалистов социальной работы со стажем работы 1–5 лет показатели средних значений «экстернальность» – 11,6, «интернальность» – 11,3; со стажем 5–10 лет «экстернальность» – 11,6, «интернальность» – 11,3; стаж свыше 10 лет «интернальность» – 12,8, «экстернальность» – 10,2.

У социальных работников со стажем работы 1–5 лет высокий уровень показателя средних значений по типу «сензитивность» – 6,5, низкий уровень «агрессивность» – 3,1; со стажем 5–10 лет высокий уровень по типу «тревожность» – 6,0, низкий уровень «агрессивность» – 3,5; со стажем свыше 10 лет высокий уровень по типу «сензитивность» – 6,4, низкий уровень «агрессивность и спонтанность» – 3,9. У специалистов социальной работы со стажем 1–5 лет высокий уровень по типу «экстраверсия» – 6,7, низкий уровень «агрессивность» – 3,8; со стажем 5–10 лет высокий уровень по типу «тревожность» – 7,0, низкий уровень «агрессивность» – 3,7;

со стажем свыше 10 лет высокий уровень по типу «экстраверсия» – 6,8, низкий уровень «агрессивность» – 3,5.

Статистически значимые различия между группами определялись с использованием критерия U Манна-Уитни. Так, у социальных работников по шкалам «универсализм» (U эмп.=0,00, кр.=18), «власть» (U эмп.=1,00, кр.=18) со стажем 1-5 лет, со стажем 5-10 лет – «универсализм» (U эмп.=0,50, кр.=18), «стимуляция» (U эмп.=2,00, кр.=18), со стажем свыше 10 лет – «универсализм» (U эмп.=1,00, кр.=18), «стимуляция» (U эмп.=0,00, кр.=18); у специалистов социальной работы по шкалам «универсализм и стимуляция» (U эмп.=0,00, кр.=26) со стажем 1-5 лет, со стажем 5-10 лет – «универсализм» (U эмп.=1,00, кр.=28) «гедонизм» (U эмп.=0,00, кр.=28), со стажем свыше 10 лет – «универсализм» (U эмп.=1,00, кр.=31), «стимуляция» (U эмп.=0,50, кр.=31).

Так, у социальных работников по шкалам «сензитивность» (U эмп.=0,50, кр.=18), «агрессивность» (U эмп.=2,00, кр.=18) со стажем 1–5 лет, со стажем 5-10 лет – «тревожность» (U эмп.=1,50, кр.=57), «агрессивность» (U эмп.=1,00, кр.=57), со стажем свыше 10 лет – «сензитивность» (U эмп.=1,00, кр.=49) «агрессивность» (U эмп.=2,00, кр.=49). У специалистов социальной работы по шкалам «сензитивность и агрессивность» (U эмп.=2,00, кр.=26) со стажем 1-5 лет, со стажем 5–10 лет – «сензитивность и агрессивность» (U эмп.=1,00, кр.=28), со стажем свыше 10 лет – «экстраверсия и агрессивность» (U эмп.=0,00, кр.=31). У социальных работников по типу «компромисс и соперничество» (U эмп.=1,00, кр.=18) со стажем 1-5 лет, со стажем 5-10 лет – «избегание и соперничество» (U эмп.=1,00, кр.=57), со стажем свыше 10 лет – «компромисс» (U эмп.=0,50, кр.=49) и «соперничество» (U эмп.=2,00, кр.=49). У специалистов социальной работы со стажем 1–5 лет по типу «избегание» (U эмп.=0,00, кр.=26), «соперничество» (U эмп.=0,50, кр.=26), со стажем 5–10 лет – «компромисс и соперничество» (U эмп.=0,00, кр.=18) (U эмп.=2,00, U кр.=28), со стажем свыше 10 лет – «компромисс и соперничество» (U эмп.=2,00, кр.=31). У социальных работников «экстернальность и интернальность» (U эмп.=2,00, кр.=18) со стажем 1–5 лет, со стажем 5–10 лет – «экстернальность и интернальность» (U эмп.=0,00, кр.=57), стаж свыше 10 лет – «экстернальность и интернальность» (U эмп.=1,50, кр.=49). У специалистов социальной работы «экстернальность и интернальность» (U эмп.=0,00, кр.=26) со стажем 1–5 лет, со стажем 5–10 лет – «экстернальность и интернальность» (U эмп.=1,00, кр.=28), стаж свыше 10 лет – «экстернальность и интернальность» (U эмп.=0,00, кр.=31).

Полученные результаты позволяют выделить в качестве ведущих внутренних детерминант, влияющих на формирование «профессионального выгорания», сензитивность и тревожность, тип поведения «компромисс» и «избегание», локус контроля превалирует «экстернальность», ценности личности – «универсализм», «безопасность» и «доброта». Представлен-

ные результаты эмпирического исследования указывают на вероятность развития феномена «выгорания» у специалистов социальной работы.

Библиографический список

1. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика – СПб.: Питер, 2005.
2. Бодров В.А. Профессиональная пригодность: субъектно-деятельностный / Институт психологии РАН. – Москва, 2004.
3. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. – Питер, 2005.

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

В.Е. Орёл

*Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова
Ярославль, Россия*

Впервые феномен психического выгорания появился не как исследовательский конструкт, а как социальная проблема. Наблюдение за большим количеством работников показало, что они испытывают постоянное эмоциональное истощение, потерю мотивации и работоспособности. Этот процесс протекал около года и сопровождался рядом умственных и физических симптомов. Для обозначения данного феномена Н. Fredenberger ввел специальный термин «burnout» (выгорание), который ранее использовался в разговорной речи для обозначения эффекта хронической зависимости от наркотиков [3]. Одновременно с клиническими наблюдениями явления Н. Fredenberger социальный психолог С. Maslach, занимаясь исследованием когнитивных стратегий людей, используемых для борьбы с эмоциональным возбуждением, установила, что исследуемые ею феномены оказывают влияние на профессиональную идентификацию и поведение работников. По чистой случайности она обнаружила, что юристы называют этот феномен «выгорание». Дальнейшее использование этого термина показало однозначное его понимание всеми испытуемыми [4].

В отечественной психологии первые упоминания об этом феномене можно найти в работах Б.Г. Ананьева, который употреблял аналогичный понятию «выгорание» термин «эмоциональное сгорание» для обозначения некоторого отрицательного явления, возникающего у людей профессий типа «человек–человек», и связанного с межличностными отношениями [1]. Однако данный феномен был только зафиксирован, но не подтвержден дальнейшими эмпирическими разработками. В последние годы интерес к исследованию феномена снова возрос благодаря работам, посвященным изучению стресса, в том числе и профессионального. И хотя термин «вы-

горание» не употреблялся, однако его сущность была определена довольно четко.

В конце 90-х годов этот термин в его первоначальном смысле вновь стал предметом самостоятельного исследования в отечественной психологии. Указанные работы в основном носили либо постановочный характер, либо имели узкую эмпирическую направленность (Н.Е. Водопьянова и др., 1996, Н.В. Гришина, 1997; В.Е. Орёл, 1999, 2000, 2001; В.Е. Орёл, А.А.Рукавишников, 1999; А.А.Рукавишников, 2001; Т.В. Форманюк, 1996 и др.). Указанные работы в основном носили либо постановочный характер, либо имели узкую эмпирическую направленность. При этом содержание понятия полностью заимствовалось из зарубежной литературы.

В последние годы теоретическая и эмпирическая разработка проблемы достигла определенного прогресса, выразившегося в единой точке зрения исследователей относительно операциональной структуры выгорания, появлении валидных методик его диагностики [6, 7]. Вместе с тем нет однозначной точки зрения на само определение выгорания, его основные симптомы и механизмы возникновения; имеются противоречивые взгляды относительно динамики возникновения выгорания; недостаточно проработаны вопросы связи и выгорания и его влияния на различные подструктуры личности [2]. Все это требует анализа существующего состояния проблемы выгорания в отечественной психологии, определения ключевых проблем его изучения и перспектив их решения. Такими ключевыми проблемами, с нашей точки зрения, являются:

1. Определение места психического выгорания в системе психологических категорий. Данная проблема предполагает соотнесение выгорания с базовыми понятиями отечественной психологии. Такими как «личность», «психические свойства», «психические состояния», «профессиональная деформация» и т.д. Решение данной проблемы позволит не только уточнить психологическое содержание выгорания и его свойства, но и вывести его из области житейской психологии, сделав предметом психологии научной.

2. Уточнение структуры выгорания. Несмотря на традиционный подход к структуре выгорания как совокупности трех базовых составляющих: психического истощения, цинизма и редукции профессиональных достижений, – ряд аспектов данной проблемы остаются открытыми. К ним относятся: более подробный анализ компонентного состава каждой из составляющих и выявление взаимосвязей между отдельными симптомами; дальнейшее исследование специфики структуры выгорания в разных типах профессий; рассмотрение типологии выгорания на основе анализа специфики проявления его основных симптомов.

3. Выявление основных детерминант выгорания. Несмотря на достаточно обширные исследования внутренних и внешних факторов, способствующих возникновению выгорания, проблема детерминант выгорания ос-

тается открытой. С нашей точки зрения, наиболее актуальными направлениями исследований в этой области являются: выявление структуры факторов, вызывающих возникновение выгорания и определение базовых детерминант, установление комплекса факторов, как способствующих возникновению выгорания, так и тормозящих этот процесс.

4. Динамика синдрома выгорания. Исследование динамики выгорания и выявление закономерностей этого процесса позволит ответить на один из наиболее животрепещущих вопросов — является ли выгорание обратимым процессом? Существующие в мировой психологии данные весьма противоречивы, что делает данную проблему весьма актуальной. Её решение позволит более грамотно строить психокоррекционную работу с профессионалами, испытывающими воздействие выгорания, и проводить профилактические мероприятия.

5. Изучение специфики выгорания в различных профессиональных сферах, а также кросскультурные разработки в этой области. Решение данной проблемы имеет не только теоретическое значение в плане подтверждения сущности выгорания как общепрофессионального феномена, но может послужить основой для проведения практической коррекционной работы с работниками с учетом их профессиональной специфики.

6. Установление последствий воздействия выгорания на результаты профессиональной деятельности и жизнедеятельности человека. В этом контексте наименее разработанной является проблема влияния выгорания на внепрофессиональные области жизни человека, что позволит определить содержание выгорания в контексте общеадаптационной проблемы.

В заключение хотелось бы отметить, что выделенные нами проблемы и направления в исследовании выгорания являются своеобразной формой реализации идеи, которую высказала в одной из своих работ известный исследователь выгорания Кристина Маслак: «Признавая, как много нам еще необходимо узнать о профессиональных опасностях выгорания, было бы поспешно и, вероятно, не нужно требовать определенных ответов на данную проблему. ... И, хотя пока мы не уверены, что решим ее, мы думаем, что у нас есть некоторая довольно ясная программа, как это можно сделать» [5, с.74].

Библиографический список

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. – 339 с.
2. Орёл В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – 330 с.
3. Freudenberger H.J. Staff burn-out // *Journal of Social Issues*. – 1974. – Vol. 30. – P. 159–165.
4. Maslach C. Burned-out // *Human Behavior*. – 1976. – Vol. 5 (9). – P.16–22.
5. Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives // *Applied & Preventive Psychology*. – 1998. – Vol. 7. – P. 63–74.
6. Professional burnout: Recent developments in the theory and research / Ed. W.B. Shaufeli, C. Maslach, T. Marek. Washington DC: Taylor & Francis, 1993. – 299 p.

7. Schaufeli W.B., Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. Washington DC: Taylor & France, 1998. – 220 p.

К ВОПРОСУ ЕДИНСТВА ТЕРМИНОЛОГИИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СИНДРОМЕ «BURNOUT»

Д.Н. Орлов, С.А. Подсадный, Ю.С. Шойгу

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия

им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

ГУ «Центр экстренной психологической помощи Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий России», Москва, Россия

С середины 80-х годов XX века в западной литературе постоянно дискутируется вопрос о синдроме «burnout», предметом изучения которого является адаптация и дезадаптация человека в его профессиональной деятельности. Н. Freudenberger в 1974 г. впервые описывает «burnout», под которым определил психологическое состояние здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи [1].

Несмотря на разнообразие взглядов на формирование данного синдрома, в иностранной литературе используется один термин – «burnout». С. Maslach в 1978 г. определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, для которого характерно развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам.

При переводе английского термина «burnout» на русский язык отечественными авторами использовались несколько вариантов перевода:

1) «эмоциональное выгорание» – наиболее распространённый вариант;

2) «эмоциональное перегорание» (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998);

3) «эмоциональное сгорание» (Яценко Т.С., 1989; Форманюк Т.В., 1994, Бойко В.В., 1996);

4) «синдром профессиональной деформации» (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998);

5) «синдром эмоциональной (профессиональной) деформации» (Слабинский В.Ю., Подсадный С.А., 2004).

Такое многообразие объясняется различными теоретическими представлениями о проблеме «burnout». Приведём лишь некоторые определения синдрома.

Синдром эмоционального сгорания – это новейший, выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или час-

тичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия (Бойко В.В., 1996).

Синдром эмоционального выгорания является одним из аспектов профессиональной деформации личности и представляет собой приобретенный стереотип эмоционального поведения (Макарова Г.А., 2002)

Синдром эмоционального выгорания рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте, развитие которого происходит из профессиональной адаптации (Конечный А.Р., Боухал М., 1983).

Синдром эмоционального выгорания – термин, обозначающий симптомокомплекс последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса (Burisch M., 1993).

На сегодняшний день как в западной, так и в отечественной науке до сих пор не разработано единого патогенетического механизма развития burnout, его причин возникновения, нет общепринятой, научно обоснованной модели терапии и реабилитации специалистов, подверженных эмоциональной деформации; дискутируется вопрос о специфичности синдрома [2]. Среди факторов, приведших к сложившемуся положению дел, можно выделить следующие [3]:

1. Относительная новизна данной проблемы. Хотя профессионалы «горели» и раньше (описание синдрома эмоционального выгорания у врачей можно встретить уже в рассказах А.П. Чехова «Ионыч» и «Палата №6»), но внимание к данной проблеме было привлечено только в 1974 году Н. Freudenberger'ом.

2. Существуют тенденции трактовки синдрома выгорания с позиции теории стресса, что нивелирует влияние профессиональной деятельности на личностные изменения. Например, King M. (1993) возражал против термина «выгорание» из-за его неопределенности и частичного совпадения с родственными понятиями, например посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией или «хандрой» (в более корректном психиатрическом термине – дистимией). Morrow L. (1981) рассматривает термин burnout как «странную психиатрическую химеру». Другие устанавливали связи с существующими моделями, например теорией общего стресса (Hobfoll S.E., Freedy J., 1993), заученной беспомощностью (Meier S.T., 1983) и психодинамикой беспомощности у представителей помогающих профессий (Adler G., 1972), моделью самоэффективности и компетентности (Cherniss C., 1993) и компульсивным оказанием помощи при «синдроме помогающих профессий» (Malan D.H., 1979).

3. Недостаточное внимание социальных институтов к данной проблеме, результатом чего является рост потерь рабочего времени и текучка кадров.

4. Дефицит специалистов, умеющих оказывать профессиональную, качественную, своевременную помощь «нуждающимся профессионалам».

5. Ограничения, налагаемые описательным подходом в изучении «синдрома эмоционального выгорания», которые дали основания ряду исследователей (Burisch М., 1993, Слабинский В.Ю., Усанина С.В., 2002) утверждать, что «...выгорание – это не научный конструкт, а запоминающаяся и неточная метафора».

6. R. Blumental, (1996) и J. Endicott (1997) описывают убеждения, которые заставляют отказаться самих профессионалов, подверженных эмоциональному выгоранию, от обращения за помощью к специалистам, и тем самым не мотивируют социальные институты к решению данной проблемы: а) можно справиться своими силами; б) можно обойтись самолечением; в) депрессия – естественная реакция на произошедшие события; г) депрессивное состояние не поддаётся лечению

В настоящее время многие авторы показывают своё отношение к синдрому выгорания с позиции теории стресса Г. Селье, что значительно ограничивает контекст рассмотрения профессиональной деформации, т.к. не учитывает влияние профессиональной деятельности и адаптацию личности к профессиональным обязанностям. Наиболее перспективным представляется развитие эмоционального выгорания через внутриличностный конфликт профессионала, который формируется в результате личностной адаптации к выполнению тех или иных профессиональных обязанностей. С целью устранения существующей путаницы в терминологии предлагается остановиться на едином переводе «burnout» – «синдром профессиональной деформации» или профессиональная деформация личности, так как данная трактовка включает в себя все вышеуказанные синдромы (выгорание, перегорание, сгорание) и указывает на причину возникновения этих состояний – профессиональную деятельность и её влияние на личностные изменения. Термины «профессиональная деформация» или «синдром профессиональной деформации» гораздо шире, чем явления традиционно обозначаемые как «синдром профессионального выгорания (сгорания)» и обозначает весь комплекс личностных и характерологических изменений, которые происходят в связи с осуществлением профессиональной деятельности.

Библиографический список

1. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс врачей стоматологов и методы его коррекции: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2003.
2. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. – 2001. – Т.22. – № 1. – С. 90–101.
3. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / Под редакцией П.И. Сидорова. – М.: Медпрессинформ, 2006. – 586 с.

СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» КАК ПРЕМОРБИД ДЕПРЕССИИ

С.А. Осипова, В.И. Курпатов

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

С каждым годом количество исследовательских работ по теме производственного стресса, рассматриваемого в рамках синдрома выгорания, растет. На наш взгляд, интерес к данной проблеме связан с тем, что именно в профессиональной сфере реальной предоставляется возможность организованной массовой профилактики развития синдрома «выгорания» и даже первичной профилактики депрессии.

Целью нашего исследования, проведенного на клинических базах кафедры психотерапии СПбМАПО, было изучение клинко-психопатологических особенностей лиц, находящихся в условиях длительного профессионального стресса.

В исследование было включено 90 человек. Из них 30 здоровых испытуемых, 30 лиц с синдромом «выгорания», 30 лиц с невротической депрессией. Во всех группах преобладали женщины, преимущественно в возрасте от 30 до 45 лет. Указанные показатели не имели достоверных различий по Стьюденту. Таким образом, обследованные группы были сопоставимы между собой по данным показателям.

Таблица

Сравнительная характеристика обследованных групп

Характеристики		Группа здоровых лиц	Группа лиц с синдромом «выгорания»	Группа лиц с невротической депрессией
Пол	Мужской	15%	25%	10%
	Женский	85%	75%	90%
Возраст	лет	35,4±9,6	36,4±9,4	36,5±9,5
Род занятий	Безработный			10%
	Руководитель	55%		40%
	Техническая работа	15%	25%	
	Исполнитель	30%	50%	50%
	Производственная деятельность		25%	
Доход в месяц	До 3000	15%		20%
	3000-9000		50%	20%
	9000-15000	15%		20%
	Выше 15000	70%	50%	40%

В ходе исследования использовались клиничко-анамнестический с регистрацией данных с помощью специально разработанной анкеты, клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы (BDI, HADRS, SCL-90, WOCQ, ISTA, ИЖС).

В результате анализа клиничко-анамнестических и клиничко-психопатологических данных нами было выявлено, что лица с синдромом «выгорания» достоверно чаще предъявляют жалобы астенического и апатического регистра, а также жалобы депрессивного спектра ($p < 0,01$), такие как снижение настроения до субдепрессивного уровня, снижение уверенности и самооценки, неадекватное чувство вины, уменьшение способности концентрироваться, нарушения сна. Достоверно увеличиваются показатели субшкалы соматических проявлений и общий балл по опросникам на выявление депрессии Бека и Гамильтона ($p < 0,05$), оставаясь при этом в рамках нормативных данных по шкалам. При сравнении клиничко-психопатологической картины лиц с синдромом «выгорания» и депрессивных пациентов отмечается увеличение общего количества жалоб, достоверным является прирост показателей депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики по клиническим данным и методикам HADRS, BDI, SCL-90 ($p < 0,05$), возрастает индекс дистресса ($p < 0,05$). Указанные показатели превышают нормативные данные по этим шкалам. У большей части пациентов (70 %) депрессивная симптоматика развилась на фоне синдрома «выгорания».

При анализе межгрупповых различий защитных механизмов по методике ИЖС было выявлено, что у здоровых, в сравнении с другими группами, более развит механизм компенсации ($p < 0,05$), что позволяет им лучше адаптироваться к стрессору за счет других жизненных сфер, в то время как развитие синдрома «выгорания» более характерно для лиц, излишне преданных своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом.

Изучение копинг-механизмов выявило, что депрессивные пациенты реже, чем лица других групп, используют планирование решения проблемы и ее положительную переоценку ($p < 0,05$), тем самым ограничивая свои возможности по адаптации, что приводит к хронизации стрессовой ситуации.

Анализ личностных шкал Я-структурного теста Аммона показывает, что при развитии синдрома «выгорания» происходит снижение конструктивной агрессии и тревоги ($p < 0,05$). При развитии депрессивного синдрома более ярким становится прирост дефицитарных шкал агрессии, тревоги, внешнего я-отграничения и нарциссизма ($p < 0,05$). Что свидетельствует в пользу того, что развитию депрессивной симптоматики способствуют склонность к построению симбиотических взаимоотношений, избегание конструктивных споров, безучастность, неспособность регулировать поведение при сигнале опасности, отказ от собственных интересов и потребно-

стей, отсутствие положительного отношения к себе. И в то же время, с нарастанием болезненного расстройства перечисленные личностные особенности качественно и количественно усиливаются. Формируется так называемый «порочный круг».

В результате возрастающего исследовательского интереса к проблеме производственного стресса, рассматриваемого в рамках синдрома «выгорания», были выявлены многочисленные стрессоры, но возникают трудности с общепризнанной их категоризацией. В литературе встречаются следующие категории стрессоров:

- профессиональные требования и характеристики решаемых задач;
- ролевые требования или ожидания;
- организационные требования или ожидания;
- внешние требования или условия;
- стресс возможности (возможности иметь что-то желаемое);
- стресс ограничения в достижении;
- требования достижения чего-то желаемого, когда возможность этого достижения неопределенна и др. [1].

Отметим, что по результатам нашего исследования такие стрессоры, как затянувшийся конфликт с начальством или коллегами, отсутствие возможности дальнейшего профессионального роста, а также перегрузки на работе чаще отмечаются в группах здоровых лиц и людей с синдромом «выгорания». Более острые стрессоры, такие как потеря работы или же угроза увольнения, а также хронические стрессоры в виде длительного отсутствия работы или несоответствие предъявляемым требованиям чаще приводят к развитию невротической депрессии.

Наиболее часто здоровые лица расценивают хронический стрессор на работе как ограничение личной свободы в принятии решений, невозможности дальнейшего роста и несоответствие оплаты труда. Несмотря на то что именно в этой группе преобладают лица с объективно высоким заработком. В группе лиц с синдромом «выгорания» стрессогенность работы связывают с постоянным эмоциональным дискомфортом, перегрузками, отсутствием отдыха, прессингом со стороны начальства, отсутствием поддержки коллег и сменой коллектива. Депрессивные пациенты придают стрессорам следующие значения: длительная угроза потери работы, давление со стороны начальства, завышенные требования вплоть до принуждения к незаконным видам деятельности, отсутствие доверия к коллегам по работе.

Интересным представляется тот факт, что между группами нет достоверных различий по количеству стрессоров в профессиональной сфере. В среднем субъективное значение стрессора, оцененное в процентах во всех группах, составляет 70 %. Но при ранжировании депрессивные пациенты и лица с синдромом «выгорания» ставят стрессоры в профессиональ-

ной сфере на 1 или 2 место, в то время как здоровые лица выбирают 3-4 место в ранге.

Учитывая, что развитию дистресса способствует одновременное протекание стрессоров в различных жизненных сферах, нами проводился анализ данных совпадений. Было выявлено, что у здоровых в течение 12 предшествующих месяцев чаще возникали позитивные макрострессоры в общем количестве ($p < 0,05$). В то время как в двух других группах чаще возникали хронические отрицательные семейные стрессоры ($p < 0,05$). При этом в группе лиц с синдромом «выгорания» они встречались реже, чем в группе депрессивных пациентов. В целом, в группе депрессивных пациентов чаще встречаются отрицательные макро- и микрострессоры.

Таким образом, синдром «выгорания» чаще появляется у лиц с низким защитным механизмом компенсации, сниженной общей активностью личности, недостаточной способностью формировать свою точку зрения и реалистично оценивать опасность. Стрессоры, вызывающие развитие синдрома, преимущественно значимые хронические негативные, связанные с нарушением взаимоотношений с начальством и/или коллективом, а также нарушением режима труда-отдыха. Часто имеется сочетание отрицательных стрессоров в профессиональной сфере с семейными, что уменьшает компенсаторные возможности личности. Данные лица отмечают меньшее количество позитивных стрессоров, что свидетельствует о снижении механизмов саногенеза. При длительном синдроме «выгорания» часто развивается депрессивная симптоматика. Чаще это связано с ощущением угрозы потери работы и мало используемыми в стрессовой ситуации копинг-механизмами положительной переоценки и планирования решения проблемы.

Выявленные особенности подчеркивают необходимость проведения психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий для работников и начальников различных учреждений. Целесообразным представляется разделение данных мероприятий на 3 уровня, в зависимости от наличия психопатологической симптоматики. Первый уровень – первичная профилактика, т.е. работа со здоровыми людьми. В структуру этапа могут быть включены тренинги по командообразованию, тайм-менеджменту, планированию решений, а также коллективные культурные мероприятия, которые будут способствовать повышению саногенетических механизмов. Второй уровень должен быть направлен на работу с лицами с синдромом «выгорания». К перечисленным выше мероприятиям на данном этапе добавляются психотерапия с ориентацией на решение профессиональных и внутрисемейных проблем, а также тренинги личностного роста и уверенности в себе. При наличии депрессивной симптоматики (третий уровень) требуется подключение психофармакотерапии и патогенетической личностно-ориентированной психотерапии, возможно также семейной психотерапии.

1. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.

ПОТЕРИ И ПРИОБРЕТЕНИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

И.И. Пацакула, З.С. Целенко

Калужский филиал Академии бюджета и казначейства министерства финансов РФ, Калуга, Россия

Калужский государственный педагогический университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия

(Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Калужской области, проект № 07-06-59613 а/Ц)

Всемирная организация здравоохранения рассматривает здоровье личности как источник благополучия повседневной жизни. Уровень здоровья складывается из таких составляющих, как генетические факторы (18-20 %), лечение (7-10 %) и образ (качество) жизни (50-52 %). В настоящее время в обществе меняется отношение людей к работе. Люди теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения, в гарантированности рабочего места. Быстро меняются запросы рынка труда. Падает рейтинг ряда социально значимых профессий – медицинских работников, учителей, учёных. Как следствие, растет психическое, эмоциональное напряжение, которое связано со стрессом на рабочем месте. Выявляются тревога, депрессия, синдром эмоционального выгорания, психосоматические расстройства, зависимости от психоактивных веществ (включая алкоголь, транквилизаторы и др.). Обостряется конкуренция за престижную и высокооплачиваемую работу. Несмотря на это уже сейчас многие россияне понимают, что только здоровье может обеспечить ту работоспособность, которая позволит им находиться на соответствующем социальном уровне современного общества. В связи с этим, в современных условиях особую ценность приобретают такие качества личности, как умение менять стиль поведения, умение четко реагировать на меняющиеся социальные требования, включаться в профессиональные отношения. Таким образом, возникает необходимость выяснения того, каковы особенности реализации индивидуальных возможностей здорового и безопасного существования личности профессионала.

В настоящей работе представлены результаты исследования, позволившего оценить соотношение потерь и приобретений персональных ресурсов медицинских работников и описать потенциал личности медицинских работников, направленный на реализацию индивидуальных возможностей здорового существования. Диагностика осуществлялась с помощью

опросника потерь и приобретений Н.Е. Водопьяновой, М.В. Штерна [2] и «Гиссенского опросника соматических жалоб» [1].

В исследовании приняли участие 20 врачей, (врачи анестезиологи-реаниматологи, 13 мужчин и 7 женщин). Врачи этой категории в силу специфики своей работы становятся непосредственными очевидцами горя других людей, попадая тем самым под категорию третичных жертв. Условия их деятельности предъявляют новые повышенные требования к их ресурсам как профессионалов, важным компонентом которых является психическое здоровье и совладающее поведение. Их самосохранение предполагает сохранение психического здоровья, субъектной целостности, обеспечивающей ориентацию на преодоление проблем жизнедеятельности.

Анализ полученных результатов позволяет нам констатировать следующее. Высокий уровень ресурсности (уровень ресурсности позволяет оценить состояние эмоциональных, мотивационно-волевых, когнитивных и поведенческих возможностей, которые человек актуализирует для адаптации к экстремальным или стрессогенным ситуациям и жизненным событиям) имеют только 36,4 % опрошенных, что позволяет говорить о высоких адаптивных возможностях этих врачей и их толерантности по отношению к стрессам. Средний уровень ресурсности отмечается у 18,2 % испытуемых. Низкий уровень ресурсности, а значит, и низкие адаптивные возможности наблюдаются у 45,6 % опрошенных врачей, что свидетельствует о том, что у данной группы испытуемых личностные ресурсы сокращаются из-за профессиональных или экзистенциальных стрессов. Известно, что потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой неизбежную утрату субъективного благополучия и отражается на состоянии здоровья личности. Об этом свидетельствуют результаты сопоставления полученных нами данных по методике «Опросник потерь и приобретений» и «Гиссенский опросник жалоб». Результаты индивидуальных данных по указанным выше методикам были подвергнуты статистической обработке с целью выявления значимой связи (r – коэффициент корреляции Спирмена) [3]. У всех опрошенных диагностируются низкие значения по шкале «сердечные жалобы»: тяжесть в груди, приступы одышки, сердечные приступы, сердцебиение, ощущение кома в горле. Оказалось, что у испытуемых с низким уровнем ресурсности наиболее интенсивно представлены жалобы ревматического характера: боли в суставах и конечностях, боли в пояснице, шее, затылке, спине, головные боли ($r=0.432$, $p<0.05$). У испытуемых с высоким уровнем ресурсности наиболее интенсивно представлены жалобы, связанные с общим истощением организма: ощущение слабости, повышенная сонливость, быстрая истощаемость, усталость, вялость ($r=0.534$, $p<0.05$). Полученные результаты позволяют нам предполагать, что у этой группы испытуемых существует еще вера в собственные силы, компетентность, что можно рассматривать как важный поддерживающий личностный ресурс, а сам процесс накопления адаптационных возможностей пока еще

можно рассматривать как момент, связанный с «приобретением» ресурсов, но и он, вероятно, близок к некой критической точке. Кроме того, мы можем констатировать, что уровень ресурсности личности отрицательно коррелирует с возникновением жалоб соматического характера.

Библиографический список

1. Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
2. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – 351 с.
3. Тюрин Ю.Н., Макаров А.А. Статистический анализ данных на компьютере / Под ред. В.Э.Фигурнова. – М., 1998. – 528с.

КОНСТРУКТИВНЫЕ И ДЕСТРУКТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Ю.П. Поваренков

*Ярославский государственный педагогический университет
им. К.Д. Ушинского, Ярославль, Россия*

Становление профессионала – это сфера социальной практики, где тесно переплетаются интересы общества и конкретного человека. Для общества профессионализация является прежде всего средством воспроизводства «рабочей силы», без чего невозможно представить ни его существование, ни тем более его развитие. Для конкретного человека профессионализация – это форма включения в социально-экономические процессы общества, способ развития, самореализации и самоактуализации и, наконец, – это источник средств существования.

Высокая практическая значимость проблемы профессионализации делают её объектом исследования различных наук, включая и психологию. Надо признать, что психологическая теория профессионализации личности стала складываться относительно недавно, в 50-х годах XX столетия. И основное внимание на начальных этапах её становления уделялось, и продолжает уделяться и поныне, изучению конструктивной линии профессионального развития личности – то есть изучению тех тенденций профессионализации личности, которые непосредственно связаны с ростом эффективности труда, повышением удовлетворенности его содержанием, созданием оптимальных условий для самоактуализации и самореализации субъекта труда, с организацией психологического сопровождения профессионала.

Однако на практике давно было замечено, что профессиональное развитие может быть не только конструктивным, но и деструктивным. Ещё Козьма Прутков в своё время отмечал, что любой профессионал – это

флюс, подчеркивая тем самым хорошо известный феномен гиперразвития одних качеств человека, которые являются профессионально важными, в ущерб другим, которые таковыми не являются. Психологи достаточно подробно исследовали такие деструктивные феномены, как утомление, монотония, напряжённость и ряд других. Но это феномены, связанные с реализацией профессиональной деятельности. В настоящее время всё большее внимание психологов привлекают деструктивные феномены, которые являются непосредственным результатом профессионального развития человека.

Именно по этой причине в рамках современной психологической теории профессионализации активно осуждаются вопросы о том, что такое профессиональные деструкции, какие психологические факторы и условия способствуют их образованию, как они влияют на профессиональную деятельность и профессиональное развитие, на жизнедеятельность человека в целом. Достаточно остро в теории и на практике стоят вопросы и о том, как препятствовать образованию деструкций, а если они появились, то как нейтрализовать их действие.

Конструктивная линия профессионального развития личности подробно проанализирована в работах отечественных и зарубежных психологов [3, 4, 5]. Менее изученной является деструктивная линия профессионального развития личности. В чём же заключается её психологическое содержание?

В обыденном сознании и на практике негативное влияние профессионализации чаще всего связывают с так называемыми «вредными профессиями», которые ухудшают, а часто и полностью разрушают здоровье человека. Но негативное воздействие профессионализации на развитие субъекта труда не исчерпывается существованием подобного рода профессий. Многочисленные исследования показывают, что часто определенные негативные изменения являются обратной стороной высокого профессионализма человека, и в силу этого их появление представляется неизбежным, своего рода расплатой за высокий профессионализм. Обозначим некоторые подходы к проблеме профессиональных деструкций и проанализируем процесс профессионализации с точки зрения опасности их возникновения.

Э.Ф. Зеер предложил назвать негативные изменения личности, которые возникают в процессе профессионализации и под ее влиянием, деструкциями. «Профессиональные деструкции, – отмечает Зеер, – это изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса» [2]. К этому определению необходимо добавить, что профессиональные деструкции влияют не только на деятельность человека, но и на всю его обыденную жизнь, общение с людьми вне профессиональных рамок. В качестве другого названия подобных нарушений в

психологии используется словосочетание «профессиональные деформации».

Впервые на проблему профессиональной деформации обратили внимание психотехники. Известный отечественный психотехник С.Г. Геллерштейн уже в 1926 году писал о деформации «не только тела, но и психики работника» под влиянием его активного приспособления к специфическим требованиям профессии. Однако необходимо отметить, что деформацию автор понимал широко и, фактически, идентифицировал ее с профессиональным развитием в целом. Он писал: «В отношении к профессиональной работе деформацию следует понимать шире: всякое изменение, наступающее в организме и приобретающее стойкий характер, есть профессиональная деформация, если это изменение вызвано профессиональной работой» [1, С.132].

Данный подход к пониманию профессиональной деформации (деструкции) встречается и в современных исследованиях. Мы будем придерживаться понимания профессиональной деформации, которая дана в определении Э.Ф. Зеер, с соответствующими уточнениями. В противном случае понятия «профессиональные деформации» («профессиональные деструкции») и «профессиональное развитие» должны рассматриваться как синонимы.

Э.Ф. Зеер [2] справедливо считает, что в наибольшей степени профессиональные деформации развиваются у представителей социально-экономических профессий, которые постоянно взаимодействуют с людьми (врачи, педагоги, милиционеры, руководители разного уровня и т.д.). Представляет интерес классификация профессиональных деструкций, предложенная Э.Ф. Зеер для профессий данного типа. Остановимся на ней более подробно:

– общепрофессиональные деформации, типичные для работников конкретной профессии; эти инвариантные особенности личности и поведения профессионалов прослеживаются у большинства работников с большим стажем работы по данной профессии (деформации, характерные для учителей, врачей, юристов, научных работников и т.д.);

– специальные профессиональные деформации, возникающие в процессе специализации в рамках профессии (например, в рамках профессии врача можно говорить о деформациях характерных для хирургов, психиатров, гинекологов, анестезиологов и т.д.);

– профессионально-типологические деформации, обусловленные наложением индивидуально-психологических особенностей личности на психологическую структуру деятельности (деформации профессиональной направленности, деформации обусловленные профессиональным опытом и одаренностью, характерологические деформации);

– индивидуализированные деформации, обусловленные индивидуальными особенностями работников, которые проявляются в разных профессиях [2].

В.Е. Орел предлагает несколько иной подход к классификации профессиональных деформаций, а именно по месту их проявления в структуре личности. Он выделяет деформации, проявляющиеся в мотивационной, познавательной сферах личности, на уровне ее характерологических качеств.

Для понимания развития деструктивных феноменов в процессе профессионального развития представляет интерес подход к данной проблеме Д.Н. Завалишиной. Она исследует данную проблему с точки зрения способа, которым субъект труда разрешает противоречие между профессией и индивидуальностью. В частности, утверждается, что если специалист остается в рамках данного противоречия, в рамках системы «человек профессия» и не выходит на уровень осмысления своего профессионального бытия с позиций системы «человек и мир», то для него характерны три специфические формы существования в профессии: адаптивно-репродуктивная, адаптивно-деформирующая и дезадаптивно-деформирующая. Два последних способа, как это следует из названия, непосредственно связаны с возникновением профессиональных деструкций.

Адаптивно-деформирующий тип существования в наибольшей степени характерен для профессионалов, обладающих компетентностью в узкоспециализированной области (форма гиперспециализации) и способных обеспечивать высокую эффективность труда. В данном случае профессиональная деятельность отгораживает субъекта от нормальных отношений с миром и препятствует использованию этих отношений в труде, что способствует развитию процессов застоя и стагнации.

Существенной характеристикой дезадаптивно-деформирующего варианта существования в профессии является мобилизация субъектом всего арсенала психологических защит, которые обуславливают искаженное отражение профессиональных проблем или полное их игнорирование.

Обобщая существующие подходы к данной проблеме и учитывая специфику профессионального развития, можно обозначить те точки данного процесса, которые наиболее чувствительны к образованию профессиональных деструкций.

Библиографический список

1. Геллерштейн С.Г. Вопросы психологии труда // Психологическая наука в СССР. Т. 2. – М., 1960
2. Зеер Э.Ф. Психология профессий. – М., 2005
3. Климов Е.А. Психология профессионала: Избр. психол. тр. – М.; Воронеж, 1996.
4. Маркова А.К. Психология профессионализма. – М., 1996
5. Поваренков Ю.П. Психологическое содержание профессионального становления человека. – М., 2002

К ВОПРОСУ РОЛИ ЭТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

С.А. Подсадный, В.Ю. Слабинский

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Начиная с 70-х годов прошлого века большое внимание уделяется сохранению психического здоровья специалистов помогающих профессий. С. Maslach [2] формулирует понятие синдрома выгорания как «эмоциональное истощение, следующее из стресса межличностного взаимодействия», определяя выгорание как синдром физического и эмоционального истощения, включающий развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам. Подчеркивая связь «синдрома эмоционального выгорания» и особенностей коммуникативной сферы человека, она выделяет в качестве одной из основных причин «близкий контакт с людьми, который, с эмоциональной точки зрения, часто очень трудно поддерживать продолжительное время».

Помогая другим, врачи, психологи, учителя, спасатели и др. подвергаются воздействию сильных стрессовых факторов, связанных с человеческой коммуникацией и напрямую отражающих специфику их деятельности, в том числе исторически сложившиеся этические коллизии, что приводит к нарушению адаптации и формированию синдрома «эмоционального выгорания». По мнению С. Cherniss [1], «выгоревший профессионал» не способен к какому-либо приспособлению или сопротивлению, он истощен и склонен к развитию соматических симптомов: головных болей, гипертонии, язвенной болезни или других заболеваний.

Данный синдром имеет не только клинические (апатия, эмоциональная лабильность, психосоматические расстройства, алкоголизация), но и социальные симптомы, такие как профессиональная непригодность, резкий рост аварийности в работе, конфликтность и др. Несмотря на актуальность проблемы, в настоящее время не существует общепринятой, научно обоснованной модели реабилитации таких специалистов. Оставляя в стороне проблему исследования и доказательства эффективности того или иного метода лечения и реабилитации, остановимся на объективных факторах, приведших к сложившемуся положению дел.

1. Отсутствие признанной научной концепции патогенеза синдрома эмоционального выгорания, как следствие проблема диагностики и терапии.

2. Недостаточное внимание социальных институтов к данной проблеме, результатом чего является рост потерь рабочего времени и текучка кадров.

3. Дефицит специалистов, умеющих оказывать профессиональную, качественную, своевременную помощь «нуждающимся профессионалам».

Сотрудники кафедры психотерапии СПб ГМА им. И.И. Мечникова (психотерапевты, психологи, психиатры) уже длительное время работают над решением проблем психотерапии пострадавших от катастроф и реабилитации профессионалов, оказывавших им помощь. Отличительной особенностью этих исследований и созданных в результате прикладных технологий являются научность, этичность и практическая значимость.

Во многом на возникновение феномена эмоционального выгорания влияют иррациональные базисные убеждения человека, структурирующие его личностный и профессиональный опыт. Экзистенциальный смысл этих убеждений заключается в формировании самооценки и соотнесении своего опыта с результатами работы других людей. Опираясь на убеждения, человек ощущает, успешен он или нет, находит смысл своего существования. Эти же убеждения определяют мотивацию к работе. Рассмотрим данную идею на примере работы психолога и психотерапевта.

Более 25 веков в европейской культуре формировались и изменялись различные моральные принципы и правила, сопровождавшие многовековое существование мировой медицины. Различные нравственные регуляторы, функционировавшие на разных этапах развития общества – религиозные, культурные, этнические, социально-экономические, – влияли на формирование этических моделей и в медицине. В настоящее время, учитывая все многообразие врачебного нравственного опыта, можно выделить четыре сосуществующие модели: модель Гиппократа (принцип «не навреди»); модель Парацельса (принцип «делай добро»); деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»); биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).

Конфликты между этими моделями, возникающие на уровне неосознаваемых рефлексий психолога, работающего с пострадавшими, расщепляют его идентичности, лишают его ощущения собственной успешности, правильности и необходимости выполняемой работы и приводит к его эмоциональному выгоранию. Психолог стремится «делать добро», то есть имеет понимание цели своей работы (восстановление психического здоровья), которая зачастую вступает в противоречие с сиюминутной потребностью пострадавшего (в покое, самоуничтожении, чувстве вины), обусловленной клинической спецификой его состояния, что приводит к конфликту моделей Парацельса и биоэтики. Профессионально успешный психотерапевт испытывает давление, обусловленное собственным перфекционизмом и ожиданиями окружающих, побуждающее его работать через «не хочу»,

не только свое, но и клиента, что приводит к конфликту моделей деонтологии (не смотря ни на что, выполняй долг) и биоэтики. Конфликт моделей деонтологии и Гиппократата (не навреди) вызван сомнением профессионала в научной обусловленности применяемых методик, стремлением к краткосрочности и бережности в психотерапии.

Понимание механизмов, провоцирующих развитие эмоционального выгорания, позволяет разрабатывать программы реабилитации специалистов, направленные на разрешение внутриличностных конфликтов, возникших на уровне иррациональных базисных убеждений, воссоздание глубинных идентичностей; реконструкцию отношений личности, восстановление психического и физического здоровья профессионалов.

Библиографический список

1. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study // J. of Organizational Behavior. – 1992. – V. 13(1). – P. 1–11.
2. Maslach C. How people cope. - Public Welfare, Spring, 1978. – 56 p.

ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

И.Г. Сенин

*Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова
Ярославль, Россия*

(Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта Российского гуманитарного научного фонда)

Напряженные условия жизни в современном обществе, ведущие к возникновению разного рода негативных психических состояний личности во многом определяют необходимость изучения феномена психического выгорания как отдельной психологической категории.

Одной из основных задач исследования психического выгорания является изучение его природы, тех внутренних факторов, которые, так или иначе, влияют на его возникновение и динамику его протекания. Одним из путей решения этой задачи, с нашей точки зрения, может стать исследование взаимосвязей психического выгорания с различными индивидуальными особенностями человека. В первую очередь это касается интеллектуальных, мотивационных и характерологических свойств личности.

Исходя из этого, нами было проведено исследование, касающееся изучения взаимосвязей синдрома психического выгорания и рядом базовых характерологических особенностей личности.

Методический аппарат исследования состоял из двух психодиагностических методик: Личностный опросник NEO PI-R [1] и Опросник пси-

хического выгорания для работников социальных профессий (ОПВ-СП) [2].

Личностный опросник NEO PI-R является комплексной методикой диагностики личности взрослого человека. Она включает в себя пять основных шкал, каждая из которых, в свою очередь состоит из шести подшкал. Общая структура опросника представлена в таблице 1.

Таблица 1

Шкалы и подшкалы опросника NEO PI-R

N: Нейротизм	N1: Тревожность N2: Враждебность N3: Депрессия	N4: Рефлексия N5: Импульсивность N6: Ранимость
E: Экстраверсия	E1: Сердечность E2: Общительность E3: Настойчивость	E4: Активность E5: Поиск возбуждения E6: Позитивные эмоции
O: Открытость опыту	O1: Фантазия O2: Эстетика O3: Чувства	O4: Действия O5: Идеи O6: Ценности
A: Сотрудничест- во	A1: Доверие A2: Честность A3: Альтруизм	A4: Уступчивость A5: Скромность A6: Чуткость
C: Добросовест- ность	C1: Компетентность C2: Организованность C3: Послушность долгу	C4: Стремление к достижениям C5: Самодисциплина C6: Обдумывание поступков

Методика ОПВ-СП, предполагает как оценку выраженности трех основных компонентов психического выгорания («Психоэмоциональное истощение (ПИ)», «Деперсонализация (Д)», «Самооценка профессиональной эффективности (СПЭ)», так и оценку общего индекса психического выгорания (ИПВ), который определяется как сумма его трех компонентов. Опросник был разработан с целью применения на специалистах широкого круга профессий социального типа.

Общая задача исследования состояла в том, чтобы определить наиболее тесные взаимосвязи между базовыми характеристиками личности, с одной стороны и основными характеристиками психического выгорания с другой стороны. В качестве основной исследовательской процедуры использовался подсчет коэффициента линейной корреляции Пирсона.

Выборка состояла из 107-ми испытуемых – представителей профессий социального типа. Возрастной диапазон выборки от 25 до 50 лет.

В ходе исследования наиболее тесные связи психического выгорания были обнаружены:

1) с повышенными оценками по шкале нейротизма и его составляющими – тревожность, враждебность, импульсивность;

2) с пониженными оценками по шкале экстраверсии и ее составляющими – сердечность, общительность, активность, позитивные эмоции;

3) с пониженными оценками по шкале сотрудничества и его составляющими: альтруизм и чуткость.

Таким образом, в результате проведенного исследования были получены данные относительно ряда взаимосвязей базовых личностных характеристик и различных составляющих психического выгорания, что в какой-то мере позволяет сделать вывод о тех личностных детерминантах, которые способствуют возникновению феномена психического выгорания.

Библиографический список

1. Орел В.Е., Сенин И.Г. Личностный опросник NEO PI-R: Руководство / НПЦ «Психодиагностика». – Ярославль, 2004.

2. Орел В.Е., Сенин И.Г. Опросник психического выгорания для работников социальных профессий / НПЦ «Психодиагностика». – Ярославль, 2005.

«ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЫГОРАНИЕ» ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВУЗА: ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

И.И. Серегина, Л.И. Щербич

*Московский технический университет связи и информатики,
Российская таможенная академия, Москва, Россия*

Отчуждение от работы, холодная рассудочность, значительное снижение эмоционального сочувствия, сопереживания, постоянная усталость от профессиональных обязанностей, вызванные длительным психологическим перенапряжением, ведут к исчезновению остроты и новизны чувств и переживаний. Скука и пустота в душе преследуют человека. Ничто не волнует, даже близкие и дорогие родственники, от всего вокруг отстраняется личность, у которой появляется «психологическое выгорание». Неприязнь и раздражение по отношению к студентам доминируют у преподавателя, «выгоревшего на работе». Все безразлично, мир безразличен... Порой такой преподаватель выплескивает на студента свою раздражительность.

Интерес к профессии педагога, который связан с характером и содержанием труда, возможностями приобретения новых знаний и опыта, постепенно снижается до «нулевой отметки». Радость от переживаний за ученика, который постепенно формируется как специалист в определенной области, уходит безвозвратно. Появляется усталость от труда, который все меньше удовлетворяет педагога. Этот труд становится для него тяжелым бременем. Преподаватель устает от общения с молодежью, с постоянно меняющимся контингентом студентов, который становится все более сложным и труднее обучаемым. Не радуют даже достижения учеников. Тем более что нерадивых студентов много, а талантливых – единицы.

С течением времени у преподавателя сокращается время на отдых и личную жизнь.

Все это изменяет целевую направленность преподавателя, его мотивацию. От стремления к познанию нового в науке, которую преподает педагог, интереса к профессии, потребности в передаче этих знаний студентам внезапно происходит переход к полной индифферентности (и даже не любви) к профессиональной деятельности.

Причины такого «психологического выгорания» разные:

1. Семестр за семестром преподаватель работает с новыми людьми. При этом с каждым годом становится заметнее тенденция негативного отношения студентов к учебе. Студенты, набираемые в вуз каждый год, значительно отличаются друг от друга по многим качествам: мотивации к учебе, прилежанию, поведению. Лишь некоторые являются «звездочками» среди «серой» по уровню знаний и интеллекта массы студентов. Особенно «неуютно» себя чувствуют преподаватели, ведущие так называемые «непрофильные предметы».

2. Преподаватель призван давать современные знания, совершенствовать мастерство, усваивать все новую и новую информацию. Трансформации общественного уклада, происходящие в современной России, оказывают влияние на все сферы жизни, в том числе и на образовательную систему. Реформирование образования, проводимое в последние пятнадцать лет, не достигает заявляемой цели. Характерно, что реформаторство в российском образовании связано с уменьшением объема учебных часов по дисциплинам с одновременным увеличением аудиторной нагрузки на каждого преподавателя, усложнением требований к организации занятий, изъятием некоторых учебных дисциплин из курса обучения. Все это приводит к тому, что преподаватель вынужден осваивать все новые курсы дисциплин.

3. Обостряется состояние психологической напряженности в деятельности преподавателя в связи с увеличением нагрузки, психологическими особенностями студентов, снижением, как правило, их подготовленности к обучению в вузе, недисциплинированностью, небрежным отношением к учебе даже в период сессии. Все перечисленные проблемы связаны с эмоциями, чувствами, эмоциональными состояниями вузовского преподавателя. Любое отклонение в негативную сторону способствует неудовлетворенности собой и даже профессией. Преподаватель разочаровывается в профессии настолько сильно, что вообще жалеет, что стал заниматься педагогической деятельностью.

4. Постоянный контроль за правильностью своей речи, использованием невербальных средств общения во время проведения лекций и практических занятий и одновременное отслеживание дисциплины студентов, которые не всегда интересуются учебным материалом, излагаемым преподавателем.

давателем, влекут за собой чрезмерное психическое напряжение, эмоциональную перегрузку.

5. Снижение мотивации студентов к качественному выполнению учебных заданий, к стилю своей учебной деятельности, творчеству в избранной профессиональной области свидетельствует об изменении ценностных установок студентов – весь спектр их отношений к своим учебным обязанностям вызывает негодование и обиду у преподавателей, что способствует снижению требовательности к студентам, но это не решает проблему исправления нерадивого студента, а только усугубляет ее. Получается замкнутый круг: снижение требований – снижение ответственности – снижение требований и т. д. В таких условиях преподаватель, не удовлетворенный своей профессиональной деятельностью, своим социальным и психологическим статусом, испытывает желание поменять работу либо относится к ней как к тяжкому бременю.

6. Низкая, не соответствующая вложенным эмоциональным и физическим силам и времени зарплата вынуждает преподавателя идти на дополнительные заработки: либо увеличивать нагрузку, работать на полторы ставки, либо искать работу по совместительству, что еще больше утомляет и не дает морального удовлетворения. Так, преподаватели могут вести занятия в двух-трех, а то и более образовательных учреждениях. Признаками эмоционального истощения становятся:

- сомнения в полезности своего дела и правильности избранного жизненного пути;
- ощущение безысходности, особенно если преподаватель перешагнул пенсионный рубеж;
- переживания своей профессиональной несостоятельности приводит к упадочническому настроению, плохому самочувствию;
- негативное отношение к системе образования, к коллегам, руководству вуза, министерским работникам;
- исчезновение видения перспектив выхода из сложившегося положения;
- замена продуктивной творческой деятельности формальным исполнением обязанностей;
- нарушения трудовой дисциплины: опоздание на работу, сворачивание занятий;
- отпрашивание с работы по причинам плохого самочувствия;
- игнорирование студентов, вплоть до отказа в ответе на приветствие;
- избегание внеаудиторного общения со студентами в результате полного отсутствия интереса к ним;
- возникновение деперсонализации личности преподавателя: педагог не ощущает социальной значимости своей деятельности, проявляются невротоподобные или психопатические состояния, несовместимые со статусом преподавателя;

- соматические заболевания, недомогания становятся постоянными «спутниками» преподавателя.

При таких признаках «выгорания», как деперсонализация, появлении невротоподобных или психопатических состояний, обострении хронических соматических заболеваний, недомоганиях, преподаватель видит только два выхода – сменить сферу деятельности либо идти на компромисс с самим собой: оставаясь работать на прежнем месте, меньше уделять времени работе во внеаудиторное время.

К сожалению, нередко бывает невозможно сменить сферу деятельности и профессию (хотя иногда это и удается). Не всегда преподаватель готов к тому, чтобы снизить рабочий темп, изменить отношение к работе, поскольку проявляется некоторая ригидность в его мышлении и поведении.

Такое безвыходное положение, если оно длится долго, приводит к множеству болезненных состояний, хотя это, пожалуй, одно из самых легких последствий «психологического выгорания» преподавателя, работающего в российской высшей школе.

Библиографический список

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М., 1996.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб., 1999.
3. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005.
4. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. – СПб.: Питер, 2005.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ У РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

М.М. Скугаревская

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь*

Синдром эмоционального выгорания характеризуется психическим, эмоциональным физическим истощением, развивающимся вследствие воздействия хронических межличностных, эмоциональных стрессоров на рабочем месте. В данном синдроме, как правило, выделяют три компонента: эмоциональное истощение, личностную отстраненность (негативная, отстраненная реакция на пациентов, клиентов) и редукцию личностных достижений (утрата ощущения успешности, результативности и перспективы профессиональной деятельности).

Целью нашего исследования было изучение возможных личностных и ситуационных предпосылок развития синдрома эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья Республики Беларусь.

В анонимном исследовании участвовали психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты и медицинские психологи из различных учреждений амбулаторного и стационарного звеньев медицинской помощи различных областей Республики Беларусь (всего 271 человек). Женщин было 163 (60 %), мужчин 108 (40 %). В нашем исследовании мы использовали ряд адаптированных психодиагностических методик, в частности методику оценки уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко, шестнадцатифакторный личностный опросник (16 PF). Шестнадцатифакторный личностный опросник (Р. Кэттел) предназначен для измерения 16 личностных факторов и является реализацией подхода к исследованию личности на основе характеризующих ее черт. Нами анализировались 16 факторов первого порядка и 4 фактора второго порядка (QI—QIV). Также нами оценивался ряд социально-демографических характеристик: пол, возраст, стаж работы по специальности, место работы, субъективная оценка психологического климата в рабочем коллективе, отношений с начальством, рабочая нагрузка (количество ставок), семейный статус, психологический климат в семье и др.

Для оценки значимости вклада исследуемых параметров в развитие синдрома эмоционального выгорания использовался метод пошаговой множественной регрессии. Данный статистический метод позволяет вычислить воздействие изменений значений предикторов (независимых переменных) на значение зависимой переменной (в данном исследовании – суммарный балл опросника В.В. Бойко). Приведенные нами частные коэффициенты регрессии (β) описывают единичный вклад каждой независимой переменной в определение значений исследуемого показателя. В разработанных нами регрессионных моделях наиболее значимыми предикторами эмоционального выгорания были следующие:

- 1) личностная тревожность (фактор QII по шестнадцатифакторному личностному опроснику Р.Кеттелла) ($\beta=0,493$, $p<0,001$);
- 2) неудовлетворенность заработной платой ($\beta=0,228$, $p<0,001$);
- 3) плохой психологический климат в рабочем коллективе ($\beta=0,200$, $p<0,001$);
- 4) семейное положение (в разводе) ($\beta=0,144$, $p<0,05$);
- 5) работа в стационаре ($\beta=0,122$, $p<0,05$).

Указанные переменные объясняют 45 % дисперсии суммарного показателя выгорания (коэффициент множественной регрессии $R=0,67$). Причем изолированный фактор тревожности объяснял около 28 % дисперсии выгорания. Этот факт подтверждает значимость личностных особенностей в развитии синдрома эмоционального выгорания. В уравнение множественной регрессии не вошли факторы, значимость которых была

показана корреляционным анализом: эмоциональная неустойчивость (фактор С), склонность к чувству вины (фактор О), подозрительность (фактор L), робость (фактор Н), фрустрированность (фактор Q4) и др. Это объясняется проблемой мультиколлинеарности в регрессионном анализе, т.е. интеркорреляцией независимых переменных, которые в данном случае тесно связаны с показателем тревожности. Полученные нами данные согласуются с данными испанских авторов, показавших высокое значение тревожности в развитии синдрома выгорания у работников скорой помощи [1]. Среди израильских психиатров черты личностной тревожности отвечали за 48 % вариаций выгорания [3]. В то же время другие исследователи не придают существенного значения личностным особенностям как предпосылкам развития выгорания и считают основополагающим наличие организационных проблем (слишком большая рабочая нагрузка, недостаточная возможность контролировать ситуацию, отсутствие организационной общности, недостаточное моральное и материальное вознаграждение, несправедливость, отсутствие значимости выполняемой работы) [2].

Субъективная неудовлетворенность заработной платой как предиктор выгорания характеризует важный аспект материального вознаграждения за работу, который наряду с моральным вознаграждением, по мнению С. Maslach и др. (2001), является одним из ключевых аспектов, влияющих на развитие синдрома эмоционального выгорания [Там же].

Психологический климат на работе респонденты в нашем исследовании оценивали как хороший, удовлетворительный или плохой. Чем хуже отношения между сотрудниками в рабочем коллективе, тем выше риск развития выгорания. Показано, что хронический неразрешенный конфликт на рабочем месте является одним из наиболее мощных стрессогенных факторов, так как продуцирует постоянные негативные чувства или фрустрацию, снижает вероятность социальной поддержки [2].

Фактор семейного положения также оказался связан с выраженностью эмоционального выгорания. Максимальные показатели выгорания были у разведенных лиц, минимальные – у одиноких, ранее не состоявших в браке. Промежуточные значения были у респондентов, имеющих семью.

Также значимой для респондентов оказалась работа в стационаре, где показатели выгорания выше, чем в диспансерах. Возможно, это связано со спецификой пациентов, тяжестью их состояния, с необходимостью постоянного наблюдения за больными с аффективными и бредовыми расстройствами, ответственностью за суицидальных пациентов. Наши данные согласуются с данными Р. Thornton, который обнаружил более высокие показатели выгорания среди психиатров, работающих со стационарными пациентами, в отличие от работающих с амбулаторными [4].

Таким образом, важными предпосылками развития синдрома эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья являются как личностные, так и ситуационные характеристики.

Ключевую роль в развитии синдрома эмоционального выгорания играют личностная тревожность и другие, ассоциированные с нею личностные характеристики (эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, фрустрированность, подозрительность, робость, застенчивость, импульсивность). Изолированный фактор тревожности объясняет около 28 % вариаций показателей синдрома эмоционального выгорания.

Библиографический список

- 1.Cebria J., Segura J., Corbella S. et al. Rasgos de personalidad y burnout en medicos de familia // Atencion Primaria. – 2001. – V.27. – N.7. – P. 459–468.
- 2.Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job Burnout // Annual Review of Psychology. – 2001. – V.52. – P. 397–422.
- 3.Naisberg-Fennig S., Fennig S., Keinan G., Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists // Stress Medicine. – 1991. – V.7. – P. 201–205.
- 4.Thornton P.I. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers // Journal of Psychology. – 1992. – V.126. – N.3. – P. 261–271.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ЕГО РАЗВИТИЯ

*М.М. Скугаревская, С.А. Игумнов, В.Н. Склема
ГУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница
Минздрава Республики Беларусь», Минск, Белоруссия
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Белоруссия*

Синдром эмоционального выгорания (burnout syndrome) – это состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического стресса на работе. Развитие данного синдрома характерно в первую очередь для профессий системы «человек – человек», где доминирует оказание помощи людям (врачи, медицинские сестры, учителя, социальные работники). Синдром эмоционального выгорания рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте и соответствует третьей стадии общего адаптационного синдрома (Г. Селье) — стадии истощения [1].

Диагностическим эквивалентом синдрома эмоционального выгорания в международной классификации болезней 10-го пересмотра Z 73.0 «Выгорание» (burnout) в русской версии стало в свое время не совсем точно переведенное как «переутомление». Хотя нозологическая принадлежность синдрома эмоционального выгорания дискутируется. В ряде случаев эквивалентом может считаться диагноз F 43.0 «Расстройство адаптации» (однако продолжительность нарушений при этом не должна превышать 6 месяцев) или F 48.0 «Неврастения» [2].

Развитие синдрома эмоционального выгорания носит стадийный ха-

ракти. Сначала наблюдаются значительные энергетические затраты (часто как следствие экстремально положительной установки на выполнение профессиональной деятельности). По мере развития синдрома появляется чувство усталости, постепенно сменяющееся разочарованием; снижение интереса к своей работе.

Синдром эмоционального выгорания развивается согласно определенным фазам [3]:

1. Предупреждающая фаза:

а) чрезмерное участие (чрезмерная активность, чувство незаменимости, отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований, ограничение социальных контактов);

б) истощение (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев).

2. Снижение уровня собственного участия:

а) по отношению к сотрудникам, ученикам, пациентам и т.д. (потеря положительного восприятия коллег, переход от помощи к надзору и контролю, приписывание вины за собственные неудачи другим людям, проявления негуманного подхода к людям);

б) по отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки);

в) по отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности, искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени, акцент на материальном аспекте при одновременной неудовлетворенности работой);

г) возрастание требований (потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях, ощущение, что другие люди «используют» тебя в своих интересах, зависть).

3. Эмоциональные реакции:

а) депрессивное настроение (постоянное чувство вины, снижение самооценки, лабильность настроений, апатия);

б) агрессия (защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах, отсутствие толерантности и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружением).

4. Фаза деструктивного поведения:

а) сфера интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий, ригидность мышления, отсутствие воображения);

б) мотивационная сфера (отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям);

в) эмоционально-социальная сфера (безразличие, избегание неформальных контактов, отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу, избегание тем, связанных с работой, одиночество, отказ от хобби).

5. Психосоматические реакции: снижение иммунитета, неспособность к релаксации в свободное время, бессонница, сексуальные расстройства, повышение артериального давления, тахикардия, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя, наркотиков.

6. Разочарование: отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, экзистенциальное отчаяние, безысходность.

Библиографический список

1. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva: WHO, 1992.
3. Felton, J.S. Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers // Occupational medicine. – 1998. – Vol.48. – P. 237–250.

К ВОПРОСУ ГРУППОВОЙ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»

В.Ю. Слабинский, С.А. Подсадный

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Психофизиологические изменения, наблюдающиеся у профессионалов, оказывающих помощь людям, находятся в фокусе многочисленных исследований. В 1974 году Х. Дж. Фрейденберг (Freidenberg H.G.) предложил трактовать их как «burnout» [2]. С. Maslach формулирует понятие синдрома выгорания как «эмоциональное истощение, следующее из стресса межличностного взаимодействия» [5]. Подчеркивая связь «синдрома эмоционального выгорания» и особенностей коммуникативной сферы человека, она выделяет в качестве одной из основных причин «близкий контакт с людьми». Ряд авторов [1, 2, 5] указывают, что для формирования клинических проявлений синдрома важна не только сила стресса, но и продолжительность его воздействия. С. Cherniss [4] приравнивает «эмоциональное выгорание» к третьей стадии общего синдрома адаптации – стадии истощения, подчеркивая, что момент перехода стресса в выгорание четко не определен. В то же время, ограничения описательного подхода в изучении «синдрома эмоционального выгорания» дали основания ряду исследователей [2, 3] утверждать, что «эмоциональное выгорание» – это не научный конструкт, а запоминающаяся и неточная метафора. Тенденция к психологизации синдрома осложняет своевременную его диагностику и психотерапию.

Обобщая вышесказанное, а также собственный опыт психотерапии синдрома «эмоционального выгорания», накопленный с 1993 года, можно утверждать, что методом выбора является групповая позитивная психодинамическая психотерапия (психологический тренинг). Данный подход позволяет преодолеть сопротивление (дезадаптивные реакции) «выгоревших» профессионалов, обеспечивает широкий охват участников и готовит их к более глубокой психотерапевтической работе в рамках индивидуальной психодинамической психотерапии. В нашем опыте групповая работа строится с учетом пятишаговой модели позитивной психодинамической психотерапии, что позволяет психотерапевту интегрировать разнообразные технические приемы: ролевые игры, многоуровневую коммуникацию, релаксацию и др. Видеть динамику развития группы, быть активным участником тренинга (образцом для подражания для других членов группы), находясь в то же время в метапозиции по отношению к группе.

1. Стадия дистанцирования/наблюдения. На начальном этапе групповой работы основной задачей является создание атмосферы доверия и доброжелательности в группе. Этому способствует принятие участниками правил поведения во время тренинга, выполнение несложных разогревающих упражнений («Снежный ком», «Поменяйтесь местами», «Ток», «Ассоциации»), которые позволяют участникам познакомиться, лучше узнать друг друга, снизить уровень напряжения в группе, проявить творческие способности. Используя шутки, юмористические истории, анекдоты, психотерапевт через смех способствует созданию атмосферы доброжелательности в группе.

2. Стадия инвентаризации. На этой стадии проводится диагностика группы в целом и каждого участника в отдельности. Для этой цели используются диагностические упражнения («Место под солнцем», «Мышеловка», «Социальный атом») и экспериментально-психологические методики. Для участников с синдромом «эмоционального выгорания» характерны: реакции ухода от конфликтных ситуаций в общение и замещающую деятельность (действия, не связанные с разрешением конкретной ситуации), высокий уровень тревоги, направленной на будущее; ведущий мотив – бегство от неудачи. Среди актуальных способностей, задействованных во внутреннем конфликте «сгоревших профессионалов», можно выделить (по данным WPPF): вежливость – открытость, справедливость – бережливость.

3. Стадия ситуативного ободрения. Психотерапевт концентрируется на поощрении позитивных изменений у участников группы, используются поведенческие техники изменения сложившейся ситуации, позволяющие апробировать и закрепить новые ролевые модели и поведенческие стратегии. На этой стадии активно применяется механизм обратной связи, тем самым осуществляется переход от этапа психотерапии в группе к этапу психотерапии группой. Участники учатся поддерживать друг друга, вы-

ражать свои чувства социально приемлемыми способами. Могут использоваться такие упражнения, как «Комплименты», «Волшебный магазин», в котором участники группы могут продать ненужные им душевные качества и приобрести качества, которые помогут им адаптироваться к мирной жизни, «Образ идеального Я».

4. Стадия вербализации. На этой стадии стимулируется развитие способности пациентов к самостоятельному осознанию своих проблем, их возможных причин и механизмов самопомощи, участник группы поощряется к роли психотерапевта для своей семьи. Происходит моделирование ситуаций, с которыми участники тренинга сталкиваются или могут столкнуться в реальной, повседневной жизни: поведение в конфликтной ситуации, разговор с близкими людьми и т.д. Участники группы учатся конструктивно разрешать конфликты, отстаивать свою точку зрения, убеждать в своей правоте и, в то же время, уметь идти на компромисс и быть готовыми к сотрудничеству. На этой стадии могут использоваться обсуждение в малых группах (тройках, пятерках), социодрама, ролевые игры. Пациенты в качестве «вспомогательных Я» привлекаются к проигрыванию различных социальных ролей в психотерапевтической работе других членов группы, что помогает им приобрести необходимый опыт и способствует лучшему перенесению навыков, полученных на тренинге, в реальную жизнь.

5. Стадия расширения целей. Происходит проверка произошедших изменений, намечаются новые жизненные цели, ставятся новые задачи. Психотерапевт ставит перед участниками вопросы, затрагивающие экзистенциальную проблематику: в чем заключается смысл жизни, есть ли жизнь после смерти и т.д. Участники группы в ходе упражнений моделируют свое возможное будущее, «примеряют его на себя», оценивают его с различных точек зрения. Принимают на себя ответственность за собственную жизнь. На этой стадии могут использоваться упражнения: «Я через 5 лет», «Моя семья через 10 лет», «Мое будущее», «Ожидания», ролевые игры. Психотерапевт стимулирует пациентов к поиску ответа на вопросы «Кто я?», «В чем смысл моей жизни?», также к построению новых жизненных планов, основывающихся на полученных ответах.

Завершается работа в группе подведением итогов, оценкой участниками группы и психотерапевтом эффективности прошедшей работы. Пациенты оказывают словесную и невербальную поддержку друг другу. Применяются психотехники: «Я сегодня поняла...», «Чемодан», «Веночек пожеланий». Участники заполняют анкеты обратной связи.

На всех пяти стадиях психотерапии используются техники релаксации. Эти техники повышают концентрацию внимания участников группы. Релаксация помогает снять напряжение, уменьшает чувство тревоги и депрессию, аффективную загруженность. Кроме этого участие в релаксации дисциплинирует участников тренинга, помогает развить «чувство локтя в

группе», установить доверительные взаимоотношения. На стадии «расширения целей» участники посредством релаксации и «активного направленного воображения» развивают творческое мышление, обучаются находить новые, нестереотипные выходы из проблемных ситуаций.

Библиографический список

1. Пеев И. Възможности за приложение на психотерапевтични методи в подготовката на съвременната армия – проблеми и перспективи. – Варна: Военно издателство, 2003. – 391 с.
2. Усанина С.В., Слабинский В.Ю. К вопросу синдрома эмоционального выгорания // Позитум. – 2002. – № 3. – С. 63–67.
3. Burisch.M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burn-out. In professional Burn - out: Recent Developments in Theory and Research. – London: Taylor and Francis, 1993. – P.75–93.
4. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study // J. of Organizational Behavior. – 1992. – V. 13(1). – P. 1–11.
5. Maslach C. How people cope. – Public Welfare, Spring, 1978. – 56 p.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ОТНОШЕНИЯ КО ВРЕМЕНИ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗОВ

Е.С. Старченкова

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург, Россия

Профессия преподавателя вуза традиционно относится к числу наиболее подверженных развитию синдрома выгорания. Особенно следует отметить то, что современные преподаватели оказываются под все возрастающим давлением рабочей нагрузки профессионального характера, увеличением объема и интенсификацией смены знаний, усложнением их системы, что приводит к информационной перегрузке и информационному стрессу. Данные трудности наряду с естественным процессом истощения эмоциональной сферы в силу специфики работы специалиста «помогающих» профессий приводят к стремительному развитию профессионального выгорания у российских педагогов.

В психологии накоплены данные о том, как различные психические состояния влияют на переживание времени личностью, однако в отношении синдрома выгорания подобных данных нет. Личностная организация времени целостно может быть представлена в единстве трех основных ее структурных компонентов – переживание, осознание и временная организация деятельности. Можно предположить, что осознанное и активное управление временным ресурсом, наличие временной перспективы, включающей важные цели личностного и профессионального развития, будет способствовать повышению стрессоустойчивости личности и препятствовать развитию синдрома выгорания. Многие исследователи подчеркивают,

что упущенное время снижает жизненный потенциал личности, ведет к потере профессионализма, дезорганизует деятельность личности [2]. Способность к организации времени, его использование как ценности для саморазвития, самосовершенствования представляет собой важнейшую жизненную способность личности [1].

Цель исследования состояла в изучении взаимосвязи отношения ко времени и профессионального выгорания у преподавателей СПбГУ ($n=60$). В исследовании были использованы: опросник «Профессиональное выгорание» (Водопьянова, Старченкова, 1998); «Семантический дифференциал времени» (Вассерман и др., 2003). Результаты исследования показали, что профессиональное выгорание у преподавателей было выражено в средней степени, при этом 27 % имели низкий уровень выгорания, 36 % – средний, 37 % – высокий.

Анализ взаимосвязей между синдромом выгорания и отношением ко времени показал, что выгорание связано с негативным отношением к настоящему времени. Все три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личных достижений отрицательно коррелировали с такими факторами отношения к настоящему времени, как «эмоциональная окраска» ($p<0,01$), «величина» ($p<0,01$), «средняя оценка настоящего времени» ($p<0,01$). Время у преподавателей с высоким уровнем выгорания переживается как неинтересное, незаполненное, плоское, тусклое, что в целом отражает неудовлетворенность, сниженную мотивацию и пессимистическое отношение к настоящему. Эмоциональное истощение также отрицательно коррелировало с факторами «активность» ($p<0,01$) и «ощущение» времени ($p<0,05$). Сильная выраженность истощения связана с восприятием настоящего времени как пустого, застывшего, замкнутого, неоощуяемого. Данные результаты показывают, что переживание выгорания изменяет субъективное ощущение настоящего времени у респондентов, что может говорить об исчерпанности психологических ресурсов и развитии симптомов общей астенизации.

Показательным является то, что преподаватели с высоким уровнем выгорания характеризуются негативным отношением и к своему будущему. Все три компонента выгорания были отрицательно взаимосвязаны с такими факторами отношения к будущему времени, как «эмоциональная окраска» ($p<0,01$), «величина» ($p<0,05$), «ощущаемость» ($p<0,01$), «средняя оценка будущего времени» ($p<0,01$). Будущее время рассматривается ими как печальное, пассивное, пустое, не наполненное событиями, не мотивирующее. В особенности снижено его ощущение, при этом будущее кажется далеким и нереальным, что может быть охарактеризовано как искажение восприятия временной перспективы.

Данные о том, как воспринимается будущее, могут являться дополнительным дифференциально-диагностическим критерием для оценки уровня выгорания, связанного с разочарованием в смысле своей деятельно-

сти и жизни, возникновением эмоциональных расстройств. Временная перспектива [3, 4] связана со степенью дифференцированности жизненного пространства. Под влиянием хронического профессионального стресса и выгорания возможна «примитивизация» мотивационно-потребностной, эмоциональной и когнитивной сфер, которая, в свою очередь, вызвана уменьшением временной перспективы. Такие люди могут проецировать в будущее собственную беспомощность в настоящем, что обедняет профессиональную мотивацию и снижает общий потенциал активности личности.

Интересным представляется тот факт, что нами не было получено статистически значимых взаимосвязей между профессиональным выгоранием и отношением к прошлому времени. Понятия настоящего, прошлого и будущего отражают временные аспекты функционирования личности. С изменением психического состояния изменяется восприятие и оценка времени. Это может говорить о том, что выгорание, прежде всего, является актуальным, наличествующим состоянием, отражающим отношение индивидуума к своей жизненной ситуации в настоящий период времени – неудовлетворенность, отсутствие мотивационного потенциала, пессимизм. Можно видеть, что такое негативное отношение проецируются и в будущее, в котором человек перестает видеть цели и смысл. Поскольку отношение к будущему играет регуляторную роль в организации деятельности и жизни человека, психологическая помощь лицам, переживающим симптомы выгорания, может быть направлена на поиск и постановку жизненно-важных целей во временной перспективе развития личности и реализована в программах тренингов личностного роста и профессиональной самореализации.

Библиографический список

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. – СПб., 2001.
2. Болотова А. К. Психология организации времени. – М., 2006.
3. Левин К. Теория поля в социальных науках. – СПб., 1999.
4. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. – М., 2004.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ» В КОНТЕКСТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

И.В. Тихонова

*Костромской государственный университет им. Н.А. Некрасова
Кострома, Россия*

Актуальность исследуемой темы обусловлена возможным негативным влиянием профессиональной деформации личности на эффективность труда, отрицательным воздействием на общие и частные социальные процессы. В целях рационального использования человеческих ресурсов, ис-

следование должно охватывать массовые профессии, имеющие высокую социальную значимость. К их числу следует отнести профессию медицинской сестры, которая определяется как социальная профессия и, кроме всего прочего, является психологически мало изученной. На основании теоретического анализа нами выработано представление, согласно которому профессиональная деформация личности представляет собой психологический симптомокомплекс, сформировавшийся под влиянием социально-психологических условий профессиональной деятельности, проявляющийся наиболее активно при взаимодействии среднего медицинского персонала с другими людьми.

Как известно, труд медицинских работников отличается большой эмоциональной загруженностью и соответственно повышенной, по сравнению с другими профессиями, предрасположенностью к эмоциогенным формам профессиональной дезадаптации [1]. Поэтому представляется важным изучение специфических симптомов профессиональной деформации личности, выработка которых происходит под влиянием длительного взаимодействия с больными людьми, а также механизмов, реализующих развитие данного новообразования. В.В. Бойко выделяет как один из факторов, обуславливающих «эмоциональное сгорание», наличие психологически трудного контингента, с которым имеет дело профессионал в сфере общения [1]. В связи с этим мы предположили, что в ходе процесса профессионализации, под влиянием интенсивного взаимодействия с пациентами у медицинских сестер могут возникать личностные деформации, одним из проявлений которых может стать формирование симптомов эмоционального выгорания.

Для подтверждения предположения нами было проведено экспериментальное исследование. В нем принимали участие две группы, куда входили палатные и процедурные медицинские сестры, которые в силу специфики профессиональных обязанностей чаще, чем сестры другой специализации, общаются с пациентами. Первая группа состояла из 30 сестер со стажем профессиональной деятельности от 1 года до 5 лет. Во вторую группу были включены 30 медсестер со стажем работы в медицине 25 и более лет. Всем группам был предложен опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, результаты которого представлены в таблице.

Таблица

Средние значения показателей по симптомам эмоционального выгорания в исследуемых группах

Группы	Синдром «эмоционального выгорания»				
	Фаза напряжения, симптомы				Суммарный показатель
	н1	н2	н3	н4	
1-я	13,77±3,72**	16,37±3,37**	4,40±2,54**	9,93±5,41**	44,47±15,04
2-я	9,73±5,18	7,07±5,58	9,40±3,98	18,97±4,75	45,17±15,49

Группы	Фаза резистенции, симптомы				Суммарный показатель
	p1	p2	p3	p4	
1-я	11,77±7,45	6,67±4,45**	13,47±5,12	6,00±2,55**	37,91±19,57
2-я	12,33±8,20	12,80±5,25	15,43±6,01	12,30±4,04	52,86±23,55
Группы	Фаза истощения, симптомы				Суммарный показатель
	и1	и2	и3	и4	
1-я	4,20±2,26**	11,43±5,17**	5,70±3,07**	3,43±2,34**	24,76±12,84
2-я	19,47±4,85	15,47±6,05	9,20±3,84	7,00±3,80	51,14±18,54

Достоверность отличий: * – на уровне $p \leq 0,05$; ** – на уровне $p \leq 0,01$; *** – на уровне $p \leq 0,001$.

Показатели синдрома выгорания достоверно выше у медсестер-стажниц (149,17±57,58), чем у молодых сестер (107,14±47,45). Выявлено, что у молодых медсестер значимо выше уровень негативных эмоций, присутствует ощущение профессиональной беспомощности, изнеможения, что, на наш взгляд, связано с адаптацией к условиям работы с больными людьми. Под влиянием условий профессиональной деятельности повышается эмоциональный дефицит, сопряженный с «обезличиванием» объектов трудовой деятельности, невозможность эмоционального участия в этих «объектах», кроме того, повышается уровень соматизации. Данные изменения сопровождаются повышением показателей «тревоги и депрессии», наряду со снижением неудовлетворенности по отношению к себе и сензитивности к психотравмирующим обстоятельствам. У медицинских сестер-стажниц присутствует высокая вероятность нарушения этических норм профессиональной деятельности, на что указывает повышение показателей эмоционально-нравственной дезориентации и что говорит о недостатке чуткости и внимания в отношениях с пациентами, скудности репертуара рабочих действий. Эмоциональная отстраненность в совокупности с личностной отстраненностью медсестер свидетельствует о большей частоте безразличного отношения к пациентам, эмоциональной невовлеченности при общении с ними. Полученные нами данные не совпадают с результатами исследования протекания синдрома эмоционального сгорания у медперсонала психиатрических клиник [4]. Медсестры, по данным этого исследования, имели самый низкий показатель по сравнению с психиатрами и психологами по шкале «Деперсонализация», что свидетельствует о том, что тесный контакт с пациентами не всегда сопровождается обезличенным к нему отношением.

Нами был проведен корреляционный анализ результатов методики В.В. Бойко [1] с результатами, полученными с помощью личностного опросника Р. Кеттелла 16 PF [5] в группах медсестер с разным стажем профессиональной деятельности. Полученные данные указывают на то, что однозначных связей между симптомами эмоционального сгорания и лич-

ностными характеристиками не выявлено. На разных этапах профессионального и жизненного опыта протекание и дальнейшее развитие синдрома эмоционального сгорания определяется различными комплексами личностных характеристик. Выявлена отрицательная корреляция в обеих экспериментальных группах ($r = -0.38$, $r = -0.42$, при $p \leq 0.05$) между симптомом «эмоциональный дефицит» и личностной чертой, называемой Р. Кеттеллом «сила Супер-Эго» или «групповая конформность» [5]. То есть можно предположить, что личность ответственная, эмоционально дисциплинированная, подчиняющаяся нормам и правилам морали, менее подвержена эмоциональной дефицитарности. Также обнаруживается отрицательная взаимосвязь ($r = -0.29$, $r = -0.31$, при $p \leq 0.05$) между «чувством вины» и «личностной отстраненностью», указывающая, что субъект профессиональной деятельности, обладающий низкой склонностью к чувству вины, будет скорее обладать защитной реакцией в виде личностной отстраненности в общении с людьми, чем человек с высоким чувством вины. Хотя интерпретация этого результата может быть неоднозначна, так как некоторые авторы [2] склонны относить чувство вины к проявлениям синдрома эмоционального сгорания в профессиях, где происходит интенсивная коммуникация между людьми.

Нами было проведено исследование, изучающее связь симптомов эмоционального выгорания с механизмами психологических защит с помощью тест-опросника «Life Style Index» (LSI), разработанного Р. Плутчиком, Г. Келлерманом и Х. Контом [3]. Выявлена корреляция механизма проекции с симптомом «переживания психотравмирующих обстоятельств» ($r=0,347$) у молодых медсестер. Обнаружены статистически значимые корреляции механизма рационализации, активизирующейся под влиянием стажа профессиональной деятельности, с такими симптомами эмоционального выгорания, как: «переживание психотравмирующих обстоятельств» ($r=0,296$, при $p \leq 0.01$), «эмоционально нравственная дезориентация» ($r=0,313$, при $p \leq 0.05$), «расширение сферы экономии эмоций» ($r=0,302$, при $p \leq 0.01$), «личностная отстраненность» ($r=0,294$, при $p \leq 0.05$), «психосоматические и психовегетативные нарушения» ($r= 0,301$, при $p \leq 0.01$). Действие механизмов рационализации направлено на поиск ложных, но уважительных причин и оснований для неприемлемых мыслей и действий, на интерпретацию личностных черт «по-своему» (агрессивности как активности, скупости как бережливости, безразличия как независимости). Данная защитная техника считается наиболее зрелой и сложной, так как формируется самой последней, по мере развития процессов мышления и воображения. Эта защита связана с осознанием и использованием в мышлении только той части информации, благодаря которой собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам [3]. Истинными, но мало изученными причинами рационализации человеком своего поведения часто выступают

чувство неуверенности и представление о собственных ограниченных возможностях и способностях [6]. На наш взгляд, длительная работа в больничных условиях способствует возникновению таких чувств и представлений, так как медики часто бывают не в силах помочь человеку облегчить боль. Выраженность действия этой защиты указывает на выработку оправдательной позиции у медицинских сестер в отношении собственных недостатков и низких способностей.

Таким образом, экспериментальное исследование эмоционального выгорания медицинских сестер показало, что отдельные проявления симптомов выгорания имеют профессионально обусловленную специфику, то есть являются специфическим эмоциогенным видом профессионально-личностной деформации, а также значимо связаны с определенными личностными особенностями. Личность менее подвержена выгоранию, если она ориентирована на социальные нормы и правила и склонна к чувству вины. Психологические защиты личности являются механизмом формирования отдельных симптомов эмоционального выгорания у медицинских сестер.

Библиографический список

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004.
2. Буланова-Топоркова М.В. Педагогика и психология высшей школы: учебное пособие. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2002.
3. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособ. для врачей и психологов. – СПб., 1998.
4. Козина Н.В. Исследование эмпатии и ее влияние на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников: Дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 1998.
5. Рукавишников А.А. Соколова М.В. Пособие по применению личностного опросника Р.Кеттелла 16PF. – Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 1995.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ОПЕРАТИВНЫХ СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ И МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ

В.А.Тропов, И.А.Новикова

*Управление Федеральной службы исполнения наказаний
по Архангельской области, Архангельск, Россия*

*Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия*

*(Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ,
проект №07-06-48606 а/С)*

Одними из самых главных факторов профессиональной пригодности оперативных сотрудников уголовно-исполнительной системы (УИС) явля-

ется нервно-психическая устойчивость и высокий уровень социальной адаптации, который проявляется устойчивостью к профессиональным стрессам, работоспособностью в ситуациях, предполагающих нервное напряжение, а также высоким уровнем самоконтроля над эмоциями и поведением [3,4].

От оперативных сотрудников УИС требуется повышенная ответственность за исполняемые функции, их служба протекает в напряженных, нередко конфликтных, а зачастую опасных для жизни и здоровья условиях. Решение профессиональных задач требует интенсивного общения и умения строить свои взаимоотношения с психологически трудным контингентом осужденных. Одним из основных факторов, влияющих на психическое состояние и результативность служебной деятельности оперативных сотрудников УИС, является даже не сама вероятность конкретных экстремальных ситуаций, а контингент осужденных, с которым приходится постоянно работать.

Одной из форм личностных изменений у сотрудников может явиться синдром эмоционального выгорания (СЭВ) [1,4]. СЭВ – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Он рассматривается в основном как следствие производственных стрессов, как процесс дезадаптации к рабочему месту или профессиональным обязанностям, и основным предрасполагающим фактором выгорания являются продолжительность и чрезмерная нагрузка в ситуациях напряженных межличностных отношений [2]. В зарубежной литературе термин «выгорание» обозначает сложный феномен «изнашивания», возникающего в результате стрессов от напряженного интенсивного взаимодействия с людьми в рабочей ситуации. К организационным факторам, способствующим выгоранию, относятся: высокая рабочая нагрузка, отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства, недостаточное вознаграждение за работу, как моральное, так и материальное, невозможность влиять на принятие важных решений, отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы [5].

Целью проводимого нами исследования являлось комплексное изучение социально-психологических аспектов формирования синдрома эмоционального выгорания у оперативных сотрудников УИС. В проведенном исследовании приняли участие 62 оперативных сотрудника исправительных учреждений Архангельской области. Для выявления и оценки степени влияния факторов профессиональной деятельности на оперативных сотрудников УИС был разработан специальный опросник. Для выявления СЭВ нами были взяты: методика диагностики уровня «эмоционального выгорания» В.В. Бойко и «Опросник для выявления выгорания», адаптированный Н.Е. Водопьяновой.

Анализ результатов опросника показал, что 19,4 % сотрудников оценивали свою работу как тяжелую, а 38,7 % отметили, что она «тяжелее, чем всегда». 12,9 % респондентов ответили, что за время службы были ситуации, когда их жизнь подвергалась угрозе, 12,9 % подвергались получению серьезного ранения или травмы, 43,6 % – словесным оскорблениям и угрозам. Отмечая особенности своей служебной деятельности, 32,3 % опрошенных указали, что она связана с психическими перегрузками, 30,6 % – с дефицитом времени, а 58,07 % отметили, что их работа заключается в общении с большим количеством людей. Так, 43,6 % всех оперативных сотрудников считают, что их служебная деятельность связана с недостаточным участием в принятии решений, а 27,4 % – с малой самостоятельностью в работе. Из общего числа опрошенных 54,8 % сообщили о том, что их служба затрудняет взаимоотношения с родными и близкими. 90,3 % оперативных сотрудников полагают, что нужно ужесточить режим содержания осужденных, а 37,1 % отметили, что за время службы стали жестче относиться к преступникам, отбывающим наказание.

По методике Бойко протестированы 58 оперативных сотрудников, из них у 27,6% были выявлены сформированные фазы СЭВ (у 3 – фаза «напряжения», у 11 – «резистенции», у 7 – «истощения»), причем у 1 сотрудника были сформированы сразу все три фазы, а у 4 по две фазы СЭВ. У 58,6 % человек фазы СЭВ были в стадии формирования, при этом у 12 сотрудников имело место одновременное формирование двух фаз, а у 1 сразу трех фаз данного синдрома.

По методике Водопьяновой прошли обследование 59 оперативных сотрудников, в результате по субшкале «эмоциональное истощение» из них у 8,4 % выявлен высокий уровень, у 32,2 % – средний, а у 59,4 % – низкий уровень «выгорания». По субшкале «деперсонализация» у 15,3 % обследуемых определялся высокий, у 33,9 % – средний и у 50,8 % – низкий уровень «выгорания». По субшкале «редукция личностных достижений» у 22,0 % сотрудников выявлен высокий, у 42,4 % – средний, а у 35,6 % низкий уровень «выгорания». Причем у 22,0 % оперативных сотрудников одновременно отмечались средние показатели «выгорания» по двум, у 6,8 % по трем субшкалам, а у 6,8 % обследованных по двум субшкалам выявлены высокие показатели.

Исходя из полученных результатов, можно сказать, что 49,2 % оперативных сотрудников имели выраженные симптомы СЭВ (критерием явились сформированные фазы выгорания по методике Бойко и высокий показатель субшкал выгорания по методике Водопьяновой).

Полученные результаты подтверждают роль воздействия неблагоприятных факторов профессиональной деятельности на формирование СЭВ у оперативных сотрудников УИС.

Библиографический список

1. Безносков С.П. Профессиональные деформации личности: подходы, концепции, метод: Автореф. ... докт. психол. наук. – СПб., 1997. – 36 с.
2. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб: Питер, 2005. – 336 с.
3. Ильина Е.С. Экстремальная профессия – сотрудник УИС // Развитие личности. – 2002. – №4. – С. 169–173.
4. Хвостов А. Сотрудники уголовно-исполнительной системы: Экстремальные условия профессии и их следствия / А. Хвостов, Л. Проценко, В. Мухина // Развитие личности. – 2003. – №3. – С. 133–144.
5. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva: WHO, 1992.

ВНЕШНИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ «ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Т.А. Ушакова, В.Б. Никишина, А.П. Савченко

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В современных условиях специалисты социальной работы являются профессиональной группой, подверженной эмоциональным нагрузкам, с высокой насыщенностью рабочего дня общением, большим количеством по содержанию и эмоциональной напряженности контактов, высокой ответственностью за результат общения, зависимостью от партнеров по общению: необходимость понимания их индивидуальных особенностей, притязаний при решении их проблем, напряженные ситуации общения, обусловленные недоверием, несогласием и проявляющиеся в различных формах отказа от дальнейшего общения [3]. К социально-психологическим детерминантам «профессионального выгорания» относятся: ролевая конфликтность, ролевая неопределенность, неудовлетворенность социально-психологическим климатом в коллективе, недостаток признания (В.И. Ковальчук, 2000; Т.В. Форманюк, 1994; В.Е. Орел, 2001; Е.П. Ильин, 2005; М.В. Борисова, 2005).

В настоящее время существует несколько подходов моделей выгорания, описывающих данный феномен (однофакторная модель Pines, Aronson, 1988; двухфакторная модель Dierendonck, Schaufeli, Sixma 1994; трехфакторная модель К. Маслач и С. Джексона, В.В. Бойко, 1999, Е.П. Ильин, 2005, В.Е. Орел, 2001; четырехфакторная модель Firth, Mims, 1985, Iwanicki, Schwab, 1981; динамическая модель Б. Перлман и Е. А. Хартман) [1].

В построении исследовательской программы использованы теоретические положения концепции Е.П. Ильина, «профессиональное выгорание» рассматривается в 3 компонентах: эмоциональное истощение, депersonализация, сниженная рабочая продуктивность, на которые влияют следующие три основных фактора – личностный, ролевой, организационный [4].

Профессиональное развитие человека в контексте реального многолетнего выполнения им определенной трудовой, в том числе профессиональной деятельности рассматривает модель, предложенная Д.Н. Завалишиной (2004), – профессионал-генетическая. Трехэтапные модели фиксируют одну линию профессионального развития от новичка до творчески работающего мастера. Выделяют следующие «зоны» профессионального развития: профессиональной адаптации, профессиональной зрелости (стабильности), высокого профессионализма. Кроме того, в профессионал-генетических моделях профессиональное развитие человека часто соотносится и с временной осью — возрастом или стажем работы человека [2].

В данном исследовании решается задача проследить влияние внешних детерминант на возникновение «профессионального выгорания» у специалистов социальной работы и социальных работников.

Испытуемые: специалисты социальной работы, женщины (42 чел.), средний возраст – 37 лет, образование – преимущественно высшее и среднее профессиональное, стаж работы от 1 года и свыше 10 лет и социальные работники, женщины (78 чел.), средний возраст — 39 лет, образование — преимущественно высшее и среднее профессиональное, стаж работы от 1 года и свыше 10 лет. Исследование проводилось на базе социальных служб г. Курска и Курской области.

Нами применялись следующие психодиагностические методы исследования: методика «Диагностика межличностных отношений» (ДМО) Л.Н. Собчик, методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко. Внешние детерминанты: длительность опыта профессиональной деятельности; специфика работы (у специалистов социальной работы – это работа с разновозрастным контингентом, у социальных работников – работа с одновозрастным контингентом, престарелый возраст); образование – высшее и среднее специальное.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы статистической обработки данных «STATISTIKA 6.0».

Так, у социальных работников со стажем работы от 1–5 лет показатели средних значений по фазе «напряжение» – 29,3, «резистенция» – 39,8, «истощение» – 28,2, со стажем работы от 5–10 лет по фазе «напряжение» – 40,4, «резистенция» – 61,6, «истощение» – 36,2, со стажем свыше 10 лет по фазе «напряжение» – 36,7, «резистенция» – 53,6, «истощение» – 37,2. У специалистов социальной работы со стажем работы 1–5 лет по фазе «напряжение» – 28,6, «резистенция» – 42,6, «истощение» – 26,8, со стажем работы 5–10 лет по фазе «напряжение» – 24,4, «резистенция» – 42,8, «истощение» – 23,2, со стажем свыше 10 лет по фазе «напряжение» – 21,6, «резистенция» – 50,0, «истощение» – 24,5. Высокий уровень средних значений у социальных работников соответствует стилю межличностного поведения «ответственный–великодушный» – X ср. 8,4, низкий уровень «недо-

верчивый–скептический» – X ср. 2,0 со стажем работы 1–5 лет; со стажем 5–10 лет высокий уровень «ответственный–великодушный» – X ср. 7,9, низкий уровень «недоверчивый–скептический» – X ср. 2,6; свыше 10 лет высокий уровень «ответственный–великодушный» – X ср. 8,8, низкий уровень «недоверчивый–скептический» – X ср. 2,1; у специалистов по социальной работе со стажем от 1–5 лет высокий уровень «ответственный–великодушный» – X ср. 6,3, низкий уровень «недоверчивый–скептический» – X ср. 2,4, от 5–10 лет высокий уровень «ответственный–великодушный» – X ср. 6,8, низкий уровень «недоверчивый–скептический» – X ср. 2,8, свыше 10 лет средние высокий уровень «сотрудничающий–конвенциональный» – X ср. 7,4, низкий уровень «недоверчивый–скептический» – X ср. 2,2.

Статистически значимые различия между группами определялись с использованием критерия U Манна–Уитни. Так, у социальных работников по шкале «напряжение» (U эмп.=0,00, U кр.=18), «резистенция и истощение» (U эмп.=2,00, U кр.=18) со стажем 1–5 лет, со стажем 5–10 лет – «напряжение» (U эмп.=0,00, U кр.=57), в «резистенции и истощении» (U эмп.=1,00, U кр.=57), со стажем свыше 10 лет в «напряжении и резистенции» (U эмп.=1,00, U кр.=49), в «истощении» (U эмп.=2,00, U кр.=498); у специалистов социальной работы по шкале «напряжение и резистенция» (U эмп.=1,00, U кр.=26), в «истощении» (U эмп.=2,00, U кр.=26), со стажем 1–5 лет, «напряжение и истощение» (U эмп.=0,00, U кр.=28), в «резистенции» (U эмп.=2,00, U кр.=28) со стажем 5–10 лет; во всех шкалах со стажем свыше 10 лет (U эмп.=2,00, U кр.=31).

У социальных работников со стажем 1–5 лет в стиле «ответственный–великодушный и недоверчивый–скептический» (U эмп.=2,00, U кр.=18), со стажем 5–10 лет «ответственный–великодушный» (U эмп.=2,00, U кр.=57), «недоверчивый–скептический» (U эмп.=0,00, U кр.=57), свыше 10 лет «недоверчивый–скептический» (U эмп.=2,00, U кр.=49), «ответственный–великодушный» (U эмп.=0,00, U кр.=49). У специалистов социальной работы со стажем 1–5 лет в стиле «ответственный–великодушный» (U эмп.=1,50, U кр.=26), «недоверчивый–скептический» (U эмп.=0,50, U кр.=26), со стажем 5–10 лет «ответственный–великодушный» (U эмп.=1,50, U кр.=28), «недоверчивый–скептический» (U эмп.=1,00, U кр.=28), свыше 10 лет «сотрудничающий–конвенциональный», (U эмп.=0,00, U кр.=31, «недоверчивый–скептический» (U эмп.=1,00, U кр.=31).

Таким образом, у специалистов социальной работы и у социальных работников на всех этапах профессиональной деятельности проявляется «резистенция», данные показатели являются общими для специалистов данной категории. В структуре межличностных отношений преобладают у специалистов социальной работы и у социальных работников «ответственный–великодушный» и «сотрудничающий–конвенциональный» тип отношений.

Библиографический список

1. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика – СПб.: Питер, 2005.
2. Бодров В.А. Профессиональная пригодность: субъектно-деятельностный / Институт психологии РАН. – М., 2004.
3. Творогова Н.Д. Психология управления. Лекция: Учеб. пособ. для вузов. – М.: Геотар – мед., 2001.
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. – СПб.: Питер, 2005.

СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» В СТРУКТУРЕ МОДЕЛИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

В.П. Харченко

Кубанский государственный университет, Краснодар, Россия

Мы исходим из того, что человек как таковой – это биосоциальное существо, обладающее двумя факторам. В одном человеке сосуществуют как бы два человека – «человек вообще» и «человек отдельный». Эти факторы находятся в диалектике.

«Человек вообще» – это способность человека как такового испытывать и удовлетворять фундаментальную потребность в человеческой жизни вообще в абстрактной, конкретно неосязаемой им форме, но воспринимаемую и осознаваемую им как нечто собственное, среди особей человеческого рода прежде всего ему как бы абсолютно подобных, но в то же самое время ему и как бы совершенно чуждых.

«Человек отдельный» – это способность человека как такового испытывать и удовлетворять фундаментальную потребность собственно в человеческой жизни в конкретной предметно-чувственной форме, но воспринимаемую и осознаваемую им как общечеловеческую, в среде особей человеческого рода прежде всего как бы ему абсолютно чуждых, но в то же самое время ему и как бы совершенно подобных.

Данные факторы человека составляют его основное противоречие: человек как средоточие встречно-разнонаправленных процессов жизни (центробежного и центростремительного) не может житнетворить, являя собою только «человека отдельного», вне своей всеобщности с человеческими особями, и также не может существовать лишь как «человек вообще», вне своей с ними разобщенности. Он должен житнетворить, являя собою лишь «человека отдельного», вне своей всеобщности с человеческими особями, и в то же время только как «человек вообще», вне своей с ними разобщенности. (См. более подробно [1, с.115–119]).

В процессе жизнедеятельности человек использует присущую ему жизненную энергию. Механизмы «эмоционального выгорания» необходимо, на наш взгляд, исследовать, исходя из признания противоречивого ха-

рактера суть человеческой энергии: энергия, обладаемая человеком, в полной мере соответствует ему как «человеку вообще» и так же в полной мере соответствует ему как «человеку отдельному». Но энергия, обладаемая человеком, в полной мере не может соответствовать ему только как «человеку вообще», и так же в полной мере не может соответствовать ему только как «человеку отдельному».

Здесь же отметим: использование Г. Дж. Фрейденбергером понятия «энергия» для раскрытия сущности «эмоционального выгорания» (1974 г.) более чем обоснованно. И наоборот, отход Кристины Маслач от якобы абстрактного понятия «энергия» в 1981 г. считаем непродуктивным [2, с.31]. Вещество, энергия, информация – это компоненты бытия человека. «Всякий процесс есть энергетический феномен и ... вообще энергия может породиться лишь напряжённым единством противоположностей» [3, с.34].

Процесс изменения формы движения, происходящим между двумя факторами человека, при котором один фактор теряет определенное количество движения такого-то качества, а другой фактор получает соответствующее количество движения другого качества мы называем работой человека. Она имеет двойственный характер. Абстрактной работой мы называем расходование человеком энергии безотносительно к формам её затраты (интенсивность жизнедеятельности). Под конкретной работой мы подразумеваем расходование человеком энергии в специфической форме (производительность жизнедеятельности).

Диалектику движения человеческого существа мы предлагаем выразить в форме кривой движения противоречия человека, а равно кривой трансформации человека. Её суть заключается в том, что каждый из факторов человека предполагает другой в качестве условия своего существования, реализует его и в то же время наталкивается на ограничения, идущие как от этого, другого, фактора, так и от самого себя. Это находит выражение в форме кривой. Она выгнута наружу: ближе к точке А она полого поднимается (ось У – «человек вообще»), а к точке В – круто опускается (ось Х – «человек отдельный»).

При «скольжении» вверх по кривой АВ от точки равновесия, где человек «горит, не сгорая», к точке А происходит переход качества жизни в её количество. Причиной, или активной стороной, движения выступает его частная форма, представленная «человеком отдельным». Действием, или пассивной стороной, выступает видовое движение, представленное «человеком вообще». «Человек вообще» является превращенной формой «человека отдельного».

На данном направлении движения действие как проявление силы содержит противосилу породившей его силе (опосредованно, извне), а сила как причина действия содержит противодействие порожденному ею действию (непосредственно, изнутри). Человек (само)удаляется от человеческих особей. Происходит увеличение интенсивности его абстрактной работы и

сокращение производительности конкретной работы. Теряя качество, человек становится монотонным. Он «исчезает» в частной форме потребления жизни и, тем самым, пропадает для своего окружения. Он одновременно и слишком мал как «человек отдельный» (сжатие), и слишком велик как «человек вообще» (расширение). Это состояние, присущее «человеку отдельному», мы характеризуем как «психическую дефляцию», а «человека вообще» – как «психическую ревальвацию».

Скольжение по кривой трансформации вверх сопровождается прибавлением энергии к её относительно постоянной величине. Этот процесс сопровождается нарастанием деструкции частной формы существования, что вызывает возрастание степени самоблокирования движения изнутри – обратно пропорционально производительности конкретной работы и блокирование движения извне – возрастающее отторжение индивидуума со стороны человеческих существ, происходящее прямо пропорционально интенсивности его абстрактной работы.

Избыточность накопленной энергии, достигнув критического состояния в фазе синтеза (сжатие расширяющегося), порождает реакцию (само) расщепления энергетического ядра индивидуума как социального атома, сопровождаемую выделением (излучением) человеческой энергии.

Совокупность этих факторов приводит к тому, что человек сокращает интенсивность абстрактной работы и увеличивает производительность конкретной работы. Действие, посредством содержащейся в нём противосилы породившей его силе, теперь уже само трансформируется в причину. А причина, посредством содержащегося в ней противодействия порожденному ею действию, сама трансформируется в действие. «Маятник жизни» качнется в другую сторону. Отныне доминировать в процессе жизнетворения человека станут центростремительные силы.

При «скольжении» по кривой АВ вниз от точки равновесия происходит переход количества жизни в её качество. Причиной, или активной формой, движения выступает «человек вообще». Действием, или пассивной стороной, выступает «человек отдельный». Последний является превращенной формой первого. На данном направлении движения действие как проявление силы содержит противосилу породившей его силе (непосредственно, изнутри), а сила как причина действия содержит противодействие порожденному ею действию (опосредованно, извне). Человек (само)приближается к другим человеческим существам. «Человек отдельный» фрагментируется. Каждая «частица» процесса энергетического распада несет посредством себя определенное количество энергии, невещественным путем трансформируемую другим индивидуумам, но как однородным отдельностям по отношению к (само) расщепляющемуся индивидууму. На этом направлении (само)развёртывания человек как таковой обладает возможностью: а) сконцентрировать энергию, аккумулированную им в фазе синтеза в одной какой-либо частице распада «человека отдельно-

го»; б) распределить ее в нескольких фрагментах, (частицах) энергетического распада; в) регулировать время пребывания в той или иной фазе. Формально обозначенные нами зависимости мы определяем следующим образом: $Эоб = Эф \times Nф$, где $Эоб$ – количество аккумулируемой человеком жизненной энергии в фазе синтеза; $Эф$ – энергонасыщенность каждого фрагмента (частицы) «человека отдельного»; $Nф$ – количество фрагментов «расщепления» «человека отдельного» за определённый промежуток времени. Данная формула означает, что человек как таковой движется в биосоциальной среде благодаря относительно постоянному количеству жизненной энергии, изменяя интенсивность, длительность и направленность её излучения. Человек одновременно и слишком мал как «человек вообще» (сжатие), и слишком велик, как «человек отдельный» (расширение). Это состояние, присущее «человеку вообще», мы характеризуем как «психическую девальвацию», а «человека отдельного» – как «психическую инфляцию». Каждый последующий шаг как момент движения целокупного человека на данном направлении будет всё более (само)блокироваться. Деструкция человека, а соответственно, и степень блокирования его движения, будет нарастать прямо пропорционально фрагментации «человека отдельного» (изнутри, или непосредственно) и обратно пропорционально наличию «живых величин» (энергии) в «частицах» фрагментации «человека отдельного» (извне, или опосредованно). Исчерпав энергию распада (расщепления) ядра социального атома, индивидуум вполне может нарушить меру, в границах которой количественные изменения (энергия) не влекли за собой таких качественных изменений «человека отдельного», которые можно обозначить как патологические. В окрестностях точки В человек как таковой превращается в видимость человека. Он – «выгорел». Данные обстоятельства выступают причиной, побуждающей человека из фазы распада (расширение сжимавшегося), посредством сокращения производительности конкретной работы и увеличения интенсивности абстрактной работы, трансформироваться в фазу синтеза (сжатие расширявшегося). «Маятник жизни» качнется в обратную сторону.

Так нам представляются в самом общем виде теоретические и методологические основы исследования профессионального состояния – синдрома «эмоционального выгорания». Знание объективных законов, лежащих в основе самоорганизации человеческого существа, имеет не только теоретико-познавательное, но и прагматическое значение.

Библиографический список

1. Харченко В.П. Однородность и неоднородность как факторы человека. Коллективная монография: Общая теория неоднородности и синергетика об организации систем / Под общ. ред. проф. Н.М. Солодухо. По материалам международного (СНГ) семинара. Казань: Изд-во Казан. гос. техн. ун-та, 2006.
2. Санькова М. И. Синдром «эмоционального выгорания» у социальных работников: теоретический анализ понятия // Человек. Сообщество. Управление.

Научно-информационный журнал Кубанского государственного университета. – 2004. – № 2.

3. Юнг К. Г. О психологии бессознательного. Юнг К. Г. Психология бессознательного / Пер. с нем. – М.: ООО «Изд-во АСТ – ЛТД», «Канон+», 1998.

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХИЧЕСКАЯ УСТАЛОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

И.И. ЩигOLEв

*ГУЗ «Брянская областная психиатрическая больница № 4»
Брянск, Россия*

Анализ требований, предъявляемых к основным социальным профессиям (к числу которых относится психиатрия), где основное содержание составляет межличностное взаимодействие, подталкивает к выводу о степени этих требований и прав по защите личности от отрицательных факторов при контакте с пациентом, периодически приводящем часть специалистов к психоэмоциональному выхолащиванию и, как его следствие, человеческой усталости.

Первым, кто встречается с душевнобольными в состоянии острого психоза, являются врач и позже медсестра. Поток патологического биоэнергетического воздействия усиливается в особенности в период острого психоза, когда повышается потенциал деятельности центральной нервной системы в связи с негативной психпродукцией.

Пучок отрицательной биоэнергии, исходящей из сетчатки через зрачок, воздействует на собеседника, в первую очередь на врача [1]. Общеизвестно, что врачи являются особой «группой риска». Психические заболевания как одни из немногих, поддаются лечению очень сложно и, как правило, лечение сводится, к сожалению, лишь к достижению ремиссии, несмотря на мощную современную психофармакотерапию. Этот фактор воздействует отрицательно как в виде подсознательного, так и субъективно-объективного восприятия в виде внутренних психологических переживаний врача [2]. В связи с этим значительная зависимость от работы приводит к выраженному отчаянию и зачастую к душевной пустоте, несмотря на то что на начальных этапах формирования синдрома «выхолащивания», усталости, профессиональной деформации профессиональная деятельность врача является одной из главных ценностей, стремлений и надежд всей жизни специалиста.

Общение с другим индивидом – психологически измененной личностью – включает его обратное воздействие, как сказано выше, через отрицательную энергию на субъект исследуемой профессии – психиатрии [3]. Как видно, синдром профессионального выгорания и его последствия являются серьезной медицинской, социальной и экономической проблемой.

Имеется тесная взаимосвязь между профессиональной деятельностью и агрессивным поведением, которое специалист пытается сгладить алкоголизацией, наркоманией, которое приводит, в конце концов, к конфликтности в обществе, семье, коллективе, и, как результат, возникает суицидальное поведение. В результате проведенных исследований было выявлено, что у 22,4 % опрошенных бывают суицидальные мысли и 5,8 % «не готовы отвечать» на этот вопрос. Среди лиц, отметивших у себя суицидальные мысли, 2 % подчеркнули, что они посещают их «часто и очень часто». Достаточно часто суицидальные мысли возникают у психиатров в состоянии работы до 5 лет и с 10 до 19 лет. Подобное суицидальное поведение является результатом психоэмоционального выгорания и личностной усталости [5].

Возникает ошибочное мнение, что рассматриваемое состояние организма касается всех специалистов.

Очень многое зависит от субкультуры, заложенной в детстве и позже – в школе и высшем учебном заведении, а также от наличия тревожно-мнительных черт характера психиатра, его работоголизма, нерациональной релаксации, личностных особенностей, возрастного ценза, отсутствия в анамнезе интенсивных занятий спортом в молодости и наличия полноценной семьи. Главное – уровень здоровья и уровень занятой ниши в социально-общественных отношениях, экономическое благосостояние специалиста, а также действие фактора «незаслуженно-незамеченной» личности специалиста, который не позволил подняться по служебной лестнице. Все вышеперечисленное ведет к формированию синдрома психоэмоционального выхолащивания личности и, как результат, к проявлению жизненно-производственной усталости.

В связи с этим необходимо целенаправленное действие на оптимальное использование существующих условий и средств для достижения поставленной цели, которое должно оцениваться индивидом с точки зрения определенной системы социальных ценностей и норм общения [4].

Библиографический список

1. Вельховер Е.С. Пути и перспективы развития иридодиагностики // Иридолог. – 1990. – № 1. – С. 3.
2. Лозинская Е.И. Проявление синдрома перегорания у психиатров и онкологов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – СПб., 2006. – № 3. – С. 16–19.
3. Слоботников О.Н. Социология. – М. 2005. – 264 с.
4. Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: Просвещение, 1990. – 447 с.
5. Юрьева Л.Н. Суицидальный риск в субкультуре психиатров: Материалы XIV съезда психиатров России, 2005. – С. 450.