

КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

---

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА  
ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ  
КОММУНИКАТИВНЫХ ПРОФЕССИЙ**

**Курск 2008**

ББК 88.4  
С56

**С56** **Современные проблемы исследования** синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий [Текст] : коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова ; Курск. гос. ун-т. – Курск, 2008. – 336 с. – **ISBN 978-5-88313-641-1**

В коллективной монографии представлены статьи, посвященные обсуждению современных теоретических и методических аспектов изучения синдрома выгорания, а также результатам практических исследований особенностей развития и коррекции выгорания у педагогов разных образовательных сред, госслужащих, медицинских работников различных специальностей и других специалистов коммуникативных профессий.

Для психологов, психотерапевтов и педагогов.

**ББК 88.4**

**ISBN 978-5-88313-641-1**

© Коллектив авторов, 2008  
© Курский госуниверситет, 2008

## Содержание

<b>Приветственное слово К. Маслак .....</b>	<b>5</b>
<b>Предисловие.....</b>	<b>6</b>
<b>Раздел I. Синдром выгорания в свете современных медико-психологических знаний.....</b>	<b>13</b>
1.1. Развитие научных представлений о синдроме выгорания (С.А. Подсадный, Д.Н. Орлов).....	13
1.2. Синдром выгорания в свете проблематики конструктивных и деструктивных тенденций профессионального становления личности (Ю.П. Поварёнков).....	36
1.3. Синдром выгорания в современной психологии: состояние, проблемы, перспективы (В.Е. Орёл).....	55
1.4. Роль неконструктивного совладающего поведения в развитии синдрома выгорания (Е.С. Старченкова).....	82
1.5. Выгорание и увлеченность работой (А.А. Обознов, О.В. Иноземцева).....	100
1.6. Эмоциональная направленность личности как фактор выгорания и удовлетворенности профессиональной деятельностью (О.Н. Доценко, А.А. Обознов).....	107
1.7. Организационный аспект синдрома выгорания (Е.И. Лозинская).....	116
<b>Раздел II. Профессиональная обусловленность выгорания.....</b>	<b>130</b>
2.1. Специфика выгорания у педагогов и госслужащих.....	130
2.1.1. Психологические детерминанты синдрома выгорания у педагогов (М.В. Борисова).....	130
2.1.2. Дифференциация негативных последствий стресса и развитие синдрома выгорания в деятельности педагогов (С.Б. Величковская).....	138
2.1.3. Синдром выгорания у учителей специальных (коррекционных) школ и его влияние на межличностную привлекательность учителя со стороны учащихся (В.Н. Феофанов, Л.В. Кузнецова).....	154
2.1.4. Синдром выгорания у административных работников государственной службы (Ю.И. Виданова).....	164
2.2. Специфика выгорания у медицинских работников.....	177
2.2.1. Синдром выгорания у работников сферы психического здоровья (М.М. Скугаревская).....	177

2.2.2. Особенности синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб (Л.Н. Юрьева).....	188
2.2.3. Синдром выгорания и его взаимосвязь со структурой личности у врачей-наркологов (В.В. Лукьянов).....	198
2.2.4. Синдром выгорания и его доминирующие проявления у психиатров-наркологов (С.А. Игумнов, И.А. Дук, В.Н. Склема, М.М. Скугаревская).	215
2.2.5. Психологические особенности синдрома выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов (О.А. Кузнецова, Н.Н. Лепехин).....	221
2.2.6. Синдром выгорания в профессиональной деятельности персонала скорой медицинской помощи (М.Д. Петраш).....	229
<b>Раздел III. Профилактика и коррекция синдрома выгорания.....</b>	<b>235</b>
3.1. Современные подходы к превенции синдрома выгорания (Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова).....	235
3.2. Коррекция и профилактика синдрома выгорания (С.В. Филина).....	249
3.3. Коррекция синдрома выгорания с использованием методики балинтовских групп (В.В. Лукьянов).....	266
3.4. Профилактика и коррекция синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб (Л.Н. Юрьева).....	285
<b>Библиографический список.....</b>	<b>301</b>
<b>Сведения об авторах.....</b>	<b>328</b>

## ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО



Общепризнано, что профессиональное выгорание является одной из серьёзнейших проблем в сфере современной профессиональной деятельности. Это психологический синдром истощения, цинизма, профессиональной неэффективности, вызванный длительной ответной реакцией на хронические эмоциональные и межличностные стрессовые факторы в профессиональной среде. Выгорание отражает значительное рассогласование между работником и профессией, которое приводит к серьёзным негативным последствиям, как для отдельных сотрудников, так и для организации в целом. Учитывая высокую «цену» выгорания, необходимо решать двойственную задачу: с одной стороны важно знать причины его возникновения, а с другой – разрабатывать решения для противодействия выгоранию. За последние 30 лет эта серьёзная проблема интенсивно изучалась многими исследователями в разных странах. Усилия этого глобального сообщества ученых гарантируют существенный прогресс в направлении понимания сущности выгорания. Произошло значительное расширение этого исследовательского поля, когда состоялась первая Российская конференция по проблемам выгорания, проведенная 2–3 октября в городе Курске. Относительно редко случается, когда группа национальных экспертов собирается вместе для обсуждения на форуме вопросов, связанных с изучением национального контекста данного феномена. Однако такие события дают возможность в ходе дискуссий провести всесторонний анализ этого синдрома и более глубоко проникнуть в его сущность, что позволяет выработать новые культуральные представления в отношении понимания проявлений выгорания и ослабления его симптоматики. Настоящая коллективная монография является продуктом этой исторической конференции и представляет собой особенно важную публикацию. Я поздравляю всех авторов с теми научными вкладами, которые они сделали в дело исследования выгорания. Я надеюсь, что эти достижения побудят других исследователей присоединиться к участию в этой важной работе, и что за этой первой монографией последуют многие другие.

*Christina Maslach*

Университет Калифорнии, Беркли  
Октябрь 2007 года

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Римский император Диоклетиан после 20 лет успешного расширения империи, подавления восстаний и окультуривания варваров плюнул на все и уехал в деревню – выращивать капусту, как утверждали злые языки. Последующие 16 с лишним столетий неблагодарные потомки считали древнего римлянина заурядным сумасшедшим, и только недавно психиатры поставили ему точный диагноз – император «сгорел» на работе.

Данный пример показывает, что возникновение проблемы выгорания первоначально как социальной проблемы, а затем и исследовательской было обусловлено тем мощным отрицательным эффектом, который выгорание оказывало на профессиональную деятельность и особенности поведения профессионалов. Наиболее отчетливо его последствия ощущались в профессиях «субъект-субъектного» типа (учителя, медицинский персонал, социальные работники, работники правоохранительных органов, психологи и т.д.), где основным предметом труда являлись человеческие проблемы и трудности. Многочисленные данные показывают, что синдром выгорания, наряду с другими разновидностями профессионального стресса, вызывает появление депрессивных настроений, чувства беспомощности и бессмысленности своего существования, низкую оценку своей профессиональной компетентности, что, в конечном счете, сказывается на работоспособности человека, приводя к снижению продуктивности деятельности и, как следствие, потерям в заработной плате и будущем пенсионном обеспечении. Исследования, проведенные в ряде регионов США, показали, что профессионалы, работающие с людьми, с выраженными признаками выгорания теряют приблизительно 50 % своей заработной платы. Если зарплата 35-летнего работника при нормальном профессиональном росте составляет приблизительно 50 тысяч долларов в год, то эффект выгорания снижает ее уровень до 24 тысяч долларов в год. Аналогичные тенденции наблюдаются и в пенсионном обеспечении работника. Помимо снижения экономических показателей профессиональной деятельности, синдром выгорания провоцирует нарушения трудовой дисциплины и повышение степени заболеваемости профессионалов. В частности, отмечается, что работники, страдающие выгоранием, вынуждены тратить на нужды своего здоровья дополнительно 10 тысяч долларов в год. Попытки компенсировать стрессогенные влияния профессиональной среды и последствия выгорания приводят к злоупотреблению алкоголем, наркотиками и другими психотропными средствами, а в отдельных случаях и к суицидному поведению. Причем факты суицида под влиянием выгорания распространены не только среди профессионалов, работающих в условиях повышенного стресса, сопряженного с опасностью для их здоровья и жизни (например, полицейские), но и в традиционно «безопасных» профессиях (врачи, психологи и т.п.).

Проблема психического выгорания стала предметом научного анализа в середине 70-х годов XX века благодаря многочисленным исследованиям зарубежных психологов (М. Burish, Н. Freudenberger, R. Golembiewsky, М. Leiter, Т. Marek, С. Maslach, А. Pines, W. Schaufeli и др.). Как отмечал в предисловии к книге «Профессиональный стресс и выгорание» ее редактор, директор социальной службы Католического медицинского центра Филадельфии W.S. Paine, «профессиональный стресс и выгорание становятся модными терминами 80-х годов». Интерес к этой проблеме не исчез и в наши дни, о чем свидетельствует большое количество публикаций и аналитических обзоров. Последнее десятилетие XX века и первые годы нынешнего столетия ознаменовались и повышением интереса к проблеме выгорания со стороны отечественной науки и ученых из стран СНГ. При этом следует отметить, что проблема выгорания далеко вышла за рамки психологии, превратившись в междисциплинарную. В исследование данного феномена активно включились представители медицины, педагогики, социологии и т.п. Появившееся большое количество эмпирических исследований синдрома выгорания, безусловно, было положительным моментом в истории развития данного направления в нашей науке, однако, как известно, «палка о двух концах» и поток конкретных эмпирических исследований породил хаос в умах ученых относительно структуры и симптомов выгорания, источников его происхождения, места выгорания в системе понятий изучаемых его дисциплин. Это стало причиной большого континуума взглядов на данный феномен — от отказа ему в научном содержании и помещения в сферу житейских представлений «типа сторел на работе» до излишне расширительной трактовки, когда термин «выгорание» превратился в злоупотребительное словцо и им обозначали любой психический феномен, от профессионального стресса до стилей жизни. Выход из данного кризиса требует, прежде всего, консолидации усилий ученых, занимающихся проблемой выгорания, обсуждения наиболее проблем, принятие совместных решений.

Именно эта задача и встала перед участниками I Международной научно-практической конференции по исследованию выгорания, которая проходила с 1 по 3 октября 2007 года в г. Курске на базе Курского государственного университета. Конференция объединила большое количество ученых и практиков не только России, но и республик бывшего Советского Союза. В ней (в разных формах) приняли участие представители России, Украины, Белоруссии, Казахстана и Латвии. География участников с российской стороны охватывала все пространство нашей страны от Калининграда до Южно-Сахалинска. Было заслушано около 60 докладов специалистов, представляющих все сферы науки и практики, связанные с разработкой проблемы выгорания. Академическая наука была представлена такими известными научными учреждениями, как Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,

Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук, Институт психологии Российской академии наук. В работе конференции приняли участие ученые и преподаватели 25 высших учебных заведений стран СНГ (классические, педагогические и технические университеты, медицинские академии, институты физической культуры, институты повышения квалификации и т.п.). Прикладная направленность конференции проявилась в участии представителей служб и организаций, оказывающих медицинскую и психологическую помощь населению, среди которых городская психотерапевтическая поликлиника № 223 Департамента здравоохранения г. Москвы, Брянская областная психиатрическая больница № 4, Архангельская областная клиническая психиатрическая больница, Московская служба психологической помощи населению Департамента семейной и молодежной политики г. Москвы. Важность данного события для отечественной науки и практики разработки проблемы выгорания подтверждалась и тем, что к участникам конференции с приветственным словом обратилась известный американский психолог, «пионер» в области исследования выгорания, ученый, открывший данное явление для науки, профессор Университета Калифорния (Беркли) Кристина Маслак. Однако гостеприимная курская земля позволила не только собрать всех исследователей данной проблемы и практиков, работающих с «выгоревшими» профессионалами. Знаковым событием явились три важных итога конференции, зафиксированных на заключительном пленарном заседании:

1. Решение о создании Международной ассоциации исследователей выгорания (МАИВ).
2. Изложение всех основных сообщений, сделанных на конференции в виде коллективной монографии, которая явилась бы своеобразным «зеркалом», отражающим современное состояние разработки проблемы выгорания в отечественной науке и странах бывшего Советского Союза и перспективы дальнейших исследовательских и практических разработок.
3. Участники конференции, объединяя и медицинский и психологический подходы, приняли решение использовать единый термин – «синдром выгорания» – без каких-либо уточняющих прилагательных, тем самым подчеркивая, что данный феномен встречается только у профессионалов в коммуникативной сфере.

Синдром выгорания – это профессиональный феномен, возникающий вследствие «интоксикации» профессиональной коммуникацией и включающий три основных симптомокомплекса: психоэмоциональное истощение, депersonализацию и редукцию профессиональных достижений. Выгорание – это «опустошение», «эрозия души» под воздействием факторов профессиональной среды и с учетом личностных особенностей; это самостоятельный феномен, рядоположенный профессиональной деформации личности. Мы убеждены, что использование объединенного термина «син-

дром выгорания» (подчеркнем, что речь идет именно не о новом определении, а об унифицированном использовании словосочетания, как единственного перевода с английского языка) позволит прекратить поток новых попыток литературного перевода «burnout».

Данная монография и представляется на суд всех профессионалов, работающих в данной области, а также людей, интересующихся проблемой выгорания и способами совладания с ним. Основная цель первого в истории отечественной науки коллективного труда ученых и практиков в области выгорания заключается в отображении современного состояния проблемы исследования данного профессионального феномена на территории постсоветского пространства в ее научно-исследовательском и прикладном аспектах, знакомстве с направлениями исследований выгорания в различных науках и, пожалуй, самое главное, в выработке общей стратегии дальнейшей разработки данной проблемы и консолидации усилий ученых и практиков разных дисциплин. В данной монографии представлены работы ведущих специалистов в области изучения выгорания — ученых и практиков, являющие собой обобщение опыта разработки различных аспектов этой многогранной проблемы.

Структура монографии в целом отражает основные направления изучения данной проблемы: научно-исследовательский аспект, эмпирические исследования проявлений выгорания в конкретных профессиональных сферах и вопросы, связанные с профилактикой и коррекцией выгорания.

В первом разделе монографии, прежде всего, ставится вопрос о месте синдрома выгорания в профессиональном становлении личности. Всесторонний и глубокий анализ основных зарубежных и отечественных концепций профессионального становления личности доказывает одно из важнейших положений, которое в дальнейшем определяет основное направление исследований проблемы выгорания, — положение о выгорании как элементе системы профессиональных деструкций, отрицательно влияющем на все подструктуры личности и деятельности человека. Данное положение определяет и последующий анализ современного состояния проблемы выгорания в отечественной и зарубежной науке. В статье, посвященной современному состоянию проблемы выгорания, рассматриваются основные направления его исследований, связанные со структурой и симптоматикой этого феномена, личностными и организационными его детерминантами, механизмами возникновения и динамикой развития. Анализ указанных проблем позволил сделать вывод относительно природы и функционального значения данного феномена. Выгорание представляет собой целостное, динамическое интегральное психическое образование в единстве и взаимодействии эмоциональных, когнитивных, мотивационных и поведенческих элементов, образующих базовые компоненты выгорания, количественный и качественный состав которых определяется спецификой

профессиональной деятельности. Наиболее традиционной является трехкомпонентная структура выгорания, включающая психоэмоциональное истощение, цинизм и редукцию профессиональных достижений. Выгорание представляет собой дезадаптационный феномен, действие которого проявляется на всех уровнях функционирования личности: индивидуально-психологическом, социально-психологическом и организационном. Данный феномен оказывает негативное влияние на показатели профессиональной эффективности, удовлетворенности трудом, а также имеет отрицательные последствия и в сферах «непрофессиональной» жизни, где наблюдается дифференцированное влияние его составляющих на разные показатели качества жизни. Оно оказывает отрицательное воздействие на все подструктуры личности, что подтверждает наше предположение о сущности выгорания как феномена, представляющего полный регресс профессионального развития личности. Заключительные статьи раздела посвящены исследованию личностных и организационных аспектов выгорания. В статье, посвященной изучению личностных факторов выгорания, не только подтверждается положение об обусловленности выгорания личностными чертами, входящими в состав «Большой пятерки», но и приводятся данные относительно связи выгорания с эмоциональной направленностью как некоей интегральной личностной характеристикой. Интересными и перспективными являются полученные в этих же исследованиях данные об относительной независимости выгорания и увлеченности работой, что позволяет рассматривать их как самостоятельные феномены, а не как противоположные полюса одного континуума состояний, взаимоисключающие друг друга. В заключительной статье данного раздела сделан акцент на исследовании организационных факторов, обуславливающих возникновение выгорания в работе врачей-психиатров. Показано, что доминирующими факторами профессиональной среды, детерминирующими возникновение выгорания, являются следующие аспекты производственного процесса: недостаточный уровень социальной поддержки, отсутствие условий для повышения квалификации труда, недостаток положительной обратной связи, рутинный характер работы, чрезмерная ответственность, высокая нагрузка, недостаточный уровень персонального комфорта, нерациональная организация труда и рабочего времени сотрудников. Интересными представляются и результаты выявления характера совладающего поведения врача, который определяется во многом спецификой заболеваний обслуживаемых ими больных. Наиболее стрессовыми в профессиональной деятельности врачей-психиатров оказались ситуации, связанные с отказом больного от лечения, а также при предъявлении родственниками нереальных ожиданий от результатов лечения. Сравнительный анализ организационных детерминант, вызывающих выгорание, позволил выявить специфику развития выгорания у врачей-психиатров, по сравнению с представителями других медицинских специальностей, и послужил логическим пере-

ходом к самому большому по объему разделу монографии, посвященному профессиональной обусловленности выгорания.

Данный раздел имеет многоплановое содержание, и в этой связи статьи в нем сгруппированы в два подраздела, отличающихся профессиональной спецификой. В первом подразделе представлены работы, посвященные профессиям, связанным с оказанием населению различного рода социальных услуг (педагоги и государственные служащие). Второй подраздел целиком посвящен описанию выгорания в профессиях медицинской сферы, спектр которых чрезвычайно разнообразен (психиатры, наркологи, анестезиологи-реаниматологи, врачи скорой помощи). В данных работах показана специфика выгорания в разных профессиональных группах, исследуются специфические личностные и организационные факторы, вызывающие синдром выгорания. Интересными являются работы, связанные с когнитивными аспектами проблемы выгорания, в частности исследование связи выгорания и привлекательности педагогов коррекционных школ в глазах учеников. Особое место в представленных работах занимают вопросы стратегий поведения профессионалов с разной степенью выгорания и, прежде всего, копинг-стратегий. Данный пласт исследований представляется особенно важным, поскольку перекидывает мостик с исследовательского аспекта проблемы выгорания в сферу его коррекции и профилактики, что нашло свое отражение в заключительном разделе монографии.

В третьем разделе собран обширный и весьма интересный материал о способах коррекции и профилактики выгорания, что свидетельствует о новом витке в развитии исследований выгорания в отечественной науке и практике. В начальной статье данного раздела дан всесторонний и глубокий анализ состояния проблемы профилактики и коррекции выгорания за рубежом и в нашей стране, показаны основные теоретические подходы, на которых базируются превентивные программы, приводится перечень наиболее известных программ, отмечаются факторы, которые необходимо учитывать при их проведении. Своеобразной конкретизацией общего направления в профилактике выгорания, заданного в этом разделе, являются последующие статьи, в которых приводятся конкретные психокоррекционные программы, акцентирующие внимание на различных аспектах работы с клиентом в плане коррекции самочувствия профессионала и его поведения. В первой работе речь идет об использовании идей биосенсорной психологии, основанной на активизации способности человека к саморегуляции своего психического состояния средствами управления своим психоэмоциональным состоянием и поведением, активизации скрытых резервных возможностей, повышения эффективности и оптимизации профессиональной деятельности. Следующая статья посвящена исследованию эффективности такого группового метода коррекции выгорания как балинтовская группа. В заключительной работе раздела описывается оригинальная программа профилактики и коррекции выгорания в психиатрии с ис-

пользованием новых образовательных технологий и психокоррекционных стратегий.

В заключении мы хотели бы отметить, что представленная монография отнюдь не претендует на универсальность и не является аккумуляцией абсолютно всех исследований по проблеме выгорания, проводимых на территории бывшего Советского Союза. Кроме того, не по всем вопросам, связанным с выгоранием, достигнуто единство взглядов: требует уточнения содержание используемых понятий, определение места выгорания в системе категорий различных дисциплин, в частности медицины и психологии, дискутируются различные точки зрения на его генезис. Однако достигнуто, на наш взгляд, самое главное: все исследователи выгорания на постсоветском пространстве не только смогли познакомиться с исследованиями своих коллег и представить на их суд свои работы, но и осознать необходимость консолидации усилий в этом направлении и наметить ясную программу будущих научных изысканий и практических разработок.

Редакционная коллегия выражает искреннюю благодарность руководству Курского государственного университета и лично проректору по научно-исследовательской работе Кудинову Виталию Алексеевичу за поддержку в организации конференции и издании настоящей монографии.

Редакционная коллегия монографии:

Главный редактор – *Лукьянов Владимир Викторович, доктор медицинских наук, профессор Курского государственного университета.*

Члены редколлегии:

*Водопьянова Наталия Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент Санкт-Петербургского государственного университета;*

*Орел Валерий Емельянович, доктор психологических наук, профессор Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова;*

*Подсадный Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психотерапии ФУВ Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова;*

*Юрьева Людмила Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии ФУВ Днепропетровской государственной медицинской академии;*

*Игумнов Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и основ права Белорусского государственного медицинского университета.*

## РАЗДЕЛ I. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ

### 1.1. РАЗВИТИЕ НАУЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СИНДРОМЕ ВЫГОРАНИЯ

*С.А. Подсадный, Д.Н. Орлов  
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия  
им. И.И. Мечникова  
Санкт-Петербург, Россия*

В медицине и других специальностях, связанных с оказанием помощи, давно признано, что работа с определенными группами больных является дополнительным психотравмирующим фактором. К ним относятся люди старческого возраста, хронически или смертельно больные, пациенты, требующие интенсивного ухода, новорожденные, психически больные, лица, употребляющие психоактивные вещества, и пациенты с агрессивным и угрожающим поведением. Британская медицинская ассоциация в своем обзоре за 1992 год сделала вывод, что национальное здравоохранение во многих отношениях «совсем не в состоянии обеспечивать безопасную и поддерживающую окружающую среду для своего персонала».

#### *Распространенность синдрома выгорания*

Среди профессий, в которых синдром выгорания встречается наиболее часто (по разным источникам от 30 до 90 % работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов. Почти 80 % врачей психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различной степени выраженности признаки выгорания; 7,8 % – резко выраженные симптомы, ведущие к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки выгорания различной степени выраженности выявляются в 73 % случаев; в 5 % определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями [Сидоров, Соловьёв, Новикова 2006а].

Среди медицинских сестер психиатрических отделений признаки синдрома выгорания обнаруживаются у 62,9 % опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине выгорания у 55,9 %; выраженная фаза истощения определяется у 8,8 % респондентов в возрасте 51– 60 лет и со стажем работы в психиатрии более 10 лет.

Те или иные симптомы выгорания имеют 85 % социальных работников. Сложившиеся симптомы отмечаются у 19 % респондентов, в фазе формирования – у 66 %.

По данным английских исследователей, среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия – в 26 % случаев. Треть врачей используют медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень. В исследовании, проведенном в нашей стране, у 26 % терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37 % – субклиническая депрессия.

Результаты обследования стоматологов [Ларенцова 2003] показывают, что 104 врача из 272 (38,2 %) не подвержены выгоранию, 168 врачей (61,8 %) имеют высокую степень выгорания хотя бы по одной из шкал, из них 22 врача (8,1 %) – по всем трем шкалам. В частных клиниках не подвержены выгоранию 51 врач из 82 (62,2 %), 31 врач (37,8 %) имеет высокую степень выгорания хотя бы по одной из шкал, из них 4 врача (4,9 %) – по всем трем шкалам. В государственных клиниках не подвержены выгоранию 53 врача из 190 (27,9 %), высокую степень выгорания хотя бы по одной шкале имеют 137 врачей (72,1 %), из них по всем трем шкалам – 18 врачей (9,5 %). Таким образом, результат исследования настоящей выборки врачей стоматологов фиксирует у них высокую степень выгорания в 8,1 %.

По данным анонимного исследования, в котором приняли участие медицинские сестры ГУЗ «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница», были получены следующие данные. Все опрошенные (197 респондентов) были женщинами в возрасте 21–65 лет, из них 74,25 % – в возрасте старше 41 года, 63,84 % женщин имели стаж работы в психиатрии более 10 лет. Исследование проводилось по методике диагностики уровня синдрома выгорания В.В. Бойко. В основе выбора места работы большинство медицинских сестер указали такие факторы, как материальная заинтересованность (88,1 %), большой трудовой отпуск (92,3 %), а профессиональный интерес отметили только 35,12 %. Доминировала в картине выгорания фаза резистенции – 55,9 %. Полностью эта фаза сформировалась у 11,7 % опрошенных.

Были отмечены следующие симптомы:

- неадекватное избирательное эмоциональное реагирование – 20,6 %;
- эмоционально-нравственная дезориентация – 17,6 %;
- расширение сферы экономии эмоций – 14,7 %;
- редукция профессиональных обязанностей – 63,2 %.

В результате проведенных исследований [Юрьева, Семенихина 2002а] выявлена корреляционная связь личностной деформации со стажем работы в

психиатрии и профилем отделения. Степень выраженности выгорания коррелирует с терапевтической идеологией – у психотерапевтически ориентированных специалистов менее выражена личностная деформация.

При анализе данных, полученных при анкетировании, обращают на себя внимание некоторые тенденции, коррелирующие со степенью выраженности синдрома выгорания. Так, у респондентов, характеризующих свое психологическое состояние и настроение как «преобладающе плохое», с тревогой и неуверенностью в завтрашнем дне, отмечается более выраженные симптомы выгорания и наличие суицидальных мыслей.

В последнее время концепция синдрома выгорания расширилась на специальности, где контакт с людьми вообще не характерен (например, программисты). При этом личностная отстранённость воспринимается как негативное отношение к своей работе в целом. Люди, занимающие руководящие, более высокие должности более склонны к развитию выгорания ввиду повышенной ответственности.

Синдром выгорания обнаруживается у трети сотрудников уголовно-исполнительной системы, непосредственно общающихся с осужденными, и у трети сотрудников правоохранительных органов.

#### *Формирование теоретических представлений о синдроме выгорания*

Еще в 70-е годы некоторые исследователи обратили внимание на довольно часто встречающееся состояние эмоционального истощения у лиц, занимающихся в различных сферах коммуникативной деятельности (врачей, психологов, педагогов, работников социальных служб, менеджеров). Как правило, такие специалисты на определенном этапе своей профессиональной деятельности неожиданно начинали терять к ней интерес, формально относиться к своим обязанностям, конфликтовать с коллегами по не принципиальным вопросам, злоупотреблять алкоголем. В дальнейшем у них развивались невротические расстройства или соматические заболевания. Наблюдавшиеся изменения, как было обнаружено, были вызваны влиянием профессиональной деятельности и адаптации личности к профессиональным обязанностям. Появился термин «burnout», который при переводе на русский язык получил несколько толкований.

Впервые «burnout» описал Н. Freudenberger в 1974 г., под которым он понимал психологическое состояние здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. «Burnout» является истощением энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других. Это сопровождается состоянием тревоги и фрустрации, возникающим в результате преданности делу, определенному жизненному стилю отношений, ведущих к

провалу ожидаемой награды [Freudenberger 1974a]. Развитие данного «burnout» характерно в первую очередь для профессий, где доминирует оказание помощи людям (медицинские работники, учителя, психологи, социальные работники, спасатели, работники правоохранительных органов, пожарные).

Описания этого состояния включали обычно в себя следующие характеристики: отказ от карьерного роста, падение интереса к работе и жизни, бессонница, головные боли, чрезмерное употребление лекарственных средств. В дальнейшем тщательное изучение случаев депрессий, неврозов и психосоматических заболеваний у лиц помогающих и социальных профессий позволили выделить в качестве причины именно «burnout».

В дальнейшем социальный психолог С. Maslach внесла новые характеристики «burnout» – это синдром физического и эмоционального истощения, для которого характерно развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрата понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам [Maslach 1978a]. В западной литературе четко прослеживается динамическое развитие данной проблемы – если Freudenberger описывает условия, необходимые для формирования выгорания, такие как: интенсивное общение с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи, т.е. при выполнении своих профессиональных обязанностей; то Maslach указывает на изменения, которые происходят уже непосредственно у профессионала.

Maslach и Jackson приводят следующие характеристики синдрома «burnout»:

- эмоциональное опустошение;
- безразличие и циничное отношение к пациентам и клиентам;
- негативное отношение к себе (это определяется как деперсонализация);
- чувство неудовлетворенности от работы, от недооценивания своих профессиональных достижений;
- нарушение взаимоотношений с коллегами и в семье;
- ухудшение качества жизни и состояния физического и психического здоровья.

Наиболее часто используемый перевод «burnout» в отечественной литературе – это выгорание. Развитие представления о синдроме выгорания складывалось исходя из трудностей взаимодействия, необходимого врачу для общения с пациентами. Межличностные контакты при общении с больными и их родственниками предъявляют высокие требования к коммуникативной компетентности врача [Косаров, Захаров 1981], [Сук 1984]. Невозможность

соответствовать должностным инструкциям приводит врача в состояние фрустрации. Врач по отношению к пациенту должен занимать позицию «принимающего» и «безусловного» общения, описанного С. Rogers. Исходя из этого выгорание рассматривалось, как и всякий механизм психологической защиты, в развитии: от психологической защиты к неврозу [Василюк 1989].

В дальнейшем «burnout» получил новое развитие, которое в свою очередь ничем не дополняет сам синдром, не направлено на выявление причин его возникновения и не приносит собой каких – либо адекватных методов профилактики и лечения. Связано это с тем, что «burnout» стал всё чаще рассматриваться с позиции теории стресса Г. Селье и общего адаптационного синдрома. Исследователи находят всё больше общего между этими понятиями и выгоранием. Авторы этих концепций приводят свои аргументы.

«Burnout» – термин, обозначающий симптомокомплекс последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса [Burisch 1993]. Развитие этого синдрома было обусловлено необходимостью работать в строго нормированном и однообразно-напряженном режиме дня, с большой эмоциональной насыщенностью личностного взаимодействия с трудными пациентами, клиентами и т.п.

Подобный подход к проблеме не является ошибочным, однако он не раскрывает до конца суть выгорания и останавливается только на одном из его вариантов – это профессиональный стресс, или стресс, полученный при выполнении своих профессиональных обязанностей. Данная ситуация актуальна в основном для лиц, оказывающих экстренную помощь, работающих в экстремальных условиях, а также в условиях, когда профессионал сталкивается на работе со стрессорными факторами в любом их проявлении.

Данное направление активно развивается и в нашей стране. Появляется новая трактовка термина «burnout» – «эмоциональное сгорание» [Яценко 1989], [Форманюк 1994], [Бойко 1996а]. Далее приводятся определения термина:

1. Эмоциональное сгорание – рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте, развитие которого происходит из профессиональной адаптации [Конечный, Боухал 1983].

2. «Синдром эмоционального сгорания – это новейший, выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия» [Бойко 1996б].

Развивая концепцию «эмоционального сгорания», авторы выделяют следующие критерии для описания синдрома:

1. Сильный дистресс за короткий период времени.
2. Аффективные расстройства.

3. Страх повторения травмирующего события.
4. Выраженная сенситивность, чувство вины.
5. Флешбэк эффект.
6. Причина стресса – события жизни психотерапевта или его близких.
7. Тревожная симптоматика.

Диагностическим эквивалентом в таком рассмотрении проблемы предлагается синдром F 43.0 «кризисная реакция / состояние» (однако, продолжительность нарушений при этом не должна превышать 6 месяцев). Причины возникновения выгорания в данном случае следующие: угроза телесной целостности или жизни, перемены в семейной организации или статусе, изменение роли индивидуума в группе людей, среди которых он живет, угроза нации или культуре. В качестве исходов приводятся следующие варианты: от быстрого спонтанного разрешения с возвращением к преморбидному уровню функционирования до личностного роста и усовершенствования навыков преодоления трудностей ситуаций, в некоторых случаях до хронического нарушения трудоспособности или заболевания, например ПТСР. Главным в патогенезе синдрома сгорания являются следующие аспекты – выраженный по силе воздействия стрессорный фактор, который в связи с выполнением своих повседневных профессиональных обязанностей, имеет обязательную тенденцию к повторению. В результате этого профессионал формирует психологические защиты, направленные на личностную психологическую защищенность и сохранность [Слабинский, Подсадный 2007].

Исходная реакция на страдания другого человека в начале профессиональной деятельности со временем, как правило, притупляется. Степень снижения реагирования на проблему пациента зависит от времени воздействия, эмоциональной выраженности и от резонанса проблемы пациента с проблемой терапевта. Каждый фактор работает как в отдельности, так и совместно с другими.

Определенная степень адаптации изначально естественна для медицинского работника. Она развивается уже во время обучения.

Вопрос о неизбежности развития синдрома сгорания как результата профессиональной адаптации остаётся открытым. Сгорание не является обязательным исходом профессиональной адаптации. Если будут предприняты профилактические меры, то это поможет предотвратить, ослабить или исключить его возникновение [Maslach 1978б].

«Эмоциональное сгорание – функциональный стереотип, который позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические и психологические ресурсы» [Демина, Ральникова 2001]. Однако в дальнейшем эмоциональное сгорание отрицательно сказывается на выполнении человеком своей повседневной деятельности и отношениях с партнерами, причиной которых

будет эмоциональная и личностная отстраненности, неудовлетворенность собой, а также возникающие вслед за этим тревога, депрессия, психосоматические нарушения, неадекватное эмоциональное реагирование.

Возникает ещё один перевод термина «burnout»: «синдром эмоционального перегорания» [Вид, Лозинская 1998]. В своём исследовании авторы также придерживаются теоретической позиции, которая укладывает термин «burnout» в рамки теории стресса Г. Селье и общего адаптационного синдрома. Авторы описывают следующие фазы развития «синдрома эмоционального перегорания» (Далее – «СЭП»):

I фаза – «напряжение». Полученные данные свидетельствуют, что наличие тревожного напряжения, которое служит предвестником и запускающим механизмом в формировании СЭП и сопровождается ощущением тревожности, снижением настроения, было выявлено у 50 % врачей-психиатров. В качестве основных причин, провоцирующих развитие СЭП, у врачей-психиатров могут быть отмечены, прежде всего, профессиональные факторы: трудно измеримое содержание работы, наличие психоэмоциональных перегрузок, отсутствие четких обязанностей, свойственных работе психиатров. Наличие таких личностных факторов, как повышенная ответственность, высокая степень эмоциональной вовлеченности в проблемы пациентов, характерных для врачей-психиатров, по-видимому, может способствовать увеличению напряжения как «запускающего» механизма формирования СЭП. Наиболее высокими являются показатели по симптому «переживания психотравмирующих обстоятельств». Этот симптом проявляется в осознании психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, невозможности что-либо изменить, накоплении раздражения и отчаяния. Второе место по степени выраженности занимает симптом «тревога, депрессия». Этот симптом обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к СЭП как средству психологической защиты [Козина 1998].

II фаза – «сопротивление». Действие этой фазы прослеживается с момента появления напряжения: как только человек начинает осознавать его наличие, он стремится избежать действия эмоциональных факторов с помощью полного или частичного ограничения эмоционального реагирования в ответ на конкретные психотравмирующие воздействия. Ограничения диапазона и интенсивности включения эмоций в процессе профессионального общения отмечали 81,2 % врачей-психиатров, причем у 25 % из них наблюдалась сформировавшаяся фаза сопротивления, т.е. близкая к тотальной редукция эмоций. Степень ограничения эмоционального реагирования значительно превышала имеющееся напряжение, что свидетельствует как о высокой степени психологической защиты, так и о наличии адекватной «экономии эмо-

ций», ограничении эмоциональной отдачи, упрощении и сокращении процесса взаимодействия между врачом-психиатром и пациентом. Одним из доминирующих симптомов этой фазы является симптом «неадекватного избирательного реагирования». Для таких лиц характерен профессиональный навык экономии эмоций, ограничение эмоциональной отдачи за счет выборочного, менее интенсивного реагирования в ходе рабочих контактов, что свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Второй доминирующий симптом «редукции профессиональных обязанностей» также достаточно выражен у врачей-психиатров, т.е. для них характерно использование в профессиональной деятельности упрощения процесса общения, стремление облегчить, сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

III фаза – «истощение». Характеризуется падением общего энергетического тонуса. Эмоциональная защита в форме СЭП становится неотъемлемым атрибутом личности. Наличие эмоционального истощения было отмечено у 18,7 % врачей-психиатров, причем выраженная степень эмоционального истощения («эмоциональное перегорание») – у 6,2 % врачей-психиатров. Доминирующих симптомов в этой фазе выявлено не было.

Ниже приведены характерные симптомы, которые дополняют описание каждой фазы [Бойко 2004]:

1. НАПРЯЖЕНИЕ. Для которой характерно:

- неудовлетворенность собой,
- «загнанность в клетку»,
- переживание психотравмирующих ситуаций,
- тревожность и депрессия.

2. РЕЗИСТЕНЦИЯ. Включает в себя:

- неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование,
- эмоционально-нравственная дезориентация,
- расширение сферы экономии эмоций,
- редукция профессиональных обязанностей.

3. ИСТОЩЕНИЕ. Симптомы:

- эмоциональный дефицит,
- эмоциональная отстраненность,
- личностная отстраненность,
- психосоматические и психовегетативные нарушения.

Как видно из вышеизложенного, развитие представлений о «burnout» с позиции теории стресса, его профилактики и лечении будет напрямую связано с развитием исследований, направленных на изучение стресса, общего адаптационного синдрома в рамках профессиональной деятельности.

Однако на сегодняшний день есть исследования, из которых становится ясно, что «burnout» в своём развитии и патоморфозе намного шире, чем вышеописанная позиция. Ниже приведены дифференциальные критерии стресса и «burnout» [Hart 1996].

Таблица 1

Дифференциальные критерии стресса и «burnout»

Стресс	«Burnout»
Возникает в результате перенапряжения	Является защитой, связанной с деятельностью
Эмоции становятся чрезмерными	Эмоции притупляются
Первым страдает физическое состояние	Первыми страдают эмоции
Поражает физическую энергию	Поражает мотивацию и драйв
Вызывает дезинтеграцию	Вызывает деморализацию
Может быть понят как потеря «топлива и энергии»	Может быть понято как потеря идеалов и надежды
Вызывает чувство нетерпения и чрезмерную активность	Вызывает чувство беспомощности и безнадежности
Депрессия при стрессе вызывается необходимостью организма защищать себя и сохранять энергию	Депрессия вызывается горем по поводу утраты идеалов и надежд
Вызывает панику, фобию и тревожный тип реагирования	Вызывает паранойю, деперсонализацию и разъединение
Может привести к летальному исходу при чрезмерном воздействии	Никогда не «убивает» сразу, но при этом жизнь перестанет казаться чем-то ценным

Описанный вариант «burnout» – «эмоциональное сгорание» – это краткосрочное одномоментное воздействие, которое в зависимости от своей выраженности, особенностей личности – её механизмов защиты и реагирования, личностного отношения к факту происшествия, в действительности является стрессом и запускает фазы общего адаптационного синдрома. Профессиональная деятельность сопряжена с описанными ситуациями, и подобное состояние можно идентифицировать как «профессиональный стресс» или «производственную психотравму», которая имеет место в «burnout» как вариант стресса, полученного на рабочем месте.

Дополняют и развивают данную проблему работы авторов, направленные на изучение «burnout» с позиции адаптации личности к непосредственной профессиональной деятельности. В российской литературе это рассматривается как синдром выгорания – «burnout» как состояние «профессиональной деформации». Одним из важных аспектов, влияющих на развитие выгорания, является профессиональная коммуникативная сфера человека, которую с эмоциональной точки зрения часто очень трудно поддерживать, но в силу своей деятельности работник просто обязан это выполнять.

Более глубинное рассмотрение проблемы – выгорание как разочарование в поиске смысла жизни [Pines 1993]. Здесь идёт речь о следующих вариантах разочарования: первое – это подмена смысла жизни: чаще всего работой, социальными ролями; второе – это разочарование, связанное с несоответствием между идеальными представлениями и существующей реальностью. В последнем можно выделить сразу два фактора, которые по современным представлениям приводят к развитию выгорания, – ролевой и организационный. Результатом столкновения человека с осознанием этой проблемы будет ноогенный невроз – это потеря вкуса к жизни, что порождает у человека состояние экзистенциального вакуума, который выражается в апатии, депрессии и утрате интереса к жизни [Колесников 1996]. К. Обуховский предполагает, что неудовлетворение потребности в смысле жизни проявляется в состояниях напряжения и может, как и в случае фрустрации других потребностей, вести к более или менее выраженным нервным расстройствам (апатия и депрессия – далеко не единственные возможные реакции). Автор использует термины «экзистенциальная фрустрация» и «экзистенциальные неврозы», которые развиваются часто идентично тем, в основе которых лежит фрустрация других человеческих потребностей [Обуховский 1972]. Они составляют, по приводимой статистике, от 14 до 21 % всех неврозов и в подавляющем большинстве случаев встречаются у женщин. Формирование смысла жизни напрямую связано с аксиосферой человека – иерархией ценностей и личностной и социальной идентичностью.

Для обозначения личностной идентичности вводится термин «awareness identity» – «идентичность осознания», для социальной – «идентичность принадлежности (belonging identity)» [Curle 1972]. Идентичность принадлежности много значит для сохранения, стабильности человека, поддерживает его status quo. Оценивание человека динамично: на традиции смотрят как на пережитки прошлого, прежние социальные различия почти искоренены. Это, с одной стороны, и хорошо, но создает проблемы для личностной идентичности. Как следствие, в отчаянии человек склонен искать новые виды идентичности.

В определенном смысле обе идентичности противодействуют друг другу. Однако их противодействие во многом зависит от выраженности каждой из идентичностей.

А. Curle выделяет четыре основных психологических типа:

1. Низкая идентичность всех видов; выраженная маска-мираж. Это отчужденные одиночки, потенциальные самоубийцы, живущие несчастливой, непродуктивной жизнью на окраине общества. Их всех объединяет изоляция, явная неспособность к глубоким и продолжительным взаимодействиям с другими. Некоторые из них ищут подтверждения даже не принадлежности, а того, что еще живут, совершая порой жестокие действия.

2. Низкая идентичность осознания и высокая идентичность принадлежности; выраженная маска-мираж. Это большая и разнообразная категория, она объединяет бедных и богатых, профессоров и безграмотных крестьян. Это в целом консервативная категория. Осознание самого себя представляет угрозу для идентичности принадлежности; она разрушает и реконструирует образы, а это болезненный и трудный процесс. Поэтому вопрос о том, на чем держится идентичность принадлежности, не обсуждается, эта идентичность здесь мистична.

3а. Повышенное естественное осознание: слабая идентичность принадлежности; повышенная идентичность осознания; пониженная маска-мираж. Этот тип характеризуется высокой социальной активностью, большинство активистов входят в эту категорию (при условии, конечно, что энтузиазм вызван не из потребности принадлежать к организации). Далее А. Curle предполагает, что они считают возможным преобразование мира, при этом остерегаются революционных преобразований, предпочитая эволюцию.

3б. Повышенное «экстрасенсорное» осознание: слабая идентичность принадлежности; повышенная идентичность осознания; пониженная маска-мираж. Разновидность предыдущего типа. Но большое отличие в том, что они иногда видят мир в совершенно другом свете, и считают, что воспринимают внутренний смысл вещей. Это может привести к побуждению делать что-то не в обществе, а с собой. Мораль этого типа отличается, но они ее твердо придерживаются, поскольку пришли к ней через сознательное усилие найти правильный путь, а не через бездумное принятие социальных норм.

Этот тип очень неоднозначен и делится на шесть подгрупп.

«Неудачные активисты». Они столкнулись с враждебностью социальной системы или обнаружили, что им недостает мужества или настойчивости, чтобы довести дело до необходимой черты. В любом случае они нашли альтернативу – внутренний путь.

«Наркоманы». Наркотики дают возможность и увидеть свой путь, и достичь цели. Это «распакованное» экстрасенсорное осознание мира.

«Строители альтернативной культуры». Они вовсе не обязательно в открытом конфликте с существующим устройством. Они просто пытаются построить концептуально и реально другую модель. Они часто живут коммунами, зарабатывая на жизнь и в некотором смысле строя ее, но идут на минимум компромисса с миром рынка. Хиппи – типичный пример.

«Психо-философы». Описанные выше типы (подгруппы) скорее ищут некоторую систему, в частности, в оккультной и эзотерической литературе, но не очень стремятся следовать ей. Данный же подтип следует существующей системе, а не изобретает новую. Они не менее других осознают социальное зло, но также считают, что ничего не могут поделать, поэтому ищут перемен и развиваются сами в себе.

«Искатели nirваны». Они стремятся отойти не только от мира, но и от себя, поскольку это для них нестерпимо. Они считают, что потеря или разрушение личности ведет к соединению с абсолютным. И они ищут восточные техники, в которых осознание ведет к концу осознания, к забвению и концу боли. Среди них много самых сенситивных и тех, кого психиатры называют шизоидами.

«Хиппи». Представители многих перечисленных групп могут называться хиппи. Но группы перекрывают друг друга. Этот термин употребляется для обозначения мягких, любящих людей, которые не объединяются в движения – спиритуалистические, идеологические или социальные, которые хотят жить своей жизнью и делать свое дело. Есть, конечно, ложные хиппи, носящие соответствующую одежду и говорящие на жаргоне, но не имеющие ничего за душой. Но настоящие хиппи достаточно многочисленны, чтобы считаться значимым феноменом. Они хиппи по отрицанию насилия, антигуманных проявлений общества и социальных идентичностей.

4. Низкая идентичность принадлежности, высокая идентичность осознания; маски-миража нет. Этот тип скорее предполагается, чем наблюдается, автор сам затрудняется описать его, поскольку наглядно он не всегда выражен. Если все перечисленные ранее типы можно найти в себе в той или иной степени, то этот проблематично. Они не ищут популярности и не зависят от мнения других, их поведение последовательно, ценности объективны и альтруистичны. Они создают впечатление целостных и автономных существ. Им присуще ненасильственные способы решения социальных проблем и глубокие нравственные убеждения, доходящие порой до того, что принято называть религиозностью.

В таблице 2 описываются варианты субъект-объектных отношений, которые формируют ценностное отношение человека.

Таблица 2

Варианты субъект-объектных отношений, формирующих ценностное отношение человека

Я – общество	Ценности	Проблемность социального мышления	Социальные слои	Оптимизм – пессимизм
S – O	новые непротиворечивые	конкретные проблемы – принятие решений	предприниматели	оптимизм
S – S	старые – новые противоречивые	абстрактные проблемы	интеллигенция – ученые, студенты	ученые – пессимизм, студенты – оптимизм
O – S	старые – новые противоречивые	конкретные проблемы в связи с деятельностью	рабочие	пессимизм
O – O	старые непротиворечивые	констатация проблем	пенсионеры	пессимизм

Из приведенных данных видно, что субъект-объектное сознание присуще предпринимателям и данный тип может быть отнесён к личности наименее подверженной выгоранию. Этот тип похож на тип 3а, описанный А. Curle. Субъект-субъектное сознание присуще интеллигенции – ученым и студентам (несмотря на различия возраста и профессионального статуса этих групп). Аналог А. Curle можно искать в типах 3б и 4. Сознание объект-субъектное и объект-объектное неоднозначно свойственно определенным социальным слоям, и в данном случае провести аналогии с рассмотренной выше типологией также трудно, тем более что речь идет не столько о деперсонализации, сколько о десубъективации своего «Я» [Иванова 2005].

На связь формирования синдрома выгорания с личностными ценностными противоречиями указывают в своих исследованиях Б.С. Алишев, А.Г. Здравомыслов, И.Г. Конурич, В.Г. Немировский, М.Г. Рогов, Р.Х. Шакуров. Действительность оценивается человеком в категориях «своё-чужое». Первоначально именно это, а не хорошее или плохое – главное в оценке. Благом является «своё». «Своё» означает не принадлежащее мне, а мне соответствующее, моим представлениям, моему жизненному опыту, моему укладу

жизни. Оценка действительности с позиции «своё-чужое» есть распознавание, идентификация «близкого мне». Освоить – означает установить соответствие или несоответствие самому себе сущего, актуальных или потенциальных обстоятельств. «Своё» опознается как хорошее, даже если принятое решение идет вразрез с витальными ценностями, а «чужое», тем более чуждое, опознается как плохое. Если ценности социума или группы, к которым человек равнодушен, навязываются принудительно, они становятся уже не чужими, а чуждыми [Барышков 2005].

Аксиологическая сторона заключена диспозиционно и раскрывается при взаимодействии с человеком. Любой объект может рассматриваться лишь как потенциальный носитель ценности, а актуализируется эта возможность только в его контакте с оценивающим субъектом [Каган 1997].

Понятие «диспозиция» получает в данном употреблении категориальный статус. Первоначально оно использовалось в медицине и психологии и означало «способность, предрасположение, настроение, склонность». Так, в психологии диспозиция – это предрасположенность субъекта к поведенческому акту, действию, поступку, к их последовательности. В диспозиционной концепции, предложенной В.А. Ядовым, социальное поведение личности характеризуется ее готовностью к поведению в данной социальной ситуации в связи с социальными условиями предшествующей деятельности, в которых формируется устойчивая предрасположенность к реализации определенных потребностей субъекта. Диспозиции личности рассматриваются как иерархически организованная система. Природные явления, как и социальные, могут становиться ценностями в их отношении к человеку, к его интересам, потребностям, целям [Барышков 2005].

Мир задается или как объективный, а человек вписывается в него, или как субъективный, и человек вписывает его в себя. В конечном счете, и то и другое – «примеривание мира на себя», поиск идентификации, воплощение родового человека в конкретной личности. Каждый выбирает подходящий для себя способ мысли, чувства – в широком смысле, способ самоопределения, из возможных имеющихся. Речь идет о том, какие варианты выбора являются для человека существенно важными, а не просто об огромном количестве возможностей выбора [Козловски 1997]. В этот момент начинает работать ценностная сфера человека. Ведь трудно предположить, несмотря на всю логическую обоснованность объективности, что человек никак сам не отзывается на необходимость включения ценностной сферы внутри его. В этом смысле предметный мир человека есть проекция его внутренних потенций, склонностей, предпочтений. Эта область внутреннего бытия есть та точка, считал С.Л. Франк, из которой познающий взор направляется на предметный мир.

Ценности социума и человека относительно устойчивы; оценивание человека – спонтанный процесс. Оценка ценности в обществе осуществляется, прежде всего, относительно практических потребностей; для отдельного человека – относительно пути его жизни, в конечном счете, относительно собственной целостности. Целостность человека – это не только его психологическое состояние, но и его образ жизни. Представляется, что следует разделить проблему на индивидуальных ценностей и ценностей личностных. Проблема на индивидуальных, общих ценностей – это проблема их иерархии. Проблема индивидуальных ценностей – проблема природы ценностного отношения, природы оценки. В литературе подчеркивается диспозиционный характер ценностных свойств, которые возникают относительно потребностей человека. С этой точки зрения, потенциально весь мир обладает определенной значимостью для человека. Ценностное отношение и отношение оценивания различаются между собой. Ценностное отношение – отношение между людьми на основании и в области общезначимых ценностей. Отношение оценивания – отношение к ценностям относительно человека, его конкретного жизненного пути. Мир ценностей, область ценностного отношения и отношения оценивания объединяются в понятие ценностного бытия

Человек выбирает то, что ему ближе. Основной вопрос – в чем состоит способность выбора того, что человеку ближе, на чем эта способность основана. Главное – не что для человека является значимым, а как для него нечто становится значимым. Оценка – это вопрос о принятии или неприятии личностью значимости, т.е. ценности. Личностная оценка не только установление значимости некоторого объекта, но и отношение к уже установленной значимости, к ценности. Это вопрос не о том, что такое хорошо, а что такое плохо вообще, а вопрос об отношении конкретного человека к тому, что такое хорошо. Так, отношение той или иной вещи к витальным потребностям человека устанавливает ее положительную или отрицательную значимость, но в определенной ситуации человек этой значимостью пренебрегает. Пренебрежение к несомненной ценности связано с определенной ее оценкой в конкретной ситуации. Здесь возникает ценностный конфликт – конфликт между ценностями, который разрешается человеком при благоприятных условиях. Одним из таких условий является способность человека к разрешению ценностного конфликта. Допустим, человек отказывается от некоторой ценности сознательно, осознавая свою ответственность за собственное предпочтение. В основе отказа и предпочтения одних потребностей перед другими лежит оценка. Как возникла иерархия потребностей? Возможно, интуитивно – из потребности сохранения себя как личности, своей цельности, самости, из потребности духовного самосохранения, которая может оказаться предпочтительной перед потребностью физического сохранения, перед витальными по-

требностями. Такая позиция фиксируется в выражениях: «пострадал за свои убеждения», «принес в жертву свой интерес» [Барышков 2005]. Зачастую при контакте с пациентами, клиентами в отношениях возникают именно ценностные противоречия. Однако, руководствуясь принципом долга – на сегодня это наиболее распространённая модель этических взаимоотношений между врачом и пациентом, – врач обязан принимать и допускать к себе пациента с его внутренним миром ценностей. И, как результат, формируется внутриличностный конфликт уже у врача, который сегодня чаще всего описывается как синдром выгорания. Выгорание представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы [Сидоров 2005]. В литературе в качестве синонима синдрома выгорания, используется термин «синдром психического выгорания». Синдром выгорания является одним из аспектов профессиональной деформации личности и представляет собой приобретенный стереотип эмоционального поведения [Макарова 2002].

*Личностный фактор.* Личность человека – достаточно целостная и устойчивая структура, и ей свойственно искать пути защиты от деформации. Одним из способов такой психологической защиты и является выгорание. Исследователи выделяют один из деформирующих факторов в профессии врача: диссоциативность переживаний – оставаться закрытым и отстранённым при взаимодействии с пациентом и вместе с тем оказывать эмоциональную поддержку [Сидоров, Соловьёв, Новикова 2007], [Станкевич 1999].

Herbert J. Freudenberger описывает личностные качества подверженных сгоранию как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся идеалистов, ориентированных на людей и одновременно неустойчивых, интровертированных, одержимых навязчивыми идеями (фанатичных), «пламенных» и «легко солидаризирующихся» [Freudenberger 1974]. Это описание можно дополнить следующими личностными факторами: склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности, наличие нравственных дефектов и дезориентации личности [Бойко 1996].

Различные личностные характеристики, зачастую даже противоположные друг другу, описанные у лиц, подверженных выгоранию, свидетельствуют о том, что «burnout» является результатом адаптации личности к профессиональной деятельности. Чаще всего выгоранию подвержена склонная к стрессу (тип А), напористая, «стресс-зависимая» личность, которая представляет собой хорошо известный стереотип, где в качестве своей первой стадии

имеется «идеалистический энтузиазм». У таких лиц есть тенденция к идеалистическим, а не реалистическим ожиданиям, они становятся сверхувлеченными своей работой и им трудно оторваться от нее [Edelwich, Brodsky 1980]. Они могут быть созависимыми и испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми, значимыми, ценимыми и принятыми [Vincent 1983]. Кроме того, заметно их стремление рвать связи с обычными знакомыми и родственниками, при общении с которыми могут проявиться их потребности и уязвимость. Поэтому они уединяются в своем маленьком мире, где большинство положительных эмоций они находят в своей профессиональной деятельности или учреждении, в котором работают. Их экзистенциальные потребности удовлетворяются через их профессиональную идентичность, и поэтому профессиональные угрозы и стрессы они переживают как вызов фундаментальным надеждам, целям, смыслу и назначению [Pines 1993], что практически не компенсируется поддержкой со стороны.

В многочисленных исследованиях выявлено, что эмпатия, её вид и уровень оказываются одним из главных звеньев в патогенезе синдрома выгорания. Также к личностному фактору можно отнести внутриличностное противоречие или конфликт между должностными обязанностями, отдельно это рассматривается как организационный фактор, и возможностями профессионала к выполнению этих инструкций [Козина 1998]. Например, деонтологическая модель работы врача (принцип долга), которая в настоящее время остаётся доминирующей, является одним из факторов, приводящих к выгоранию [Purcell, Wechsler 1991]. Авторы описывают этот принцип работы врача как игнорирование собственных неразрешенных проблем наряду с тем, что врач должен эффективно работать с любыми пациентами в любое время и при любых обстоятельствах. Несоответствие ценностей и этических принципов личности врача с ценностями и принципами, заданными одной из этических моделей работы врача как профессионала, провоцируют внутриличностный конфликт, который имеет вид синдрома выгорания. К личностным факторам относятся также базисные убеждения человека, структурирующие его личностный и профессиональный опыт, что формирует самооценку и соотношение своего опыта с результатами работы других людей. Внутриличностный конфликт, спровоцированный и поддерживаемый противоречием базовых убеждений, задается по принципу «double bind» [Bateson, Jackson, Haley 1956] – противоречивые инструкции, которые невозможны для выполнения, т.к. исключают друг друга и в то же время являются обязательными. Приводится следующий пример: «Будь самостоятельным, но ничего не делай без моего разрешения». Подобная инструкция не даёт ни свободы, ни помощи в работе, вызывая только напряжение и тревогу, которые сопровождают первые стадии развития синдрома выгорания.

*Ролевой фактор.* В структуру этого фактора входят такие характеристики, как занимаемая должность, отношения с коллегами по работе. Существует стойкая связь между выгоранием и профессиональными ролями, которые требуют идти на компромисс и лишены поддержки, что ведет к перегрузке, неопределенности или конфликтам [Burke, Richardsen 1996]. Эта триада характерна для многих недостаточно управляемых мультидисциплинарных бригад. Стили руководства, которые включают в себя обратную связь только негативного характера, имеют связь с высокой степенью выгорания в отличие от стиля, который предлагает позитивную обратную связь и поддерживает самоуправление [Duxbury, Armstrong, Drew 1984].

В обследовании психотерапевтов получены значимые корреляции между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и «выгоранием». Работа в ситуации распределенной ответственности ограничивает развитие «burnout», а при неясно распределенной ответственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возрастает даже при существенно низкой рабочей нагрузке [Бойко 1996]. Способствуют развитию выгорания те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, и в то же время результат зависит от слаженных действий [Kendo 1991].

*Организационные факторы:*

- Высокая рабочая нагрузка, недостаток времени для выполнения работы.
- Отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства.
- Недостаточное вознаграждение за работу, как моральное, так и материальное.
- Невозможность контроля рабочей ситуации, невозможность влиять на принятие важных решений.
- Двусмысленные, неоднозначные требования к работе.
- Постоянный риск штрафных санкций (выговор, увольнение, судебное преследование).
- Однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность.
- Нерациональная организация труда и рабочего места (экстремальные температуры, шум, пассивное курение, депривация сна и т.д.).
- Необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным (необходимость быть эмпатичным).
- Отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы [Скугаревская 2002а].

Также сюда входят график и условия работы, должностные инструкции и обязанности, заработная плата, идеология учреждения, возможности карьерного роста и развития, социальная защищенность работника (есть она или нет) и т.п.

Другой фактор развития выгорания – это дестабилизирующая атмосфера. Нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудно измеримое содержание, конфликты как в системе «руководитель-подчиненный», так и между коллегами [Бойко 1996].

Однако все эти факторы имеют место только при их рассмотрении через личностный аспект, т.к. одни и те же условия могут как провоцировать развитие выгорания у одних работников, так и оставаться безразличными для других. Личностный фактор имеет главное значение в развитии выгорания.

На сегодняшний день не существует единого определения термина «burnout», нет общепринятой концепции патогенеза выгорания. Ниже будут приведены несколько вариантов рассмотрения «burnout».

Выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс [Гринберг 1997]:

Первая стадия («медовый месяц»). Работник обычно доволен работой и заданиями, относится к ним с энтузиазмом. Однако по мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить все меньше удовольствия, и работник становится менее энергичным.

Вторая стадия («недостаток топлива»). Появляются усталость, апатия, могут возникнуть проблемы со сном. При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника теряется интерес к своему труду или исчезают привлекательность работы в данной организации и продуктивность его деятельности. Возможны нарушения трудовой дисциплины и отстраненность (дистанцирование) от профессиональных обязанностей. В случае высокой мотивации работник может продолжать «гореть», подпитываясь внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью.

Третья стадия (хронические симптомы). Чрезмерная работа без отдыха, особенно «трудоголиков», приводит к таким физическим явлениям, как истощение и подверженность заболеваниям, а также к психологическим переживаниям – хронической раздражительности, обостренной злобе или чувству подавленности, «загнанности в угол». Постоянное переживание нехватки времени (синдром менеджера).

Четвертая стадия (кризис). Как правило, развиваются хронические заболевания, в результате чего человек частично или полностью теряет работоспособность. Усиливаются переживания неудовлетворенности собственной эффективностью и качеством жизни.

Пятая стадия синдрома выгорания («пробивание стены»). Физические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут спровоцировать развитие опасных заболеваний, угрожающих жизни человека. У работника появляется столько проблем, что его карьера находится под угрозой.

Следующая модель выгорания [Perlman, Hartman 2004]:

1. Первая стадия – напряженность, связанная с дополнительными усилиями по адаптации к ситуационным рабочим требованиям. Такую напряженность вызывают два наиболее вероятных типа ситуаций. Первый: навыки и умения работника недостаточны, чтобы соответствовать статусно-ролевым и профессиональным требованиям. Второй: работа может не соответствовать его ожиданиям, потребностям или ценностям. Те и другие ситуации создают противоречие между субъектом и рабочим окружением, что запускает процесс выгорания.

2. Вторая стадия сопровождается сильными ощущениями и переживаниями. Многие ситуации могут не вызывать соответствующих переживаний, поскольку происходит конструктивное оценивание своих возможностей и осознаваемых требований рабочей ситуации. Движение от первой стадии синдрома выгорания ко второй зависит от ресурсов личности и от статусно-ролевых и организационных переменных.

3. Третья стадия сопровождается реакциями основных трех классов (физиологические, аффективно-когнитивные, поведенческие) в индивидуальных вариациях.

4. Четвертая стадия представляет собой синдром выгорания как многогранное переживание хронического психологического стресса. Будучи негативным последствием психологического стресса, переживание выгорания проявляется как физическое, эмоциональное истощение, как переживание субъективного неблагополучия – определенного физического или психологического дискомфорта. Четвертая стадия образно сопоставима с «затуханием горения» при отсутствии необходимого топлива.

В соответствии со следующей моделью [Burish 1993] развитие синдрома выгорания проходит ряд стадий. Сначала возникают значительные энергетические затраты – следствие экстремально высокой положительной установки на выполнение профессиональной деятельности.

По мере развития выгорания появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе. Следует, однако, отметить, что развитие синдрома выгорания индивидуально и определяется различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность человека.

В развитии выгорания М. Burish выделяет следующие фазы:

I. Предупреждающая фаза.

1) Чрезмерное участие:

а) чрезмерная активность;

б) отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение из сознания переживаний неудач и разочарований;

в) ограничение социальных контактов.

2) Истощение:

а) чувство усталости;

б) бессонница;

в) угроза несчастных случаев.

II. Снижение уровня собственного участия.

1) По отношению к сотрудникам, пациентам:

а) потеря положительного восприятия коллег;

б) переход от помощи к надзору и контролю;

в) приписывание вины за собственные неудачи другим людям;

г) доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам – проявление негуманного подхода к людям.

2) По отношению к остальным окружающим:

а) отсутствие эмпатии;

б) безразличие;

в) циничные оценки.

3) По отношению к профессиональной деятельности:

а) нежелание выполнять свои обязанности;

б) искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени;

в) акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой.

4) Возрастание требований:

а) потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях;

б) чувство переживания того, что другие люди используют тебя;

в) зависть.

III. Эмоциональные реакции

1) Депрессия:

а) постоянное чувство вины, снижение самооценки;

б) безосновательные страхи, лабильность настроения, апатии.

2) Агрессия:

а) защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах;

- б) отсутствие толерантности и способности к компромиссу;
- в) подозрительность, конфликты с окружением.

#### IV. Фаза деструктивного поведения

##### 1) Сфера интеллекта:

а) снижение концентрации внимания, отсутствие способности выполнять сложные задания;

б) ригидность мышления, отсутствие воображения.

##### 2) Мотивационная сфера:

а) отсутствие собственной инициативы;

б) снижение эффективности деятельности;

в) выполнение заданий строго по инструкции.

##### 3) Эмоционально-социальная сфера:

а) безразличие, избегание неформальных контактов;

б) отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу;

в) избегание тем, связанных с работой;

г) самодостаточность, одиночество, отказ от хобби, скука.

#### V. Психосоматические реакции.

1) неспособность к релаксации в свободное время;

2) бессонница, сексуальные расстройства;

3) повышение давления, тахикардия, головные боли;

4) боли в позвоночнике, расстройства пищеварения;

5) зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.

#### VI. Разочарование и отрицательная жизненная установка.

1) чувство беспомощности и бессмысленности жизни;

2) экзистенциальное отчаяние.

Таким образом, сильная зависимость от работы приводит в итоге к полному отчаянию и экзистенциальной пустоте. Человек, не выходящий из своей профессиональной роли, не может адекватно функционировать в повседневной жизни [Глэддинг 2002].

#### *Типичные изменения при «burnout» у профессионалов помогающих специальностей*

А. Поведенческий уровень. Во время работы человек часто смотрит на часы; усиливается его сопротивление выходу на работу; откладывает встречи с больными, клиентами; часто опаздывает (поздно приходит и поздно уходит); утрачивает творческие подходы к решению проблем; работает усерднее и дольше, а достижения становятся меньше; уединяется и избегает коллег; присваивает собственность учреждения; увеличивает употребление меняющих настроение психоактивных веществ (включая кофеин и никотин); утрачивает способность удовлетворять свои потребности в развлечениях и вос-

становлении здоровья; подвержен несчастным случаям [Roberts 1997]. Чаще такой работник прогуливает, опаздывает на работу, злоупотребляет рабочими перерывами. В поведении можно отметить такие черты, как черствость, пессимизм, цинизм [Скугаревская 2002б].

Б. Эмоциональный уровень. Утрата чувства юмора или юмор «висельника»; постоянное чувство неудачи, вины и самообвинения; часто испытывает гнев, чувство обиды и горечи; повышенная раздражительность, проявляемая на работе и дома; ощущение как будто к нему придираются; чувство обескураженности и равнодушия; раздражительность и агрессивность; бессилие; снятие стресса, а не творческая деятельность [Roberts 1998]. Преобладают в эмоциональной сфере такие чувства как раздражительность, тревога, депрессия, чувство вины, ощущение безнадежности [Скугаревская 2002а].

В. Когнитивный уровень. Все более упорные мысли о том, чтобы оставить работу; не способен концентрировать внимание; ригидное мышление, сопротивляющееся изменениям; усиление подозрительности и недоверчивости; циничное, порицающее отношение к больным; негуманное отношение к больным, менталитет жертвы; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием [Roberts 1998]. Рабочее время больше 45 часов в неделю, во время рабочего дня появляется усталость и желание прерваться, отдохнуть, безразличие к еде; стол скудный, без изысков, малая физическая нагрузка, оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств, несчастные случаи (например, травмы, падения, аварии и т.д.), импульсивное эмоциональное поведение.

Г. Изменения на физиологическом уровне. Нарушенный сон; частые, длительно текущие незначительные недуги; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; утомляемость, усталость и истощение на протяжении целого дня; снижение либидо, ускорение нарушений психического и соматического здоровья [Roberts 1998], артериальная гипертензия, язвы ЖКТ [Макаров, Макарова 2002].

Д. Социальные симптомы. Нет времени или энергии для социальной активности, уменьшение активности и интереса к досугу, хобби, социальные контакты ограничиваются работой, скудные взаимоотношения с другими как дома, так и на работе, ощущение изоляции, непонимания других и другими, ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег [Макаров, Макарова 2002].

## **1.2. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ В СВЕТЕ ПРОБЛЕМАТИКИ КОНСТРУКТИВНЫХ И ДЕСТРУКТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ**

*Ю.П. Поварёнков*

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

Синдром выгорания всё чаще и во всё большем объёме проявляется в процессе профессиональной деятельности человека; он снижает эффективность его труда, вносит дискомфорт в естественный ход его обыденной жизни и т.д. Надо признать, что западноевропейские и североамериканские специалисты значительно раньше, чем российские, обратили внимание на данный феномен. Это, несомненно, свидетельствует о существовании не только психологических и физиологических причин появления синдрома выгорания, но и существенном влиянии на данный процесс социально-экономических факторов. Теоретические и прикладные исследования выгорания ведутся относительно автономно. Психологи изучают выгорание в основном как самостоятельный и относительно независимый феномен профессиональной деятельности, который не связан с другими её компонентами, за исключением, пожалуй, эффективности. Всё это существенно затрудняет концептуализацию данного понятия и побуждает специалистов к изучению выгорания с более широких психологических позиций. Поэтому весьма перспективным для более глубокого осмысления синдрома выгорания является его рассмотрение как одного из видов профессиональных деструкций личности. В свою очередь деструкции рассматриваются в качестве одного из результатов профессионального развития (становления и реализации) человека.

Учитывая сказанное, мы рассмотрим синдром выгорания как феномен конструктивно-деструктивных тенденций профессионального становления (развития) личности. С этой целью мы проанализируем различные концепции профессионального становления (развития) и рассмотрим, как их авторы определяют место профессиональных деструкций, включая и синдром выгорания, в составе данного процесса, как они соотносят между собой конструктивные и деструктивные тенденции. Подобного рода теоретический анализ позволит создать концептуальную основу для последующего уточнения и конкретизации содержания и объёма понятия синдрома выгорания.

Нет необходимости специально доказывать, что 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 делает 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. Основное внимание на начальных этапах её становления уделялось и продолжает уделяться изучению конструктивной линии профессионального развития личности, то есть, изучению тех тенденций профессионализации, 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, монотонию, напряжённость и другие, 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 обсуждаются 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 поставлен ряд вопросов и о том, как препятствовать образованию деструкций, а если они появились – как нейтрализовать их действие.

И в отечественной и в зарубежной психологии выделяются два основных направления изучения профессионального становления человека – аналитическое и комплексное [Поваренков 1991]. Для первого направления характерны работы, посвященные изучению отдельных сторон, этапов и факторов профессионального становления. Традиции исследований подобного рода были заложены еще психотехниками в самом начале XX столетия.

В рамках второго направления предпринимаются попытки целостного осмысления профессионального становления, в единстве всех его этапов, сторон и действующих факторов. Исторически данное направление обозначилось значительно позже, так как для его реализации необходимо накопление богатого и сопоставимого эмпирического материала, высокий уровень развития отдельных отраслей психологии (психологии труда, возрастной и педагогической психологии, социальной психологии и психологии личности) и существование реального социального заказа.

И аналитический, и комплексный подходы обладают несомненной спецификой, своими преимуществами и недостатками. Отдать какое-либо предпочтение одному из них достаточно сложно, так как каждый из них играет важную роль в решении теоретических и прикладных проблем профессионального становления человека. В настоящей работе речь пойдет о содержании целостного, комплексного подхода к изучению профессионального становления, как наиболее значимого для изучения профессиональных деструкций.

С точки зрения целей нашего анализа необходимо выделить три группы целостных концепций профессионального развития. Во-первых, концепции, в которых проблема профессиональных деструкций прямо не ставится, но она вытекает из логики основных теоретических положений. Во-вторых, концепции, в которых проблема деструкций ставится непосредственно и исследуется как часть профессионального развития. Наконец, в-третьих, выделяются концепции, в которых профессиональные деструкции являются самостоятельным предметом исследования. Первоначально рассмотрим основные концепции профессионального развития, относящиеся к первой группе.

Анализ данной группы концепций начнем с работ Ch. Buhler [Buhler 1961], исследования которой сыграли важную роль в становлении целостного подхода к пониманию профессионального развития личности. Она, совместно со своими сотрудниками и учениками, исследовала жизненный путь личности, опираясь на широкие возможности биографического метода. Благодаря её исследованиям профессионализация стала рассматриваться как целостный, непрерывный процесс, который является частью жизненного пути личности.

Ch. Buhler считала, что главной движущей силой развития является врождённое стремление человека к самоосуществлению и самоисполнению, т.е. стремление к всесторонней самореализации. Она не изучала специально профессиональное развитие человека, но подчеркивала, что именно профессионализация является одной из ведущих форм самореализации личности.

Ch. Buhler не говорит напрямую о профессиональных деструкциях, но из её исследований ясно, что причины их возникновения связаны с отсутствием жизненных целей и планов, с низким уровнем профессиональ-

ного и личностного самоопределения, противоречиями между основными тенденциями личностного и профессионального развития.

Исследования Ch. Buhler и ряда её современников и последователей явились, как мы уже отмечали, лишь предпосылкой для разработки целостного подхода к процессу профессионального развития личности. Основоположником же данного подхода заслуженно считается D.E. Super [Super 1957]. Свои исследования D. Super начал проводить в 50-х годах и основные положения его концепции профессионального развития заключались в следующем.

1. Люди характеризуются способностями, интересами и свойствами личности.

2. На этой основе каждый человек приходит к ряду профессий, а профессия к ряду индивидов.

3. В зависимости от времени и опыта меняются как объективные, так и субъективные условия профессионального развития, что обуславливает множественный профессиональный выбор.

4. Профессиональное развитие имеет ряд последовательных стадий и фаз.

5. Особенности этого развития определяются социально-экономическим уровнем родителей, свойствами индивида, его профессиональными возможностями и т.д.

6. На ранних стадиях развитием можно управлять, с одной стороны, способствуя формированию у индивида интересов и способностей и, с другой, – поддерживая индивида в его стремлении «попробовать» реальной жизни и в развитии его Я-концепции.

7. Профессиональное развитие состоит, в сущности, в развитии и реализации Я-концепции.

8. Взаимодействие Я-концепции и реальности происходит при проигрывании и исполнении профессиональных ролей, например, в фантазии, в беседе с профконсультантом или в реальной жизни.

9. Удовлетворенность работой зависит от того, в какой мере индивид находит адекватные возможности для реализации своих способностей, интересов, свойств личности в профессиональных ситуациях, что в значительной степени определяется возможностью играть ту роль, которая казалась подходящей на стадии профессионального развития, и которую D. Super назвал стадией пробуждения и исследования.

D. Super была предложена ступенчатая модель профессионального развития, которая опирается на ранние исследования этапов жизненного пути Ch. Buhler. В исследованиях D. Super было сформулировано понятие «уровень профессиональной зрелости» применительно к различным стадиям развития профессионала. В целом, профессиональная зрелость характеризуется степенью самостоятельности в решении проблем профессиональ-

ного развития, причем этот уровень должен изменяться по мере перехода от одних стадий развития к другим.

Обобщая сказанное выше, можно отметить, что D. Super видит причины профессиональных деструкций в принятии человеком профессионально незрелых решений о выборе соответствующей траектории профессионального развития. В свою очередь незрелость решений определяется недостаточной сформированностью Я-концепции, её неадекватностью соответствующим стадиям и фазам профессионального развития. Можно предположить, что на появление деструкций могут влиять и кризисные состояния, которые возникают при переходе с одной стадий профессионального развития на другую. Этому же может способствовать принятие человеком ролей, неадекватных соответствующей стадии развития.

Исследования D. Super активизировали разработку так называемых психодинамических концепций профессионального развития личности [Bordin 1974], [Roe 1956], [Moser 1963]. В рамках исследований данного направления постулируется, что центральная роль в выборе профессии и профессиональной жизни в целом принадлежит различным формам потребностей – от витальных инстинктов до комплексных психодинамических механизмов и структурно-личностных инстанций.

Большинство авторов данного направления опираются на идеи, сформулированные еще в работах S. Freud, о том, что профессиональная деятельность выступает как форма удовлетворения ранних детских инстинктивных потребностей благодаря «канализации» в ту или иную профессиональную область либидозной (нарцистической, агрессивной или собственно эротической) энергии, и выбор профессии понимается как процесс сублимации. Например, в концепции профессионального развития А. Рое данная идея S. Freud реализуется в том, что автор выделяет шесть типов взаимодействия родителей с ребенком, которые, по его мнению, порождают и соответствующие типы интересов человека, в том числе и профессиональные. Типы взаимоотношения, выделенные А. Рое, следующие: защищающий, требовательный, враждебный, попустительский, небрежный, любящий. Небрежный тип взаимоотношения родителей и ребенка, по мнению А. Рое, обуславливает ориентацию индивида на технологию – от уровня изобретательства до уровня разнорабочего, обслуживающего технологические системы, а другие типы взаимоотношений порождают ориентации на иные сферы профессиональной деятельности.

В рамках психодинамических концепций процесс профессионализации фактически рассматривается как компенсация или гиперкомпенсация. Поэтому здесь хорошо просматривается специфическая форма профессиональных деструкций, порождаемых различными видами компенсаций. Например, такие виды деструкций могут возникать в том случае, если подросток выбирает профессию, которая нравится не ему, а родителям, а без-

работный соглашается на любую работу лишь бы содержать семью или сохранить свою работоспособность.

Тесно пересекаются с теорией D. Super и типологические концепции профессионального развития. Суть данного подхода заключается в том, что профессионализация рассматривается как процесс поиска и обретения человеком форм профессиональной деятельности, которые адекватны некоторому устойчивому типу индивидуальности человека. В рамках данного подхода разработано достаточно много различных концепций, однако наиболее известной является концепция, предложенная J.L. Holland [Holland 1968].

В рамках данной концепции процесс профессионального развития детерминируется, во-первых, определением самим индивидом личностного типа, к которому он относится, во-вторых, отыскиванием профессиональной сферы, соответствующей данному типу, в-третьих, выбором одного из четырех квалификационных уровней этой профессиональной сферы, что определяется развитием интеллекта и самооценки. Главное внимание уделяется описанию личностных типов, которые характеризуются как моторный, интеллектуальный, социальный, адаптационный, эстетический, стремящийся к власти.

J. Holland приводит следующее описание типов, которые понимаются как комплексные ориентации личности.

Реалистическая ориентация: мужской тип, активность, агрессивность, интерес к физической активности, моторные способности, предпочтение конкретной работы, конвенциональность в политике, экономике; в профессиональном выборе – ремесленные занятия, техника, сельское и лесное хозяйство.

Интеллектуальная ориентация: отсутствие направленности на общение, интерес к абстрактным проблемам, способности в манипулировании символами, слабая физическая и социальная активность, неконвенциональные ценности; в выборе профессии – естественно-научные дисциплины, математика.

Социальная ориентация: социальная ответственность, потребность во взаимодействии, вербальные и социальные способности, эмоциональность и активность в решении социальных проблем; в выборе профессии – педагогика, социальное обеспечение, клиническая психология, профконсультация.

Конвенциональная ориентация: предпочтение структурированной вербальной или знаковой деятельности, подчиненные роли, конформность, избегание неопределенных ситуаций, социальной активности и физического напряжения, идентификация с позицией власти, ценность материального положения и статуса; в выборе профессии – банковская служба, бухгалтерия, статистика.

Предпринимательская ориентация: сила, руководство, вербальные способности, уверенность в себе, конкурентность, избегание однозначных ситуаций и монотонной умственной работы; в выборе профессии – служба в гостинице, предпринимательство, промышленное консультирование.

Ориентация на искусство: чувствительность, потребность в самовыражении, избегание однообразной и физической работы, неуверенность в себе, женственность; в выборе профессии – искусство, культура.

С позиций типологического подхода ведущим фактором, порождающим деструкции, является несоответствие или степень несоответствия типа личности профессионала и выбранной им сферы профессиональной карьеры. При этом можно предположить, что чем выше данное несоответствие, тем больше вероятность появления профессиональных деструкций, тем сильнее их разрушающее влияние на деятельность. J. Holland разработал специальный шестиугольник, который наглядно демонстрирует степень противоположности различных профессиональных сфер и типов личности. Он позволяет прогнозировать вероятность появления профессиональных деструкций.

Среди подходов отечественных психологов к данной группе исследований наиболее близка концепция профессионального развития Т.В. Кудрявцева [Кудрявцев 1983]. В рамках данной концепции профессионализация рассматривается как целостный процесс профессионального становления личности и обретения ею социальной зрелости. «Профессиональное становление, – отмечает Т.В. Кудрявцев, – не кратковременный акт, охватывающий лишь период обучения и воспитания в стенах одного из типов профессиональных учебных заведений. Оно – длительный, динамичный, многоуровневый процесс, состоящий из четырех основных стадий. Переход к каждой последующей стадии закладывается в ходе предыдущей и сопровождается возникновением у субъекта ряда противоречий и нередко даже кризисных ситуаций» [Кудрявцев 1983].

Центральное место в концепции профессионального становления занимает представление автора о четырех стадиях профессионализации. Первая стадия «возникновение и формирование профессиональных намерений под влиянием общего развития и первоначальной ориентировки в различных сферах труда». В качестве критерия этого этапа выступает социально и психологически обоснованный выбор профессии.

Вторая стадия – собственно профессиональное обучение, т.е. «этап целенаправленной подготовки к избранной профессиональной деятельности... Психологический критерий этой стадии – профессиональное самоопределение...».

Третья стадия – процесс вхождения в профессию (в большинстве случаев неточно отражаемый понятием «профессиональная адаптация»), характеризующийся активным овладением профессией (а не просто «приспособлением» к ней) и нахождением своего особого места в системе про-

изводственного коллектива. Критерий этой стадии – достаточно высокие производственные показатели деятельности, определенный уровень развития профессионально значимых качеств и психологический комфорт [Шадриков 1981]. Важно отметить, что в данной концепции выделяются два типа вхождения в профессию. Первый отмечается на начальных стадиях обучения в профессиональном учебном заведении, а второй – на начальных стадиях самостоятельной деятельности.

Наконец, четвертая стадия – «полная реализация личности в самостоятельном профессиональном труде. Уровень реализации характеризуется как степенью овладения операциональной стороной профессиональной деятельности, так и уровнем сформулированности отношения к делу, а также мерой творчества, мастерства» [Кудрявцев 1983].

Важное место в рассматриваемой концепции профессионализации отводится периодам наступления кризисных ситуаций, обострению противоречий, которые, по мнению автора, фиксируются при переходе от одной стадии к другой. «Эти кризисы, – отмечается в одной из работ Т.В. Кудрявцева, – обуславливаются рассогласованием между ожидаемым успехом того или иного действия и его действительным результатом. Возникающий кризис характеризуется ломкой самого себя, собственной концепции профессионального становления, построением новых концепций и апробированием их в реальном поведении» [Кудрявцев 1985].

Заканчивая краткую характеристику данной концепции, отметим, что ее автор выделяет три сквозные линии профессионального развития: развитие мотивационно-потребностной сферы профессионала, формирование операционно-технических элементов профессиональной деятельности и профессиональное самоопределение. Ведущей причиной появления профессиональных деструкций в концепции Т.В. Кудрявцева выступает несформированность профессионального самоопределения как ведущего фактора профессионального развития. Сказанное относится и к стадии выбора профессии, и к процессу адаптации к ней, и к переживанию профессиональных кризисов. Автором подчеркивается особая роль профессиональных кризисов в развитии личности профессионала, которые могут являться дополнительным источником деструкций.

В рассмотренных выше концепциях профессионального развития проблематика формирования профессиональных деструкций представлена лишь имплицитно, и она ещё не стала предметом самостоятельного психологического исследования. Одной из причин такого положения вещей, возможно, является отсутствие практической актуальности данной проблематики в тот период, когда эти концепции разрабатывались.

Однако в неявной форме проблема формирования профессиональных деструкций представлена достаточно широко. Говоря «о неявной форме», мы имеем в виду, прежде всего, использование авторами иной терминологии, которая косвенно позволяет нам понять, что речь идёт о

профессиональных деструкциях. В представленных исследованиях уже достаточно четко зафиксированы основные виды профессиональных деструкций и факторы, которые их порождают в процессе становления и реализации профессионала.

Обратимся теперь к анализу второй группы концепций профессионального развития, в которых профессиональные деструкции и их разновидности исследуются и на эмпирическом, и на теоретическом уровне.

Прежде всего, остановимся на концепции профессионального становления личности Э.Ф. Зеера [Зеер 2005а], которая является наиболее разработанной в отечественной психологии. В рамках данной концепции обсуждаются проблемы детерминации и периодизации профессионального развития, проблемы профессиональных кризисов и деструктивных изменений в ходе профессионализации, проблема психологического сопровождения профессионала. Большое внимание в рамках концепции уделяется уточнению и конкретизации, а также разработке базовых понятий, включая такие, как профессиональное самоопределение, профессиональная деятельность и профессиональная идентичность, профессиональное становление личности, профессиональные деструкции, и ряд других.

Э.Ф. Зеер считает, что профессиональное становление личности как всякий развивающийся процесс сопровождается деструктивными изменениями (кризисы, стагнация и деформации личности), которые обуславливают прерывность, неравномерность и гетерохронность профессионального развития.

В обыденном сознании и на практике негативное (деструктивное) 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 деструктивные изменения являются обратной стороной высокого профессионализма человека и в силу этого их появление представляется неизбежными, своего рода расплатой за высокий профессионализм. Многолетнее выполнение любой профессиональной деятельности, отмечает Э.Ф. Зеер, неизбежно приводит к образованию деформаций личности, которые снижают продуктивность деятельности за счёт деструктивных изменений субъекта труда.

Э.Ф. Зеер предложил назвать негативные изменения личности, которые возникают в процессе профессионализации и под ее влиянием, деструкциями. «Профессиональные деструкции, – отмечает Э.Ф. Зеер, – это изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса» [Зеер 2005б]. 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» [Геллерштейн 1960].

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

Э.Ф. Зеер предложил развернутую психологическую концепцию профессиональных деструкций, в рамках которой раскрывается их содержание, динамика возникновения, детерминирующие факторы. В основе данной концепции лежат следующие основные положения.

1. Профессиональное развитие – это не только приобретения, но и определенные потери, следовательно, становление профессионала сопровождается как совершенствованием личности, так и разрушениями, деструкциями.

2. Профессиональные деструкции в самом общем случае – это нарушение уже усвоенных способов деятельности, разрушение сформированных профессиональных качеств, появление стереотипов профессионального поведения и психологических барьеров при освоении новых профессиональных технологий, новой профессии или специальности.

3. Переживание профессиональных деструкций сопровождается психической напряженностью, психическим дискомфортом, а в отдельных случаях конфликтами и кризисными явлениями.

4. Деструкции, которые возникают в процессе многолетнего выполнения одной и той же профессиональной деятельности, негативно влияют на ее продуктивность, порождают профессионально нежелательные качества, которые называются профессиональными деформациями.

5. Любая профессиональная деятельность уже на стадии ее освоения, а в дальнейшем и при ее выполнении деформирует личность. Профессионализация способствует развитию профессиональных акцентуаций, т.е. чрезмерно выраженных качеств и их сочетаний, отрицательно сказывающихся на деятельности и поведении специалистов.

6. Многолетнее выполнение профессиональной деятельности не может постоянно сопровождаться ее совершенствованием и непрерывным профессиональным развитием. Неизбежны периоды временной стабилизации, которые можно назвать профессиональной стагнацией.

7. Сензитивными периодами образования профессиональных деформаций являются кризисы профессионального становления личности, особенно непродуктивные формы их преодоления [Зеер 2005б].

Э.Ф. Зеер выделил основные, на его взгляд, психологические детерминанты деформации личности:

- акцентуация на определенных мотивах выбора профессии (социальная значимость, материальные блага, стремление к власти);
- сверхожидания на стадии вхождения в профессиональную жизнь, которые часто вступают в противоречие с реальностью;
- стереотипизация профессиональных функций, действий, операций, которая может вносить искажения в отражение профессиональной ситуации, создает психологические барьеры разного типа, затрудняет приспособление к новым условиям;
- разные формы психологических защит, среди которых наибольшее влияние на образование профессиональных деструкций оказывают отрицание, рационализация, вытеснение, проекция, идентификация, отчуждение;
- снижение профессиональной активности, которое создает благоприятные условия для стагнации профессионального развития;
- снижение уровня профессионального интеллекта, которое неизбежно происходит на определенных стадиях профессионального пути личности;
- высокая эмоциональная напряженность профессионального труда, которая по мере профессионализации может снижать фрустрационную толерантность личности;
- достижение человеком предела уровня профессионального развития, который вступает в противоречие с профессиональными требованиями [Зеер 2005б].

Опираясь на исследования С.П. Безносова, Р.М. Грановской, Л.Н. Корнеевой, А.К. Марковой, Э.Ф. Зеер справедливо считает, что в наибольшей степени профессиональные деформации развиваются у представителей социномических профессий, которые постоянно взаимодейству-

ют с людьми (врачи, педагоги, милиционеры, руководители разного уровня и т.д.).

Представляет интерес классификация профессиональных деструкций, предложенная Э.Ф. Зеером для профессий данного типа:

- общепрофессиональные деструкции, типичные для работников конкретной профессии; эти инвариантные особенности личности и поведения профессионалов, которые прослеживаются у большинства работников с большим стажем работы (деформации, характерные для учителей, врачей, юристов, научных работников и т.д.);
- специальные профессиональные деструкции, 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 деструкции, обусловленные наложением индивидуально-психологических особенностей личности на психологическую структуру деятельности (деформации профессиональной направленности; обусловленные профессиональным опытом и одаренностью, характерологические деформации);
- индивидуализированные деструкции, обусловленные индивидуальными особенностями работников, которые проявляются в разных профессиях [Зеер 2005б].

Э.Ф. Зеер предлагает развернутую концепцию профессиональных деструкций и деформаций, в которой раскрывается их содержание и специфика проявления. При этом автор стремится развести понятия деструкций и деформаций и соотносит их как результат и процесс, то есть деструкции, по его мнению, представляют собой определенные фиксированные изменения личности и деятельности профессионала, а деформации есть некоторые формы активности субъекта труда, через которые и происходят соответствующие изменения. Существенной характеристикой взглядов Э.Ф. Зеера на природу деструкций и деформаций является то, что он рассматривает их как естественный результат процесса профессионального развития, как одну из сторон данного процесса.

Несколько иной взгляд на возникновение профессиональных деструкций представлен в рамках психологической концепции профессионализма А.К. Марковой [Маркова 1996]. В целом, так же как и в работах Э.Ф. Зеера, в концепции А.К. Марковой обсуждается широкий круг вопросов, включая предмет психологии профессионализма, стороны и критерии профессионализма, его уровни, этапы и ступени, мотивационно-смысловые и операциональные составляющие, проблемы оценивания и повышения, препятствия, стоящие на пути роста и ряд других.

А.К. Маркова подходит к проблеме деструкций с позиций нарушений профессионального развития. Она отмечает, что в целом профессиональная деятельность оказывает положительное воздействие на человека, но в неблагоприятных условиях труда (высокая напряженность, плохой психологический климат, резкие изменения режима труда и перегрузки, плохие санитарно-гигиенические условия и т.д.) могут возникать деформации, профессиональные болезни, различные нарушения профессионального развития.

В ходе анализа этих нарушений А.К. Маркова опирается на характеристики дизонтогенеза, выделенные В.В. Лебединским:

- отставание в развитии (недоразвитие, задержанное развитие), например, вследствие болезней, неблагоприятных условий воспитания;
- диспропорциональность (асинхрония) развития: искажённое и дисгармоничное развитие, например, состоящее в отставании одних систем при ускоренном развитии других;
- выпадение отдельных функций: повреждённое или дефицитарное развитие, например, при нарушении отдельных анализаторов – зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и т.д.

А.К. Маркова отмечает, что неблагоприятное протекание профессионального развития проявляется в снижении производительности труда, работоспособности, трудоспособности человека, в негативных изменениях психических качеств, в утрате адекватных ценностных ориентаций. Нарушения развития, по мнению автора, могут затрагивать профессиональную деятельность, личность профессионала, профессиональное общение.

Нарушения в профессиональной деятельности проявляются в том, что выпадают отдельные звенья в ее структуре, например, в силу усталости или психического перенапряжения человек утрачивает возможность реализовать свои навыки, умения и знания, у него нарушаются (выпадают) функции самоконтроля, прогнозирования или целеполагания.

Нарушения на уровне личности заключаются в том, что в силу ряда обстоятельств у человека угасают отдельные профессионально важные качества, например у учителей снижается эмпатия, и на этом фоне появляется эмоциональное равнодушие, безразличие к ученику, личность перестаёт соответствовать профессиональным нормам специалиста.

Негативные изменения на уровне общения могут проявляться в сужении круга общения, в утрате навыков взаимодействия и согласования действий с окружающими, в росте несовместимости и конфликтности, в стереотипизации социальной перцепции и в ряде других особенностей.

А.К. Маркова выделяет следующие характеристики профессионального дизонтогенеза:

- отставание, замедление профессионального развития при сравнении с возрастными и социальными нормами, например запоздалая активизация профессионального самоопределения личности;
- несформированность профессиональной деятельности, отсутствие необходимых нравственных профессиональных представлений, средств и способов труда;
- обеднение, уплощенность профессиональной деятельности (личности, общения), а также узость мотивов труда, мотивационная недостаточность, низкая удовлетворенность трудом;
- остановка, разрыв в профессиональной деятельности вследствие невозможности использования профессионалом своего потенциала в силу переутомления, психического перенапряжения, монотонии;
- дезинтеграция профессионального развития, полный или частичный распад профессионального сознания и, как следствие – нереалистические цели, ложные смыслы труда, профессиональные конфликты;
- низкая профессиональная мобильность, неумение приспосабливаться к новым условиям труда и дезадаптация;
- рассогласованность отдельных звеньев профессионального развития, когда одна сфера как бы забегает вперед, а другая отстает;
- ослабление ранее имевшихся профессиональных данных, профессиональных способностей, профессионального мышления;
- искаженное профессиональное развитие, появление ранее отсутствующих негативных качеств, отклонений от социальных и индивидуальных норм профессионального развития, меняющих профиль личности;
- появление деформации личности (например, эмоционального истощения и выгорания, а также ущербной профессиональной позиции);
- прекращение профессионального развития из-за профессиональных заболеваний или потери трудоспособности [Маркова 1996].

А.К. Маркова рассматривает профессиональные деформации, прежде всего, как результат влияния неблагоприятных условий деятельности, а также как следствие биологического старения человека. Поэтому главное для неё основание для выделения профессиональных деструкций – нарушение профессионального развития человека.

В рамках системогенетической концепции профессионального становления личности рассматриваются фундаментальные проблемы профессионального развития человека на различных этапах его жизненного пути.

В поле внимания данной концепции находятся проблемы детерминации и критериев профессионального развития, проблема неравномерности, гетерохронности и периодизации данного процесса, проблемы профессиональных кризисов и психологического сопровождения профессионала. Важное место в системогенетической концепции профессионального становления личности отводится проблеме возникновения и проявления профессиональных деструкций. Определено, что возникновение деструкций является естественным процессом профессионального развития, его обратной стороной. В основе возникновения деструкций лежат те изменения субъекта труда, которые происходят с ним в процессе разрешения противоречия между профессиональной деятельностью, её требованиями и условиями, с одной стороны, и актуальными возможностями и притязаниями человека – с другой. Показано, что одним из источников возникновения деструкций является неадекватное преодоление нормативных и ненормативных профессиональных кризисов. На материале исследования студентов вуза были выявлены дезадаптивные формы деструкций, которые возникают в ходе неуспешной учебной адаптации первокурсников, и маргинальные формы, которые возникают как непринятие учебной и будущей профессиональной деятельности. Установлено, что ведущим условием преодоления профессиональных деструкций является адекватное формирование субъекта учебной и профессиональной деятельности, субъекта профессионального пути. Косвенно было показано, что существуют качества личности, которые способствуют или, наоборот, затрудняют возникновения профессиональных деструкций.

В рамках системогенетической концепции установлено, что профессиональные деструкции снижают не только эффективность профессиональной деятельности, но и продуктивность жизнедеятельности вне рамок трудового процесса. В рамках концепции выделены следующие типы деструкций:

- деструкции, которые нарушают исключительно профессиональную деятельность человека;
- деструкции, которые мешают человеку решать только жизненные задачи вне рамок деятельности;
- деструкции, которые затрудняют и то и другое.

Рассмотрим группу концепций, в которых профессиональные деструкции являются предметом самостоятельного исследования. Одним из первых в отечественной психологии стал исследовать профессиональные деструкции С.П. Безносков [Безносков 2004]. В его работах реализуется деятельностный, индивидуальный и феноменологический подходы к исследованию профессиональных деструкций. С.П. Безносков показал, что источники профессиональной деформации кроются в недрах профессиональной адаптации личности к условиям и требованиям труда. Сущность деформа-

ции он видит в несовпадении и противоречии между субъектом деятельности и личностью в рамках единой структуры индивидуальности.

С позиций деятельностного подхода С.П. Безносков выделил предмет, средства, способы и нормы деятельности как ведущие источники деформации личности. Он показал, что в профессиях типа «человек-человек» специфическими факторами деформации субъекта труда являются процессы уподобления, идентификации, эмпатии, заражения, внушения, подражания, сращивания и несформированность механизмов управления или регуляции данными процессами. Особенно деформирующее влияние данных процессов отмечается в тех видах деятельности, где объектом воздействия является, как выражается автор, «ненормальный человек» (заключенный, психически или соматически больной, человек с отклонениями в развитии и т.д.). В работах С.П. Безноскова сформулирован принцип ограниченной ресурсности каждого деятеля как общий фактор профессиональной деформации. Показано, что любая технология деятельности, любые способы её выполнения стремятся к консервации, стереотипизации, постоянному воспроизводству, а это ведёт к серьёзным деформациям личности.

С.П. Безносковым сформулирован тезис о том, что субъект является носителем исключительно деятельностных норм, а носителем морально нравственных норм является личность. Эти два типа норм регулируют жизнедеятельность человека в разных подпространствах бытия, и между ними могут существовать противоречия. По мнению автора, смешение и переносы функций этих норм в несвойственные для них сферы ведут к профессиональным деформациям.

С.П. Безносковым подробно проанализированы когнитивные и эмоциональные затруднения и ошибки, возникающие в ходе конкретизации двух отмеченных типов норм, которые могут трактоваться как профессиональные деформации. На основании проведенного анализа автором дано определение психологического механизма профессиональной деформации как процесса согласования, борьбы, противопоставления между субъектом и личностью по поводу противоречия между различными нормами в сознании индивидуальности и их приложениям к ситуациям разного типа.

В исследованиях С.П. Безноскова рассмотрено разделение труда и специфика труда как, соответственно, общий и частный факторы профессиональной деформации. Выявлены признаки и причины профессиональной деформации, дана их классификация.

На примере некоторых массовых профессий, автором зафиксированы типичные формы проявления профессиональных деформаций, а именно: нарушение механизмов социальной перцепции, возникновения социального фильтра восприятия окружающих людей, нарушение социальных норм взаимодействия и ряд других. Автор отмечает, что одни деформации проявляются, реализуются только в пространстве профессиональной работы, а другие – в обыденной жизни, в быту. Автором показано, что общим

фактором профессиональной деформации человека является объективно существующее и продолжающееся углубляться разделение труда. Автор отмечает, что разделённые профессиональные и научные миры заставляют человека специализироваться в отдельных, порой очень узких, областях теории и практики, развивать одни способности за счет других. В работах С.П. Безносова приведены различные классификации профессиональных деформаций в зависимости от социальных отклонений, типов деструктивного или делинквентного поведения, глубины, устойчивости, быстроты наступления и широты деформации, видов психических явлений, вовлеченных в процесс деформирования и т.д. В работах автора дан глубокий и всесторонний анализ профессиональных деформаций, выявлены её причины и факторы, намечены психические механизмы и сформулированы основания для их классификации. Опираясь на известные положения Б.Г. Ананьева о специфике субъекта деятельности, личности и индивидуальности, он сформулировал базовые теоретические основы для объяснения и интерпретации данного психологического феномена.

Интересный материал по анализу содержания профессиональных деформаций в целом и синдрому выгорания, в частности, представлен в работах В.Е. Орла [Орёл 2005]. Автор предлагает в качестве основания для классификации профессиональных деформаций место их проявления в структуре личности. Он выделяет деформации, проявляющиеся в мотивационной, познавательной сфере личности, на уровне ее характерологических качеств.

По мнению автора, профессиональная деформация мотивационной сферы может проявляться в чрезмерной увлеченности какой-либо профессиональной сферой, гиперболизацией ее значимости. Например, это проявляется у специалистов в качестве феномена трудоголизма, или – у преподавателей в форме явного завышения значимости своего предмета.

В познавательной сфере профессиональная деформация проявляется в стереотипизации познавательных действий, в упрощенном подходе к решению проблем, неадекватном восприятии инноваций, а также людей, с которыми приходится взаимодействовать (учеников, больных, обвиняемых и т.д.), включая коллег. При этом наблюдается сужения объема воспринимаемой и запоминаемой информации, до уровня, который специалист привык считать важным. В общении наблюдается эффект когнитивного диссонанса.

Профессиональная деформация на уровне личностных характеристик проявляется в том, что определенные черты характера или темперамента акцентируются, и это может приводить к полной или частичной перестройке структуры личности профессионала. Например, у следователей, в силу содержания профессионального труда, может вырабатываться чрезмерная подозрительность, повышенная критичность, излишняя бдительность. В качестве самостоятельного феномена отрицательного воздействия

профессии на личность, В.Е. Орел рассматривает «психическое выгорание». «В отличие от профессиональной деформации, – отмечает В.Е. Орел, – психическое выгорание можно отнести в большей степени к случаю полного регресса профессионального развития, поскольку оно затрагивает личность в целом, разрушая ее и оказывая негативное влияние на эффективность трудовой деятельности» [Орел 2005].

Для понимания развития деструктивных феноменов в процессе профессионального развития представляет интерес подход к данной проблеме Д.Н. Завалишиной [Завалишина 2005]. 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-репродуктивный, адаптивно-деформирующий и дезадаптивно-деформирующий. 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.

Вся совокупность изменений, которые происходят с человеком в процессе профессионализации, связана с появлением в структуре его деятельности и личности определённых профессиональных новообразований. Данные новообразования могут иметь как конструктивное, так и деструктивное (с громадным количеством взаимопереходов) значение для профессиональной деятельности человека, его профессионального развития и жизнедеятельности в целом. В первом случае новообразования повышают профессиональную идентичность и эффективность деятельности личности, способствуют её более успешному профессиональному развитию. Эти новообразования, которые оказывают положительное воздействие на деятельность и развитие человека, традиционно называют профессиональными знаниями, умениями, способностями, мотивами и т.д. Во втором случае отмечается негативное влияние новообразований на профессиональную деятельность, т.е. они понижают её эффективность, разрушают идентич-

ность и затрудняют профессиональное развитие. Независимо от психологического содержания этих новообразований, их чаще всего называют деструкциями.

Конструктивные новообразования личности и деятельности профессионала являются результатом его профессионального научения и развития. Результатом какой же активности личности являются деструктивные новообразования? Наиболее точным названием такой активности является профессиональная деформация. Однако данное понятие является неоднозначным. Как мы отмечали выше, С.Г. Геллерштейн, а также М.Я. Басов и ряд других исследователей трактуют профессиональную деформацию как любые изменения, которые адекватны профессиональным требованиям. В этом же смысле высказывается и К.К. Платонов, который говорит о профессиональной адаптации как непрерывной форме активности личности, направленной на её приспособление к профессиональной деятельности.

Деструкции фиксируются на соматическом и психическом уровне. Соматические деструкции относятся к группе профессиональных заболеваний и исследуются, в основном, в медицине. Психические деструкции затрагивают личность и деятельность профессионала. В деятельностном плане отмечается нарушение целеполагания, отражения ситуации, планирования, контроля и регуляции. В личностном плане деструкции проявляются в искажении, гиперразвитии и разрушении профессионально значимых качеств личности.

В качестве ведущих средств преодоления профессиональных деструкций рассматриваются – оптимизация деятельности, формирование надситуативных форм регуляции деятельности и профессионализации в целом. Для профилактики и коррекции психических деструкций используются специальные системы тренингов, а для соматических – медицинские мероприятия.

С нашей точки зрения, синдром выгорания следует рассматривать как одну из форм профессиональных деструкций. Изучение выгорания с позиций теории профессиональных деструкций личности существенно углубляет и расширяет представления о психологическом содержании данного феномена, а также способствует созданию эффективных средств по его профилактике и коррекции.

### 1.3. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

*В.Е. Орёл*

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

Впервые синдром выгорания появился не как исследовательский конструкт, а как социальная проблема. Первоначальное его определение базировалось на клинической терминологии. 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. Freudenberger ввел специальный термин «burnout» (выгорание), который ранее использовался в разговорной речи для обозначения эффекта хронической зависимости от наркотиков [Freudenberger 1974].

Одновременно с клиническими наблюдениями явления Н. Freudenberger 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 это «выгоранием» [Maslach 1976].

Однако уже в научных работах 50-х годов также были описаны случаи наличия у людей психических состояний, имеющих симптоматику выгорания, но называющихся по-другому [Burish, Shwartz, Will 1953].

Почему же, несмотря на свое существование, данный феномен привлек к себе внимание исследователей только в 70-е годы. Ряд авторов называют на целый комплекс экономических, социальных и исторических причин [Maslach, Schaufeli 1993]:

1. Усиление тенденции индивидуализации в современном американском обществе. Люди начинают все больше и больше отчуждаться от общества, одновременно сосредотачиваясь на личном самоосуществлении, получении удовлетворения от работы. Это порождает категорию работников с высоким уровнем ожиданий к самореализации и меньшим количеством способов устранения источников фрустрации, что облегчает возникновение у них выгорания.

2. Изменение характера работы социальных служб, призванных оказывать социально-психологическую поддержку населению. До второй мировой войны эта поддержка в основном осуществлялась в общинах, неформальных сообществах. Большую роль в осуществлении поддержки оказывали родственники, друзья, соседи и другие члены общества. В по-

следующий период работа служб была поставлена на более профессиональную, бюрократически-правовую основу. Увеличение вмешательства правительства в деятельность этих служб, рост количества обязанностей работников в связи с сокращением кадрового состава и финансирования значительно затрудняли их профессиональное самоосуществление. С другой стороны, повысился уровень ожиданий со стороны общества к профессиональным обязанностям работников социальных служб, их компетентности, ответственному отношению к работе и клиентам. Эти ожидания в отношении персонала вступали в противоречие с реальностью, особенно в деятельности молодых специалистов.

Указанные выше причины подготовили почву для появления нового термина и увеличения количества публикаций в этом направлении. Первые публикации по выгоранию имели ряд отличительных особенностей [Maslach, Schaufeli 1993]:

1. Каждый автор наполнял термин «выгорание» своим собственным содержанием.

2. Наблюдалось неправомерное расширение понятия «выгорание», использование его для объяснения любых феноменов зачастую более широкого, а иногда и противоположного содержания. Это приводило к тому, что сам факт существования понятия «выгорание» терял всякий смысл.

3. Большинство публикаций по выгоранию носило постановочный характер и только 10 % из них содержало эмпирический материал.

Отсутствие систематических исследований выгорания было обусловлено большим интересом к данной проблеме, прежде всего, практиков, чем академических психологов, с одной стороны, и негативным отношением официальной психологии к исследованию этой проблемы с другой. Это проявлялось, в частности, в нежелании печатать работы тех академических психологов, которые отважились изучать данный феномен, в негласном «запрете» на обсуждении этой темы в ряде профессий: слишком шокирующей была мысль о том, что люди могут работать «непрофессионально» [Maslach, Schaufeli 1993].

Все это привело к отсутствию единой концептуальной модели описания феномена. Каждый исследователь предлагал свое понимание этого явления и механизмы его возникновения. Новая область исследования представлялась для психологов хаотичной и разрозненной. Естественно, что такое положение дел требовало нового подхода к изучению выгорания, основанного на систематическом экспериментальном его изучении.

Данный период начался с середины 80-х годов, когда разнообразные рабочие теоретические модели выгорания стали дополняться научными методами его изучения. Разработка стандартизированных методик для диагностики выгорания (МВИ, ВМ) позволили исследователям получить более точные представления о структуре этого феномена и факторах, его детерминирующих. Вместе с тем, по справедливому замечанию С. Maslach и

W. Schaufeli, эмпирические исследования данного периода имели ряд недостатков, существенно ограничивающих их применение [Maslach, Schaufeli 1993].

Во-первых, использование данных самоотчетов приводило к несоответствию субъективной оценки определенных переменных, влияющих на выгорание, их объективному статусу. Например, совет супервизора работнику с целью оказания помощи мог им рассматриваться не как социальная поддержка, а как снисхождение. Во-вторых, нерепрезентативность выборки, заключающаяся в том, что не все наиболее «выгоревшие» работники соглашались принять участие в исследовании из-за чувства опасения или стеснительности.

Что касается отечественной психологии, то первые упоминания об этом феномене можно найти в работах Б.Г. Ананьева, который употреблял термин «эмоциональное сгорание» (термин, аналогичный понятию «выгорание»), для обозначения некоторого отрицательного явления, возникающего у людей профессий типа «человек-человек» и связанного с межличностными отношениями [Ананьев 1968]. Данный феномен, однако, был только зафиксирован, но не подтвержден дальнейшими эмпирическими разработками.

В последние годы интерес к исследованию феномена снова возрос благодаря работам, посвященным исследованию стресса, в том числе и профессионального [Бодров 1995], [Леонова 2000]. И хотя термин «выгорание» не употреблялся, однако его сущность была определена довольно четко. Данный синдром, называемый «болезнью общения», возникал вследствие душевного переутомления, как своего рода плата за сочувствие и сопровождался такими проявлениями, как приглушение эмоций, исчезновение остроты чувств, возникновение конфликтов с партнерами по общению, безразличие, потеря жизненных идеалов. Аналогичные феномены, напоминающие в содержательном плане выгорание, были зафиксированы в ряде профессиональных областей: феномен «отравления людьми» в медицинской сфере, «излётанность» у летчиков и некоторые другие [Пономаренко 1992]. В частности, «излётанность» понималась как потеря направленности пилота на выполнение своей профессиональной деятельности, сопровождающаяся снижением мотивации к летному делу, потерей ответственности за исход полета, физическим и эмоциональным истощением. У летчиков появлялась полётобоязнь, желание переменить профессию, списаться на нелетную работу [Пономаренко 1992]. Данное определение «излётанности» представляет собой, на наш взгляд, конкретное воплощение синдрома выгорания в профессии авиатора.

В ряде экспериментальных исследований была предпринята попытка выйти на проблему выгорания через установление связи между свойствами нервной системы и степенью эмоциональной стабильности в профессиях педагогической сферы [Аминов 1995].

В конце 90-х годов этот термин в его первоначальном смысле вновь стал предметом самостоятельного исследования в отечественной психологии [Водопьянова, Серебрякова, Старченкова 1997].

Указанные выше работы в основном носили либо постановочный характер, либо имели узкую эмпирическую направленность. При этом содержание понятия полностью заимствовалось из зарубежной литературы.

В последние годы теоретические и эмпирические разработки проблемы достигли определенного прогресса, выразившегося в единой точке зрения исследователей относительно операциональной структуры выгорания, появлении валидных методик его диагностики, исследования различных факторов, определяющих его. В конце 90-х годов XX века и начале XXI века исследования выгорания завоевали популярность не только в России, но и на территории постсоветского пространства (Украина, Белоруссия).

Исследовательский и диагностический аспекты выгорания стали подкрепляться практическими разработками его коррекции [Водопьянова, Старченкова 2005].

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 выгорания и его влияния на различные подструктуры личности. Основой комплекс проблем, охватывающих исследования выгорания в отечественной науке, можно свести к следующим направлениям:

- Проблема характера и структуры выгорания.
- Проблема основных детерминант выгорания.
- Генезис выгорания.
- Специфика влияния выгорания на продуктивность профессиональной деятельности и жизнедеятельности в целом.
- Специфика проявления выгорания в различных сферах профессиональной жизни и разных культурах.
- Место выгорания в системе психологических категорий и понятий, смежных с психологией дисциплин.

Решение указанных проблем позволит не только расширить и углубить наши представления об этом достаточно интересном феномене, но определить основные направления практической работы – профилактики и коррекции выгорания.

#### *Проблема характера и структуры синдрома выгорания*

Основной узел противоречий в понимании выгорания завязан на акцентировании двух его аспектов: характера и структуры.

Первый аспект связан с акцентированием внимания либо на результативном его характере [Maslach, Jackson, Leiter 1996], либо на процессуальной стороне [Burish 1993].

Второе направление исследований ведет спор относительно структурной организации выгорания, которая связывается либо с наличием одного главного компонента, как правило, эмоционального истощения, либо включает в свой состав их совокупность.

Представители результативного направления рассматривают выгорание как некое состояние, включающее в себя ряд конкретных элементов. Несмотря на некоторую общность понимания выгорания в рамках результативного подхода, его сторонники отличаются в своих воззрениях на сущность феномена и структурные элементы, его составляющие. Наиболее традиционным и общепринятым является понимание выгорания, предложенное С. Maslach и S. Jackson [Maslach, Jackson, Leiter 1996]. Согласно этому определению под синдромом выгорания понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющегося в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает в себя три основных составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений. Авторы не случайно, на наш взгляд, используют понятие синдром, подчеркивая тем самым относительную независимость входящих в него элементов, которые сами по себе могут существовать в качестве отдельных элементов и в других состояниях. Но, только объединяясь вместе, они создают синдром выгорания. Вместе с тем предлагаемая концепция, хотя и является традиционной, не исчерпывает мультифакторного подхода к структуре выгорания. Некоторые авторы, разделяя в целом данную точку зрения, склонны либо уменьшать количество факторов до двух, либо увеличивать их количество до четырех компонентов.

Двухфакторная модель структуры выгорания базируется на разных конструктах. Первый подход не выходит за рамки традиционной трехфакторной структуры. Так, в исследовании D. Green с соавторами отмечается, что факторы эмоционального истощения и деперсонализации интегрируются в один базовый фактор, который вместе с редукцией профессиональных достижений и составляет структуру выгорания [Green 1991]. Второе направление развития двухфакторной модели выгорания характеризуется исключением из структуры выгорания того или иного компонента. Если в работах А.М. Garden такой подструктурой является деперсонализация, которую автор считает артефактом выборки профессий социального обслуживания [Garden 1987], то другие авторы исключают из структуры выгорания фактор редукции профессиональных достижений как имеющий наиболее слабый вес [Kalliath 2000].

Расширение традиционной модели выгорания за счет включения в ее состав четвертого фактора обусловлено, как правило, специфичностью выборки. Например, исследование специфики выгорания у нефтяников, работающих в условиях вахтенного метода на нефтедобывающих платформах в Северном море, выявило четвертый фактор выгорания, связанный с беспо-

койством работников за семью в связи с длительным пребыванием вне дома [Hellesoy 1998].

Альтернативным вариантом мультифакторного подхода к структуре выгорания являются однофакторные модели. Наиболее яркими представителями такого подхода являются А. Pines и Е. Aronson [Pines, Aronson 1981]. Ими предложено более широкое определение выгорания, которое не ограничивается только профессиями субъект-субъектного типа. Они описывают выгорание как «состояние физического, психического и эмоционального истощения, вызванное длительным включением в ситуацию, которая предъявляет высокие требования к эмоциональной сфере» [Pines, Aronson 1981].

Второй подход к определению выгорания акцентирует внимание на процессуальной стороне. Выгорание, как правило, рассматривается как процесс, включающий ряд следующих друг за другом стадий (фаз) (М. Burish, С. Cherniss, J. Edelwich, R. Brodsky, L. Hallsten). Стадиально-процессуальный характер выгорания наиболее отчетливо представлен в концепции М. Burish. С его точки зрения, выгорание проходит в своем развитии шесть фаз: предупреждающую, фазу снижения уровня собственного участия, эмоциональные реакции, фазу деструктивного поведения, фазу психосоматических реакций и фазу разочарования. Основной движущий фактор выгорания, как и в предыдущей концепции, связан с противоречием между степенью включенности в работу и получаемой от нее отдачей [Burish 1993].

Подводя краткий итог, можно отметить, что существуют совершенно разные подходы к определению выгорания, которые либо акцентируют внимание на его результативной стороне, либо подчеркивают его процессуальный характер. В рамках первого подхода выгорание понимается как некий комплекс относительно независимых друг от друга симптомов, которые объединяются в более крупные блоки. В рамках процессуального подхода синдром выгорания – это процесс, протекающий в ходе профессионального развития человека и имеющий стадиальный характер. Несмотря на кажущуюся противоречивость двух альтернативных подходов в определении синдрома выгорания, можно найти, на наш взгляд, некоторое объединяющее начало, позволяющее их интеграцию. Его сущность заключается в традиционном для отечественной психологии принципе единства результирующей и процессуальной сторон любого психического явления. С точки зрения данного принципа выгорание можно рассматривать как состояние, которое имеет некую меру выраженности входящих в его состав структурных компонентов, являясь, таким образом, результатом происходящих с личностью изменений. С другой стороны, синдром выгорания как состояние представляет собой процесс, развивающийся в ходе профессионального становления личности и проходящий ряд стадий.

Определение выгорания, в единстве его результативной и процессуальной стороны, порождает достаточно важную проблему, связанную с конкретизацией его содержания. Выделение основных структурных компонентов выгорания не дает нам детального представления о его сущности. Необходимо раскрытие конкретных симптомов выгорания, их соотносительности с его основными составляющими, специфики проявления симптоматики выгорания на разных уровнях функционирования личности. Рассмотрим, в какой степени указанная проблема нашла свое отражение в мировой психологии.

Исследования, посвященные симптоматике выгорания, представлены в литературе достаточно широко. Вместе с тем существуют разногласия относительно их количества: от 12 основных симптомов в обзоре E.L. Maher до 84 в исследованиях других авторов [Maher 1983].

Помимо разногласия в количестве симптомов выгорания, в зарубежной психологии практически отсутствовали исследования, посвященные выявлению иерархии указанных симптомов и их взаимосвязей друг с другом. Это создавало определенный пробел в представлениях о том, каким образом конкретные симптомы объединяются в три традиционные составляющие выгорания.

Проведенный нами цикл исследований структуры выгорания в профессиях различных типов показал, что она организована по иерархическому принципу и представляет собой динамическое образование. Иерархичность по вертикали проявляется в том, что основные компоненты выгорания не являются полностью независимыми, что характерно для традиционной точки зрения по этому вопросу, а находятся в определенных субординационных отношениях, где ведущую роль играет психоэмоциональное истощение. В горизонтальной плоскости структурная организация представляет собой интеграцию отдельных симптомов выгорания в симптомокомплексы и через них – в базовые подструктуры.

Динамичность структуры выгорания выражается в зависимости количественного состава его компонентов от специфики профессиональной сферы. Традиционная трехкомпонентная структура отчетливо выражена только в профессиях субъект-субъектного типа. В профессиях субъект-объектного типа данная структура трансформируется путем существенного уменьшения роли цинизма как самостоятельного фактора и передачи ряда его признаков психоэмоциональному истощению [Орёл 2005]. Кроме того, наши исследования показали, что базовые составляющие выгорания определенным образом связаны между собой в единую структуру, что позволило ликвидировать противоречие в представлениях о выгорании как синдроме, с одной стороны, и независимости составляющих выгорания друг от друга, зафиксированной в структуре опросника MBI, с другой стороны (в своих последних выступлениях С. Maslach также подтвердила наличие

корреляционных связей между составляющими выгорания, что позволяет диагностировать его развитие на ранних стадиях).

Полученные нами результаты не только позволили уточнить структуру выгорания и взаимодействие его компонентов, но и наметить определенные перспективы дальнейшего ее изучения. С нашей точки зрения, можно выделить два направления будущих исследований:

1. Исследование специфики структуры выгорания в разных видах профессиональной деятельности. Здесь речь идет не только о выявлении различий в структуре синдрома выгорания в разных типах профессий (субъект-субъектных и субъект-объектных), но и о ее специфике в рамках одного типа профессий (например, врача и педагога).

2. Представление о взаимосвязанности симптоматики выгорания и образовании симптомокомплексов позволяет решить проблему типологии выгорания. В последние годы появился ряд работ, где предпринята такая попытка выявления типологии выгорания, но она имела, к сожалению, чисто умозрительно-логический характер [Winwood, Winefield 2004]. Проводимые нами в настоящий момент исследования позволяют перевести гипотетический характер этих утверждений в доказательный план и говорить о наличии двух типов выгорания, условно названных стеническим и астеническим.

#### *Проблема основных детерминант синдрома выгорания*

Данное направление исследований посвящено выявлению тех основных факторов, которые тесно связаны с выгоранием. В современной психологии традиционно выделяют две большие группы факторов, влияющих на возникновение выгорания: индивидуальные характеристики человека и факторы рабочей среды. Среди организационных факторов наибольший вклад в развитие выгорания вносят: ролевой конфликт, отсутствие социальной поддержки, низкая степень самостоятельности [Орёл 2001].

Если зависимость выгорания от факторов внешней среды не вызывает больших сомнений у исследователей, то зависимость взаимоотношений выгорания и индивидуальных характеристик человека представляется более сложной. В зарубежной и отечественной психологии существует большой пласт работ, показывающих взаимосвязь синдрома выгорания и индивидуальных особенностей человека. Эти работы можно подразделить на две группы: работы, демонстрирующие взаимосвязь выгорания и социально-демографических характеристик личности (пол, возраст, стаж работы и т.д.) и исследования взаимосвязи между психологическими особенностями личности и выгоранием. Из всех социально-демографических характеристик наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст, что подтверждается многочисленными исследованиями [Орёл 2001]. При этом обнаруживается наличие отрицательной корреляционной связи возраста и выгорания.

Взаимоотношения между полом и выгоранием не так однозначны. Ряд исследователей отмечают, что мужчины более подвержены процессу выгорания, чем женщины, в то время как их оппоненты приходят к совершенно противоположным заключениям. Данные о взаимосвязи между стажем работы по специальности и выгоранием довольно противоречивы. В большинстве исследований отмечается отсутствие значимых корреляций между указанными переменными, и только в отдельных работах обнаруживают отрицательную зависимость между ними [Орёл 2001].

В отечественной и зарубежной психологии накоплено большое количество данных, свидетельствующих о взаимосвязи выгорания с психологическими характеристиками человека, такими как личностные черты (нейротизм, выносливость, внешний локус контроля), а также самооценка [Рукавишников 2001а].

В отношении личностных характеристик открытым оставался вопрос о том, влияют ли личностные характеристики человека на возникновение выгорания или высокий уровень его выраженности обуславливает изменение личностных подструктур. В последних исследованиях было подчеркнута двустороннее взаимодействие выгорания и подструктур личности. При этом характер воздействия выгорания на различные подструктуры личности будет иметь свою специфику, заключающуюся в разной степени подверженности его влиянию. Наиболее стабильными в этом плане являются личностные характеристики, которые в свою очередь представляются источниками возникновения синдрома выгорания. Мотивационная и когнитивная подструктуры личности и стилевые особенности поведения в большей степени подвержены влиянию выгорания. Установлено, что выгорание влияет не только на выраженность отдельных компонентов мотивационной и когнитивной сферы, но и в большей степени на их структуру. Воздействие выгорания на структурную организацию личности профессионала, проявляющееся в дезинтеграции и нарушении гармоничных отношений между ее отдельными компонентами, обеспечивает неповторимый эффект его воздействия на личность, проявляющийся не в разрушении структур личности и полном ее распаде, а в первую очередь, в функциональном разрегулировании ее систем, что приводит к снижению степени адаптированности [Орёл 2005б].

Представленная область эмпирических исследований довольно обширна и противоречива. Спорным является вопрос о доминирующем вкладе каждой группы факторов в развитие выгорания. Неясным остается и вопрос о том, что в большей степени вызывает выгорание – индивидуальные особенности личности или факторы рабочей среды. Кроме того, внутри каждой из отмеченных групп факторов тоже могут быть определенные иерархические взаимоотношения. В частности, для группы организационных факторов дискуссионной продолжает оставаться проблема вклада в возникновение выгорания факторов рабочей среды и содержания самой рабо-

ты. И хотя эмпирические данные показывают, что рабочие стрессоры вносят большой вклад в дело возникновения выгорания, проблема, с нашей точки зрения, более сложна и выходит за рамки эмпирических исследований.

Во-первых, факторы рабочей среды присущи большинству профессий не только социальной сферы. Выгорание как специфический синдром, наиболее проявляющийся в субъект-субъектных видах деятельности, предполагает тесное эмоциональное взаимодействие с реципиентами и довольно весомый вклад таких факторов, как степень остроты и глубины их проблем, продолжительность и интенсивность контактов. Следовательно, роль каждой из групп факторов может быть неодинакова в зависимости от специфики самой профессиональной деятельности.

Во-вторых, в реальной деятельности наблюдается совокупное влияние обеих групп факторов. Например, кратковременный контакт с несколькими пациентами может быть менее стрессогенным, чем глубокий и продолжительный контакт с одним. Кроме того, воздействие факторов не бывает рядоположным, а факторы более высокого порядка (нормы, традиции) могут оказывать влияние на развитие синдрома выгорания через факторы нижележащего уровня (организационные), что частично нашло свое отражение в «модели реципрокности» [Schaufeli 1996].

Дискуссионный характер вклада различных факторов в развитие выгорания отразился и на представлениях о главных механизмах его возникновения. Проблема определения сущности выгорания и причин, детерминирующих его возникновение, на концептуальном уровне достаточно противоречива и не имеет однозначного понимания исследователями. Существует множество разнообразных подходов к описанию источников синдрома выгорания, которые можно объединить в три большие категории в зависимости от характера причин, обуславливающих возникновение выгорания: индивидуальные, интерперсональные и организационные подходы.

Представители индивидуального подхода фокусируют внимание на тех внутриличностных факторах и процессах, которые тесно коррелируют с выгоранием. Большинство моделей представляют собой попытки применить хорошо известные в психологии концепции для анализа синдрома выгорания (психоаналитическая концепция, когнитивно-психологическая теория научения). Как правило это логико-теоретические конструкции, часто не подтвержденные эмпирическими исследованиями (J. Edelwich, A. Brodsky, S. Meier, A.M. Garden и др.).

Среди индивидуальных подходов наибольшего внимания, по нашему мнению, заслуживает подход к выявлению причин и механизмов выгорания, который можно охарактеризовать как экзистенциальный. Основным представителем этого подхода является А. Pines. Главной причиной выгорания, с ее точки зрения, является неудачный поиск смысла жизни в профессиональной деятельности. Автор считает, что синдром выгорания с

наибольшей вероятностью возникает у работников профессий социальной сферы с высоким уровнем притязаний [Pines 1993].

Другим направлением в индивидуальном подходе к объяснению механизмов выгорания являются когнитивно-бихевиоральные модели выгорания [Meir, Melamed, Abu 1990].

Согласно когнитивно-бихевиоральной модели, предложенной Е.И. Meir, выгорание представляет собой результат целого комплекса неверных ожиданий, не соответствующих настоящей рабочей ситуации [Meir, Melamed, Abu 1990]. Сходные идеи содержатся в концепции «сохранения ресурсов» (COR), предложенной S.E. Hobfoll [Hobfoll 1998].

Примером психодинамического подхода к объяснению источников выгорания является модель Н.Д. Fisher, который рассматривает выгорание как нарциссическое личностное расстройство, вызванное несоответствием реальной действительности идеалам личности [Fisher 1983]. Однако, в отличие от концепции J. Edelwich и А. Brodsky, рассматривающих выгорание как потерю идеала [Edelwich, Brodsky 1980], Н.Д. Fisher связывает возникновение выгорания, наоборот, с чрезмерным стремлением достигнуть своего идеала.

Второе направление в определении механизмов выгорания связывает их с особенностями межличностного взаимодействия. Представители интерперсональных подходов усматривают традиционную причину выгорания в асимметрии отношений между работниками и клиентами, что подчеркивает важность межличностных взаимоотношений в возникновении синдрома выгорания. Выгорание в данном случае есть результат эмоциональной перегрузки, вызванной напряженными взаимоотношениями между профессионалом и его клиентами.

Е. Buunk и W. Schaufeli попытались рассмотреть проблему выгорания с позиций социального сравнения. Основная идея подхода Е. Buunk и W. Schaufeli заключается в том, что выгорание развивается под влиянием социального контекста [Buunk, Schaufeli 1993]. Они считают, что понять причины выгорания у работников можно, исходя из анализа процессов социальной перцепции, сравнения результатов своей деятельности с деятельностью других людей, при этом основным механизмом возникновения выгорания является усиление тенденции к аффилиации в условиях стресса.

Таким образом, интерперсональные модели выгорания рассматривают данный феномен как следствие сильного эмоционального напряжения, возникающего в процессе межличностного взаимодействия работников. Конкретными факторами такого взаимодействия, влияющими на возникновение выгорания, могут выступать интенсивность эмоциональной активности профессионала, направленной на понимание проблем реципиентов и сопереживание им, а также особенности социальной перцепции.

Модели, в рамках организационного подхода, фокусируют внимание на факторах рабочей среды как главных источниках выгорания (С.

Cherniss, R. Golembiewsky). Позитивным моментом организационного подхода является идея рассмотрения выгорания как более широкого социального феномена, изучение которого выходит за рамки психологического подхода.

Социологический подход к изучению выгорания намечен также в работах D.E. Meyerson [Meyerson 1994]. Ею было исследовано две социальные идеологии в обществе, которые сталкиваются между собой в деятельности социальных работников: медицинская идеология и психологическая. Исходя из результатов своих исследований, автор делает вывод о том, что социальная система может не только регулировать поведение своих членов, но также порождать в них активность и социальные взаимодействия.

Логика рассмотрения выгорания как социального явления потребовала анализа с точки зрения комплексного взаимодействия внешних и внутренних факторов, что нашло свое отражение в ряде современных представлений о выгорании, среди которых хочется остановиться на подходе С. Maslach и М. Leiter. Основная идея этого подхода заключается в том, что выгорание является результатом несоответствия между личностью и работой [Maslach, Leiter 1997]. Увеличение этого несоответствия повышает вероятность возникновения синдрома выгорания. Авторы выходят за рамки интерперсонального подхода и рассматривают выгорание как проявление эрозии человеческой души в целом, независимо от типа профессиональной деятельности. Ими предлагается шесть сфер такого несоответствия:

1. Между требованиями, предъявляемыми к работнику, и его ресурсами.
2. Несоответствие стремления работников иметь довольно большую степень самостоятельности в своей работе, определять способы достижения тех результатов, за которые они несут ответственность, и жесткой и нерациональной политики администрации в организации и контроле за всеми сторонами рабочей активности.
3. Несоответствие вознаграждения выполняемой работе.
4. Несоответствие личности и работы, связанное с отсутствием положительного взаимодействия с другими людьми в своей рабочей среде.
5. Серьезным несоответствием между личностью и работой является отсутствие представления о справедливости на работе.
6. Несоответствие между требованиями работы и индивидуальными принципами людей.

Данный подход представляется довольно перспективным, поскольку он не только позволяет найти совокупное влияние различных факторов в каждом конкретном случае выгорания и обеспечить адекватные превентивные меры, но и дает возможность перейти от рассмотрения синдрома выгорания к его противоположному конструкту – «вовлеченности в профессию» (engagement), связанной с обратными характеристиками. Указан-

ная концепция находится в настоящее время в стадии разработки и оставляет большое количество вопросов. Прежде всего, авторы рассматривают типы несоответствия как источники выгорания, не указывая, какие из них наиболее весомы в его возникновении. Не раскрываются конкретные факторы, лежащие в основе каждого из типов несоответствия. Основопологающая идея авторов о выгорании как проявлении эрозии человеческой души в целом, независимо от типа профессиональной деятельности, безусловно, перспективна, поскольку указывает на универсальный характер данного явления. Вместе с тем взаимодействие между внешними и внутренними факторами будет зависеть, на наш взгляд, от специфики профессии, и доля каждой из групп факторов в развитии выгорания будет различной. Более того, специфичным будет вклад каждой из групп факторов в возникновение не только синдрома выгорания в целом, но и отдельных его составляющих.

### *Генезис синдрома выгорания*

Выявление динамики выгорания в зарубежной и отечественной психологии нашло свое отражение в двух направлениях исследований:

1. в процессуальных концепциях выгорания;
2. в эмпирических исследованиях, посвященных выявлению динамики появления различных его составляющих.

Первое направление включает ряд концепций, среди которых наиболее известной является концептуальная модель развития выгорания М. Burisch [Burish 1993]. В отечественной психологии рассмотрение фазовой структуры выгорания отмечено в работах В.В. Бойко [Бойко 1996, 1998, 1999, 2004].

Если представители первого направления достаточно единодушны в описании характера синдрома выгорания, то второе направление исследований носит более противоречивый характер. С. Maslach и М. Leiter считают, что первой фазой является эмоциональное истощение, которое приводит к негативному отношению к клиентам и затем способствует снижению желания реализовываться в профессиональной деятельности [Maslach, Leiter 1997].

Впоследствии М. Leiter уточняет данную последовательность, придав ей более сложный характер. Он утверждает, что составляющая профессиональных достижений развивается относительно независимо от двух других компонент, которые связаны друг с другом в определенной последовательности. Если деперсонализация является функцией эмоционального истощения, то редукция профессиональных достижений развивается параллельно с ним [Leiter 1998].

Эмпирические подтверждения изложенных выше точек зрения на динамику основных компонентов выгорания нашли свое отражение в лонгитюдинальных исследованиях. R. Lee и В. Ashforth, замерив уровень выгорания в интервале восемь месяцев, подтвердили положение М. Leiter и

С. Maslach о том, что возникновение эмоционального истощения предшествует деперсонализации. Вместе с тем не было найдено подтверждения параллельному развитию редукции профессиональных достижений и эмоционального истощения. Предложенная ими модель скорее рассматривала редукцию профессиональных достижений как функцию эмоционального истощения.

Проведенные нами исследования выгорания с позиций системного подхода показали, что динамика выгорания демонстрирует проявление всех основных закономерностей системогенеза, среди которых ведущее значение принадлежит гетерохронности и неравномерности развития [Орёл 2005б].

Гетерохронный характер развития синдрома выгорания проявляется в разновременной организации формирования его основных компонентов.

Первыми из всех составляющих выгорания появляются подструктуры «цинизма» и «снижения самооценки профессиональной эффективности», и только потом начинает развиваться «психоэмоциональное истощение». Психоэмоциональное истощение как наиболее мощный фактор выгорания, затрагивающий нарушения не только психической, но и физической сферы субъекта, завершает процесс его созревания, определяя дезадаптационный и деструктивный характер воздействия данного феномена.

Гетерохронный характер генезиса выгорания сопровождается также дискретностью процесса его развертывания, о чем свидетельствует отсутствие постепенного нарастания его выраженности в процессе профессионального становления.

Можно говорить о наличии двух периодов в профессиональной карьере работника, когда уровень выгорания достигает своих максимальных значений. Первый период приходится на временной отрезок 6–7 лет после начала карьеры, а второй соответствует стажу работы в 25–26 лет.

Дискретный характер развития выгорания обусловлен количественными изменениями выраженности личностных особенностей и трансформацией их структуры в ходе выгорания. Изменение структуры личностных черт в процессе выгорания заключается в превращении «ингибиторного» комплекса в «катализаторный» блок путем активного включения в структуру личностных черт нейротизма, что способствует повышению уровня выгорания.

Наряду с гетерохронностью, генезис выгорания носит неравномерный характер и зависит от содержания профессиональной деятельности. Содержание деятельности в профессиях субъект-субъектного типа, связанное с выраженной степенью непосредственности, глубины контактов с реципиентами и принятии их проблем, определяет неравномерное формирование составляющих выгорания и степень их выраженности. У операторов сферы услуг постепенное повышение всех составляющих выгорания на начальных этапах профессионального становления сменяется его стабили-

зацией и даже некоторым снижением на завершающем этапе карьеры, в то время как у педагогов уровень психоэмоционального истощения и цинизма постепенно повышается на всем протяжении профессионального пути. Такая специфика развития выгорания объясняется особенностями соотношения его субъективных и объективных детерминант, в качестве которых выступают личностные особенности и факторы профессиональной среды. Если у представителей педагогической профессии доминирующую роль играют факторы рабочей среды, то у операторов личностные черты и факторы профессиональной среды оказывают равноценное влияние на развитие выгорания. Кроме того, имеются различия и в компонентном составе субъективных детерминант и внешних факторов, имеющих наиболее сильные связи с составляющими выгорания [Орёл 2005б].

Для получения более полных данных о динамике составляющих выгорания необходимо дополнить существующие исследования, проведенные с помощью метода поперечных срезов, лонгитюдными исследованиями на разных профессиональных группах. В отечественной психологии такие работы практически отсутствуют. Кроме того, требует дальнейшего уточнения и проблема обратимости выгорания. Лонгитюдные исследования ряда зарубежных авторов хотя и подтвердили высокую степень стабильности выгорания, но выявили и значительные изменения его значений с течением времени [Burke, Greengalass 1995].

В ряде исследований, в том числе и в отечественной психологии, отмечается относительная обратимость выгорания, что позволяет ставить вопрос о его коррекции [Орёл 2005б]. Решение этой проблемы во многом будет зависеть от того, насколько выгорание затронуло все стороны человеческой личности и проникло в ее структуру. Кроме того, вопрос о степени «обратимости-необратимости» выгорания будет определяться и спецификой профессиональной деятельности, что также создает перспективу будущих исследований.

*Специфика влияния синдрома выгорания на продуктивность профессиональной деятельности и жизнедеятельности в целом*

В зарубежной психологии существует достаточно распространенная точка зрения об отрицательном влиянии выгорания на показатели профессиональной деятельности. Традиционно в качестве конечных результатов выгорания рассматриваются: снижение эффективности деятельности и удовлетворенности трудом, идентификация себя с организацией, увольнение с работы, ухудшение состояние здоровья. Наиболее тесные корреляции обнаружены между выгоранием и снижением удовлетворенности трудом. Данный параметр имеет положительные корреляции со всеми тремя компонентами выгорания: эмоциональным истощением, деперсонализацией и редукцией профессиональных достижений [Орёл 2005б].

Аналогичные данные получены для показателя идентификации себя с организацией (organizational commitment), под которой понимается при-

нятие работником целей и ценностей данной организации, осуществление деятельности по реализации этих целей, отстаивание интересов организации и желание сохранить себя ее членом [Kalliath, O'Driscoll, Gillespie 1998].

Достаточно ясная картина представляется при рассмотрении влияния выгорания на отрицательные аспекты профессионального поведения, а именно на нарушения трудовой дисциплины и ухудшение состояния здоровья. Показателем нарушения трудовой дисциплины в данной группе исследований является невыход на работу. Хотя авторы и вкладывают разный смысл в это понятие (частота прогулов, общее количество прогулов, включение невыходов на работу по причине болезни), однако, несмотря на это, обнаружена положительная зависимость между этим показателем и уровнями эмоционального истощения и деперсонализации и отрицательная – с уровнем профессиональной эффективности. Аналогичные данные получены и в отношении связи выгорания и состояния здоровья и самочувствия [Орёл 2005б].

Вместе с тем проблема влияния выгорания на показатели деятельности не так однозначна. В частности, не было выявлено значимых связей между продуктивностью деятельности и выгоранием. Это связано, по-видимому, с тем, что довольно трудно найти объективные количественные показатели эффективности деятельности в профессиях социального обслуживания. Использование субъективных показателей, таких как экспертные оценки со стороны вышестоящих лиц и пациентов, дает довольно слабые корреляции [Leiter, Harvie, Frizzel 1998].

Противоречивая ситуация наблюдается при оценке связи между текучестью кадров и выгоранием. С одной стороны, в ряде исследований подтверждается наличие положительной связи между компонентами выгорания и текучестью, но, с другой стороны, есть исследования, демонстрирующие обратный эффект [Орёл 2001]. Причина этого заключается в наличии противоречия между стремлением сменить работу и реальным осуществлением этого решения. В лонгитюдном исследовании показано, что профессионалы, в большей степени «выгоревшие» в начале своей карьеры, были менее заинтересованы в ее смене, и были более гибки в стратегии по отношению к своей работе, чем их коллеги с меньшей степенью выгорания [Cherniss 1992].

Актуальность данного аспекта изучения выгорания обостряется наличием точки зрения, рассматривающей выгорание как своеобразный феномен психологической защиты. В частности, А.М. Garden считает, что выгорание – это специальное развитие в психике динамических процессов для восстановления равновесия и (или) роста личности. Таким образом, автором подчеркивается положительный эффект выгорания как развивающего личность процесса [Garden 1991].

Аналогичный подход можно найти в работах некоторых отечественных психологов. В частности, в работе В.В. Бойко дается противоречивая точка зрения на последствия выгорания [Бойко 1996]. С одной стороны, отмечается, что выгорание представляет собой «выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия» [Бойко 1996]. С другой стороны, выгорание определяется как форма профессиональной деформации личности, что отрицательно сказывается на эффективности профессиональной деятельности и межличностном взаимодействии.

В других источниках позитивный эффект выгорания выступает еще более отчетливо в связи с тем, что выгорание определяется как механизм преодоления профессионального стресса на эмоциональном уровне [Филипченкова 2002].

Проанализированные эмпирические исследования феномена выгорания на разных уровнях его функционирования (индивидуально-психологическом, межличностном и организационном) позволили сделать вывод о том, что синдром выгорания представляет собой дезадапционный феномен, который оказывает негативное влияние на показатели профессиональной эффективности, удовлетворенности трудом, а также имеет отрицательные последствия и в сферах «непрофессиональной» жизни, где наблюдается дифференцированное влияние его составляющих на разные показатели качества жизни. При этом взаимодействие выгорания с адаптационными процессами носит двусторонний характер: с одной стороны, уровень выгорания в большей степени влияет на успешность протекания профессиональной адаптации, оказывая негативное влияние на ее показатели, с другой стороны, существует слабое обратное влияние степени адаптированности субъекта на развитие данного феномена. Несмотря на акцентирование отрицательного характера воздействия выгорания на все стороны жизнедеятельности личности, дальнейшее направление исследований может быть развернуто в поиске доказательств влияния выгорания на объективные показатели профессиональной деятельности, а также в специфике влияния на «непрофессиональные» аспекты жизни.

*Специфика проявления синдрома выгорания в различных сферах профессиональной жизни и разных культурах*

Переход с уровня анализа отдельных факторов, влияющих на выгорание, к более общему уровню предполагает анализ различий в степени выгорания у представителей различных профессий и работников разных видов деятельности внутри одной профессии.

В таблице 1 представлены сравнительные характеристики выгорания у представителей разных профессий [Maslach, Jackson, Leiter 1996].

Таблица 1

## Средние значения основных характеристик выгорания у представителей различных профессиональных групп

Профессиональная группа	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная эффективность
Учителя школ	21,25	11,00	33,54
Преподаватели вузов	18,57	5,57	39,17
Социальные работники	21,35	7,46	32,75
Работники медицины (врачи и медсестры)	22,19	7,12	36,53
Работники службы психического здоровья (психологи, психиатры, психотерапевты, обслуживающий персонал)	16,89	5,72	30,87
Другие профессии: (юрисконсульты, адвокаты, офицеры полиции, офицеры службы надзора, священники, библиотекари, работники агентств)	21,42	8,11	36,43

Из приведенной таблицы видно, что к наиболее склонным к выгоранию профессиям относятся представители педагогической сферы, социальные работники и медики, что подтверждается и рядом других исследований [Орёл 2005б].

Внутрипрофессиональные различия выгорания также представляются интересными. Установлено, что уровень обучения и специфика преподаваемой дисциплины дает разную степень выгорания. Например, учителя начальных классов имеют более высокий уровень выгорания, чем их коллеги из более старших классов, а учителя музыки оказываются более склонными к выгоранию, чем преподаватели математики, а уровень выгорания у учителей физического воспитания ниже, чем у учителей-предметников, работающих в классе.

Аналогичная картина наблюдается и в медицине, и в сфере психического здоровья. Врачи и медсестры испытывают более сильное выгорание по сравнению с обслуживающим персоналом больниц, причем более высокий уровень наблюдается у медицинского персонала онкологических отделений [Орёл 2005б]. Сравнительный анализ персонала, работающего с психически больными людьми за пределами больниц (например, врачей, занимающихся частной практикой), и в больницах, показывает, что первая группа работников наиболее подвержена выгоранию.

Среди социальных работников наиболее подвержены выгоранию работники общественных агентств по сравнению с их коллегами, имеющими частную практику.

Внутрипрофессиональные различия наблюдаются и в среде служителей церкви. Сравнительный анализ склонности к выгоранию среди трех групп священников: приходских священников, монахов и священников, имеющих духовный сан, – показал, что наиболее подвержены влиянию исследуемого феномена представители первой группы.

В отечественной психологии исследование внутрипрофессиональных и межпрофессиональных различий в сравнительном аспекте практически не проводилось, хотя исследования выгорания в разных профессиях социальной сферы присутствуют.

Особое внимание в этом плане необходимо уделить исследованию выгорания в профессиях «субъект-объектной» сферы. Хотя ряд исследований и подчеркивает наличие выгорания в работе представителей инженерно-технических профессий и профессий фабрично-заводского производства, а также представителей других профессиональных сфер [Тернопол 2001], однако проблема специфики выгорания в этой области человеческой деятельности остается открытой.

Поскольку все аспекты психической организации человека несут в себе отпечаток общекультурных норм и ценностей, то можно предполагать их влияние и на специфику формирования выгорания, что нашло свое отражение в кросскультурных исследованиях выгорания [Орёл 2005б].

Установлено, что различие в выраженности выгорания и его структурных компонентов наблюдается не только в дистанцированных культурах, таких как китайская и европейская, или испаноязычная и англоязычная, но и в сходных этнических общностях.

В частности, в исследовании N. Shutte показано, что существуют различия в уровне выгорания у финских, датских и шведских сотрудников предприятий лесной промышленности [Schutte, Toppinen, Kalimo 2000]. При этом наибольшие изменения наблюдаются по параметрам эмоционального истощения и деперсонализации.

Канадские учителя демонстрируют более высокие баллы по компонентам выгорания по сравнению с коллегами из Голландии. Аналогичная картина наблюдается при сравнении степени эмоционального истощения палестинских учителей и их коллег из Арабских Эмиратов. Последние демонстрируют более низкие показатели степени эмоционального истощения [Орёл 2005б].

В отечественной психологии данная проблема практически не поднималась в силу более позднего обращения отечественных психологов к изучению выгорания. Вместе с тем было бы интересно и полезно проанализировать не только специфику проявлений синдрома выгорания в русскоязычной культуре по сравнению с другими, но и межкультурные разли-

чия профессионалов внутри нее. Тенденции в существовании указанных межкультурных различий просматриваются, о чем свидетельствуют некоторые эмпирические данные: проведенная нами валидизация опросника MBI-HSS показала небольшой разброс данных по шкале «деперсонализация», что служило проявлением социально-желательных ответов. В личной беседе с автором С. Maslach отметила аналогичную тенденцию при валидизации китайской версии методики, что может служить показателем некоторой общности культур. Предлагаемое направление исследований выгорания представляется нам достаточно перспективным. Разработка всех выше указанных направлений в изучении выгорания с необходимостью подводит нас к решению узловой проблемы – определению места и роли синдрома выгорания в системе научных категорий.

*Место синдрома выгорания в системе психологических категорий и понятий, смежных с психологией дисциплин*

Решение данной проблемы особенно актуально в отечественной науке, поскольку определяет всю дальнейшую стратегию изучения синдрома выгорания. В современной отечественной психологии до сих пор синдром выгорания рассматривают как атрибут житейской психологии. Чему немало способствуют и чисто формальные аспекты перевода этого термина на русский язык. В частности, наиболее острой критике среди российских ученых в этом плане подвергается одна из составляющих выгорания «цинизм», название которой явно несет в себе отпечаток обыденной психологии. Прежде чем говорить о содержательных моментах концепции выгорания, необходимо уточнить саму терминологию. Дело в том, что в отечественной психологии термин «burnout» имеет разнообразную трактовку и определяется как «выгорание», «сгорание», «эмоциональное сгорание», «эмоциональное выгорание», «профессиональное выгорание», что сказывается на понимании сущности этого феномена, его содержания и последствиях. С лексической точки зрения термин «burnout» переводится как «выгорание» («перегорание»). Термин «сгорание» имеет совершенно иной перевод – «combustion». Однако отличие кроется не только в формально-лексических различиях, но и в семантике. Оба термина, по нашему мнению, несут самую разную смысловую нагрузку. Термин «сгорание» представляет собой заключительный акт, результат преобразований регрессивного характера. С психологической точки зрения он означает полный распад личности под влиянием стрессовых воздействий профессиональной среды, неспособность регулировать свое поведение и выполнять на уровне минимальных требований свои профессиональные обязанности, возникновение соматических и нервно-психических расстройств и даже летальный исход. В обыденной речи о человеке, который стал инвалидом или умер в результате стрессовых воздействий профессиональной среды, обычно говорят «сгорел на работе». Специфика же выгорания заключается в том, что личность может достаточно хорошо исполнять свои профессиональные

обязанности, но внутри она чувствует себя опустошенной. В образном плане прототипом «сгорания» является полностью разрушенное дерево, а «выгорание» олицетворяет собой дерево, все еще растущее, но абсолютно пустое внутри.

Содержательный аспект данной проблемы включает рассмотрение выгорания с двух сторон.

Во-первых, является ли данный феномен самостоятельным или представляет собой, по меткому выражению W. Schaufeli, «старое вино в новой бутылке» [Schaufeli, Enzmann 1998]. Данный аспект достаточно подробно рассмотрен в зарубежной психологии, где отчетливо показано, что выгорание не сводится к таким традиционным состояниям, как депрессия, утомление, стресс, хотя и имеет определенное сходство с ними [Schaufeli, Enzmann 1998].

Во-вторых, какое место занимает выгорание среди традиционных категорий отечественной психологической науки, таких как личность, субъект деятельности, а также более конкретных понятий, отражающих их содержание (психические процессы, свойства, состояния, способности и т. п.). Проведенный анализ данной проблемы с позиций системного подхода позволил нам утверждать, что выгорание представляет собой полисистемное явление. Нами было показано, что синдром выгорания представляет собой компонент подсистемы профессиональных деструкций регрессивной стадии развития профессионала. Данные факты, с одной стороны, указывали на включение выгорания в систему психологических категорий, но, с другой стороны, требовали более глубокого и всестороннего анализа этой проблемы. Соотнесение понятия «синдром выгорания» с категорией «личность» предполагает анализ следующих вариантов их взаимоотношений:

1. выгорание представляет собой атрибут личности, включенный в определенную ее подструктуру, наравне со способностями, интеллектом, знаниями, мотивами и т.д.;

2. выгорание представляет собой стратегию жизненного пути личности.

Проведенный нами цикл эмпирических исследований позволяет однозначно ответить на первый из предложенных вопросов – синдром выгорания не является атрибутом какой-либо из подструктур личности. Он является относительно самостоятельным феноменом, существующим вне указанных структур, вступающим с ними в двухстороннее взаимодействие. Воздействие выгорания на подструктуры личности (когнитивную и мотивационную) более сильное, чем обратный эффект. Исключение составляет подструктура личностных черт, которая выполняет роль внутренних детерминант выгорания, провоцируя его возникновение или, наоборот, оказывая тормозящий эффект.

Более интересным является аспект, предполагающий рассмотрение выгорания в контексте формирования жизненного пути личности. Анализ отечественной и зарубежной литературы по проблемам жизненного пути личности показывает, что личность строит свой жизненный путь, выбирая определенные стратегии поведения на всем его протяжении. Эти стратегии построения жизненного пути, обозначаемые различными терминами, такими как «стратегии жизни» [Абульханова-Славская 1991, 2001], «варианты жизни» [Дружинин 2000], «стили жизни» [Адлер 1995], могут формироваться самой личностью (или выбираться из определенного множества) или могут быть навязаны ей обстоятельствами. В ходе реализации этой жизненной стратегии происходит формирование личности, заключающееся в ее приспособлении к социуму и превращении в типичного носителя определенного «жизненного типа». При этом отмечается, что, помимо стратегий оптимального приспособления, могут существовать и неоптимальные стратегии, приводящие к дезадаптации [Абульханова-Славская 1991, 2001]. Профессиональное становление представляет собой часть жизненного пути человека. Между жизненным путем человека и его профессиональным становлением существуют двусторонние взаимоотношения. С одной стороны, профессиональное развитие детерминировано динамикой жизненных циклов, и формирование тех или иных подструктур профессионала тесно связано с возрастными периодами общего развития и особенностями его жизненного пути, а с другой стороны, изменения, происходящие в ходе профессионального становления, могут перестраивать стиль жизни человека. Характер этих отношений может быть различным: от оптимального их соотношения до отношений компенсации, которые проявляются в смещении активности субъекта на другие сферы жизнедеятельности в случае неуспеха в самореализации себя как профессионала.

С этих позиций выгорание нельзя рассматривать как общую жизненную стратегию личности. Оно скорее представляет собой результат выбора определенного «варианта жизни», реализация которого затруднена в силу жизненных обстоятельств. Например, выгорание может быть результатом столкновения выбранной жизненной стратегии «жизнь как достижение» [Дружинин 2005] с невозможностью ее полной реализации, что нашло свое отражение в экзистенциальном подходе к механизмам выгорания [Pines 1993]. Вторая причина, по которой синдром выгорания не может выступать как общая жизненная стратегия, заключается в том, что оно появляется только на определенном этапе профессионального становления личности под воздействие условий профессиональной среды. Взаимодействие выгорания с личностью в контексте жизненного пути может проявляться также и в том, что его развитие может послужить причиной смены вариантов жизни.

Но, с другой стороны, при постоянном влиянии неблагоприятных условий профессиональной среды и наличии соответствующих внутренних

источников синдром выгорания, в наиболее крайней форме, может превратиться в жизненную стратегию личности, определяя ее поведение и отношение к окружающим объектам не только в профессиональной сфере, но и за ее пределами. Подтверждением такого варианта развития личности могут служить как примеры из повседневной жизни, так и некоторые научные данные [Ронгинская 2002].

Подводя итог взаимосвязи понятия синдрома выгорания с категорией личности, следует отметить, что выгорание, скорее всего, представляет собой результат стратегии профессионального пути человека на определенном этапе. Что касается его соотношения с общими жизненными стратегиями личности, то выгорание представляет собой либо фактор, способствующий смене жизненного сценария как результат несоответствия его реализации обстоятельствам жизни, либо, в своей крайней форме, может превратиться в специфическую стратегию жизни личности. Рассмотрение взаимосвязи понятия синдром выгорания с категорией субъекта деятельности, прежде всего, предполагает его анализ в контексте базовой характеристики субъекта – активности. Именно активное отношение субъекта, направленное на достижение социально-значимой цели, является основной сущностью деятельности и обеспечивает ее продуктивность. Проведенные теоретические и эмпирические исследования выгорания позволяют констатировать наличие отрицательной связи с активностью субъекта деятельности, которая заключается в ее снижении, что в свою очередь сказывается и на параметрах продуктивности деятельности. При этом в большей степени страдают субъективные ее параметры, связанные с оценкой своего труда и вклада в организацию. Влияние на объективные показатели деятельности носит косвенный характер и осуществляется опосредованно, через разрушение подструктур личности профессионала. В этом плане логичным представляется перейти к рассмотрению выгорания с позиции существующих традиционных областей общей структуры личности и субъекта деятельности: психических процессов, свойств и состояний.

В психологии к психическим процессам традиционно относят познавательные процессы, направленные на прием, переработку и хранение информации (ощущение, восприятие, представления, мышление, внимание, память и т.д.). Соотнесение выгорания с данной категорией психики в плане его соответствия с выполняемыми ими функциями позволяет дать однозначный ответ: выгорание не относится к категории психических процессов. Вместе с тем связь с этой группой психических явлений существует на уровне симптоматики выгорания. Как показывает структурный аспект анализа, отдельные показатели психических процессов могут выступать в качестве проявлений выгорания, образуя специфическую группу когнитивных симптомов. С другой стороны, синдром выгорания и психические процессы имеют одну общую особенность – развернутость во времени. Полученные нами данные генетического аспекта анализа выгорания де-

монстрируют его процессуальный характер, проявляющийся в факте его возникновения у профессионала в определенный период его карьеры под воздействием внутренних и внешних факторов окружающей среды и дальнейшем разворачивании в процессе профессионального становления. Таким образом, не являясь психическим процессом в традиционном понимании, выгорание имеет ряд общих особенностей с этой категорией психических явлений.

Если психические процессы акцентируют внимание на динамических характеристиках психики, то психические свойства указывают на закреплённость психических проявлений в структуре личности. К традиционно выделяемым свойствам психики относят черты личности и способности, а также их синтетические проявления в виде темперамента, характера и направленности. Полученные нами результаты свидетельствуют о наличии двусторонних отношений между выгоранием и чертами личности, причем последние выступают в качестве его внутренних детерминант. Это подтверждает положение о том, что выгорание не входит в структуру личностных особенностей, а является результатом их взаимодействия с профессиональной средой.

Аналогичным образом, выгорание не входит в подструктуру способностей субъекта деятельности. На основе полученных результатов взаимосвязи выгорания и интеллекта как интегральной способности личности можно говорить о взаимовлиянии этих структур друг на друга [Орёл, Герасимова 2005]. С другой стороны, выгорание и способности имеют общие особенности в плане их структурной организации. Они заключаются в формировании их структуры путем интеграции элементов, свойственных другим психическим явлениям (у способностей – это характеристики психических процессов, у выгорания – первичные психические состояния).

Более сложные взаимоотношения существуют между выгоранием и таким интегральным свойством личности, как характер. Эта сложность проявляется в наличии ряда общих свойств у обоих психологических феноменов, что, в какой-то степени, снижает эффект специфичности выгорания. Сходные особенности характера и выгорания проявляются в тождественности их структурно-функциональной организации. И выгорание, и характер представляют собой «наложенную структуру», что определяет следующие их тождественные особенности. Во-первых, оба феномена накладываются на уже имеющиеся подструктуры, либо укрепляя, либо разрушая их. В частности, характер понимается как своеобразный каркас личности, интегрирующий ее черты в единое целое и определяющий поведение субъекта. Во-вторых, и характер, и выгорание не имеют собственных элементов, а их структура формируется из элементов других подструктур. Поэтому их следует рассматривать как структуры не рядоположенные остальным подструктурам личности, а именно «наложенные» на них. Вместе с тем выгорание нельзя рассматривать как подструктуру характера, поскольку

ку оно имеет не только свое специфическое содержание, но и достаточно выражено в процессуальном плане, о чем свидетельствуют данные его генезиса.

Проведенный анализ показывает, что выгорание не является свойством психики в абсолютном значении, поскольку не включается ни в одну из ее подструктур в качестве компонента. Более того, между выгоранием и свойствами психики устанавливаются отношения взаимовлияния, которые проявляются в том, что, с одной стороны, психические свойства являются источниками его возникновения (черты личности), а, с другой стороны, могут быть результатом его воздействия, что проявляется в трансформации их структуры (интеллект). Следует отметить наличие определенного сходства выгорания с рассматриваемой категорией психических явлений. Во-первых, выгорание имеет общие моменты с психическими свойствами по параметру их временной стабильности и необратимости. Во-вторых, синдром выгорания не имеет собственных, специфичных только для него образующих элементов, а представляет собой феномен, интегрирующий в своем составе элементы других психических феноменов (состояний, процессов), что роднит его с такими интегративными свойствами, как направленность или характер.

Третьей категорией психики, традиционно рассматриваемой отечественной психологией, является категория психических состояний, которая, в отличие от психических процессов, акцентирует внимание на статичных моментах психики. С опорой на анализ соотношения выгорания с понятием психических состояний было показано, что по своему содержанию выгорание представляет собой интеграцию мотивационных, эмоциональных и оценочных компонентов, что сближает его с категорией психических состояний. В этой связи выгорание имеет сходные особенности с другими состояниями, объединенными в различные группы. Однако, включаясь в ряд подсистем психических состояний, организованных по разным критериям, синдром выгорания является самостоятельным феноменом, имеющим свою специфику, проявляющуюся в симптоматике, направленности и характере взаимодействия основных компонентов, а также в степени временной устойчивости. Специфика его структурной организации заключается в том, что, как наложенная структура, выгорание не имеет оригинальных, только присущих ему элементов, а интегрирует в своем составе первичные психические состояния различного содержания, не уподобляясь ни одному из них. С этой точки зрения выгорание представляет собой систему более высокого уровня организации, чем традиционные состояния, интегрирующую их в единое целое и образующую на этой основе эмоциональные, мотивационные и когнитивные комплексы. Кроме того, выгорание является сверхустойчивым и, в своей крайней форме, необратимым феноменом, что в большей степени роднит его с психическими свойствами, нежели состояниями.

Подводя итог сравнительному анализу выгорания с общепринятыми группами явлений психики, следует отметить, что выгорание, хотя и имеет особенности, которые роднят его со всеми тремя группами психических явлений (процессами, свойствами и состояниями), но не сводится ни к одной из них. Оно представляет собой самостоятельный специфический феномен, вбирающий в себя признаки всех основных явлений психики. Если в содержательном плане выгорание близко по своему составу к группе психических состояний, то по параметрам временной устойчивости и степени обратимости его можно отнести к свойствам психики.

Рассматривая взаимоотношения понятия выгорания с категориями субъекта деятельности, нельзя не остановиться на его соотношении с самим понятием «деятельность», являющимся базовым в отечественной психологии. Выше подчеркивалось, что выгорание представляет собой феномен профессиональной деятельности, в которой он возникает, формируется, развивается и оказывает отрицательное влияние на ее результаты. Здесь мы остановимся на одном важном моменте выгорания как атрибута деятельности – степени его осознанности. Отличие выгорания от других последствий профессиональной деятельности заключается в том, что в своей наиболее развитой форме этот феномен является осознанным. Если профессиональные деформации, как правило, не осознаются человеком, а замечаются другими людьми (например, менторство учителей), то симптомы выгорания он может достаточно хорошо отразить, о чем свидетельствуют как эмпирические исследования, так и психологическая практика.

В заключение необходимо остановиться еще на одном важном аспекте включенности выгорания в научный аппарат психологии – соотношения с понятиями «психической нормы» и «психической патологии». Данный аспект представляется достаточно важным, поскольку до сих пор существуют разногласия по поводу сущности выгорания между психологами и врачами. Каждая из названных профессиональных групп претендует на свое собственное понимание синдрома выгорания, что зафиксировано даже на формально-лексическом уровне. В медицинской и психиатрической литературе обычно употребляется написание термина «выгорание» как «burn out». Психологи, подчеркивая свое понимание сущности выгорания и несогласие с клинической точкой зрения, употребляют термин «burnout». Клиническая трактовка выгорания предполагает его рассмотрение как болезни, вызванной длительным воздействием стрессовых факторов. Такое понимание выгорания нашло свое отражение в DSM-IV, где выгорание определяется как функциональное расстройство. Аналогичное понимание выгорания зафиксировано и на более широком международном уровне. В частности, согласно МКБ-10 выгорание определяется как неврастения, вызванная работой.

Более глубокий анализ понятия «выгорание» показывает, что особенности его симптоматики и развития позволяют рассматривать его как психологическое явление, проявляющееся в профессиональной деятельности у лиц без признаков психической патологии. Оно является результатом несоответствия между ожиданиями и реальностью в труде и отражает нормальный процесс профессионального становления личности. Таким образом, синдром выгорания соответствует категории психической нормы. С другой стороны, процессуальные концепции выгорания в качестве одного из конечных этапов его развития констатируют этап нарушения соматического здоровья и возможности возникновения различных пограничных психических расстройств. Данный факт предоставляет хорошую возможность для сближения психологической и медицинской точек зрения. Перспективным в этом плане может явиться исследование именно динамики выгорания и механизмов его превращения из состояния, вызванного воздействиями профессиональной среды, в своеобразную «стратегию жизни».

С нашей точки зрения, синдром выгорания представляет собой целостное, динамическое интегральное психическое образование в единстве и взаимодействии эмоциональных, когнитивных, мотивационных и поведенческих элементов, образующих базовые компоненты выгорания, количественный и качественный состав которых определяется спецификой профессиональной деятельности. Наиболее традиционной является трехкомпонентная структура выгорания, включающая психоэмоциональное истощение, цинизм и редукцию профессиональных достижений. Синдром выгорания представляет собой дезадаптационный феномен, действие которого проявляется на всех уровнях функционирования личности: индивидуально-психологическом, социально-психологическом и организационном. Данный феномен оказывает негативное влияние на показатели профессиональной эффективности, удовлетворенности трудом, а также имеет отрицательные последствия и в сферах «непрофессиональной» жизни, где наблюдается дифференцированное влияние его составляющих на разные показатели качества жизни. Выгорание оказывает отрицательное воздействие на все подструктуры личности, что подтверждает наше предположение о сущности данного феномена, представляющего полный регресс профессионального развития личности. Большое количество проблем связанных со структурой выгорания, его динамикой, проявлениями в различных сферах профессиональной деятельности и жизнедеятельности человека в целом создает перспективы для его дальнейшего изучения и координации усилий в этом направлении представителей различных наук – психологии, медицины, социологии и т.п.

#### **1.4. РОЛЬ НЕКОНСТРУКТИВНОГО СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ**

*Е.С. Старченкова*

*Санкт-Петербургский государственный университет*

*Санкт-Петербург, Россия*

Вопросы поиска путей снижения выраженности синдрома выгорания, его профилактики и психологической помощи «выгорающим», а также повышения работоспособности и стрессоустойчивости персонала являются актуальной проблемой практической психологии. Взаимосвязи синдрома выгорания и совладающего поведения в настоящее время изучены недостаточно, а одним из возможных направлений в превенции выгорания может стать обучение реципиентов конструктивному совладающему поведению в рамках психологических тренингов.

Со времени появления концепции преодолевающего поведения, его понятие значительно изменилось. Если R.S. Lazarus и S. Folkman первоначально рассматривали преодоление как совокупность когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления, смягчения действия стресса [Lazarus, Folkman 1984], то в настоящее время его толкование существенно расширено. Большой вклад в понимание процессов совладания внесли отечественные ученые, особенно представители костромской школы психологии [Крюкова 2007]. Совладание понимается как особая форма реализации активности личности, в которой проявляются ее общие, особенные и индивидуальные характеристики во взаимодействии с трудными жизненными ситуациями [Знаков 2007].

Существуют различные классификации совладающего поведения, и в качестве одного из важных оснований их разделения выступает конструктивность/неконструктивность. Однако, несмотря на широкое употребление этих терминов, в литературе нет четкого понимания и разграничения этих понятий. В частности, конструктивные стратегии рассматриваются как успешные, поскольку они приводят в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, а неконструктивные стратегии – как неуспешные, поскольку препятствуют преодолению трудной ситуации.

Неконструктивный копинг может быть определен как усилия (действия), направленные не на решение или устранение проблемы/трудной ситуации, а на снижение психической напряженности. Неконструктивный копинг не способствует изменению сложившейся ситуации и личностному росту. Конструктивное совладающее поведение представляет собой поведение, повышающее адаптивные возможности человека. В отличие от неконструктивного копинга оно более реалистическое, гибкое, большей частью осознаваемое, активное, включающее в себя произвольный выбор.

При наблюдении за работниками, переживающими симптомы выгорания, нами было отмечено, что они склонны к неконструктивному совладающему поведению, а именно в профессионально-трудных ситуациях они чаще используют стратегию избегания решения сложных проблем, уклонения от ответственности, проявляют грубость, жесткость и холодность в профессиональных коммуникациях. В связи с этим возникает вопрос, что является первичным – предрасположенность к неконструктивным типам копинг-поведения, ведущая к выгоранию, или выгорание, которое детерминирует выбор неконструктивных способов совладающего поведения?

Анализ литературы по данной теме показывает, что имеются противоречивые данные о связи между стратегиями преодоления и уровнем выгорания, при этом полученные данные часто не согласуются. По данным одних исследователей, взаимосвязь между копинг-поведением и выгоранием существует, а в исследованиях других авторов она не обнаружена [Storm, Rothmann 2003]. В частности, голландские психологи объясняют отсутствие такой взаимосвязи тем, что использование активных копинг-стратегий служит буфером для проявления последствий профессиональных стрессов [De Rijk, Le Blanc, Schaufeli 1998]. Хорошей иллюстрацией для данного предположения служит модель профессионального выгорания, предложенная В. Perlman и Е.А. Hartman [Perlman, Hartman 1982].

Данная модель включает в себя четыре основные стадии:

1. Степень, в которой ситуация способствует стрессу.
2. Уровень переживаемого стресса.
3. Реакция на стресс (физиологическая, аффективно-когнитивная, поведенческая).
4. Результат реакции на стресс, к которой авторы относят выгорание.

Как показывает модель, индивидуальные характеристики, рабочее и социальное окружение важны для восприятия и воздействия стресса.

Первая стадия отражает степень, в которой ситуация способствует стрессу. Существуют два наиболее вероятных типа ситуаций, при которых возникает стресс. Навыки и умения субъекта труда могут быть недостаточными, чтобы соответствовать воспринимаемым или действительным организационным требованиям, или работа может не соответствовать его ожиданиям, потребностям или ценностям. Говоря другими словами, стресс вероятен, когда существует противоречие между субъектом труда и рабочим окружением.

Вторая стадия включает в себя восприятие, переживание стресса. Многие ситуации, способствующие стрессу, не приводят к тому, что люди считают себя находящимися под воздействием стресса. Движение от первой стадии ко второй зависит от ресурсов личности, так же как от ролевых и организационных переменных.

Третья стадия описывает три основных класса реакций на стресс (физиологический, аффективно-когнитивный, поведенческий), а четвертая

представляет собой последствия стресса. Согласно авторам данной модели, выгорание как многогранное переживание хронического эмоционального стресса находится на четвертой стадии, представляя собой результат реакции на стресс.

Переменные, связанные с выгоранием, разделяются на организационные и индивидуальные характеристики и воздействуют на:

1. восприятие субъектом роли в организации,
2. ответную реакцию на это восприятие,
3. реакцию организации на симптомы, проявляющиеся у работника (на третьей стадии), которые затем могут привести к последствиям, обозначенным на четвертой стадии.

Именно с этой точки зрения должна пониматься многомерная природа выгорания. Поскольку организация реагирует на эти симптомы, то возможны разнообразные последствия, например неудовлетворенность, текучесть кадров, выгорание.

Можно предположить, что успешные копинг-стратегии, предпринятые людьми на третьей стадии (реакция на стресс), будут способствовать снижению уровня стресса и, следовательно, уменьшать вероятность развития выгорания в будущем.

Результаты зарубежных исследований, посвященных анализу взаимосвязей между синдромом выгорания и копинг-стратегиями, представлены в таблице.

Таблица 1

Копинг-стратегии у лиц с высоким и низким уровнем выгорания

Высокий уровень выгорания	Низкий уровень выгорания
Снижение психической напряженности за счет курения, употребления алкоголя, наркотических средств и др. [Kosa 1990]	Конфронтация [Etsion, Pines 1986]
Избегание [Duequette 1995]	Активный копинг [Schaufeli, Enzmann 1998]
Обвинение других [Duequette 1995]	Планомерное решение проблемы [Lauson 1991]
Подавление эмоциональных переживаний [Duequette 1995]	Позитивная переоценка [Lauson 1991], [Storm, Rothmann 2003]
Психологическая защита [Schaufeli, Enzmann 1998]	Реалистичный анализ стрессовой ситуации [Duequette 1995].
Эмоционально-ориентированное преодоление [Storm, Rothmann 2003]	Обращение за социальной поддержкой [Leiter 1994]
	Проблемно-ориентированное преодоление [Kosa 1990], [Cheuk, Wong 1994]

Можно видеть, что низкий уровень выгорания связан с использованием проблемно-ориентированных стратегий преодоления, а высокий – с использованием эмоционально-ориентированных стратегий. Высокий уро-

вень выгорания также связан с использованием копинг-поведения, направленного на снятие психического напряжения, например курение, употребление алкоголя, вспышки раздражительности, плач и т.п. [Kosa 1990], [Cheuk, Wong 1994].

Получены данные о том, что активные копинг-усилия, например конфронтация, связаны с низким уровнем выгорания, а пассивные – избегание – с высоким уровнем выгорания [Etsion, Pines 1986]. Реалистический анализ ситуации, планомерное решение проблемы и позитивная переоценка связаны с низким уровнем выгорания [Lauzon 1991], [Storm, Rothmann 2003].

Согласно другим исследованиям, избегание, подавление эмоциональных переживаний, обвинение других связаны с высоким уровнем выгорания, а обращение за социальной поддержкой – с низким [Duequette 1995].

Обзор исследований по взаимосвязи копинг-стратегий и выгорания, выполненный W.B. Schaufeli и D. Enzmann [Schaufeli, Enzmann 1998], показал, что лица с высокими уровнем выгорания склонны к пассивному и защитному способу совладания со стрессовыми событиями, в то время как лица с низким уровнем выгорания чаще используют активный и конфронтационный стиль копинг-поведения.

Результаты исследований, выполненных на факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета на выборках специалистов различных профессий, показывают наличие взаимосвязей между выгоранием и совладающим поведением.

В исследовании стратегий преодоления синдрома выгорания у страховых агентов [Старченкова, Сачук 2005] были использованы следующие методики:

1) опросник «Профессиональное выгорание» [Водопьянова, Старченкова 2001], который оценивает выраженность трех компонентов выгорания: эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений,

2) опросник «Преодоление трудных жизненных ситуаций» Janke и Erdmann (1997) в адаптации Н.Е. Водопьяновой.

Согласно фазовой модели выгорания R.T. Golembiewski и R. Munzenrider [Golembiewski, Munzenrider 1981] 37,5 % страховых агентов имели низкую степень выгорания, 45 % – среднюю и 17,5 % – высокую при выборке n=50.

Результаты корреляционного анализа между компонентами выгорания и стратегиями преодоления представлены в таблице 2. Эмоциональное истощение отрицательно коррелировало с такой копинг-стратегией, как «самоодобрение», что говорит о том, что оправдание себя, возложение вины за происходящее на других людей выступает в качестве психологической защиты и способствует снижению уровня истощения.

Таблица 2

Достоверные взаимосвязи компонентов выгорания и копинг-стратегий  
у страховых агентов

Копинг-стратегии	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Самоодобрение	-0,441**		0,549**
Самооправдание			0,379*
Замещение			0,337*
Контроль над ситуацией	0,335*		
Позитивная самомотивация		0,325*	
Поиск социальной поддержки	0,346*	0,459*	
Бегство от стрессовой ситуации		0,359*	-0,369*
«Заезженная пластинка»	0,574**		
Беспомощность	0,406**	0,591**	-0,331*
Жалость к себе	0,417**		
Агрессия	0,371*		
Прием лекарств	0,375*		

Примечание: уровень значимости \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ .

Эмоциональное истощение положительно коррелировало с такими копинг-стратегиями, как «контроль над ситуацией», «поиск социальной поддержки», «заезженная пластинка», «беспомощность», «жалость к себе», «агрессия», «прием лекарств». Можно видеть, что респонденты с высоким уровнем истощения пытались, с одной стороны, использовать конструктивные способы совладания, обращаясь за поддержкой, стремясь взять ситуацию под контроль. С другой стороны, демонстрировали неконструктивные типы поведения, связанные с переживаниями и демонстрацией чувства беспомощности, агрессивностью и приемом лекарственных средств для снятия напряжения. Деперсонализация положительно коррелировала с такими копинг-стратегиями, как «позитивная самомотивация», «поиск социальной поддержки», «бегство от стрессовой ситуации» и «беспомощность». Таким образом, деперсонализация оказалась взаимосвязанной как с конструктивными, так и неконструктивными копинг-стратегиями.

Редукция профессиональных достижений положительно коррелировала с «самоодобрением», «самооправданием» и «замещением». Использо-

вание этих стратегий помогало страховым агентам в периоды стрессовых ситуаций. Установлены отрицательные корреляции с «бегством от стрессовой ситуации» и «беспомощностью» – использование таких копинг-стратегий мешает успешному выполнению профессиональной деятельности страхового агента и снижает удовлетворенность работой.

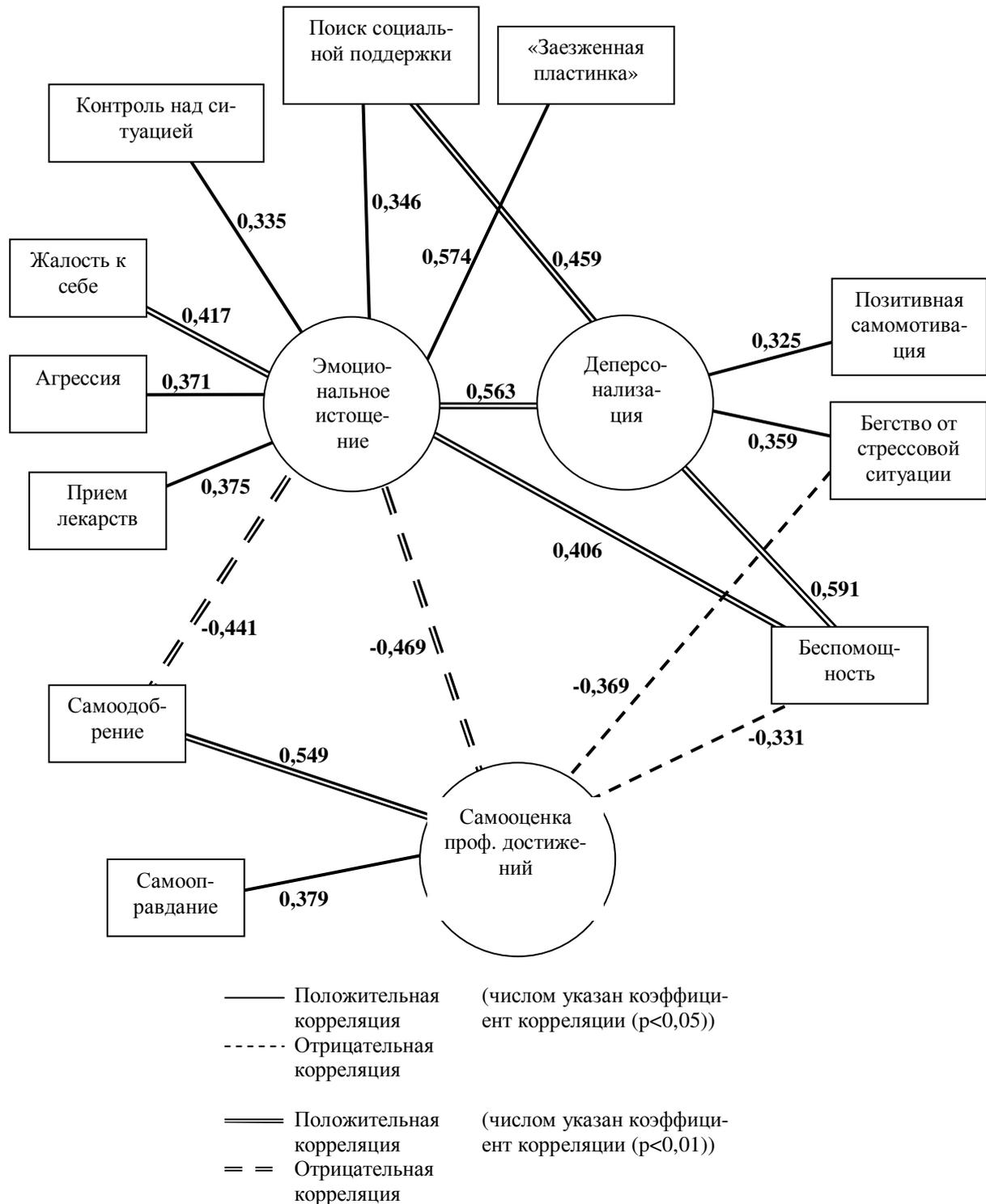


Рис. 1. Взаимосвязи компонентов выгорания и копинг-стратегий у страховых агентов

Анализ корреляционного графа взаимосвязей компонентов выгорания и копинг-стратегий (рис. 1) показывает, что стратегии самоодобрения, самооправдания, связаны с низкой выраженностью синдрома выгорания, а такие стратегии, как прием лекарств, агрессивные действия, жалость к себе, «заезженная пластинка», бегство от стрессовой ситуации, переживание беспомощности, усиливают выраженность выгорания.

Следует отметить, что такие стратегии, как контроль над ситуацией, поиск социальной поддержки, позитивная самомотивация, положительно взаимосвязаны с компонентами выгорания – это можно объяснить тем, что при выполнении профессиональной деятельности страховые агенты во многом зависят от клиентов, а, следовательно, не могут полностью контролировать ситуацию.

Положительная связь между выгоранием и поиском социальной поддержки, вероятно, объясняется тем, что на начальных фазах выгорания страховые агенты стремятся получить социальную поддержку от окружающих для того, чтобы справляться с негативными последствиями профессиональных стрессов. В соответствии с фазовой моделью выгорания R.T. Golembiewski и R. Munzenrider усиление деперсонализации на второй фазе выгорания препятствует получению такой поддержки и, как следствие, может приводить к дальнейшему усилению синдрома выгорания.

Следует указать на то, что в данной выборке страховых агентов большинство респондентов имеют низкий и средний уровень выгорания, то есть на данной фазе оказание социальной поддержки может уменьшить переживание выгорания. В литературе имеются данные и об обратной зависимости социальной поддержки и выгорания [Ray, Miller 1994]. Исследователи обнаружили, что высокий уровень социальной поддержки связан с сильным эмоциональным истощением. Это объясняется тем, что рабочий стресс приводит к мобилизации ресурсов социальной поддержки для преодоления выгорания. По мнению авторов, поддержка может быть неэффективной, когда она исходит от семьи и коллег, а не от тех, кто способен изменить рабочую ситуацию. Данные виды социальной поддержки помогают в общем, но могут не решить конкретную проблему.

В исследовании взаимосвязи выгорания и копинг-поведения у торговых агентов [Старченкова 2002] были использованы следующие методики:

1. для измерения выгорания использовался опросник «Профессиональное выгорание» [Водопьянова, Старченкова 2001];

2. для определения поведенческих копинг-стратегий использовался опросник «Модели и стратегии преодолевающего поведения» (SACS) S.E. Hobfoll в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой. Согласно S.E. Hobfoll активное и просоциальное преодоление повышает стрессоустойчивость человека [Hobfoll 1989].

Результаты исследования показали, что эмоциональное истощение в профессиональной группе торговых агентов (n=100) выражено в средней

степени ( $M=18,67\pm 0,81$ ,  $SD=6,91$ ), 30,5 % испытуемых имели высокий уровень эмоционального истощения, 39 % – средний и 30,5 % – низкий. Оценки деперсонализации имеют средний уровень ( $M=7,72\pm 0,55$ ,  $SD=4,70$ ), 26,4 % – высокий уровень, 34,8 % – средний и 38,8 % – низкий. По шкале персональных достижений оценки также находятся на среднем уровне ( $M=32,67\pm 0,73$ ,  $SD=6,20$ ), 33,3 % респондентов имеют высокие оценки, 34,7 % – средние, 32 % – низкие.

Результаты корреляционного анализа показали следующие взаимосвязи между копинг-стратегиями и выгоранием.

Обнаружены отрицательные корреляции между эмоциональным истощением и такими копинг-стратегиями, как «ассертивные действия» ( $r = -0,27$ ,  $p < 0,05$ ), «социальное взаимодействие» ( $r = -0,35$ ,  $p < 0,01$ ), «поиск социальной поддержки» ( $r = -0,23$ ,  $p < 0,05$ ). Чем выше эмоциональное истощение, тем реже торговые агенты используют данные копинг-стратегии. Исходя из природы эмоционального истощения и механизмов его развития, можно предположить, что, используя данные типы копинг-поведения, специалист активно взаимодействует со своим окружением (например, консультируется с коллегами), ищет и получает поддержку от социальных институтов и семьи/друзей и таким образом восстанавливает свои эмоциональные ресурсы. С другой стороны, специфика профессиональной деятельности торгового агента требует от специалиста социально активного поведения, что может проявиться именно в таких типах поведения. Таким образом, копинг-стратегии «социальное взаимодействие», «поиск социальной поддержки», «ассертивные действия» могут быть рассмотрены в качестве поведенческих факторов, препятствующих развитию синдрома выгорания в коммуникативных профессиях. Эмоциональное истощение положительно связано с такими копинг-стратегиями, как «избегание» ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,05$ ), «асоциальные действия» ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ) и «агрессивные действия» ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ). Чем выше эмоциональное истощение, тем чаще торговые агенты используют данные типы совладающего поведения. Многие специалисты в области стресса указывают на то, что наименее эффективной стратегией преодоления является избегание решения проблем. Можно видеть, что недостаток активного поведения, направленного на решение самой проблемы, усиливает переживание эмоционального истощения. Наличие положительной связи между истощением и асоциальным и агрессивным поведением подтверждает предположение о том, что «здоровый» копинг должен быть и активным, и просоциальным [Hobfoll 1994]. Данные модели поведения могут быть рассмотрены как поведенческие факторы, предрасполагающие к эмоциональному истощению как компоненту синдрома выгорания.

Обнаружена отрицательная связь между деперсонализацией и «поиском социальной поддержки» ( $r = -0,23$ ,  $p < 0,05$ ). Негативные установки торговых агентов к тем, с кем они работают, препятствуют получению по-

мощи и социальной поддержки вследствие дистанцирования. Деперсонализация положительно связана с такими копинг-стратегиями, как «манипулятивные действия» ( $r = 0,31, p < 0,01$ ), «избегание» ( $r = 0,26, p < 0,01$ ), «асоциальные действия» ( $r = 0,46, p < 0,01$ ) и «агрессивные действия» ( $r = 0,23, p < 0,05$ ). Развитие негативных установок к реципиентам способствует взаимодействию с ними в манипулятивной, асоциальной и агрессивной манере. Свой вклад в развитие деперсонализации вносит и избегание. Таким образом, деперсонализация связана с асоциальными моделями преодолевающего поведения.

Редукция профессиональных достижений, положительно коррелировала с такими копинг-стратегиями, как «ассертивные действия» ( $r = 0,32, p < 0,01$ ) и «социальное взаимодействие» ( $r = 0,29, p < 0,05$ ). Эти типы поведения являются более привлекательными с субъективной точки зрения для достижения результатов в данной профессиональной деятельности и могут рассматриваться как поведенческие факторы, препятствующие развитию синдрома выгорания у торговых агентов.

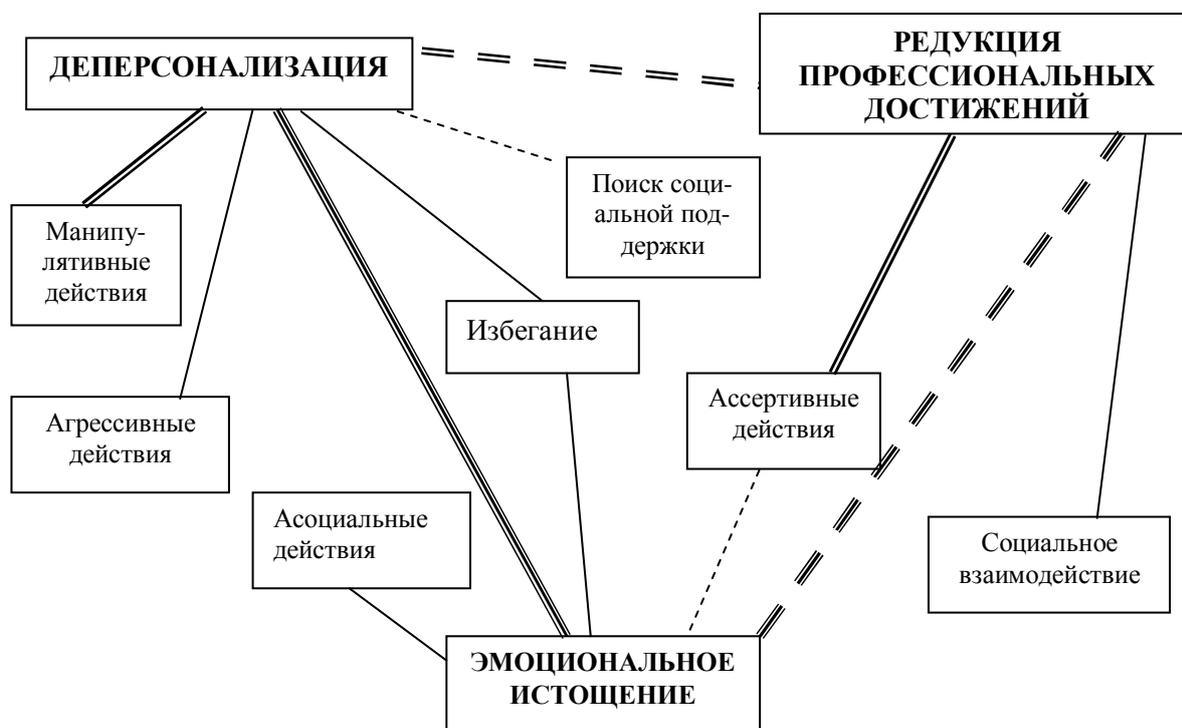


Рис. 2. Взаимосвязи между копинг-стратегиями и компонентами выгорания у торговых агентов

Анализ корреляций (рис. 2) показывает, что такие копинг-стратегии, как «ассертивные действия» и «социальное взаимодействие» опосредуют взаимодействие между эмоциональным истощением и редукцией профессиональных достижений, демонстрируя отрицательные связи с истощением и положительные – с низкой редукцией персональных достижений. «Поиск социальной поддержки» отрицательно связан и с деперсонализацией и с эмоциональным истощением. Такие копинг-стратегии, как «избе-

гание», «асоциальные действия», «агрессивные действия» также демонстрируют положительные связи с эмоциональным истощением и деперсонализацией, усиливая переживание торговыми агентами симптомов выгорания. Стратегия «манипулятивные действия» положительно связана с деперсонализацией.

В исследовании взаимосвязи выгорания и копинг-поведения у врачей [Старченкова, Лукина 2007], работающих в реанимационных отделениях, были использованы выше упомянутые методики «Профессиональное выгорание» и «Модели и стратегии преодолевающего поведения». Согласно фазовой модели выгорания R.T. Golembiewski и R. Munzenrider 8 % врачей имели низкую степень выгорания, 74 % – среднюю, а 18 % – высокую при выборке  $n = 60$ .

Результаты корреляционного анализа взаимосвязей между компонентами выгорания и копинг-стратегиями представлены в таблице 3.

Таблица 3

Достоверные взаимосвязи компонентов выгорания и копинг-стратегий у врачей

Копинг-стратегии	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Социальное взаимодействие	-0,36**	-0,47**	
Поиск социальной поддержки	-0,40**	-0,47**	
Избегание		0,30*	-0,41**
Асоциальные действия		0,38**	

Эмоциональное истощение отрицательно взаимосвязано с такими просоциальными стратегиями, как «социальное взаимодействие» и «поиск социальной поддержки». Деперсонализация отрицательно коррелировала с такими копинг-стратегиями, как «социальное взаимодействие» и «поиск социальной поддержки», и положительно – с «избеганием» и «асоциальными действиями». Редукция профессиональных достижений отрицательно взаимосвязана с такой копинг-стратегией, как «избегание».

Можно предположить, что использование таких конструктивных копинг-стратегий, как «совместное решение проблемы», «поиск социальных ресурсов», «обращение за помощью и поддержкой», будет снижать вероятность развития выгорания у врачей, в то время как «избегание» и «асоциальные действия» будут способствовать его развитию.

В исследовании взаимосвязи выгорания и копинг-поведения у работников прокуратуры [Старченкова, Шамина 2007] с использованием тех же опросников были получены следующие результаты.

Все три компонента синдрома выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция персональных достижений) у работников прокуратуры (n = 42) были выражены в средней степени. При этом у женщин признаки эмоционального истощения и деперсонализации были более выражены, чем у мужчин. Это свидетельствует о том, что женщины сильнее ощущают чувства опустошенности и бессилия, эмоционального перенасыщения, а также негативное изменение отношений с окружающими людьми.

Результаты корреляционного анализа показали (табл. 4), что эмоциональное истощение положительно коррелировало с такими копинг-стратегиями, как «избегание» и «асоциальные действия».

Таблица 4

Достоверные взаимосвязи компонентов выгорания и копинг-стратегий у работников прокуратуры

Копинг-стратегии	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Ассертивные действия		-0,46*	0,56**
Избегание	0,53*		
Асоциальные действия	0,44*	0,46*	
Агрессивные действия		0,61**	-0,45*

Деперсонализация была положительно взаимосвязана с «асоциальными действиями» и «агрессивными действиями» и отрицательно – с «ассертивными действиями». Редукция профессиональных достижений положительно коррелировала с «ассертивным поведением» и отрицательно – с «агрессивными действиями». Таким образом, неконструктивное совладающее поведение (асоциальные, агрессивные действия, избегание) положительно взаимосвязано с разными компонентами синдрома выгорания. Стратегия, которая противостоит развитию выгорания у работников прокуратуры, представляет собой уверенное, настойчивое поведение.

Анализ результатов представленных выше исследований в целом показывает, что неконструктивные копинг-стратегии (избегание, асоциальные действия, манипулятивные действия, агрессивные действия и др.) связаны с высокими уровнями выгорания по различным его компонентам, в то время как конструктивные стратегии (социальное взаимодействие, поиск социальной поддержки, ассертивное поведение и др.) связаны с низкими уровнями выгорания.

На наш взгляд, полученные в ходе исследований взаимосвязи между копинг-стратегиями и выгоранием должны интерпретироваться с осторожностью по ряду причин.

Во-первых, в качестве ключевых компонентов выгорания рассматриваются: безразличное отношение к реципиентам, цинизм, грубость, психологическое и физическое дистанцирование от работы и от реципиентов. Эти показатели сходны с некоторыми типами копинг-поведения, например асоциальными действиями или избеганием. Таким образом, определенные типы копинг-поведения и компоненты выгорания (особенно «деперсонализация/цинизм») частично концептуально перекрываются.

Во-вторых, корреляционный анализ не показывает причинно-следственной связи. Не ясно, неконструктивные стратегии ведут к развитию выгорания или выгорание способствует проявлению такого копинг-поведения. Корреляции между копинг-стратегиями и выгоранием говорят о том, что выгорание связано с определенными рабочими ситуациями, которые воспринимаются как стрессовые, что, в свою очередь, стимулирует человека к преодолению их определенным способом. Тогда и характер совладающего поведения в большей степени будет обусловлен ситуационными переменными, а не личностными, то есть склонностью к определенному стилю копинг-поведения. Также не следует забывать о том, что профессионально-трудные (стрессогенные) ситуации являются различными для специалистов разных профессий, следовательно, и копинг-стратегии будут ситуационно-специфичными, своеобразными для каждой отдельной профессии. Именно с этим связаны выявляемые в исследованиях различия в копинг-поведении специалистов различных профессиональных групп даже при использовании одного и того же методического инструментария.

Наше предположение состоит в том, что не столько предрасположенность действовать в неконструктивной (например, грубой, асоциальной, агрессивной) манере поведения приводит к развитию выгорания, сколько само такое неконструктивное совладающее поведение является эффектом выгорания, усугубляя его переживание. Вероятно, на определенной фазе развития выгорания предпочтение отдается преимущественно неконструктивным копинг-стратегиям. Это происходит потому, что, во-первых, к тому моменту уже могут быть исчерпаны психологические ресурсы стрессоустойчивости личности, а, во-вторых, психологический дискомфорт, переживаемый человеком в связи с выгоранием, подталкивает его к привычным в таких случаях стереотипам поведения, например вспышкам раздражительности, проявлению агрессивности, быстрому выходу из ситуации (или уходу от решения). Нерешенная ситуация в свою очередь, усугубляет неудовлетворенность работника собой и работой, усиливает проявление механизмов психологической защиты и ведет к дальнейшему развитию выгорания.

Для того чтобы разорвать этот порочный круг, необходимо психологическое сопровождение субъекта деятельности на пути его профессионализации. Например, на этапе профессионального обучения необходимо формировать реалистические ожидания от будущей профессиональной

деятельности. На этапе профессиональной адаптации специалисты должны получать знания о психологическом стрессе и способах совладания с ним, о признаках и последствиях неконструктивного копинг-поведения. Для лиц с высоким уровнем выгорания необходимо использовать более глубинные личностно ориентированные методы психологической помощи.

Можно выделить еще один стратегический подход, рассматривающий копинг-поведение через призму реактивности-проактивности. Большинство исследований по совладающему поведению направлены, прежде всего, на изучение особенностей реагирования респондентов на стрессы и сложные жизненные ситуации, которые уже имели место в их жизни. В таком случае мы имеем дело с реактивным совладающим поведением, направленным на компенсацию потерь от уже произошедших в прошлом стрессовых событий в форме переоценки значимости события, конфронтации и т.п. При этом самоотчеты испытуемых об эмоциях, размышлениях, действиях обычно даются ретроспективно, что мешает объективно судить о том, что в действительности они переживали в период стресса. Поэтому изучение реактивного копинг-поведения, особенно при помощи опросников, имеет свои методологические трудности.

Рассмотрение совладающего поведения преимущественно как реактивного неизбежно приводит нас к вопросу о том, какие функции выполняет копинг-поведение. Вероятно, совладающее поведение выполняет несколько функций, и только одна из них состоит в минимизации возникшего дистресса. Другая важная функция совладающего поведения состоит в его направленности на будущее, в планировании копинг-поведения во временной перспективе. Антиципация стрессовых событий в ближайшем будущем (экзамен, собеседование при приеме на работу и т.п.) может вызывать копинг-усилия, направленные на заблаговременную подготовку к ним. Копинг-поведение может носить и превентивный характер, стимулируя человека к накоплению ресурсов для борьбы с возможными стрессорами в отдаленном будущем (потеря работы, болезнь, недееспособность, кризис и т.п.). В таком случае превентивное совладающее поведение проявляется в страховании жизни, накоплении денежных средств, поддержании здорового образа жизни и т. п. Эти наблюдения показывают важность переоценки концепции копинг-поведения, особенно в отношении его целей. Традиционное использование биполярных типологий преодоления (активное–пассивное, эмоционально- и проблемно-ориентированное, контроль–избегание) приводит также к недооценке психосоциальных и когнитивных факторов, которые играют ключевую роль в построении копинг-стратегий. Совладающее поведение не возникает в социальном вакууме, поэтому необходимо принимать во внимание социальный контекст, в котором происходит столкновение человека со стрессом. Многочисленные исследования показывают, что идентификация и мобилизация социальных ресурсов увеличивают эффективность копинг-стратегий [Wade, Saviski

1986], [Poulin, Walter 1993], [Coyne, Racioppo 2000]. Следует отметить, что часто игнорируется роль рефлексии и планирования совладающего поведения во временной перспективе. Совладающее поведение может быть направлено на постановку и достижение важных целей профессионального и личностного развития, повышение удовлетворенности и качества жизни человека. Такой тип копинг-поведения рассматривается как проактивный.

Теория проактивного совладающего поведения [Aspinwall, Taylor 1997], [Schwarzer 2000], [Greenglass 2002] построена на теории когнитивной оценки [Lazarus 1991] и добавляет к ней темпоральное измерение, постулируя целенаправленное, долгосрочное поведение, которое начинается до возникновения возможного стресса. Проактивное совладающее поведение, в отличие от реактивного (направленного на компенсацию потерь или уменьшение вреда от уже произошедших стрессовых событий), ориентировано в большей степени на будущее и состоит из усилий по формированию и развитию общих ресурсов личности. Проактивное преодоление, способствуя постановке лично значимых целей, может инициировать конструктивные пути действий, которые создают возможности для саморазвития, способствуя тем самым повышению общего потенциала активности и стрессоустойчивости личности.

Для оценки проактивного совладающего поведения используется опросник PCI [Greenglass, Schwarzer, Taubert 1999], который включает в себя следующие типы поведения: проактивное преодоление, рефлексивное преодоление, стратегическое планирование, превентивное преодоление, поиск инструментальной поддержки, поиск эмоциональной поддержки.

Проактивное преодоление включает в себя процесс целеполагания, то есть постановку важных для личности целей, а также процесс саморегуляции по достижению этих целей, включающий когнитивную и поведенческую составляющие. Суть проактивного преодоления заключается в усилиях по формированию общих ресурсов, которые облегчают достижение важных целей и способствуют личностному росту.

Рефлексивное преодоление – это представление и размышления о возможных поведенческих альтернативах путем сравнения их возможной эффективности. Включает в себя оценку возможных стрессоров, анализ проблем и имеющихся ресурсов, генерирование предполагаемого плана действий, прогноз вероятного исхода деятельности и выбор способов ее выполнения. В данном случае рассматривается скорее перспективная, а не ретроспективная рефлексия.

Стратегическое планирование представляет собой процесс создания четко продуманного, целеориентированного плана действий, в котором наиболее масштабные цели разделяются на подцели (дерево целей), управление достижением которых становится более доступным.

Превентивное преодоление представляет собой предвосхищение потенциальных стрессоров и подготовку действий по нейтрализации нега-

тивных последствий до того, как наступит возможное стрессовое событие. Такая неопределенность стимулирует человека использовать широкий спектр копинг-поведения (накопление денежных средств, страхование, поддержание здорового образа жизни и др.).

Поиск инструментальной поддержки – это получение информации, советов и обратной связи от непосредственного социального окружения человека в период совладания со стрессами.

Поиск эмоциональной поддержки ориентирован на регуляцию эмоционального дистресса путем разделения чувств с другими, поиска сочувствия и общения с людьми из непосредственного социального окружения человека.

Перспективным, на наш взгляд, является выявление роли проактивного копинга как вида конструктивного совладающего поведения в предупреждении выгорания. В наших исследованиях взаимосвязи выгорания и проактивного совладающего поведения преодоления, с использованием уже упоминавшихся опросников «Профессиональное выгорание» и РСІ (адаптация Е.С. Старченковой), приняли участие врачи (n = 60) и преподаватели вуза (n = 60).

Исследование взаимосвязей проактивного совладающего поведения и выгорания у врачей [Старченкова, Лукина 2007] показало (табл. 5), что эмоциональное истощение не было связано ни с одной из копинг-стратегий. Это может объясняться тем, что деятельность врачей, работающих в реанимационных отделениях, имеет свою специфику, заключающуюся в отсутствии долговременных, эмоционально насыщенных взаимодействий с пациентами.

Таблица 5

Достоверные взаимосвязи между выгоранием и проактивным совладающим поведением у врачей-реаниматологов

Копинг-стратегия	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Проактивное преодоление			0,55**
Рефлексивное преодоление			0,54**
Стратегическое планирование		-0,32*	0,32*
Превентивное преодоление			0,47*

Деперсонализация была отрицательно связана со стратегическим планированием. Вероятно, четкое планирование деятельности, например расписания дежурств или консультаций, а также вариантов взаимодей-

вия с коллегами и пациентами уменьшают возможность стрессовых, конфликтных ситуаций на работе. Проактивное, рефлексивное, превентивное преодоление и стратегическое планирование были положительно взаимосвязаны с редукцией профессиональных достижений. Данные копинг-стратегии являются привлекательными с субъективной точки зрения для достижения результатов в профессиональной деятельности врача-реаниматолога. Поведение, включающее постановку важных для личности целей, планирование и направленную активность по их достижению, анализ ресурсов и эффективности предпринимаемых действий, подготовку к возможным трудностям помогает врачам оптимизировать деятельность, снижая вероятность развития синдрома выгорания.

Исследование, проведенное на выборке преподавателей вуза [Старченкова 2007], показало (табл. 6), что деперсонализация отрицательно коррелировала с поиском инструментальной поддержки.

Таблица 6

Достоверные взаимосвязи между выгоранием и проактивным совладающим поведением у преподавателей вуза

Копинг-стратегия	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Проактивное преодоление	-0,34*		0,47**
Поиск инструментальной поддержки		-0,39*	
Поиск эмоциональной поддержки			0,41*

Практическая помощь коллег и ближайшего социального окружения в виде советов, необходимой информации и т.п. препятствует развитию негативных установок по отношению к реципиентам и коллегам. Эмоциональное истощение отрицательно коррелировало с проактивным преодолением, а редукция профессиональных достижений положительно связана как с проактивным преодолением, так и поиском эмоциональной поддержки.

Работа преподавателя вуза достаточно автономна, и поведение, связанное с постановкой целей личностного и профессионального развития (то есть проактивное совладающее поведение), позволяет ему осуществлять регуляцию деятельности на временную перспективу, что способствует снижению эмоционального истощения и в совокупности с использованием ресурсов эмоциональной поддержки повышает удовлетворенность профессиональной деятельностью. Интересным представляется результат связи эмоциональной поддержки с профессиональной успешностью. Профессиональная деятельность преподавателя вуза связана с большой степе-

нию самостоятельности, в том числе и процесса подготовки к лекционным и практическим занятиям, работы над научными публикациями и исследованиями. В процессе осуществления деятельности преподаватель в основном взаимодействует со студентами, переживая иногда социальную изоляцию от коллег, с которыми имеет возможность общаться во время коротких перерывов между лекциями. Обратная связь, имеющая важное значение в виде подкрепления, в данном виде деятельности носит неопределенный или отсроченный характер. Поэтому эмоциональная оценка профессиональных успехов, поддержка от ближайшего социального окружения (семьи, друзей) является очень существенной, она помогает переживать временные трудности, ориентирует на отдаленные во времени цели профессионального развития.

Если обратиться к результатам использования проактивных копинг-стратегий преподавателями вуза и врачами (рис. 3), то можно увидеть, что преподаватели вуза, по сравнению с врачами, на статистически значимом уровне чаще используют проактивное преодоление ( $p < 0,01$ ) и стратегическое планирование ( $p < 0,05$ ), но реже обращаются за инструментальной ( $p < 0,05$ ) и эмоциональной поддержкой ( $p < 0,05$ ).

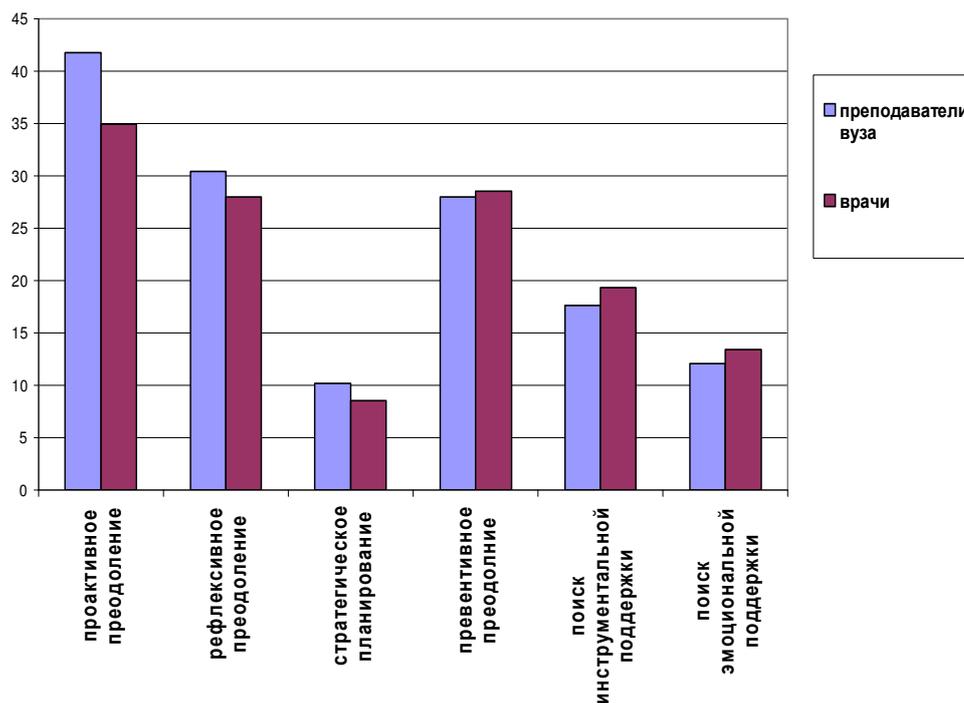


Рис. 3. Частота использования проактивных копинг-стратегий преподавателями вуза и врачами

Согласно полученным данным выраженность проактивного совладающего поведения выше у преподавателей вуза, по сравнению с врачами. Такое различие объясняется спецификой профессиональной деятельности и разными видами стрессов, с которыми сталкиваются на работе представители данных профессий. Различие стрессовых ситуаций влияет на изби-

рательность копинг-поведения. Автономия и стратегическая направленность работы (в том числе и исследовательской) преподавателя вуза приводит к большей частоте использования проактивного преодоления и меньшей ориентации на эмоциональную и инструментальную поддержку со стороны других. Относительная стабильность работы врача, постоянное пребывание в бригадном взаимодействии с другими сотрудниками, быстрое принятие решений, в зависимости от изменения состояния пациента, приводит к меньшему использованию проактивного совладающего поведения, но в то же время эмоциональная тяжесть, постоянное столкновение со смертью у врачей-реаниматологов приводит к большей востребованности ресурсов социальной поддержки. Результаты данного исследования показывают, что наибольшей информативностью обладает первая шкала опросника РСІ «Проактивное преодоление», ее использование может быть рекомендовано в качестве экспресс-диагностики проактивности копинг-поведения.

В целом, результаты исследований показывают, что синдром выгорания развивается у представителей различных профессий, отражая соответствующую симптоматику (истощение, дегуманизацию, негативное отношение к своей работе и др.). Выгорание связано с определенными копинг-стратегиями, при этом копинг-поведение респондентов является ситуационно-специфичным и зависит от рода профессиональной деятельности. Выгоранию препятствуют такие конструктивные копинг-стратегии, как социальное взаимодействие, поиск социальной поддержки, проактивное преодоление. Усиление процесса выгорания связано с неконструктивными копинг-стратегиями. На первых фазах выгорания использование социальных ресурсов играет роль буфера, а на последних стадиях – вследствие дистанцирования от реципиентов и социального окружения, а также истощения ресурсов стрессоустойчивости лица, переживающие выгорание, отдадут предпочтение неконструктивным копинг-стратегиям (избегание, асоциальные, агрессивные действия и т.п.). Неконструктивное совладающее поведение усугубляет переживание выгорания за счет ухудшения профессиональных коммуникаций и потери смысла и значимости профессиональной деятельности.

Концепция проактивного совладающего поведения перспективна с точки зрения профилактики выгорания, так как способствует профессиональной самореализации личности, помогая человеку ставить цели профессионального и личностного развития во временной перспективе, прогнозируя опасности, планируя свой профессиональный путь, накапливая необходимые для этого ресурсы. Результаты такого рода исследований могут найти свое применение в программах профилактики синдрома выгорания, в частности, в рамках психологических тренингов возможно обучение конструктивному совладающему поведению с учетом специфики деятельности специалистов различных профессий.

## 1.5. ВЫГОРАНИЕ И УВЛЕЧЕННОСТЬ РАБОТОЙ

*А.А. Обознов, О.В. Иноземцева  
Институт психологии Российской академии наук  
Москва, Россия*

Возрастающий интерес к изучению условий и факторов оптимальной работоспособности человека, его позитивных состояний в профессиональной деятельности является характерной тенденцией последних лет в организационной психологии. Действительно, большинство работ в этой области до сих пор посвящено вопросам синдрома выгорания, стресса, утомления и других состояний, связанных со снижением работоспособности человека. Отнюдь не ставя под сомнение необходимость таких работ, следует подчеркнуть актуальность исследований возникновения и проявления в труде не только негативных, но и позитивных состояний человека.

В зарубежных исследованиях увлеченность работой определяется как позитивное состояние, связанное с работой и характеризующееся энергичностью (бодростью), энтузиазмом и поглощенностью деятельностью. Это состояние достаточно стойкое и затрагивает аффективные и когнитивные психические процессы. Энергичность характеризуется высокой готовностью вкладывать силы в работу, настойчивостью перед лицом препятствий. Энтузиазм – это сильная вовлеченность в работу, переживание значимости собственной деятельности, гордости, вдохновения, готовности принять вызов и пройти испытание трудностями. Поглощенность деятельностью сопровождается переживанием счастья, изменением восприятия времени и отсутствием желания оторваться от работы и/или прекратить её [Schaufeli 2002].

Существуют два подхода к пониманию связи между выгоранием и увлеченностью работой.

Сторонники первого подхода – С. Maslach и М. Leiter – утверждают, что выгорание и увлеченность есть два полюса одной шкалы. Поэтому оба эти конструкта могут быть измерены при помощи одного опросника. Однако использование опросника, созданного для оценки синдрома выгорания, может показать лишь его отсутствие, а не наличие высокой степени увлеченности работой.

Сторонники другого подхода – W.B. Schaufeli и A.B. Bakker – считают, что выгорание и увлеченность есть самостоятельные, не связанные между собой явления и не могут рассматриваться как два полюса одной шкалы.

На наш взгляд, при любом из указанных подходов, исследование синдрома выгорания следует сочетать с оценкой увлеченности работой.

Во-первых, мы получаем более полную картину состояний работника – как неблагоприятных, так и благоприятных.

Во-вторых, такое исследование расширяет представления о мерах профилактики и снижения синдрома выгорания.

Цель нашего исследования состояла в выявлении взаимосвязей между симптомами выгорания, показателями увлеченности работой и личностными свойствами официантов. Выбор данной профессиональной группы в качестве объекта исследования обусловлен тем, что деятельность официанта характеризуется большим количеством неблагоприятных характеристик, которые принято считать факторами синдрома выгорания. Кроме того, профессия официанта является неизученной областью с точки зрения поставленной проблемы о связи проявлений выгорания и увлеченности работой. По данным социологических исследований, проведенных во Франции [Никифоров 2002], профессия официанта попала в число наиболее стрессогенных. Полученные результаты, на наш взгляд, можно переносить на профессиональные области со сходными характеристиками работы, например на профессию продавца, торгового агента, риэлтора, администратора ресторана или магазина, бортпроводника, а также представителей других профессий, связанных с обслуживанием клиентов.

Исследуемую выборку составили официанты классических московских ресторанов в количестве 104 человек (34 женщины и 70 мужчин; возраст от 18 до 37 лет; стаж работы в ресторанах от 2 недель до 10 лет).

Мы предположили, что в детерминации синдрома выгорания и увлеченности работой задействованы одни и те же личностные свойства, но противоположные по значению. Для проверки данной гипотезы нами выбраны свойства личности, определяемые в соответствии с пятифакторной моделью личности «Большая пятерка».

Данное предположение конкретизируется в следующих гипотезах:

- 1) симптомы выгорания и показатели увлеченности коррелируют отрицательно;
- 2) симптомы выгорания имеют прямые связи со шкалой нейротизма и обратные – со шкалами экстраверсии, открытости опыту, склонности к согласию, добросовестности;
- 3) показатели увлеченности имеют прямые связи со шкалами экстраверсии, открытости опыту, склонности к согласию, добросовестности и обратные – со шкалой нейротизма.

Выраженность симптомов выгорания определялась с помощью опросника «Профессиональное выгорание» [Водопьянова, Старченкова 2001]. Выбор данного варианта адаптации методики МВІ обусловлен тем, что этот инструмент неоднократно продемонстрировал высокие значения психометрических показателей, в том числе ретестовой надежности, репрезентативности, концептуальной, содержательной, внутренней, конструктивной, конвергентной, эмпирической валидности [Водопьянова, Старченкова 2005]. Был получен большой объем данных с использованием этой методики на различных профессиональных выборках, поэтому становится

возможным сравнить полученные нами данные о выгорании у официантов с данными других профессиональных групп. Психометрические показатели, определенные в нашей работе, говорят о высокой надежности-согласованности методики: альфа – Кронбаха 0,692, split-half reliability – 0,799.

Показатели увлеченности работой оценивались с помощью «Утрехтской шкалы увлеченности работой» (UWES) W.B. Schaufeli и A.B. Bakker в адаптации Salanova. Данный опросник на сегодняшний день является единственным доступным инструментом для оценки уровня увлеченности работой. Имеются данные, свидетельствующие о высоких значениях его психометрических показателей [Кутузова 2006]. Опросник включает 3 шкалы: энергичность, энтузиазм и поглощенность деятельностью. Психометрические показатели, определенные в нашей работе, говорят о высокой надежности-согласованности методики: альфа – Кронбаха 0,904, split-half reliability – 0,946.

Выраженность личностных свойств измерялась с помощью «Пятифакторного опросника» (NEO FFI) P. Costa и R. McCrae в адаптации М.В. Бодунова и С.Д. Бирюкова. P. Costa и R. McCrae разработали англоязычный опросник NEO Personality Inventory («Five-Factor Inventory») в рамках пятифакторной модели личности, включающей такие свойства, как нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, склонность к согласию (сотрудничество), добросовестность (сознательность). Этот вариант адаптации пятифакторного опросника продемонстрировал высокие значения надежности-согласованности: альфа – Кронбаха 0,732, split-half reliability – 0,716.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ Statistica 5.0. Для проверки наличия и особенностей связей между исследуемыми переменными использовался корреляционный анализ. При разделении испытуемых на группы по степени выраженности синдрома выгорания и увлеченности работой применялись методы кластерного и дискриминантного анализа. Сравнение выраженности переменных производилось по критерию U-Манна-Уитни. В исследуемой выборке значения симптомов выгорания, показателей увлеченности работой, а также личностных свойств имели нормальное распределение. С помощью метода k-means (кластерный анализ) испытуемые были разделены на 3 группы, соответствующие низкому, среднему и высокому уровню выгорания для исследуемой выборки. Результаты дискриминантного анализа показали высокое качество данной классификации (Wilks' Lambda = 0,1384 approx;  $F(6,182) = 51,202, p < 0,00001$ ). Показатели всех трех симптомов выгорания в выделенных группах статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) различаются между собой. В группах высокого и низкого уровня выгорания выявлены статистически достоверные ( $p < 0,05$ ) различия в выраженности всех 3-х показателей увлеченности, при этом все значения показателей выше в группе низкого уровня выгорания. Также с помощью метода k-

means испытуемые были разделены на 3 группы, соответствующие низкому, среднему и высокому уровню увлеченности работой для данной выборки. Результаты дискриминантного анализа показали высокое качество данной классификации (Wilks' Lambda = 0,14843 approx; F (6,182) = 48,400,  $p < 0,00001$ ). Показатели всех трех показателей увлеченности работой в выделенных группах статистически достоверно ( $p < 0,00001$ ) различались между собой. В группах с высоким и низким уровнем увлеченности работой обнаружены статистически достоверные ( $p < 0,05$ ) отличия в выраженности симптомов эмоционального истощения и редукции личных достижений; при этом выраженность симптома эмоционального истощения выше, а симптома редукции личных достижений ниже в группе низкого уровня увлеченности работой.

Сравнивая группы испытуемых с различной выраженностью симптомов выгорания с группами испытуемых с различной выраженностью показателей увлеченности работой, был выявлен разнородный состав этих групп:

- 9 испытуемых относятся к группам, которые по теоретическим представлениям являются несопоставимыми: это группа с высоким уровнем и выгорания, и увлеченности работой, а также группа с низким уровнем и выгорания, и увлеченности работой;
- 28 испытуемых относятся к группам, соответствующим теоретическим представлениям о взаимосвязи синдрома выгорания и увлеченности работой: это группа с низким уровнем выгорания и высоким уровнем увлеченности работой, а также группа с высоким уровнем выгорания и низким уровнем увлеченности работой;
- остальные испытуемые относятся к группам, включающим средний уровень выраженности синдрома выгорания и увлеченности работой.

Из сравнения состава групп испытуемых с разными уровнями выгорания и увлеченности работой можно сделать вывод о том, что выгорание и увлеченность нельзя рассматривать в качестве полюсов одной шкалы.

Результаты корреляционного анализа между симптомами выгорания и показателями увлеченности работой представлены в таблице 1.

Таблица 1

Коэффициенты корреляции Спирмена между симптомами выгорания и показателями увлеченности работой у официантов

Показатели увлеченности работой	Симптомы выгорания		
	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личных достижений
Энергичность	-0,36***	-0,22*	0,49***
Энтузиазм	-0,47***	-0,38***	0,52***
Поглощенность			0,39***

Примечание: достоверность на уровне \* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод об обратной связи между симптомами выгорания и показателями увлеченности работой, что подтверждает первую из выдвинутых нами гипотез. Следует помнить, что в структуре синдрома выгорания шкала для измерения выраженности симптома редукции личных достижений является обратной, то есть чем выше показатель по этой шкале, тем ниже уровень выгорания. Поэтому значения этого симптома имеют прямую связь с показателями увлеченности работой. Среди симптомов выгорания наиболее тесно с показателями увлеченности коррелирует симптом редукции личных достижений. Среди показателей увлеченности работой наиболее тесно с симптомами выгорания коррелирует показатель энтузиазма. Наши данные не подтверждают характер взаимосвязей между симптомами выгорания и показателями увлеченности работой, установленных в работах W.B. Shaufeli и A.B. Bakker. Эти авторы предположили, что энергичность является противоположностью эмоционального истощения, а энтузиазм – противоположностью деперсонализации, тогда как между показателями поглощенности и редукции личных достижений подобной связи нет. По результатам проведенного нами корреляционного анализа наблюдается обратная картина – значение коэффициента корреляции между симптомом эмоционального истощения и показателем энтузиазма больше, чем между симптомом эмоционального истощения и показателем энергичности. Нами была выявлена статистически достоверная связь симптома редукции личных достижений с показателем поглощенности работой, хотя указанные авторы отрицали наличие такой взаимосвязи.

Для уточнения характера взаимосвязей между симптомами выгорания и показателями увлеченности работой был проведен факторный анализ. В результате было выбрано двухфакторное решение (сумма накопленной объясненной дисперсии составляет 77,83 %). В состав фактора 1 (объясненная дисперсия 42,7 %) вошли: энергичность (корреляция 0,89), энтузиазм (корреляция 0,79), поглощенность (корреляция 0,91). Фактор соответствует исследуемой переменной – увлеченности работой. В состав фактора 2 (объясненная дисперсия 35,1 %) вошли: эмоциональное истощение (корреляция –0,9), деперсонализация (корреляция –0,9). Фактор соответствует обратному полюсу второй исследуемой переменной – синдрому выгорания, то есть его можно обозначить как «отсутствие выгорания». Переменная «редукция личных достижений» вошла в оба фактора примерно с равным весом: ее корреляция с первым фактором составила 0,53, со вторым – 0,56. Результаты факторного анализа подтвердили обратную связь между проявлениями синдрома выгорания и увлеченности работой.

Обнаружены следующие тенденции во взаимосвязях личностных свойств, выявленных с помощью «Пятифакторного опросника» с уровнем выгорания и увлеченности работой (табл. 2А, 2Б):

- симптомы выгорания «деперсонализация» и «эмоциональное истощение» отрицательно связаны со шкалами экстраверсии, открытости, склонности к согласию и добросовестности, а также положительно – со шкалой нейротизма, что подтверждает вторую гипотезу нашего исследования;
- все показатели увлеченности работой и симптом «редукции личных достижений» отрицательно связаны со шкалой нейротизма и положительно – со шкалами экстраверсии, открытости, добросовестности, что подтверждает третью гипотезу нашего исследования.

Таблица 2А

Коэффициенты корреляции Спирмена между показателями увлеченности работой и шкалами «Пятифакторного опросника»

Личностные характеристики	Увлеченность работой		
	Энергичность	Энтузиазм	Поглощенность
Нейротизм	-0,26*	-0,22*	
Экстраверсия	0,39***	0,32**	0,24*
Открытость	0,44***	0,33***	0,3**
Склонность к согласию			
Добросовестность	0,33**	0,39***	

Таблица 2Б

Коэффициенты корреляции Спирмена между симптомами выгорания и шкалами «Пятифакторного опросника»

Личностные характеристики	Симптомы выгорания		
	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личных достижений
Нейротизм	0,66***	0,51***	-0,48***
Экстраверсия	-0,61***	-0,39***	0,58***
Открытость	-0,27**		0,45***
Склонность к согласию	-0,4***	-0,43***	
Добросовестность	-0,53***	-0,39***	0,56***

Полученные результаты позволили выделить «желательные» и «нежелательные» личностные профили для сервисных профессий. Низкий уровень нейротизма в сочетании с высоким уровнем экстраверсии, открытости, склонности к согласию и добросовестности связан с низким уровнем выгорания и высоким уровнем увлеченности работой, что дает основание обозначить указанные значения личностных свойств как «желательный» личностный профиль для представителей сервисных профессий.

В свою очередь, высокий уровень нейротизма, а также низкий уровень экстраверсии, открытости, склонности к согласию, добросовестности связаны с высокой выраженностью синдрома выгорания и низкой выраженностью увлеченности работой, следовательно указанные значения личностных свойств образуют «нежелательный» личностный профиль для представителей сервисных профессий. В нашей работе не обнаружены значимые связи социально-демографических характеристик испытуемых (возраста, стажа работы в ресторане) с уровнем выгорания и увлеченности работой. Сравнение выраженности показателей выгорания и увлеченности работой мужчин и женщин по критерию U-Манна-Уитни также не выявило значимых различий. При интерпретации полученных результатов мы исходим из того, что личностные свойства являются наиболее устойчивыми из рассматриваемых переменных, и поэтому являются детерминантами синдрома выгорания и увлеченности работой. Однако имеются доказательства того, что синдром выгорания оказывает обратное воздействие на выраженность определенных личностных свойств [Орел 2005]. Если предположить, что увлеченность работой также влияет на личностные свойства индивида, то посредством формирования увлеченности работой можно позитивно воздействовать на личностные свойства субъекта, развивать эмоциональную устойчивость и оптимизм, общительность и активность, гибкость и стремление развиваться, организованность и ответственность.

Результаты исследования позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Между выраженностью симптомов выгорания и показателями увлеченности работой выявлена отрицательная взаимосвязь. Наиболее тесно с показателями увлеченности связан такой симптом выгорания, как «редукция личных достижений». Наиболее тесно с симптомами выгорания связан такой показатель увлеченности работой, как «энтузиазм».

2. Симптомы выгорания положительно связаны со шкалой нейротизма и отрицательно – со шкалами экстраверсии, открытости опыту, склонности к согласию, добросовестности.

3. Показатели увлеченности работой отрицательно связаны со шкалой нейротизма и положительно – со шкалами экстраверсии, открытости опыту, добросовестности.

4. Определены «желательные» и «нежелательные» личностные профили для представителей сферы обслуживания. «Желательный» личностный профиль характеризуется низким уровнем нейротизма в сочетании с высоким уровнем экстраверсии, открытости, склонности к согласию, добросовестности. «Нежелательный» личностный профиль, напротив, характеризуется высоким уровнем нейротизма в сочетании с низким уровнем экстраверсии, открытости, склонности к согласию, добросовестности.

## **1.6. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ВЫГОРАНИЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ**

*О.Н. Доценко, А.А. Обознов  
Институт психологии Российской академии наук  
Москва, Россия*

Профессиональная деятельность является для современного человека не только основным средством существования, но и доминирующей сферой его развития и самореализации как личности. Прохождение каждого этапа профессионального пути – выбор профессии, обучение, профессиональная адаптация, становление индивидуального стиля деятельности, овладение высшими проявлениями мастерства, завершение карьеры – сопровождается развитием у человека новообразований в виде специфических интеграций её свойств и качеств. В то же время на любом из этих этапов могут возникать противоречия между устремлениями, способностями личности и профессиональными требованиями [Климов 1996], [Бодров 2001], [Маркова, 1996], [Пономаренко 1998], [Поварёнков 1991], [Фонарев 2005]. Данные противоречия выступают в качестве источников как позитивного, так и негативного варианта развития личности, включая её профессиональную деформацию и синдром выгорания [Завалишина 2005], [Безносков 2004], [Зеер 2006], [Сыманюк 2005], [Орел 2005].

Можно полагать, что в возникновении и разрешении указанных противоречий ключевое значение имеет соотношение между направленностью личности и требованиями профессии. В трудах отечественных психологов [Рубинштейн 1946], [Чудновский, Ломов 1984] направленность рассматривается в качестве центрального образования личности и определяется как устойчивая устремленность, ориентированность мыслей, чувств, желаний, фантазий и поступков человека, которая является следствием доминирования главных, ведущих мотивов [Божович 1997]. Однако вопрос о соотношении направленности личности и профессиональных требований как источнике разнонаправленных тенденций развития личности специалиста остается недостаточно изученным, особенно в эмпирическом плане.

В профессиональных клятвах и заповедях врачей и учителей закреплены требования к ожидаемым от них проявлениям особого, эмоционально насыщенного отношения к пациентам и ученикам. На быденном языке такое отношение принято называть душевным, внимательным, заинтересованным, отзывчивым, участливым, приветливым, сострадательным и т.п. Согласно имеющимся данным, люди придают проявлению положительного эмоционального насыщенного отношения со стороны специалистов социомического профиля не меньшую важность, чем профессиональной квалификации [Конечный, Боухал 1983]. Проявление подобного отноше-

ния является для врача или учителя непростой задачей. Дело в том, что эмоциональные переживания нельзя произвольно вызвать в нужный момент по своему желанию, подобно двигательному акту. Они возникают опосредствованно, вследствие соотнесения человеком отражаемого в них предметного содержания – реальных и идеальных объектов, результатов своих действий, состояния других людей – с собственными ценностными ориентациями, устремлениями, убеждениями, интересами и склонностями. Эмоциональные переживания в своей основной, оценочно-отражательной функции сигнализируют человеку о субъективной значимости, полезности отражаемого в них предметного содержания [Вилюнас 1976]. Иными словами, посредством эмоциональных переживаний человек субъективно выделяет события, которые затрагивают его ценностные ориентации и устремления. Страдания пациентов или затруднения учеников становятся субъективно значимыми для врача или учителя лишь при определенной направленности его личности, когда ведущими становятся альтруистические и коммуникативные мотивы и ценностные ориентации. Только в этом случае можно ожидать со стороны врача или учителя проявлений положительного эмоционально насыщенного отношения к своим пациентам и ученикам. Однако речь идет не просто о проявлениях должного эмоционально насыщенного отношения, а о необходимости его устойчивого поддержания врачами и учителями независимо от их собственного настроения, особенностей личности пациента или ученика и других ситуационных обстоятельств. К сожалению, возможности специалистов социально-экономического профиля устойчиво поддерживать требуемые от них эмоционально насыщенные отношения к «объектам» своей профессиональной деятельности, то есть к другим людям, почти не изучены.

В этой связи актуальным представляется обращение к концепции эмоциональной направленности личности, разработанной отечественным психологом Б.И. Додоновым [Додонов 1975]. В данной концепции эмоциональные переживания человека рассматриваются не только в своей основной, оценочно-отражательной функции, но и дополнительно в функции относительно самостоятельных ценностей для личности. Первоначально возникая в процессе определенной деятельности и сигнализируя человеку о значимых для него событиях – достигаемых результатах, действиях, поступках и т.п. – эмоциональные переживания могут оказаться для человека настолько позитивными, что у него формируется особое, психологически обусловленное тяготение к их повторным проявлениям. Такое тяготение прочно объединяется с выполнением данного вида деятельности, к которой человек теперь стремится и ради достижения значимых для него результатов, и ради самого процесса деятельности, доставляющего ему эмоциональное удовлетворение. Бесспорно, профессиональная деятельность побуждается и направляется, прежде всего, стремлением человека к достижению заданных результатов, а не тяготением к определенным эмоциям,

переживаемым в процессе её выполнения. Однако бывает так, что два человека выбирают один и тот же вид деятельности и успешно справляются с ним. Но затем эта деятельность для одного становится всё интереснее, а для другого – все скучнее. Для первого данная деятельность ценна тем, что удовлетворяет его влечение к определенным, например, познавательным переживаниям – второму она не доставляет удовольствия. Ещё Рихард Вагнер отметил, что творчески работающего человека отличает от ремесленника то, что первый независимо от цели его деятельности испытывает наслаждение уже в самом творчестве.

Выделяется 10 типов эмоциональной направленности:

- 1) альтруистическая, в её основе потребность в содействии, помощи, покровительстве другим людям;
- 2) коммуникативная базируется на потребности в общении, дружеских отношениях, сочувствующем собеседнике;
- 3) глорическая, потребность самоутверждения, славы, почета;
- 4) практическая – это ценностные переживания, связанные с реализацией деятельности, которая нужна субъекту сама по себе;
- 5) пугническая – борьба, опирается на потребность в преодолении опасности, на базе которой возникает позднее интерес к борьбе;
- 6) романтическая – стремление ко всему необычному, необыкновенному, таинственному;
- 7) гностическая – стремление понять, разрешить сложную проблему;
- 8) эстетическая – тяга к произведениям искусства, стремление к эстетической гармонии с миром, к переживанию чувства прекрасного;
- 9) гедонистическая – выражение потребности в телесном и душевном комфорте;
- 10) акизитивная (приобретение) – тяга к накоплению, коллекционированию вещей, выходящая за пределы практической нужды в них.

Понятие эмоциональной направленности надо рассматривать в двух аспектах.

Во-первых, она есть сторона направленности личности человека, и может рассматриваться как её проекция на эмоциональную сферу человека. Другими словами, эмоциональная направленность на определенные переживания отражает те социальные потребности и мотивы – альтруистические, коммуникативные, познавательные, эстетические и т.д., – которые являются доминирующими в направленности личности человека.

Во-вторых, эмоциональная направленность может рассматриваться и в качестве закрепившейся психологической установки человека на переживания как специфические ценности, в качестве относительно самостоятельной потребности в определенных эмоциональных переживаниях.

Б.И. Додонов поставил вопрос о создании особой «эмоциональной классификации» деятельностей, что позволяет определить круг наиболее подходящих профессий для людей с разными типами структуры эмоцио-

нальной направленности и исследовать вопрос о том, какой вид деятельности удовлетворяет эмоциональные потребности человека. Степень соответствия эмоциональной направленности требованиям профессии дает возможность реализации ценных для человека эмоций в профессии, тем самым обеспечивает удовлетворенность и развитие в осуществляемой деятельности.

В концепции эмоциональной направленности не акцентируется вопрос ее влияния на процесс профессионального развития, поэтому данному аспекту в нашей работе уделяется особое внимание. Мы рассматриваем эмоциональную направленность как:

1. проекцию ценностной ориентации личности, опосредованную через эмоции;
2. вектор развития личности в профессиональной деятельности;
3. фактор профессионального развития.

Д.Н. Завалишина выделяет следующие варианты развития субъекта профессиональной деятельности [Завалишина 2005]:

- 1) прогрессивно-творческий (специалисты высшего класса);
- 2) адаптивно-репродуктивный;
- 3) адаптивно-деформирующий;
- 4) дезадаптивно-деформирующий (выгорание).

При глубоком анализе выделенных вариантов отмечается, что именно переход от системы «человек и профессия» к системе «человек и мир» позволяет понять, что истоки «дефицитов» и «дефектов» этого развития лежат не в самой профессиональной деятельности, а в широкой системе отношений человека с миром, в его целостной жизнедеятельности.

Рассматривая эмоциональную направленность личности, мы предполагаем определить ее место и влияние в различных вариантах профессионального развития: при соответствии эмоциональной направленности и требований профессии – прогрессивно-творческий путь развития, при несоответствии – дезадаптивно-деформирующий (выгорание). Выгорание относится к числу феноменов личностной деформации, обусловленных негативными психологическими переживаниями, связанными с продолжительными и интенсивными межличностными взаимодействиями, отличающимися высокой эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью.

Факторы синдрома выгорания традиционно группируются по двум направлениям: особенности профессиональной деятельности и индивидуальные характеристики самих профессионалов. В качестве индивидуальных факторов исследовались личностные особенности, такие как стрессоустойчивость, трудовая мотивация, стратегия поведения, особенности самооценки, локуса контроля, коммуникативные качества, стили саморегуляции. В данной работе мы придаем особую важность изучению эмоциональной сферы врачей и педагогов. С одной стороны, эмоциональную сфе-

ру можно рассматривать, как фактор профессионального соответствия и развития, а с другой – именно эмоциональная сфера наиболее подвержена профессиональным деформациям, одной из разновидностей которой является выгорание [Доценко 2005]. Также не вполне ясно, может ли этот феномен вообще отсутствовать или быть слабовыраженным у специалистов, работающих в сфере деятельности «человек-человек», при определенных материальных и социально-психологических условиях, содержании работы. В этой связи представляется актуальной проблема изучения эмоциональной направленности личности как фактора синдрома выгорания и удовлетворенности специалиста своей профессиональной деятельностью.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи эмоциональной направленности личности (ЭН), удовлетворенности специалиста своей профессиональной деятельностью (УПД) и синдрома выгорания (СВ).

Эмпирическим объектом исследования являются специалисты двух профессий: врачи – 101 человек и учителя – 128 человек, имеющие стаж работы не менее трех лет, мужчины и женщины, жители Москвы и ближайшего Подмосковья.

В качестве методов тестирования были использованы следующие методики: анкета для оценки степени удовлетворенности работой; опросник Б.И. Додонова на выявление эмоциональной направленности личности; опросник В.В. Бойко «Эмоциональное выгорание».

Для обработки и анализа эмпирических данных использовался пакет статистических программ STATISTICA 6.0, с помощью которого определялись следующие параметры: вычисление средних, построение гистограмм, достоверность различий U-критерий Манна-Уитни для сравнения групп в целях решения исследовательских задач, корреляционный анализ Спирмена, кластерный анализ: метод К-средних, древовидная кластеризация.

Обследуемые группы врачей и учителей характеризуются сходными профилями типов ЭН, в которых доминирующими являются альтруистическая, коммуникативная, практическая. Метод кластерного анализа подтвердил гипотезу о выделении нескольких групп типов ЭН среди исследуемых групп. Первая группа (альтруистическая, коммуникативная, практическая) включает ведущие типы ЭН для данной профессиональной деятельности. Вторая группа (гностическая, эстетическая, гедонистическая) – включает типы ЭН, связанные с гармоничным развитием личности. Третья группа типов (глорическая, пугническая, акизитивная, романтическая) – это эмоциональные направленности, не связанные прямо с профессиональной деятельностью.

Результаты проведенного исследования показали, что выявлена группа ведущих типов ЭН, которые характерны для профессии врача и учителя и соответствуют содержанию их деятельности. В содержательном

плане альтруистическая и коммуникативная направленности характеризуют стремление оказать содействие, помощь, выразить сочувствие, стремление к эмоциональной близости с другими людьми, их объединяют гуманистические ценности. Практическая ЭН, являясь отражением профессиональной деятельности врачей и учителей, носит также гуманистический характер. Эти типы в совокупности и взаимосвязи мы назвали гуманистическим компонентом ЭН. Доминирование данных типов ЭН личности, максимально отражающих характер рассматриваемых профессий, позволяет выделить один из мотивов выбора профессии типа «человек–человек».

Определена вторая группа ЭН, в которую входят гностическая, эстетическая и гедонистическая, связанные с гармоничным развитием личности. Выраженность данных направленностей является, с нашей точки зрения, ресурсом для получения ценных позитивных эмоций при восприятии красоты и познании окружающего мира, при мудром отношении к природе человека. Эта группа названа ресурсным компонентом. Сочетание гуманистического и ресурсного компонентов характерно для представителей социэкономических профессий.

Установлены статистически значимые взаимосвязи между показателем удовлетворенности профессиональной деятельностью и выраженностью различных типов ЭН:

в группе врачей:

- с альтруистической направленностью ( $r=0,23$ ;  $p=0,01$ ),
- с практической направленностью ( $r=0,35$ ;  $p=0,0002$ ),
- с гностической направленностью ( $r=0,24$ ;  $p=0,01$ );

в группе учителей:

- с практической направленностью ( $r=0,29$ ;  $p=0,0006$ ),
- с романтической направленностью ( $r=0,21$ ;  $p=0,01$ );
- с эстетической направленностью ( $r=0,26$ ;  $p=0,002$ ).

Эмоциональное удовлетворение от содержания деятельности зависит в первую очередь от реализации самой деятельности, но вместе с тем стремление к познавательной активности, к эстетическим переживаниям наполняют труд ценными эмоциями. Полученные данные свидетельствуют о том, что чем точнее выбрана профессиональная деятельность, соответствующая ЭН личности, тем больше возможностей получения именно тех переживаний, которые субъективно оцениваются как ценные. Эмоциональное удовлетворение от содержания деятельности в группах учителей и врачей, как представителей социэкономических профессий, имеет наиболее тесные взаимосвязи с ЭН гуманистического и ресурсного компонентов.

В результате корреляционного анализа установлены статистически значимые взаимосвязи между показателями СВ и значениями выраженности различных типов ЭН. Для группы врачей выявлено, что чем больше выражены альтруистическая, коммуникативная, практическая, гностическая и эстетическая ЭН, тем меньше значения СВ. В группе учителей об-

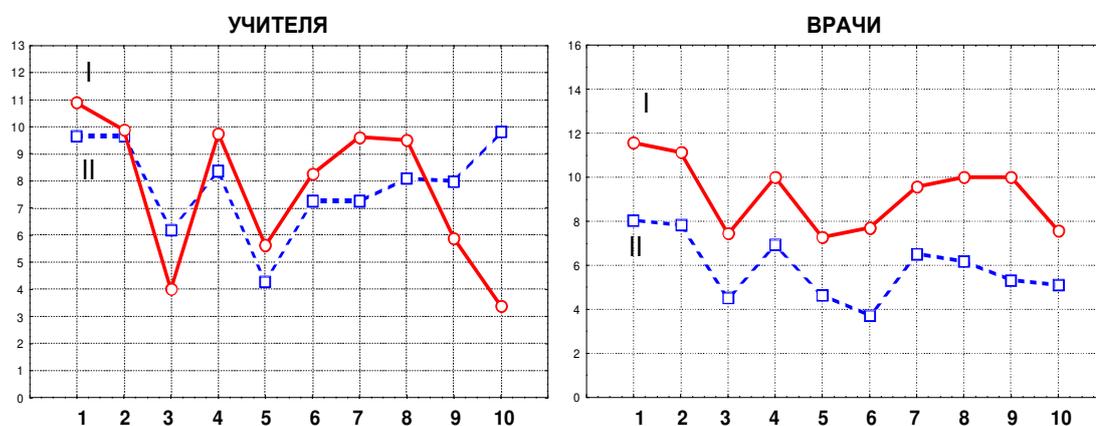
наружены отрицательные корреляции альтруистической ЭН и значений СВ. Для этой же группы установлены прямые связи акизитивной ЭН с выраженностью СВ. С помощью кластерного анализа было выявлено два типа профилей ЭН, относящихся к группам с различным уровнем выраженности СВ:

1. Профиль, соответствующий низкому уровню СВ (меньше 60):

- высокие значения альтруистической, коммуникативной и практической ЭН (гуманистический компонент);
- высокие значения гностической, эстетической и гедонистической ЭН (ресурсный компонент).

2. Профиль, соответствующий высоким значениям СВ (больше 180):

- низкие значения гуманистического компонента;
- выраженное снижение значений ресурсного компонента.



**Рисунок 1.** Кластерный анализ типов эмоциональной направленности для групп с различной выраженностью эмоционального выгорания.

По оси абсцисс: типы эмоциональной направленности :

1 - альтруистическая, 2 – коммуникативная, 3 – глорическая,  
4 – практическая, 5 – пугническая, 6 – романтическая, 7 – гностическая,  
8 – эстетическая, 9 – гедонистическая, 10 – акизитивная.

По оси ординат: выраженность эмоциональной направленности.

I – итоговый показатель эмоционального выгорания меньше 60

II – итоговый показатель эмоционального выгорания больше 180

**Рис.1.** Кластерный анализ типов ЭН у групп с разной выраженностью СВ

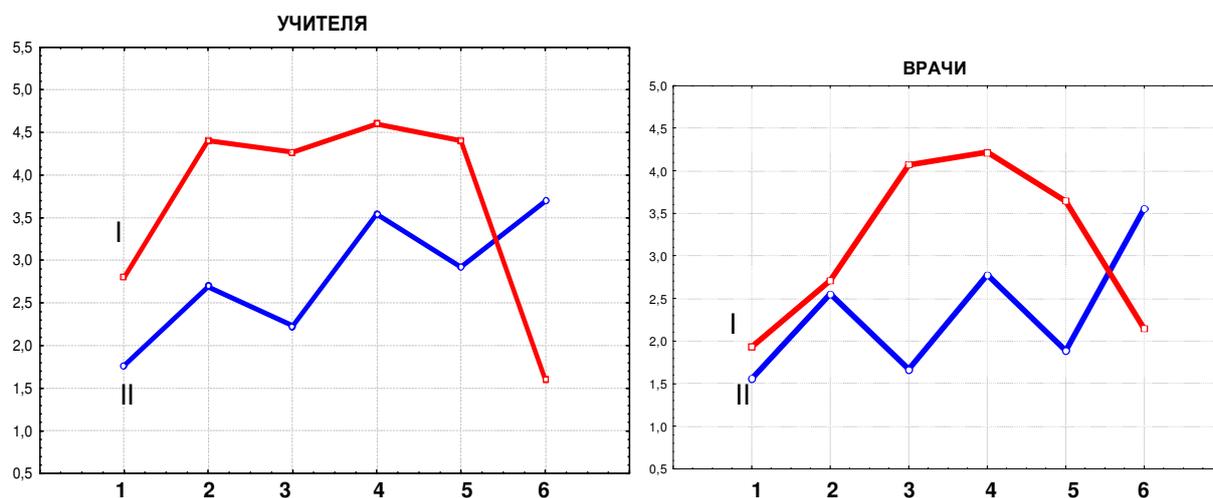
Анализ профилей позволяет заключить, что высокие значения гуманистического и ресурсного компонентов ЭН определяют низкий уровень СВ (рис. 1). Также установлены значимые отрицательные корреляции между симптомами СВ и показателями гуманистического и ресурсного компонентов ЭН.

Обнаружены статистически значимые отрицательные взаимосвязи показателей УПД и СВ. Среди факторов удовлетворенности трудом значимыми являются: эмоциональное удовлетворение от содержания работы, удовлетворение социальным статусом, удовлетворение от престижности

профессии. С помощью кластерного анализа были выявлены два профиля показателей УПД, относящиеся к группам с различным уровнем выраженности СВ:

1. профиль, соответствующий низкому уровню СВ, характеризуется высокими значениями показателей УПД;

2. профиль, соответствующий высокому уровню СВ, характеризуется низкими значениями показателей УПД (рис. 2).



По оси абсцисс: показатели удовлетворенности профессиональной деятельностью :

- 1- удовлетворение заработной платой
- 2 – удовлетворение бытовыми условиями
- 3 – удовлетворение престижем профессии
- 4- эмоциональное удовлетворение от содержания работы
- 5 – удовлетворение социальным статусом
- 6 – степень готовности сменить профиль работы при большей оплате и лучших условиях труда.

По оси ординат: уровень показателей удовлетворенности профессиональной деятельностью .

I – итоговый показатель синдрома выгорания меньше 60

II – итоговый показатель синдрома выгорания больше 180

Рис. 2. Кластерный анализ показателей УПД для групп с различной выраженностью СВ

СВ характеризуется нарушением баланса между позитивными и негативными эмоциями, возникшим в процессе профессиональной деятельности. Потребность в ценных переживаниях гуманистического и ресурсного компонентов можно рассматривать как устойчивые динамические каналы получения позитивных эмоций. Активность этих каналов снижает риск развития СВ.

Анализ особенностей социомических профессий показывает необходимость определенных эмоциональных отношений между профессионалом и «объектом» его труда, которые можно рассматривать как фактор профессионального соответствия и развития. «Типичная для мастеров высокого класса ценностная включенность в свой труд сопровождается положительным эмоциональным отношением к его содержанию и процессу» [Завалишина 2005]. 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. Наличие эмоционального компонента является необходимым условием для успешного профессионального процесса, приносящего удовлетворение и потребность в дальнейшей деятельности. Наиболее ярко значимость эмоциональной составляющей выражена в деятельности врача и учителя. Эти профессии в большей степени, чем другие, связаны с призванием, с ответственностью за такие важнейшие человеческие ценности, как сохранение здоровья и передача знаний.

ЭН является только одной из сторон 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» [Додонов 1978].

На основании результатов исследования, можно сформулировать ряд выводов:

1. При соответствии профессии, проявленном через актуализацию ЭН и интеграцию всей системы ценности личности, возможен прогрессивно-творческий путь профессионального развития, результатом которого является наибольшее эмоциональное удовлетворение от содержания деятельности и процессуальных позитивных эмоциональных переживаний.
2. При несоответствии личности и профессии не происходит эмоционального удовлетворения от ее содержания, в результате чего возникает риск развития СВ.
3. Результаты 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 выгорания.

## 1.7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

*Е.И. Лозинская*

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический 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 [Дмитриева, Положий 2001]. Это обуславливает необходимость поиска дифференцированных, с учетом специфики профессиональной деятельности, подходов к охране психического здоровья населения.

Существует общая обеспокоенность в отношении того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Это проявляется в виде разочарования в профессии и деморализации, нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту работу, а также в ухудшении состояния здоровья общепрактикующих врачей.

Введенное Н. Freudenberger [Freudenberger 1974] понятие о выгорании (burnout syndrome) 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.

Работы, появившиеся в отечественной литературе в последнее десятилетие, отчетливо демонстрируют распространенность выгорания среди представителей различных медицинских специальностей [Козина 1998], [Скугаревская 2002], [Ларенцова, Соколова 2002], [Макарова 2003], [Гуреева 2005], [Рыбина, Соколовская 2004], [Бразговская 2005].

Выделяют группу «специалистов с высоким уровнем выгорания», к которым отнесены лица, работа которых связана с хроническими больными, неизлечимыми или умирающими пациентами (например, в области онкологии и психиатрии) [Olkinuora 1990]. К группе «специалистов с низким уровнем выгорания» отнесены в свою очередь лица, работа которых связана с пациентами, заболевание которых имеет благоприятный прогноз (например, в акушерстве и гинекологии, офтальмологии).

Несмотря на увеличивающееся количество публикаций по данной проблеме, границы данного феномена остаются нечеткими. Неясными по-прежнему видятся соотношения синдрома выгорания с профессиональным стрессом, профессиональными кризисами и с профессиональными деформациями; остается неясной структура самого выгорания, взаимосвязь между выделенными параметрами «эмоционального истощения», «деперсонализации» и «редукции профессиональных достижений» [Maslach 1993];

факторы производственной среды, оказывающие влияние на его формирование. Малоизученным остается вопрос о том, является ли выгорание деструктивным вариантом разрешения профессиональных конфликтов либо неизбежно формирующимся в ходе профессиональной деятельности механизмом психологической защиты, позволяющим «экономно и дозированно» расходовать эмоциональные ресурсы врача.

Существующие в настоящее время подходы к изучению синдрома выгорания сводятся к следующему: изучение личностных особенностей, организационных факторов, а также копинг-стратегий, используемых при разрешении профессионального стресса.

Исследование связей особенностей личности и выгорания – важнейшая область изучения данного феномена. Ряд специалистов считают, что личностные особенности намного больше влияют на развитие выгорания по сравнению не только с демографическими характеристиками, но и с факторами рабочей среды [Oktay 1992], [Huebner, Mills 1994]. Резервные возможности личности выступают купирующими факторами развития дезадаптации. При их истощении под воздействием стрессовых факторов может развиваться пролонгированное нарушение социального функционирования, приводящее к дезадаптации с последующим исходом в виде соматического или психического заболевания [Беребин, Вассерман 1994].

Группа организационных факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности, также интенсивно исследуется в области выгорания. Не случайно в некоторых работах подчеркивается доминирующая роль этих факторов в возникновении данного феномена [Bennet 1994], [Soderfeldt 1995], [Leithwood 1996]. В качестве одного из важнейших факторов, влияющих на развитие синдрома выгорания, являются условия работы.

Цель исследования, проведенного в НИПНИ им. В.М. Бехтерева (отделение восстановительной терапии психически больных) в сотрудничестве с НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, состояла в изучении у врачей-психиатров факторов, влияющих на формирование выгорания, и выявление их особенностей в сравнении с врачами-онкологами. В задачи исследования входила оценка выгорания, его распространенности и особенностей у врачей-психиатров и врачей-онкологов; выявление стрессовых факторов в их профессиональной деятельности; изучение копинг-стратегий, используемых ими при разрешении профессиональных конфликтов; проведение сравнительного анализа степени выраженности и механизмов формирования выгорания у врачей-психиатров и врачей-онкологов.

Были обследованы специалисты, оказывающие помощь пациентам с хроническими, малокурабельными формами заболеваний: врачи-психиатры, работающие в психиатрических учреждениях г. Санкт-Петербурга, и врачи-онкологи, работающие в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Всего были обследованы 137 респондентов в возрасте от 23 до 68

лет. Их них – 98 психиатров, 32 мужчины (32,7 %) и 66 – женщин (67,3 %); средний возраст врачей-психиатров составил  $40,4 \pm 1,2$  года, средний стаж –  $12,84 \pm 1,16$  года. Также были обследованы 39 онкологов, из них 18 мужчин (46,2 %) и 21 женщина (53,8 %); средний возраст врачей-онкологов составил  $39,3 \pm 1,9$  года, средний стаж –  $12,34 \pm 1,78$  года.

Формирование групп для проведения анализа и сравнительных исследований производилось на основании данных, полученных по результатам теста МВІ [Maslach, Jackson 1986]. 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: по шкале «эмоциональное истощение» (ЕЕ)  $\leq 17$  баллов, по шкале «деперсонализация» (DP)  $\leq 5$  баллов, по шкале «редукция профессиональных достижений» (РА)  $\geq 33$  баллов. Вторую группу составили респонденты, имевшие неудовлетворительные параметры по вышеуказанным шкалам.

Врачи-психиатры имели неудовлетворительные показатели по шкале «эмоциональное истощение» – 48 человек (49 %), по шкале «деперсонализация» – 43 человека (43,9 %), по шкале «редукция профессиональных достижений» – 78 человек (79,6 %). Средние значения по данным шкалам у психиатров составили:  $15,8 \pm 0,9$  балла,  $4,9 \pm 0,4$  балла и  $27,4 \pm 0,7$  балла, соответственно. В группе врачей-онкологов неудовлетворительные показатели по шкале «эмоциональное истощение» имели – 18 человек (46,2%), по шкале «деперсонализация» – 29 человек (74,4 %), по шкале «редукция профессиональных достижений» – 31 человек (79,5 %). Средние значения по данным шкалам составили у онкологов:  $16,2 \pm 1,3$  балла,  $7,3 \pm 0,7$  балла и  $27,3 \pm 1,1$  балла соответственно.

Врачи-психиатры имели неудовлетворительные значения по шкале «редукция профессиональных достижений», что свидетельствовало об их низкой профессиональной самооценке. Врачи-онкологи имели неудовлетворительные средние значения по шкалам «редукция профессиональных достижений» и «деперсонализация». Это свидетельствовало о том, что, наряду с низкой профессиональной самооценкой, врачам-онкологам свойственно более дистанцированное, отчужденное отношение к пациентам. Выявленное избирательное повышение по отдельным шкалам МВІ свидетельствует о том, что развитие компонентов выгорания может происходить как последовательно, так и параллельно и, очевидно, является реакцией на определенные неблагоприятные факторы производственной среды.

В дальнейшем были проанализированы ответы респондентов с удовлетворительными и неудовлетворительными значениями по каждой шкале МВІ и специализированного опросника. Было установлено, что на формирование неудовлетворительного параметра по шкале «эмоциональное истощение» у врачей-психиатров оказывали влияние: нерациональное руко-

водство, неудовлетворительная организация производственного процесса и низкий уровень социальной поддержки среди сотрудников (табл. 1).

Таблица 1

Факторы, влияющие на формирование неудовлетворительного параметра «эмоциональное истощение» у врачей-психиатров	
Нерациональное руководство	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Невостребованность администрацией творческих ресурсов, организаторских способностей, опыта и знаний сотрудников в отношении больных (<math>p &lt; 0,01</math>)</li><li>2. Нежелание участвовать в разрешении проблем сотрудников (<math>p &lt; 0,01</math>)</li><li>3. Игнорирование чувств сотрудников (<math>p &lt; 0,02</math>)</li><li>4. Манипулирование сотрудниками (<math>p &lt; 0,01</math>)</li><li>5. Недопустимость критики администрации со стороны сотрудников (<math>p &lt; 0,02</math>)</li></ol>
Неудовлетворенность организацией производственного процесса	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Отсутствие условий для повышения квалификации (<math>p &lt; 0,04</math>)</li><li>2. Невозможность самостоятельно планировать рабочее время (<math>p &lt; 0,05</math>)</li><li>3. Низкий заработок (<math>p &lt; 0,05</math>)</li><li>4. Чрезмерная ответственность (<math>p &lt; 0,01</math>)</li><li>5. Высокая нагрузка (<math>p &lt; 0,01</math>)</li><li>6. Рутинный характер работы (<math>p &lt; 0,04</math>)</li></ol>
Недостаточный уровень социальной поддержки среди сотрудников	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Невозможность обсуждения текущих проблем внутри коллектива (<math>p &lt; 0,02</math>)</li></ol>

Как проявление синдрома выгорания было расценено поведение психиатров с высоким уровнем эмоционального истощения, при котором они переставали видеть смысл в выполняемой работе ( $p < 0,05$ ), испытывали утрату прежнего энтузиазма ( $p < 0,04$ ), сторонились коллег и определенных производственных поручений ( $p < 0,01$ ), испытывали опасения развития у них психического заболевания ( $p < 0,03$ ), констатировали негативное отношение родственников по отношению к своей работе ( $p < 0,04$ ), отмечали связанное с работой ухудшение соматического состояния ( $p < 0,01$ ). Одновременно психиатры начинали сомневаться в том, что в своей работе руководствуются «благом для больных» ( $p < 0,02$ ).

На формирование неудовлетворительного параметра «эмоциональное истощение» у врачей-онкологов оказывали влияние сходные факторы (табл. 2).

Таблица 2

Факторы, влияющие на формирование неудовлетворительного параметра «эмоциональное истощение» у врачей-онкологов

Нерациональное руководство	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нежелание администрации участвовать в разрешении проблем сотрудников (<math>p &lt; 0,02</math>)</li> <li>2. Игнорирование чувств сотрудников (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>3. Манипулирование сотрудниками (<math>p &lt; 0,03</math>)</li> <li>4. Недопустимость критики администрации со стороны сотрудников (<math>p &lt; 0,03</math>)</li> <li>5. Невостребованность творческих ресурсов, опыта и знаний сотрудников в отношении больных (<math>p &lt; 0,03</math>)</li> </ol>
Неудовлетворенность организацией производственного процесса	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие условий для повышения квалификации (<math>p &lt; 0,02</math>)</li> <li>2. Невозможность самостоятельно планировать рабочее время (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>3. Низкий заработок (<math>p &lt; 0,03</math>)</li> <li>4. Рутинный характер работы (<math>p &lt; 0,02</math>)</li> </ol>
Недостаточный уровень социальной поддержки среди сотрудников	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие эмоциональной поддержки и взаимопонимания от своих коллег (<math>p &lt; 0,03</math>)</li> </ol>

Как результат выгорания было расценено поведение, при котором врачи-онкологи переставали интересоваться больными ( $p < 0,03$ ). Одновременно увеличивалась продолжительность больничных листов ( $p < 0,05$ ), что в определенной степени свидетельствовало о свойственном выгоранию нарастании соматизации.

Психиатры с неудовлетворительным параметром по шкале «деперсонализация», наряду с недовольством организацией производственного процесса, обнаруживали нарушение профессиональной идентичности, выражавшееся в отсутствии личностных качеств, необходимых для данной профессии (табл. 3).

Таблица 3

Факторы, влияющие на формирование неудовлетворительного параметра «деперсонализация» у врачей-психиатров

1. Нарушение профессиональной идентичности	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие личностных качеств, необходимых для данной профессии (неспособность выдерживать необходимую интенсивность общения (<math>p &lt; 0,04</math>))</li> <li>2. Низкие прогностические способности (<math>p &lt; 0,04</math>)</li> </ol>
2. Неудовлетворенность организацией производственного процесса	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Высокая нагрузка (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>2. Чрезмерная ответственность (<math>p &lt; 0,03</math>)</li> <li>3. Недостаточный персональный комфорт (<math>p &lt; 0,03</math>)</li> <li>4. Ролевая неопределенность (неопределенность производственных поручений) (<math>p &lt; 0,04</math>)</li> </ol>

Онкологи с неудовлетворительным значением по данной шкале также обнаруживали нарушение профессиональной идентичности в виде ощущения невостребованности своих «человеческих качеств» ( $p < 0,01$ ).

У психиатров с неудовлетворительным значением по шкале «редукция профессиональных достижений» было обнаружено субъективное ощущение недостаточного контроля над рабочей ситуацией. Менее весомыми для формирования неудовлетворительного параметра по данной шкале оказались низкий уровень социальной поддержки, невостребованность администрацией творческого потенциала сотрудников и неудовлетворенность материальным вознаграждением (табл. 4).

Таблица 4

Факторы, влияющие на формирование неудовлетворительного параметра «редукция профессиональных достижений» у врачей-психиатров

1. Субъективное ощущение недостаточного контроля над рабочей ситуацией	1. Контроль над отношениями с коллегами ( $p < 0,03$ ) 2. Контроль над отношениями с персоналом ( $p < 0,02$ ) 3. Опасения быть уволенным ( $p < 0,05$ )
2. Недостаточный уровень социальной поддержки среди сотрудников	1. Отсутствие эмоциональной поддержки и взаимопонимания от своих коллег ( $p < 0,01$ ) 2. Отсутствие неформальных отношений между коллегами ( $p < 0,02$ )
3. Нерациональное руководство	1. Невостребованность администрацией организаторских способностей сотрудников ( $p < 0,02$ )
4. Неудовлетворенность организацией производственного процесса	1. Низкий заработок ( $p < 0,01$ )

Как проявление выгорания было расценено поведение, когда психиатры испытывали утрату прежнего интереса к больным ( $p < 0,04$ ), переставали считать себя достаточно компетентными для работы с психически больными ( $p < 0,01$ ), а также когда у психиатров нарастали сомнения в том, что в своей работе они руководствуются благом для больных ( $p < 0,01$ ).

Онкологи с низким значением по шкале «редукция профессиональных достижений» обнаружили: неудовлетворенность отношениями с администрацией ( $p < 0,02$ ), ответственной, по их мнению, за создание комфортной рабочей обстановки; высказывали недовольство в связи с отсутствием условий для повышения квалификации труда ( $p < 0,03$ ). Среди них чаще оказывались лица женского пола ( $p < 0,02$ ). Онкологи этой группы были больше ориентированы на получение положительной обратной связи (морального и материального вознаграждения), по сравнению со своими коллегами с удовлетворительным параметром по данной шкале ( $p < 0,05$ ).

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что в основе формирования выгорания в изученных профессиональных группах лежали сходные причины. Установлено, что нерациональное руководство при недостаточном уровне социальной поддержки среди сотрудников и неудовлетворительной организации производственного процесса затрудняли успешное профессиональное функционирование. Существенными для формирования выгорания 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.

Проявления выгорания у врачей исследуемых групп были практически сходными. Респонденты всех профессиональных групп при наличии неудовлетворительных показателей по тем или иным шкалам МВІ констатировали отсутствие смысла в выполняемой ими работе, утрату былого интереса и энтузиазма, отстраненность от коллег и определенных производственных поручений. Вместе с тем нарастали сомнения в том, что в своей деятельности они руководствуются «благом» для больных. Возросло употребление транквилизаторов, увеличивалась продолжительность больничных листов. Одновременно усиливались опасения развития у психиатров психического, а у онкологов – онкологического заболевания.

На основании данных исследования сложно сделать заключение о том, позволяет ли повышение по какой-либо одной из шкал МВІ говорить о наличии синдрома выгорания, поскольку изменения по различным шкалам оказались избирательными. Нами была предпринята попытка вычисления сводного индекса выгорания, полученного на основании оценки результатов по шкалам «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция профессиональных достижений». В основу вычисления сводного индекса была положена математическая модель нахождения расстояния между точками в многомерном пространстве, в соответствии с которой определение сводного индекса выгорания (ИВ) производится по формуле:

$$\text{ИВ} = \sqrt{[\text{ЕЕ}-\text{ЕЕ}(\text{x})]^2+[\text{ДР}-\text{ДР}(\text{x})]^2+[\text{РА}-\text{РА}(\text{x})]^2},$$

где **ЕЕ**, **ДР** и **РА** – идеальные показатели выгорания по тесту МВІ, а **ЕЕ(х)**, **ДР(х)** и **РА(х)** – показатели испытуемого по каждому пункту теста МВІ.

Было установлено, что минимальное значение ИВ у врачей-психиатров составило 7,07 баллов, а максимальное – 64,14 баллов. При этом среднее значение ИВ обследованных специалистов составило 27,64±0,91. Распределение респондентов по группам выглядело следующим образом (табл. 5):

Таблица 5

Распределение врачей-психиатров в зависимости от выраженности ИВ

Значение ИВ (границы интервалов)	Количество респондентов, N	%
7,0 – 12,8	4	4,1
12,8 – 18,6	10	10,2
18,6 – 24,4	20	20,4
24,4 – 30,2	29	29,6
30,2 – 36,0	21	21,4
36,0 – 41,8	10	10,2
41,8 – 47,6	2	2,0
59,2 – 65,0	2	2,0

Как видно из табл. 5, самую многочисленную группу составили респонденты, у которых значение ИВ находилось в диапазоне от 24,4 до 30,2 баллов. При этом значение ИВ при нормативных показателях шкал равно 23,21 баллам и соответственно находится в диапазоне от 18,6 до 24,4 баллов. Таким образом, значение ИВ обследованных респондентов превышает нормативное значение ИВ.

Поскольку и психиатрам, и онкологам в своей работе приходится иметь дело с хроническими, малокурабельными случаями заболеваний, представлял особый интерес анализ особенностей проявления выгорания в данных профессиональных группах. По результатам исследования, обе профессиональные группы имели неудовлетворительное среднее значение по шкале «редукция профессиональных достижений». Анализ проявлений выгорания у психиатров и онкологов выявил наличие определенных достоверных различий между указанными профессиональными группами. Прежде всего, врачи-онкологи имели более высокие значения по шкале «деперсонализация» ( $p < 0,01$ ), что свидетельствует о преобладании отчужденного отношения и избегающего поведения по отношению к больным в данной профессиональной группе, по сравнению с врачами-психиатрами.

Анализ ответов на утверждения опросника МВІ выявил наличие статистически достоверных различий между психиатрами и онкологами, согласно которым врачи-онкологи считали, что их человеческие качества не оценивались на работе должным образом ( $p < 0,05$ ). Одновременно онкологи испытывали меньшую по сравнению с психиатрами, уверенность в том, что не совершат на работе серьезных ошибок ( $p < 0,05$ ).

Частотный анализ выявил наличие достоверных различий ( $p < 0,05$ ) между психиатрами и онкологами по следующим параметрам:

- врачи-психиатры чаще констатировали, что выбор профессии оказал существенное влияние на их жизнь, позволив им стать более терпимыми по отношению к окружающим, а также приобрести опыт, который сделал их общение в быту более успешным;

- врачи-психиатры чаще целенаправленно выбирали профессию, чем врачи-онкологи, чей выбор профессии оказывался более случайным;
- для врачей-онкологов большую значимость имел престиж лечебного учреждения;
- для врачей-онкологов большую важность имело моральное вознаграждение, благодарность больных;
- у врачей-психиатров чаще возникали конфликты с больными в связи с отсутствием прогресса в терапии; в конфликтной ситуации врачи-психиатры чаще испытывали чувства несостоятельности, неуверенности в себе, при этом старались проанализировать тактику терапии или обращались за помощью к коллегам и администрации;
- для формирования хорошего терапевтического контакта врачи-онкологи считали важным наличие у пациента мотивации к лечению, а врачи-психиатры – наличие у врача положительных чувств к больному;
- врачи-психиатры лучше переключались на работе от личных проблем, не связанных с профессией;
- врачи-онкологи чаще имели опасения заболеть онкологическим заболеванием, чем психиатры – психическим;
- врачи-психиатры обоего пола чаще констатировали, что им легче работать с пациентами мужского пола, тогда как для онкологов пол пациентов не имел значения;
- врачи-онкологи чаще продолжали думать о своих больных дома;
- врачи-психиатры чаще выражали готовность оставить настоящую работу ради другой, высокооплачиваемой, если последняя будет интересной и творческой;
- для улучшения качества своей работы психиатры чаще высказывались за снижение нагрузки и необходимость большего вовлечения пациентов в занятость;
- врачи-онкологи чаще, по сравнению с психиатрами, констатировали, что отношения с больными являются для них источником нервного напряжения;
- врачи-онкологи чаще, чем врачи-психиатры, считали, что делали все от себя зависящее для пациентов.

Таким образом, психиатры и онкологи выявляли как сходство, так и различия в проявлении выгорания. Общим являлась неудовлетворенность своим профессиональным ростом. Различия состояли в следующем: психиатры реже онкологов прибегали к использованию избегающих тактик поведения, лежащих в основе параметра по шкале «деперсонализация»; демонстрировали личностное отношение к больным и профессии, а также более успешный антистрессорный копинг; у психиатров чаще, чем у онкологов, возникали напряженные отношения с больными при отсутствии прогресса в терапии, однако они лучше справлялись с ними и имели меньшую зависимость от результатов труда.

Врачи-психиатры и врачи-онкологи в качестве наиболее стрессовой для себя выделяли ситуацию, когда больной отказывался от лечения, навязывая врачу свои представления о терапии (39,8 % и 36,8 % соответственно), а также ситуацию, в которой родственники больного высказывали недовольство ведением больного и имели неадекватные ожидания от результатов лечения (32,7 % и 31,6 % соответственно).

Далее в качестве фрустрирующих врачами-психиатрами были выделены ситуации: в связи с отсутствием прогресса в терапии (28,6 %); когда больной высказывая открытое недовольство врачом, становился агрессивным (26,5 %); когда врач не понимал, что происходит с больным, либо при чрезмерно большом объеме нагрузки (18,4 %); когда врачу было трудно найти контакт с больным (16,3 %). Менее фрустрирующими для врачей-психиатров оказались ситуации, не связанные с работой, такие как общая ситуация в стране, собственные материальные и семейные проблемы (8,2 %), а также ситуации, когда больной жаловался на врача администрации (7,1 %), когда больной просил поменять лечащего врача на другого (6,1 %), ситуации, когда врач чувствовал себя перегруженным проблемами больного и оказывался не в состоянии ободрить больного (5,1 %), когда больной настаивал на снятии режимных ограничений (2 %), и, наконец, ситуации, в которых пациент оказывался лицом противоположного пола либо был старше врача по возрасту (1 %).

У онкологов следующей по значимости оказалась ситуация, в которой врачу было трудно найти контакт с больным (18,4 %). Менее значимыми оказались ситуации, когда больной высказывал открытое недовольство врачом и когда врач не мог понять, что происходит с больным (15,8 %), когда врач чувствовал себя перегруженным проблемами больного – «слишком сильно сочувствовал, сопереживал, был не способен дистанцироваться от эмоционального состояния больного» (13,2 %); при прочих ситуациях, не связанных непосредственно с работой (10,5 %), когда больной жаловался на врача администрации (7,9 %), в связи с отсутствием прогресса в терапии и в ситуациях, когда больной просил заменить лечащего врача на другого (5,3 %), и, наконец, в ситуации, когда врач оказывался не в состоянии ободрить больного (2,6 %). При этом у врачей-психиатров чаще, чем у врачей-онкологов возникали конфликтные ситуации, связанные с отсутствием прогресса в терапии ( $p < 0,01$ ). Исследование позволило выделить следующие типы реагирования врачей-психиатров и онкологов в конфликтных ситуациях (табл. 6, 7).

Для психиатров в конфликтных ситуациях было характерно появление чувства тревоги, нервного напряжения, а также чувства несостоятельности, неуверенности в себе, разочарования. Конфликтные ситуации психиатры пытались разрешить, как правило, либо путем анализа тактики терапии, либо обращением за помощью к коллегам и администрации.

Для врачей-онкологов было характерно возникновение в конфликтных ситуациях чувства тревоги и нервного напряжения, а также раздражения, внутренней агрессии по отношению к больному. При этом они старались больше контролировать себя в общении с больным, избегая спровоцировать агрессию, либо пытались быть более эмоциональными с больным и вселить в него надежду на выздоровление. Это доказывает, что совладающее поведение врача определяется во многом спецификой заболеваний обслуживаемых ими больных.

Таблица 6

Эмоциональные реакции, возникающие в конфликтных ситуациях с больными

Типы реакций	Психиатры (%)	Онкологи (%)
1. Тревога, нервное напряжение	34,7	39,5
2. Чувство вины	13,3	10,5
3. Чувство несостоятельности, неуверенности в себе, разочарования	34,7	10,5
4. Раздражение, внутренняя агрессия по отношению к больному	30,6	28,9
5. Снижение прежнего внимания к больному, безразличие к нему	10,2	15,8
6. Появление интереса к сложному случаю	21,4	18,4
7. Приятное предвкушение преодоления возникшей трудности	4,1	13,2

Несмотря на использование некоторых вариантов дефицитарных и деструктивных копинг-стратегий, таких как «снижение масштаба переживаний», «тенденция избегания», «отчаяние», статистически достоверная связь между конфликтными ситуациями и выгоранием была обнаружена только в ряде случаев. Можно предположить, что использование дефицитарных и деструктивных копинг-стратегий при разрешении конфликтных ситуаций не всегда сопровождается развитием выгорания.

Достоверная связь у врачей-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  $p < 0,04$ ).

У врачей-онкологов статистически достоверная связь была выявлена между конфликтной ситуацией, обусловленной тем, что родственники пациента высказывали недовольство его ведением, имели нереальные ожи-

дания от результатов лечения и неудовлетворительным параметром по шкале «редукция профессиональных достижений» (коэффициент достоверности по хи-квадрату  $p < 0,05$ ).

Таблица 7

Поведенческие и когнитивные реакции врача, возникающие в конфликтных ситуациях с больными		
Копинг-стратегии	Психиатры	Онкологи
1. Спорит с больным, настаивает на своей точке зрения	9,2	15,8
2. Анализирует тактику терапии	50,0	27,0
3. Повышает эмоциональное общение в контакте с больным	30,6	31,6
4. Успокаивает себя тем, что все происходящее predetermined характером заболевания больного	17,3	5,3
5. Обращается за помощью к коллегам или администрации	37,8	15,8
6. Старается больше контролировать себя в общении с больным с целью избегания его агрессии	28,6	38,6
7. Признается больному, что не знает, как лечить его дальше	3,1	7,9
8. Пытается избегать общения с больным	6,1	2,6
9. Уступает больному	2,0	0
10. Успокаивает себя достигнутым с другими больными успехом	6,1	5,3
11. Впадает в отчаяние	4,1	2,6
12. Ведет себя так, будто ничего не произошло	12,2	23,7
13. Старается забыть о конфликте	7,1	2,6
14. Принимает алкоголь либо транквилизаторы	3,1	0
15. Старается переключиться на непрофессиональную деятельность	6,1	18,9

Одновременно была обнаружена статистически достоверная связь между неудовлетворительным параметром по шкале «эмоциональное истощение» и конфликтной ситуацией, обусловленной тем, что пациент высказывал недовольство врачом, а также ситуацией, когда врач не понимал, что происходило с больным (коэффициент достоверности Фишера  $p < 0,01$ ). Это доказывает, что по мере развития синдрома выгорания стрессорная значимость конфликтных ситуаций может меняться. Если у психиатров до развития выгорания наиболее стрессовой была ситуация, связанная с отказом пациента от лечения, то по мере развития выгорания, о чем свидетельствовало повышение показателей по шкале «эмоциональное истощение» либо по шкале «редукция профессиональных достижений», более стрессовыми становились ситуации, связанные с отсутствием прогресса в терапии, а также с тем, что пациент жаловался на врача администрации. Для онко-

логов по мере развития выгорания, более стрессовыми становились ситуации, когда пациент высказывал недовольство врачом, а также когда врач не понимал, что происходит с больным.

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 ( $p < 0,05$ ). Вместе с тем данная группа психиатров, в целом, 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 ( $p < 0,05$ ). В конфликтной ситуации, обусловленной отсутствием прогресса в терапии, врачи-психиатры чаще испытывали чувство несостоятельности, неуверенности в себе, разочарования ( $p < 0,04$ ). При этом они старались обращаться за помощью к коллегам и администрации ( $p < 0,02$ ).

Врачи-онкологи в конфликтной ситуации, обусловленной тем, что они не понимали, что происходило с больным, чаще испытывали нервное напряжение, чувство вины, тревоги, неуверенности в себе, разочарования ( $p < 0,04$ ); пытались анализировать тактику терапии ( $p < 0,04$ ); обращались за помощью к коллегам и администрации ( $p < 0,05$ ). Данная группа респондентов чаще связывала неудовлетворенность работой с недостаточным уважением окружающих к профессии онколога либо отсутствием и недоступностью современных лекарственных средств ( $p < 0,05$ ). Напряжение, вызванное работой, онкологи этой группы чаще пытались компенсировать занятием домашним хозяйством ( $p < 0,01$ ). В конфликтной ситуации, связанной с тем, что родственники высказывали недовольство ведением больного и имели нереальные ожидания от результатов лечения, онкологи чаще испытывали чувство тревоги, нервного напряжения ( $p < 0,02$ ), а также продолжали думать о трудном пациенте во вне рабочее время ( $p < 0,04$ ). Таким образом, использование активно-продуктивных копинг-стратегий, а именно анализ терапии и обращение за помощью, не предотвращало развитие выгорания. Это позволяет говорить о том, что формирование выгорания обусловлено взаимодействием ряда факторов, и в частности взаимным потенцированием неблагоприятных факторов производственной среды с используемыми копинг-стратегиями. Обращает на себя внимание то, что наличие конфликтов с больными в большей степени отражалось на таких параметрах выгорания, как «эмоциональное истощение» и «редукция профессиональных достижений». Это дополняет представление о причинах, лежащих в основе формирования указанных параметров. Использование опросника МВІ позволяло говорить о значимости для выгорания в первую очередь

таких факторов профессиональной деятельности как неудовлетворительные отношения с администрацией, недостаточный уровень социальной поддержки среди сотрудников, низкий контроль над рабочей ситуацией. Созданный нами оригинальный опросник оказался достаточно чувствительным инструментом, который наряду с МВИ, может быть рекомендован для оценки синдрома выгорания в профессиональной деятельности врачей.

Профессиональная деятельность психиатров сопряжена с возникновением различного рода дезадаптивных реакций, приводящих в ряде случаев к развитию синдрома выгорания. При этом они демонстрируют снижение самооценки с последующей неудовлетворенностью своими профессиональными достижениями, но для них менее характерно проявление отчужденного и дистанцированного отношения к пациентам и высокого уровня эмоционального истощения. Формирование различных параметров выгорания у психиатров детерминируют следующие причины: основу эмоционального истощения в значительной степени определяет взаимодействие нерационального руководства при недостаточном уровне социальной поддержки среди сотрудников и неудовлетворительной организации производственного процесса; основу деперсонализации – нарушение профессиональной идентичности; основу редукции профессиональных достижений – невозможность осуществления необходимого контроля за различными аспектами профессиональной деятельности при недостаточном уровне социальной поддержки со стороны администрации и сотрудников.

Достоверно значимыми для формирования выгорания у психиатров являются следующие аспекты профессиональной деятельности: недостаточный уровень социальной поддержки, отсутствие условий для повышения квалификации, недостаток положительной обратной связи, рутинный характер работы, чрезмерная ответственность, высокая нагрузка, недостаточный уровень персонального комфорта, нерациональная организация труда и рабочего времени сотрудников. Совладающее поведение врача определяется во многом спецификой заболеваний обслуживаемых ими больных. Наиболее стрессовыми в профессиональной деятельности врачей-психиатров оказались ситуации, связанные с отказом больного от лечения, а также при предъявлении родственниками нереальных ожиданий от результатов лечения. Конфликтные ситуации, возникающие между врачом и пациентом, имеют достоверно значимое влияние на параметры эмоционального истощения и редукции профессиональных достижений. Для психиатров характерно использование как активно-продуктивных, так деструктивных и дефицитарных вариантов копинг-стратегий. При этом использование деструктивных и дефицитарных вариантов копинг-стратегий не всегда приводит к развитию синдрома выгорания. Формирование выгорания обусловлено взаимодействием ряда причин, в частности взаимным потенцированием неблагоприятных факторов профессиональной среды с используемыми врачами копинг-стратегиями.

## **РАЗДЕЛ II. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ВЫГОРАНИЯ**

### **2.1. СПЕЦИФИКА ВЫГОРАНИЯ У ПЕДАГОГОВ И ГОССЛУЖАЩИХ**

#### **2.1.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ПЕДАГОГОВ**

*М.В. Борисова*

*Ярославский государственный педагогический университет*

*им. К.Д. Ушинского*

*Ярославль, Россия*

Проблема психологического благополучия учителя является одной из наиболее актуальных проблем современной педагогической психологии. В этой связи большое значение приобретает изучение синдрома выгорания, оказывающего негативное воздействие на психофизическое здоровье и эффективность деятельности специалистов, занятых в социальной сфере.

Анализ детерминант, обуславливающих возникновение и развитие синдрома выгорания, позволяет выделить объективные факторы, связанные с деятельностью, и субъективные – индивидуальные особенности личности профессионала, влияющие на процесс развития выгорания. К числу объективных факторов относят организационные и коммуникационные особенности профессиональной деятельности. В качестве субъективных факторов выступают особенности мотивационной и эмоциональной сфер личности.

Существующие исследования педагогической деятельности показали, что в ней представлены все основные психотравмирующие факторы, детерминирующие формирование синдрома выгорания [Вершловский 1983], [Маркова 1993].

Профессиональная деятельность педагога обладает рядом особенностей, позволяющих характеризовать ее как потенциально аффектогенную [Вершловский, Лисохина 1982]. Педагогический процесс включает в себя целую совокупность эмоциональных компонентов, которые играют значительную роль, определяя психическое состояние педагога, что в свою очередь влияет на эффективность учебно-воспитательной деятельности; труд педагога относится к числу наиболее напряженных в эмоциональном плане видов труда. Психическая напряженность педагогического труда обуславливается его спецификой, а именно особенностями трех основных структурных компонентов труда учителя – педагогической деятельности, педагогического общения и личности учителя [Кузьмина 1985], [Митина 1999],

[Прохоров 1990], [Сластенин 1976], [Сухомлинский 1984], [Щербаков 1976], [Якунин 1988] и др.

К особенностям педагогической деятельности, способствующим повышенному уровню нервно-психического напряжения, относятся:

- высокая социальная ответственность за результаты своих действий;
- информационные перегрузки в сочетании с дефицитом времени на усвоение и переработку непрерывно поступающих сведений;
- неопределенность возникающих педагогических ситуаций;
- необходимость быстрого принятия решений и их реализации при дефиците информации о случившемся;
- повседневная рутина, выражающаяся в стандартности, повторяемости элементов, высокой технологичности труда учителя;
- ролевая конфликтность;
- социальная оценка – необходимость являться объектом наблюдения и оценивания как со стороны учащихся так и со стороны администрации, а также представителей вышестоящих инстанций;
- организационные проблемы, включающие как несоответствующий научной организации труда режим деятельности, так и чрезмерную перегруженность учителей;
- отсроченность и относительность результатов своей деятельности.

Стрессогенными особенностями педагогического общения выступают:

- эмоциональный психологический климат – широко известно, что конфликтность весьма характерна для педагогических коллективов;
- необходимость осуществления частых и продолжительных контактов с людьми (так называемый фактор «пресыщения общением»);
- взаимодействие с различными социальными группами (учащиеся, их родители, коллеги, представители администрации);
- специфика «объекта» труда, проявляющаяся в его собственной активности.

К особенностям личности, обуславливающим эмоциональное неблагополучие педагогов, относятся:

- рассогласование мотивов личности и деятельности учителя;
- рассогласование между индивидуально-типологическими особенностями личности и характером педагогической деятельности.

Состояние эмоционального напряжения негативно влияет на личность учителя, и повторение таких состояний в педагогической деятельности может привести к формированию синдрома выгорания.

В настоящее время не существует четкого представления о роли тех или иных психологических детерминант в формировании синдрома выгорания у педагогов, что является необходимым условием для применения адекватных мер профилактики и коррекции данного феномена.

В этой связи актуальным представляется рассмотрение синдрома выгорания как некой динамичной многокомпонентной системы, опосредованной профессиональной деятельностью педагогов и в ней же проявляющейся. Системный анализ индивидуально-психологических и социально-психологических факторов, их взаимосвязей позволяет выявить наиболее существенные детерминанты формирования синдрома выгорания у педагогов, наметить основные направления профилактики и коррекции этого феномена, что имеет важное значение для решения задачи сохранения психологического здоровья учителей и повышения эффективности их деятельности.

Нами проведено исследование роли психологических детерминант в возникновении и развитии синдрома выгорания у педагогов.

Изучались субъективные (индивидуально-психологические) и объективные (социально-психологические) детерминанты выгорания (рис. 1).



Рис. 1. Психологические детерминанты выгорания у педагогов

Субъективные (индивидуально-психологические) детерминанты:

- нейротизм как показатель эмоциональной неустойчивости индивида, выраженной эмоциональной лабильности, неуравновешенности нервно-психических процессов, включающий в себя повышенную возбудимость, частые проявления реактивности и высокую степень откликаемости, низкий порог переживания дистресса и преобладание негативно окрашенных эмоциональных состояний;
- ценностно-мотивационные особенности личности педагога, в частности наличие рассогласований в ценностной сфере личности, выражающихся 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;
- особенности саморегуляции как общий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции эмоций и поведения, включающей в себя, в частности, умения и навыки планирова-

ния, моделирования, программирования, оценивания результатов своей деятельности и поведения, а также такие свойства личности, как гибкость (способность перестраивать систему саморегуляции в связи с изменением внешних и внутренних условий) и самостоятельность (развитость регуляторной автономности).

Объективные (социально-психологические) детерминанты:

- социально-психологический климат педагогического коллектива как интегральный показатель, включающий эмоциональный, поведенческий и когнитивный компоненты;
- особенности организации педагогической деятельности: ее регламентация, степень автономности педагога, характер распределения учебной нагрузки, стимулирования труда учителя, перспективы профессионального роста, включения педагога в управление учебным заведением.

В исследовании использовались следующие 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. В исследовании приняли участие педагоги общеобразовательных школ города Ярославля и Ярославской области (n=142).

В результате психодиагностического обследования у педагогов были выявлены:

- 1) достаточно высокий уровень выгорания, в структуре которого ведущую роль играет компонент профессиональной мотивации;
- 2) высокий уровень невротизации;
- 3) высокий уровень рассогласования значимых ценностей с возможностью их реализации в профессиональной деятельности;
- 4) средний уровень развития умений и навыков саморегуляции;
- 5) достаточно благоприятный социально-психологический климат;
- 6) удовлетворительный характер организации деятельности.

Сравнение 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, по показателю нейротизма и его качественным характеристикам – общей эмоциональности, робости и отсутствию контроля над эмоциями, показателям моделирования и гибкости саморегуляции, эмоциональному компоненту социально-психологического климата и показа-

телю стимулирования труда. Значимые различия ( $T=0,95$ ) выявлены по показателям оценивания результатов и общего уровня саморегуляции, поведенческому компоненту социально-психологического климата и характеристикам организации педагогической деятельности – автономности, распределению учебной нагрузки, профессиональному росту и включению в управление. Данные индивидуально-психологические и социально-психологические факторы обуславливают высокую степень выгорания, при этом превалирующую роль играет высокий уровень нейротизма и рас-согласованность ценностно-мотивационной сферы личности.

В результате корреляционного анализа были выявлены значимые связи показателей выгорания с индивидуально-психологическими и соци-ально-психологическими детерминантами. Обнаружены значимые корреляции между индексом психического выгорания и нейротизмом ( $r = 0,71$ ); эмоциональной возбудимостью ( $r = 0,52$ ) и ее качественными характери-стками – общей эмоциональностью ( $r = 0,44$ ), робостью ( $r = 0,40$ ), отсут-ствием контроля над эмоциями ( $r = 0,44$ ); компонентами моделирования ( $r = -0,42$ ), программирования ( $r = -0,22$ ), оценки результатов ( $r = -0,24$ ), гибкости ( $r = -0,32$ ) и общим уровнем саморегуляции ( $r = -0,29$ ); терми-нальными ( $r = 0,76$ ) и инструментальными ценностями ( $r = 0,64$ ); эмоцио-нальным ( $r = 0,33$ ), поведенческим ( $r = 0,27$ ) компонентами и суммарным показателем социально-психологического климата ( $r = 0,24$ ); характери-стками организации деятельности – стимулированием труда ( $r = -0,32$ ), профессиональным ростом ( $r = -0,23$ ), включением в управление ( $r = -0,27$ ), автономностью ( $r = -0,20$ ) и распределением нагрузки ( $r = -0,18$ ), а также экстраверсией ( $r = -0,19$ ) и психотизмом ( $r = 0,20$ ).

В отношении структурных компонентов синдрома выгорания выяв-лены следующие связи (рис. 2).

Шкала психоэмоционального истощения связана с показателем ней-ротизма ( $r = 0,71$ ); эмоциональной возбудимостью ( $r = 0,53$ ); экстраверсией ( $r = -0,19$ ); показателями моделирования ( $r = -0,43$ ), программирования ( $r = -0,24$ ), оценки результатов ( $r = -0,19$ ), гибкости ( $r = -0,39$ ), и общим уровнем саморегуляции ( $r = -0,31$ ); показателями терминальных ( $r = 0,64$ ) и инструментальных ( $r = 0,54$ ) ценностей; эмоциональным ( $r = 0,32$ ) и по-веденческим ( $r = 0,19$ ) компонентами социально-психологического клима-та; показателями автономности ( $r = -0,20$ ), распределения нагрузки ( $r = -0,25$ ), стимулирования труда ( $r = -0,30$ ), профессионального роста ( $r = -0,18$ ) и включения в управление ( $r = -0,28$ ).

Установлены значимые корреляции шкалы личностного отдаления с показателем нейротизма ( $r = 0,64$ ); экстраверсии ( $r = -0,21$ ) и психотизма ( $r = 0,21$ ); эмоциональной возбудимостью ( $r = 0,48$ ), общей эмоциональ-ностью ( $r = 0,39$ ), робостью ( $r = 0,39$ ), отсутствием контроля над эмоциями ( $r = 0,41$ ); показателями моделирования ( $r = -0,44$ ), программирования ( $r = -0,19$ ), оценки результатов ( $r = -0,25$ ), гибкости ( $r = -0,33$ ) и общим уровнем

саморегуляции ( $r = -0,29$ ); показателями терминальных ( $r = 0,69$ ) и инструментальных ( $r = 0,60$ ) ценностей; эмоциональным ( $r = 0,30$ ), поведенческим ( $r = 0,24$ ) компонентами и суммарным показателем социально-психологического климата ( $r = 0,26$ ); признаками автономности ( $r = -0,19$ ), стимулирования труда ( $r = -0,28$ ), профессионального роста ( $r = -0,19$ ) и включения в управление ( $r = -0,26$ ).

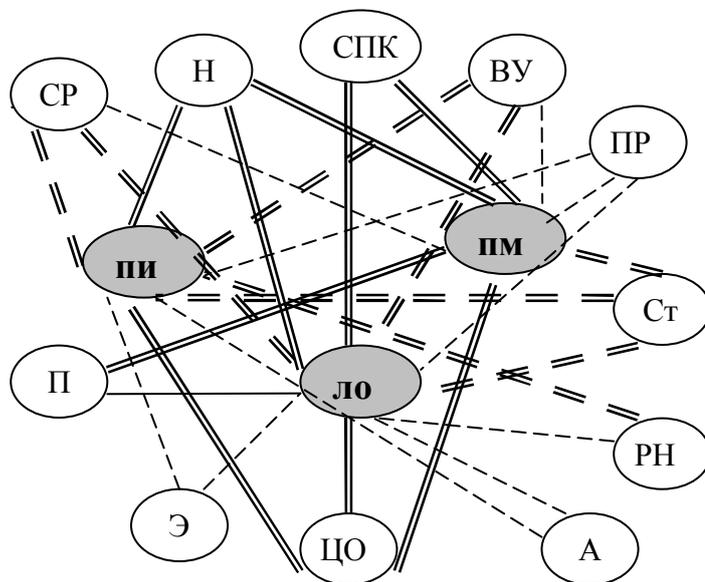


Рис. 2. Структурограмма корреляционных связей компонентов выгорания с индивидуально- и социально-психологическими детерминантами

- ===== связь на уровне значимости = 0,99;
- ==== связь на уровне значимости = 0,95;
- == = отрицательная связь на уровне значимости = 0,99;
- отрицательная связь на уровне значимости = 0,95.

Шкала профессиональной мотивации значимо коррелирует с нейротизмом ( $r = 0,59$ ), психотизмом ( $r = 0,24$ ), общей эмоциональностью ( $r = 0,29$ ), робостью ( $r = 0,30$ ), отсутствием контроля над эмоциями ( $r = 0,44$ ) и эмоциональной возбудимостью ( $r = 0,41$ ); показателями саморегуляции – моделированием ( $r = -0,24$ ), оценкой результатов ( $r = -0,21$ ) и общим уровнем саморегуляции ( $r = -0,18$ ); показателями терминальных ( $r = 0,74$ ) и инструментальных ценностей ( $r = 0,65$ ); эмоциональным ( $r = 0,31$ ), поведенческим ( $r = 0,26$ ) компонентами и суммарным показателем социально-психологического климата ( $r = 0,26$ ); показателями стимулирования труда ( $r = -0,28$ ), профессионального роста ( $r = -0,21$ ) и включения в управление ( $r = -0,19$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что у педагогов с повышенной эмоциональной возбудимостью, неуравновешенностью нервных процессов, работающих в условиях постоянного эмоционального напряжения, может развиваться истощение энергетических ресурсов, личностное отстранение и снижение профессиональной мотивации. Эмоциональная возбудимость (нейротизм), характеризующаяся частотой проявле-

ния реактивности и высокой степенью откликаемости, низким порогом переживания дистресса, имеет сильную взаимосвязь со всеми компонентами синдрома выгорания. Учителя, имеющие такие психодинамические характеристики, имеют повышенную склонность к развитию выгорания.

Достоверные отрицательные связи между показателями саморегуляции и всеми компонентами синдрома выгорания свидетельствуют о том, что чем лучше развиты у педагогов представления о системе внешних и внутренних условий деятельности, умения программирования своих действий и поведения, адекватность самооценки и результатов своей деятельности, чем выше уровень развития регуляторной гибкости (способности перестраивать систему саморегуляции в связи с изменением внешних и внутренних условий деятельности) и, в целом, выше уровень сформированности навыков и умений осознанной саморегуляции, тем ниже будет уровень выгорания. Значимые связи между показателями ценностно-мотивационной сферы и компонентами выгорания свидетельствуют о том, что рассогласование в ценностной сфере педагога (значимость жизненных ценностей и целей не совпадает с возможностью их реализации в профессиональной деятельности) вызывает интенсивные отрицательные эмоциональные переживания, приводящие, в конечном счете, к психоэмоциональному истощению. Невозможность найти субъективно-значимый смысл в работе приводит к личностному отдалению от субъектов деятельности и снижению профессиональной мотивации. Значимые обратные корреляции между удовлетворенностью социально-психологическим климатом и шкалами личностного отдаления, профессиональной мотивации и индексом выгорания позволяют утверждать, что благоприятный социально-психологический климат школьного коллектива снижает вероятность выгорания, качественно улучшает и интенсифицирует взаимоотношения с коллегами, способствует активной включенности учителя в педагогический процесс. Значимые обратные корреляции компонентов выгорания с организационными показателями демонстрируют то, что стимулирование труда учителя, реальные перспективы повышения квалификации и продвижения по службе, возможность активного включения в управление учебным заведением, автономность в осуществлении деятельности, равномерное распределение учебной нагрузки, возможность выбрать удобный темп и ритм работы позитивно влияют на эмоциональную сферу педагога, снижая тем самым риск развития выгорания. Значимые корреляции между индексом выгорания и экстраверсией свидетельствуют о том, что интровертированные, малообщительные, сдержанные люди имеют более выраженную тенденцию к развитию выгорания, и в первую очередь таких его компонентов как психоэмоциональное истощение и личностное отдаление. Выраженная интровертированность, характеризующаяся спокойствием, склонностью к уединению, дистанцированностью в общении, стремлением к упорядоченности, не соответствует интенсивной, насыщенной разнооб-

разными событиями и эмоциями, связанной с необходимостью активной коммуникации, как по горизонтали, так и по вертикали, педагогической деятельности. Такое несоответствие может привести к эмоциональному истощению, психофизическому утомлению и стремлению уменьшить количество контактов или личностно отдалиться от общения путем объективации своих коллег и учеников. Все структурные компоненты синдрома выгорания тесно связаны с индивидуально-психологическими особенностями педагогов (нейротизмом и рассогласованием в ценностно-мотивационной сфере значимых ценностей с возможностью их реализации в профессиональной деятельности), а также с эмоциональным компонентом социально-психологического климата коллектива и стимулированием труда учителя, что позволяет выделить их в качестве основных факторов, обуславливающих возникновение и развитие выгорания.

В результате факторного анализа выявлено шесть ортогональных факторов. С наибольшим факторным весом выделился системообразующий фактор выгорания, в структуру которого в качестве основных компонентов входят все компоненты синдрома выгорания, а также ценностно-мотивационные особенности педагогов (терминальные и инструментальные ценности) и нейротизм. Средний факторный вес обнаруживает показатель отсутствия контроля над эмоциями. Низкий уровень значимости связи с фактором выгорания выявлен по показателям общей эмоциональности, эмоциональной возбудимости, шкалам моделирования, программирования и гибкости, поведенческому компоненту социально-психологического климата, показателям стимулирования и профессионального роста. Также выделились организационно-деятельностный, саморегулятивный, социально-психологический, экстернальный и эмоциональный факторы.

Таким образом, системными детерминантами синдрома выгорания у педагогов являются субъективные индивидуально-психологические особенности. Во-первых, наличие рассогласования в ценностно-мотивационной сфере учителя, в частности невозможность реализации в профессиональной деятельности жизненных смыслообразующих ценностей и значимых свойств личности, типов поведения и предпочтительного образа действий; а во-вторых – высокий уровень нейротизма (эмоциональной неустойчивости личности как психодинамической характеристики). Значимыми детерминантами выгорания выступают: неумение контролировать эмоциональное состояние, неразвитость навыков моделирования значимых для достижения цели условий, программирования своих действий, недостаточная гибкость саморегуляции. К числу объективных социально-психологических факторов, способствующих выгоранию, можно отнести неудовлетворенность взаимоотношениями внутри коллектива, низкий уровень автономности в деятельности, недостаточное стимулирование труда, неравномерное распределение нагрузки, неясные перспективы профессионального роста и слабые возможности включения в управление.

## **2.1.2. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕССА И РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГОВ**

*С.Б. Величковская*

*Московский государственный лингвистический университет  
Москва, Россия*

Стресс является спутником практически любого вида деятельности, а не только «экстремальных профессий», что связано с существенным изменением содержания многих видов труда и повышенной динамичностью трудовых ситуаций, в которых работает современный человек. Исследователями большое внимание уделяется особенностям условий труда и организаций, в рамках которых функционирует персонал, что определяет содержательный контекст и интенсивность рабочих нагрузок [Бодров 2000], [Купер, Маршалл 1995], [Леонова 2004], [Quick et al. 1997], [Skovholt 2001], [Warr 1994], [Williams, Cooper 2002] и др. Подчеркивается, что их несоответствие внутренним ресурсам служащих приводит к повышению стрессогенности профессиональной ситуации в целом и, как следствие, к нарастанию напряженности труда [Занковский 1991], [Касл 1995], [Мотовилина 2003], [Cooper et al. 2001], [Wainwright, Calhan 2002]. Выделены разные формы острых стрессовых состояний и их фиксации в виде устойчивых нарушений психического здоровья, в частности, различных форм дезорганизации индивидуального и группового поведения, а также характерных профессионально-личностных деформаций и психосоматических расстройств [Березин 1986], [Бодров 1995]. При этом отмечается, что многие специалисты, работая в тех же условиях, сохраняют хорошее самочувствие и стабильное эмоциональное состояние, продолжают профессионально развиваться и накапливают ценный опыт способов преодоления сложных ситуаций [Бодров 2000], [Дикая 1985, 1999], [Кабаченко 2003].

Степень выраженности и своеобразия проявлений стресса у конкретного человека тесно связаны с его индивидуальным опытом, особенностями эмоционально-личностной сферы, а также контекстом групповых и организационных взаимодействий, в котором осуществляется его профессиональная деятельность [Бодров 1995], [Китаев-Смык 1983], [Кокс, Маккей 1995], [Леонова 2000], [Макмихаэл 1995], [Donham et al. 1983], [Laux, Vossel 1982], [Moos, Swindle 1990] и др. В настоящее время отмечается явный дефицит конкретных исследований, связанных с анализом специфических видов профессиональной деятельности и условий ее реализации в современных условиях. В ряд малоизученных с этой точки зрения профессий попадает и профессия педагога, в том числе и педагогов, осуществляющих обучение иностранному языку (ИЯ). Общеизвестно, что профессия педа-

гога является одним из наиболее интеллектуально и эмоционально напряженных видов труда. К педагогам в значительно большей степени, чем к представителям других профессий типа «человек-человек», предъявляются повышенные требования со стороны социума в условиях неадекватной, часто заниженной социальной и материальной оценке труда, что приводит к падению престижа профессии, «оттоку кадров», количественному и качественному снижению уровня жизни специалистов данного профиля. К факторам, способствующим повышенной мобилизации внутренних ресурсов педагогов в процессе реализации педагогической деятельности, следует в первую очередь отнести многообразие функций и нагрузок, специфику педагогического общения, затрудненность адекватной оценки достигнутых результатов, организационный и социально-экономический контекст выполнения профессиональных обязанностей. Процесс педагогического общения оценивается как фактор повышенной напряженности в силу того, что «субъект-субъектное взаимодействие с неравной долей ответственности сторон за позитивный результат этого взаимодействия при неконтролируемой суммации действия стрессоров разного порядка и в условиях эмоционального заряжения» [Захаров 1994: 176]. Специфические черты педагогического общения выступают в качестве базовой причины возникновения фрустрации, конфликтов и провоцируют развитие синдрома выгорания [Заремба 1982], [Митина 1998], [Cole, Walker 1983], [Kyriacou 1987], [Skovholt 2001].

Существенными являются и индивидуально-психологические факторы, отражающие высокую мотивационную и личностную включенность специалиста в педагогический процесс, разнообразие форм эмоционального реагирования и формирование различных проявлений психологической дезадаптации как следствия длительного переживания стресса. Рассматривая через призму особенностей деятельности учителей ИЯ, можно проследить влияние этого комплекса факторов на успешность профессиональной адаптации и развитие негативных последствий стресса у этой категории педагогов. Важным является вопрос о том, какие индивидуальные характеристики педагогов обуславливают формирование продуктивных или деструктивных форм психологической адаптации. Такими причинами могут быть самые разнообразные индивидуальные особенности – от свойств темперамента и типологических особенностей до системных качеств личности (таких, например, как стрессоустойчивость).

Из наиболее часто упоминаемых в литературе факторов, повышающих психическую напряженность преподавательской деятельности, в первую очередь отмечается стаж педагогической деятельности. Исследователи выделяют два основных кризиса, во время которых педагоги особенно подвержены влиянию стресса:

а) кризис адаптации к профессии (1–3 года), вызванный отсутствием опыта или неверным выбором профессии;

б) «педагогический» кризис у педагогов со стажем 10–15 лет, который обусловлен рутинной работой, отсутствием возможности профессионального роста, низкой удовлетворенностью трудом [Львова 1992], [Подымов 1998], [Прохоров 1998], [Сыманюк 2003].

На стрессоустойчивость педагогов влияют также другие факторы, связанные с эффективностью педагогической деятельности, – профессиональный опыт [Баранов 1997], [Мильруд 1987], мотивация к педагогической деятельности [Реан, Баранов 1997], [Рейковский 1979], системность и востребованность знаний [Карпова 1984], владение навыками педагогического общения [Митина, Асмаковец 2001]. Смысловым ядром педагогической направленности деятельности учителя является эмоционально-ценностное отношение к профессии, включающее как компонент педагогических способностей, так и рефлексивное управление развитием учащихся [Баранов 1997], [Митина 1998]. Как базовое образование мотивационной структуры личности педагога, ее можно считать одним из главных факторов, определяющих устойчивость учителей к стрессу. Условия и организационные формы реализации педагогической деятельности влияют на возможность полноценного воплощения педагогической направленности в реальный процесс обучения и воспитания. Такие факторы, как тип образовательного учреждения (школа, вуз, колледж), а также удовлетворенность трудом, в конкретных условиях относятся к важным факторам, влияющим на развитие стресса.

В данном исследовании мы остановились на анализе влияния тех профессионально обусловленных характеристик, которые отражают степень овладения профессией педагога, условия и организационные формы реализации педагогической деятельности. Внешним проявлениям этих характеристик соответствуют стаж работы по специальности (или этап профессионализации) и тип образовательных учреждений (школа и вуз), в которых работают педагоги.

Также представляется важным детально рассмотреть основные формы психологической дезадаптации на личностном уровне, возникающие вследствие длительного переживания стресса – типичные для педагогической деятельности. Особое место среди изучаемых проблем педагогической деятельности в последнее время занимает синдром выгорания [Рогинская 2002], [Рукавишников 2001], [Cole, Walker 1983], [Kyriacou 1987]. Синдром выгорания является характерным для социальных профессий, связанных в первую очередь с межличностным взаимодействием. Данный синдром включает не только симптомы неблагополучного физического и психического здоровья, но и признаки профессиональной деформации – неудовлетворенность профессиональной деятельностью, обезличивание других людей (с ориентацией на их типизацию). Т.И. Рогинская полагает, что около 30 % учителей (независимо от пола, возраста и страны проживания) характеризуются выраженными признаками выгорания, т.е. проявля-

ют сниженные способности к конструктивному решению профессиональных проблем, отказываются от деятельности в ситуации неудач и т.п. [Ронгинская 2002]. К профессиональным деформациям педагогов относят также излишнюю стереотипность, педагогическую индифферентность, авторитарность, догматизм [Кожевникова 2000].

В нашей работе для оценки синдрома выгорания была использована методика «Профессиональное выгорание» (ПВ) [Водопьянова 2001].

Опросник «Степень хронического утомления» [Леонова, Капица 2003] использовался нами для определения другого типа негативных последствий стресса в деятельности педагогов – общей астенизации, отражающей степень истощения психосоматических ресурсов человека. Данная методика предназначена для диагностики доклинических степеней хронического утомления, которое при накоплении может переходить на уровень патологических состояний и психосоматических заболеваний, требующих уже медицинского вмешательства [Леонова 1984]. Использование данной методики дает возможность оценить те стадии развития хронического утомления, которые негативно влияют на эффективность деятельности и существенно снижают ресурсы психологической адаптации до начала потери трудоспособности. Оцениваемые признаки хронического утомления по своему содержанию часто близки к симптоматике начальных проявлений синдрома выгорания. Ухудшение общего самочувствия и физиологический дискомфорт соотносимы с уровнем физического истощения, сдвиги в эмоциональной сфере и аффективной окраске деятельности – с компонентом эмоционального истощения, а изменения мотивации и межличностных отношений создают благоприятную почву для утраты интереса к другим людям, трудностей в общении, т.е. деперсонализация окружения. Близость понятий «выгорание» и «синдром хронической усталости» отмечают в своих работах многие исследователи [Водопьянова, Старченкова 2001], [Величковская 2004], [Форманюк 1994], вместе с тем это разные психологические феномены. Формирование синдрома выгорания – это путь к потере профессиональной квалификации и финальной депрессивной невротизации личности, а развитие хронического утомления ведет к развитию соматических патологий и потери трудоспособности в области физического здоровья. Использование двух разных методик представляется важным для четкого различения типичного для педагогической деятельности вида профессионально обусловленных личностных деформаций от других форм негативных последствий длительного переживания стресса – прежде всего от не менее характерного для педагогов состояния хронического утомления, непосредственно приводящего к соматизации признаков психофизиологического истощения и нарушениям физического здоровья.

Всего в обследовании приняли участие 62 педагога, преподающих ИЯ в вузах (28 человек) и средних школах (34 человека) г. Москвы. Они сформировали группы, различающиеся содержанием и условиями реали-

зации педагогической деятельности в образовательных учреждениях разного типа. Возраст обследованных преподавателей варьировал от 20 до 78 лет (в среднем 39,9 года), в их состав вошли 58 женщин и 4 мужчины. Диапазон общего стажа работы опрошенных составил от 1 года до 50 лет (средний стаж работы – 18 лет). При этом педагогический стаж работы по специальности колебался от 2 месяцев до 50 лет (средний стаж работы по специальности – 14 лет).

Накопление эффектов длительного переживания стресса у преподавателей и учителей ИЯ исследовалось, прежде всего, в отношении появления признаков хронического утомления или устойчивого психофизиологического истощения, сильная степень которого является переходной стадией к развитию астенического синдрома, психосоматических заболеваний и др. Было установлено, что по среднегрупповым данным у обследованного контингента педагогов наблюдается начальная степень развития хронического утомления, еще не являющаяся патологическим состоянием (табл. 1).

Таблица 1

Степень хронического утомления у преподавателей и учителей ИЯ

Показатели	Вся выборка	Преподаватели вуза	Учителя школы
Общий индекс хронического утомления	Начальная степень (24,0 балла)	Начальная степень (19,4 балла)	Выраженная степень (28,2 балла)
<b>Структурные компоненты синдрома</b>			
Общее самочувствие и нарушения когнитивного функционирования	37,7 %	27,0 %	47,1 %
Физиологический дискомфорт	33,3 %	29,3 %	37,5 %
Эмоциональный дискомфорт	35,8 %	30,9 %	40,7 %
Сдвиги в мотивации и сфере общения	21,6 %	15,6 %	26,5 %

Симптоматика хронического утомления достаточно равномерно распределена между тремя компонентами в синдроме этого состояния – «общим самочувствием и нарушением когнитивного функционирования», «физиологическим дискомфортом» и «эмоциональным дискомфортом» – и описывает более 1/3 характерных для каждого компонента признаков. Несколько меньше представлены проявления по комплексу характерных сдвигов в мотивации к деятельности и в сфере общения (всего около 1/5 от общего числа симптомов). Однако за усредненными данными по всей выборке обнаруживаются существенные различия как в степени развития, так

и в структуре проявлений хронического утомления у преподавателей и учителей ИЯ. В группе преподавателей вуза наблюдается начальная степень развития этого состояния, причем на первом месте стоят признаки физиологического и эмоционального дискомфорта. Симптоматика снижения мотивации к деятельности и нарушений в сфере общения выражена в наименьшей степени. Иная картина является характерной для группы школьных учителей. У них выявлена выраженная степень хронического утомления. При этом наибольшее отклонение от нормативных значений обнаружено по компоненту «Снижение общего самочувствия и нарушения когнитивного функционирования», по которому отмечается более 45 % типичных признаков. Около 40 % характерных симптомов отмечается по комплексу проявлений эмоционального и физиологического дискомфорта. Как и в предыдущем случае, наименьшее значение имеет показатель «снижение мотивации к деятельности и нарушения в сфере общения». Однако и этот показатель у школьных учителей выражен гораздо более сильно (отмечается более 25 % симптомов).

Описанные на качественном уровне различия отчетливо проявляются в результатах статистического анализа (табл. 2 и рис. 1).

Таблица 2

Сравнительная характеристика симптоматики хронического утомления в группах преподавателей и учителей ИЯ  
(по данным однофакторного дисперсионного анализа,  $df=1/61$ )

Показатели	Преподаватели вузов	Учителя в школе	F	Уровень значимости
Общий индекс	19,4 (12.10)	28,2 (14.28)	5,39	$p \leq 0,05$
Общее самочувствие и психологический дискомфорт	27,0 (24.66)	47,1 (20.80)	6,94	$p \leq 0,01$
Физиологический дискомфорт	29,3 (19.20)	37,5 (23.68)	2,12	–
Эмоциональный дискомфорт	30,9 (30.21)	40,7 (27.81)	1,74	–
Сдвиги в мотивационной сфере	15,6 (8.26)	26,5 (10.59)	2,97	$p \leq 0,05$

Примечание: в столбцах указаны средние значения индексов в баллах и  $\sigma$  (в скобках).

Группа преподавателей вузов относительно благополучна, так как общий индекс хронического утомления у них ненамного превышает норму (18 баллов). Основной комплекс реализующих педагогическую деятельность процессов – когнитивное функционирование и мотивационная направленность деятельности – в этой группе остается сохранным. Изменения затрагивают процессы эмоциональной и психофизиологической регу-

ляции деятельности, что соответствует начальному этапу дезорганизации в общей структуре функционального обеспечения деятельности.

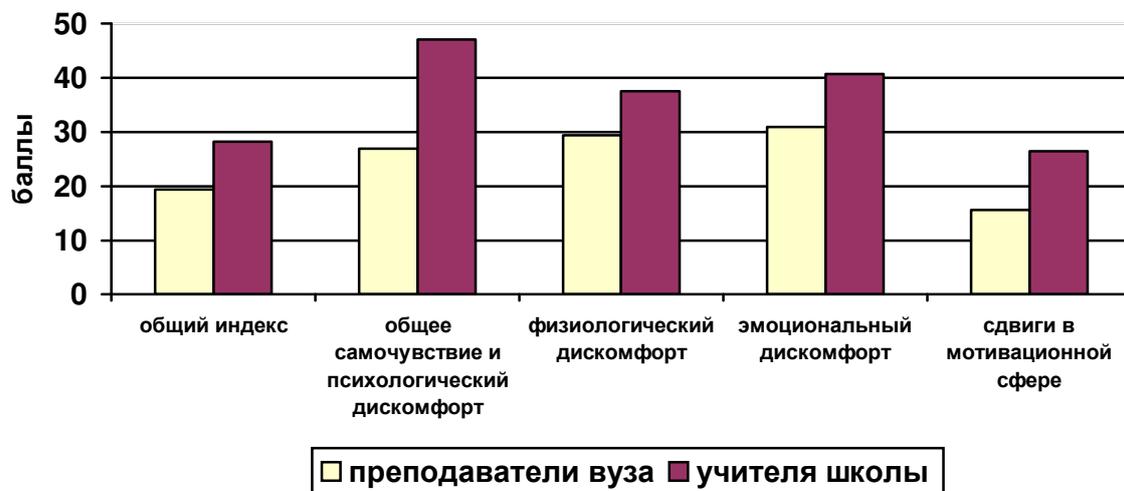


Рис. 1. Выраженность симптоматики хронического утомления в группах преподавателей и учителей ИЯ

Группа школьных учителей находится в гораздо более неблагоприятной ситуации. Выявленная у них выраженная степень хронического утомления приближается к переходу к стадии пограничных состояний, являющихся серьезной угрозой здоровью. При этом в группе учителей возникают проблемы с психологическими процессами, непосредственно реализующими деятельность, – функциями внимания, памяти, мышления на фоне переживания общей психической ослабленности. Это дополняется более отчетливыми признаками снижения мотивационной направленности на деятельность вследствие постоянного ощущения «нехватки сил». Поэтому данный комплекс проявлений хронического утомления соответствует более серьезным нарушениям в структуре функционального обеспечения деятельности. В нем отражаются характерные признаки астенизации психологических и энергетических ресурсов, приводящих к снижению эффективности деятельности.

Нами был проведен анализ показателей синдрома выгорания и дана сравнительная характеристика выраженности его основных компонентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что как для всего обследованного контингента, так и для педагогов, преподающих в вузе и школе, характерна выраженная или высокая степень всех компонентов этого синдрома (табл. 3).

По шкалам «эмоционального истощения» и «деперсонализации» у педагогов обнаружена выраженная степень выгорания, а по шкале «редукция личных достижений» – высокая, т.е. последний показатель, отражающий низкую самооценку своих возможностей – отсутствия перспектив будущего развития и других депрессивных проявлений – оказывается самым сильным проявлением личностного неблагополучия.

Таблица 3

Степень развития синдрома выгорания у преподавателей и учителей ИЯ

Показатели шкал	Вся выборка	Преподаватели вуза	Школьные учи- теля
Эмоциональное истощение	выраженная (22,8 балла)	выраженная (21,2 балла)	выраженная (24,1 балла)
Деперсонализация	выраженная (9,4 балла)	выраженная (9,6 балла)	выраженная (9,7 балла)
Редукция личных достижений	высокая (31,0 балла)	высокая (31,3 балла)	высокая (30,8 балла)

Данные сравнительного анализа симптомов выгорания в разных группах педагогов представлены в табл. 4 и рис. 2.

Таблица 4

Сравнительная характеристика симптомов выгорания в группах преподавателей вуза и учителей ИЯ

Показатели шкал	Преподаватели вузов	Школьные учителя	F	Уровень значимости
Эмоциональное истощение	21,2 (7,04)*	24,1 (7,85)	2,29	$p \leq 0,1$
Деперсонализация	9,6 (3,45)	9,7 (3,52)	0,52	–
Редукция личных достижений	31,3 (5,54)	30,8 (4,92)	0,18	–

Примечание: в столбцах указаны средние значения индексов в баллах и  $\sigma$  (в скобках).

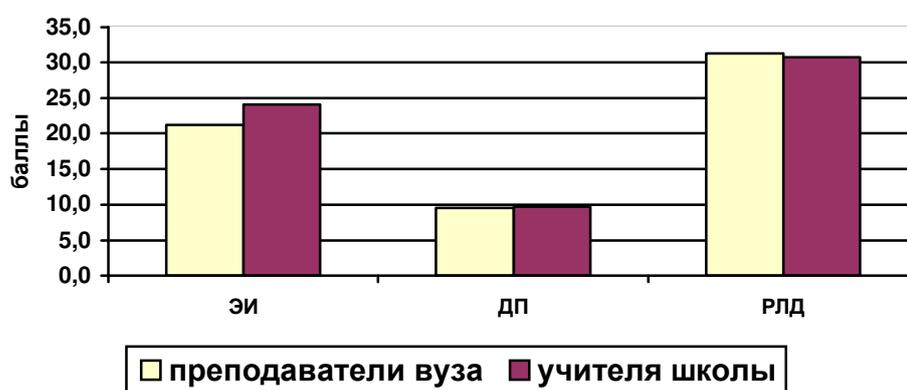


Рис. 2. Выраженность симптомов выгорания в группах преподавателей и учителей ИЯ

Обе группы характеризуются выраженным уровнем деперсонализации и эмоционального истощения, причем по последнему компоненту существуют значимые различия: группа школьных учителей более подвержена эмоциональному истощению, чем специалисты, работающие в вузах. Предрасположенность к редукции личных достижений также проявляется в большей степени у преподавателей средней школы.

Несколько различается структура проявлений синдрома выгорания у преподавателей вузов и школьных учителей, полученных в результате факторизации пунктов опросника ПВ (табл. 5).

Таблица 5

Структура признаков выгорания в группах преподавателей и учителей ИЯ

А. Преподаватели вузов		
Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Активность и социальная компетентность Вес – 3,51 % дисперсии – 35,1	Эмпатия  Вес – 2,03 % дисперсии – 20,4	Эмоциональная и физическая истощенность Вес – 1,55 % дисперсии – 15,5
П.19. Много успеваю сделать (0,89) П.7. Правильное решение в конфликтной ситуации (0,79) П.18. Легкость в общении с людьми (0,71) П.12. Много планов на будущее (0,55)	П.9. Положительное влияние на работу других (0,87) П.4. Понимание, что чувствуют ученики и коллеги (0,76) П.17. Создание атмосферы доброжелательства (0,72)	П.16. Желание уединиться и отдохнуть от всех (0,80) П.2. Чувство «выжатого лимона» (0,76) П.1. Энергичность и эмоциональный подъем (– 0,67)
Б. Школьные учителя		
Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Профессиональная продуктивность Вес – 3,31 % дисперсии – 33,2	Эмпатия  Вес – 1,34 % дисперсии – 13,5	Энергичность и эмоциональная вовлеченность Вес – 1,14 % дисперсии – 11,5
П.18. Легкость в общении с людьми (0,87) П.19. Много успеваю сделать (0,78) П.17. Создание атмосферы доброжелательства (0,67) П.7. Правильное решение в конфликтной ситуации (0,63)	П.9. Положительное влияние на работу других (0,81) П.12. Много планов на будущее (0,57) П.4. Понимание, что чувствуют ученики и коллеги (0,51)	П.16. Желание уединиться и отдохнуть от всех (–0,59) П.1. Энергичность и эмоциональный подъем (0,50) П.2. Чувство «выжатого лимона» (– 0,53) П.12. Много планов на будущее (0,53)

В группе преподавателей она в большей степени отражает эмоциональные и социальные компоненты регуляции деятельности, а у школьных учителей – погруженность в профессиональный труд.

Более выраженная предрасположенность к развитию выгорания в группе школьных учителей может быть связана с особенностями стресс-факторов, присущих их труду, и большим разнообразием переживаемых

ими состояний сниженной работоспособности, помимо стресса, включающих психическое пресыщение и монотонию [Величковская 2005].

Различный контекст условий труда и содержания педагогической деятельности в высшей и средней школе обуславливает специфику проявлений стресса с точки зрения различия в формировании негативных последствий стресса для личностного благополучия педагогов. Относительно «благополучная» группа преподавателей вузов демонстрирует глубокое переживание стрессовых ситуаций в своей деятельности, реализуемой в состоянии психической напряженности, что может приводить к возникновению таких негативных тенденций, как эмоциональное истощение, деперсонализация контактов с учащимися, редукция личных достижений. Группа учителей, преподающих в школе, характеризуется большим числом симптомов стресса, чем группа вузовских коллег. К ним относятся не только проявления синдрома выгорания, но и наличие признаков астенизации вследствие хронической усталости.

Процесс профессионального развития личности педагога трактуется как формирование адекватной педагогической направленности, компетентности, социально значимых и профессионально важных качеств, их интеграции, готовности к постоянному росту, поиску оптимальных приемов качественного и творческого выполнения деятельности [Зеер 1988], [Маркова 1996], [Сыманюк 2004]. В отечественной психологии особое внимание уделяется не столько результативной стороне деятельности, сколько этапам профессионально-личностного развития педагога, т.е. вопросам периодизации и соответствующим им кризисным или переходным периодам. Мы использовали предложенные классификационные схемы для обоснованного выделения подгрупп педагогов по стажу работы с точки зрения их отнесенности к определенному этапу профессионального развития [Величковская 2005], [Маркова 1996], [Сыманюк 2004]. Этапы профессионализации в каждой из выделенных подгрупп по стажу работы можно охарактеризовать следующим образом:

1 подгруппа: стаж работы от 0 до 4-х лет, средний возраст 24,3 года ( $\sigma = 3,0$  года) – это начинающие педагоги, находящиеся на стадии профессиональной адаптации или вхождения в профессию, с частичным выходом на этап первичной профессионализации. Возможен кризис несоответствия профессиональных ожиданий и педагогической реальности.

2 подгруппа: стаж от 5-ти до 9-ти лет, средний возраст 34,7 лет ( $\sigma = 8,5$  лет) – относительно молодые специалисты, прошедшие этап профессиональной адаптации и находящиеся в заключительной фазе стадии первичной профессионализации и, главным образом, на стадии вторичной профессионализации. Они характеризуются хорошим овладением профессиональными знаниями и умениями, ростом профессионального мастерства. Возможны проявления кризисов профессионального роста и профессиональной карьеры.

3 подгруппа: стаж от 10-ти до 19-ти лет, возраст 40,4 года ( $\sigma = 4,9$  лет) – зрелые, творчески активные профессионалы, в значительной степени достигшие стадии мастерства. Профессиональная самоактуализация личности приводит к неудовлетворенности собой, окружающими людьми, обстоятельствами и выполняемой профессиональной ролью. Данный кризис не относится к нормативным, т.к. не каждый профессионал способен подняться на уровень мастерства [Климов, 1988], [Сыманюк, 2004].

4 подгруппа: стаж 20 и более лет, возраст 56,6 лет ( $\sigma = 9,4$  года). Состав подгруппы смешанный, в нее входят педагоги не достигшие, и достигшие пенсионного возраста, но не планирующие прекратить педагогическую деятельность. Общим для данной группы является профессиональная зрелость, реализованность себя как личности и профессионала, достижение определенного социально-профессионального статуса.

Между выделенными подгруппами педагогов было проведено сравнение по набору основных показателей диагностических методик, использованных в нашем исследовании. Как видно из полученных результатов, достоверные различия между подгруппами выявлены по целому ряду показателей (табл. 6 и рис. 3, 4). К ним относятся изменения значений и показателей по двум компонентам синдрома выгорания – эмоционального истощения и деперсонализации, а также общему индексу хронического утомления, преимущественно со стороны симптоматики физиологического и эмоционального дискомфорта. Выявленные значимые тенденции нельзя охарактеризовать как однонаправленную динамику, отражающую простое повышение или снижение значений показателей по мере увеличения стажа работы. Проявления стресса не являются результатом простого накопления негативных эффектов в процессе длительного выполнения педагогической деятельности. Максимальные значения или «пики» по разным показателям приходятся на разные этапы профессионализации, что свидетельствует о наличии специфичных для каждой стадии симптомов негативного воздействия стресса. В подгруппе 1 представлена в умеренной степени симптоматика по компонентам эмоционального истощения и деперсонализации с наиболее высоким показателем по шкале редукции личных достижений. Проявления хронического утомления фактически отсутствуют, находясь на границе нормы в начальной стадии развития этого состояния, и являются самыми низкими среди всех сравниваемых подгрупп.

У представителей подгруппы 2 самые высокие показатели по таким аспектам выгорания, как эмоциональное истощение и деперсонализация с выраженной тенденцией к редукции личных достижений, что позволяет выделить их в отдельную «группу риска», наиболее предрасположенную к развитию этого синдрома. Эта группа характеризуется также наличием выраженной степени хронического утомления, в частности повышенной соматической астенизацией и сильным эмоциональным дискомфортом.

Таблица 6

Сравнение интенсивности негативных проявлений у подгрупп педагогов с различным стажем работы

(по данным однофакторного дисперсионного анализа,  $df = 1/62$ )

Показатели методик	Подгруппа				F	P
	1	2	3	4		
<b>Уровень выгорания</b>						
Эмоциональное истощение	21,0	26,0	23,5	19,6	2,73	$\leq 0,05$
Деперсонализация	9,3	10,7	9,7	7,1	4,07	$\leq 0,01$
Редукция личных достижений	31,9	29,5	31,5	30,4	0,30	–
<b>Степень хронического утомления</b>						
Общий индекс	17,1	26,6	31,4	24,6	3,00	$\leq 0,05$
Общее самочувствие и ухудшение когнитивного функционирования	29,3	38,0	50,9	32,2	1,56	–
Физиологический дискомфорт	18,4	37,6	42,3	34,2	3,73	$\leq 0,05$
Эмоциональный дискомфорт	31,1	45,0	46,9	20,3	3,21	$\leq 0,05$
Сдвиги в мотивационной сфере	19,3	23,3	29,4	14,4	1,05	–

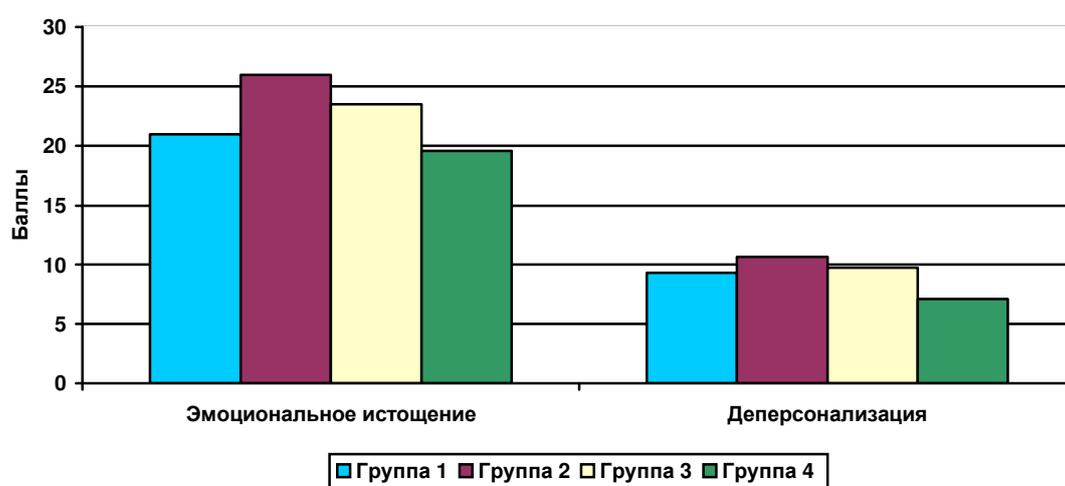


Рис. 3. Сравнение интенсивности негативных проявлений стресса у групп педагогов с различным стажем работы

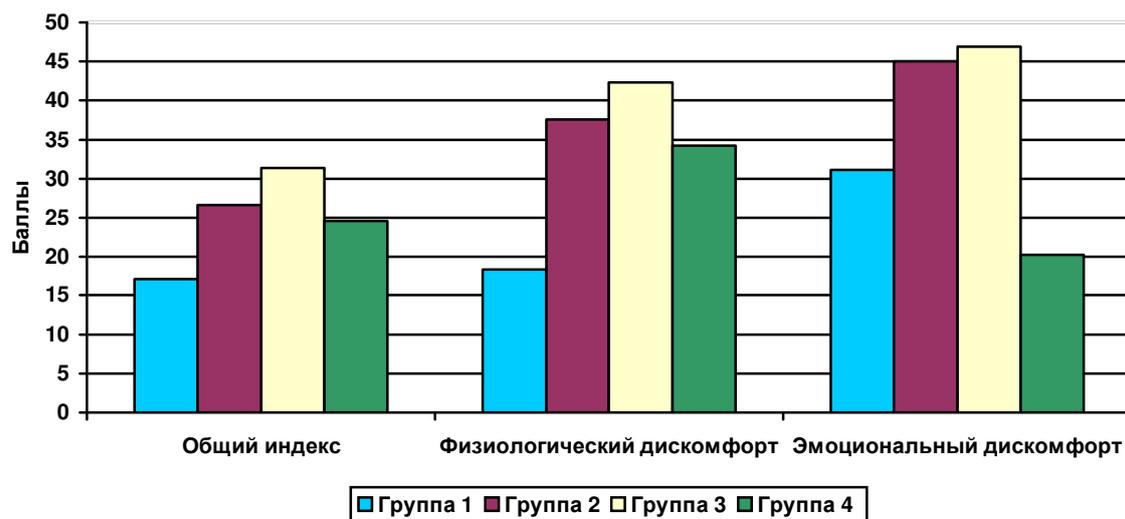


Рис. 4. Сравнение интенсивности негативных проявлений стресса у групп педагогов с различным стажем работы

Для подгруппы 3 также характерен выраженный уровень оценок по основным компонентам синдрома выгорания. Показатели эмоционального истощения и деперсонализации ниже, чем у представителей подгруппы 2, но по шкале «редукция личных достижений» – несколько выше. Наиболее неблагоприятной характеристикой подгруппы 3 является приближающийся к высокой степени показатель хронического утомления, самый большой во всех сравниваемых подгруппах. Симптоматика по блокам признаков «снижение общего самочувствия и когнитивного функционирования» и «физиологический дискомфорт» приближается к уровню астенического синдрома. Наиболее проблемной характеристикой психического здоровья в этой подгруппе является накопление остаточных эффектов перенапряжения в форме выраженной психологической астенизации и элементы соматизации возникающих нарушений.

Представители подгруппы 4 имеют умеренно-выраженные, но сравнительно самые низкие оценки по показателям эмоционального истощения и деперсонализации. Оценки шкалы «редукция личных достижений» находятся в диапазоне выраженных значений, однако данный показатель не имеет существенных различий у всех подгрупп. У педагогов этой подгруппы отмечается начальная степень развития хронического утомления, причем по блоку «нарушения мотивации и в сфере общения» и «эмоциональный дискомфорт» симптоматика практически отсутствует, что свидетельствует о сохранности психического и физического здоровья у педагогов старшей возрастной группы.

Для содержательного анализа сложной картины проявлений стресса у педагогов в зависимости от стажа педагогической деятельности была проведена качественная интерпретация данных на основе соотнесения полученных оценок по основным диагностическим показателям с показателями каждой подгруппы (табл. 7).

Таблица 7

Качественная характеристика уровня проявлений стресса  
в подгруппах педагогов с различным стажем работы

Показатели	Подгр. 1 (n=15)	Подгр. 2 (n= 15)	Подгр. 3 (n= 16)	Подгр. 4 (n = 16)
эмоциональное истощение	выраженный	выраженный	выраженный	выраженный
деперсонализация	выраженный	выраженный	выраженный	низкий
редукция личных достижений	выраженный	высокий	выраженный	выраженный
общий индекс хронического утомления	отсутствие	выраженная степень	высокая степень	начальная степень

Установлено, что значения общего показателя симптоматики хронического утомления нарастает от начального периода работы к этапу зрелого мастерства, достигая на этой стадии предельных значений, затем вновь резко снижается у педагогов с наибольшим стажем работы, находясь в границах допустимого уровня.

Для оценки степени сформированности синдрома выгорания у педагогов, находящихся на разных этапах профессионального развития, был проведен анализ корреляционных связей между его компонентами (рис. 5).



Рис. 5. Паттерны корреляционных связей между компонентами синдрома выгорания в подгруппах педагогов с разным стажем работы

Установлено, что значимые корреляции между всеми компонентами синдрома выгорания (обозначены стрелками на рис. 5) присутствуют только в подгруппе 2:

- эмоциональное выгорание – деперсонализация ( $r = 0,61, p < 0,01$ );
- деперсонализация – редукция личных достижений ( $r = 0,53, p < 0,05$ );
- редукция личных достижений – эмоциональное истощение ( $r = 0,49, p < 0,05$ ).

Во всех остальных случаях обнаружена лишь одна достоверная связь в подгруппе 1 между эмоциональным истощением и деперсонализацией ( $r = 0,79, p < 0,01$ ). Таким образом, можно говорить о достаточной степени сформированности синдрома выгорания только в подгруппе 2.

Каждый этап профессионального развития педагогов с разным стажем работы по специальности имеет свои проблемные области и специфические требования, связанные с различным опытом и уровнем профессионального мастерства педагога. Молодые специалисты, только входящие в профессию, наиболее подвержены влиянию стресс-факторов, связанных с первичной адаптацией к содержанию профессионального труда и конкретным условиям его реализации. Особые трудности возникают перед педагогами, уже прошедшими первую ступень профессиональной адаптации и вступившими в стадию кризиса профессионального роста при переходе от начальной к вторичной профессионализации. Следствием этого может быть формирование профессионально-личностных деформаций, в частности, синдрома выгорания. Рост мастерства, профессиональная зрелость облегчают положение педагогов со стажем работы более 10-ти лет, однако требовательность к себе и к окружающим, потребность в самореализации, накопление эффектов хронических перегрузок и психофизиологическое истощение могут находить отражение в ощущениях недовольства, пресыщения своей профессиональной деятельностью и психического напряжения на фоне повышенной мобилизации внутренних ресурсов. Специалисты с наибольшим педагогическим стажем и опытом работы проявляют высокую стрессоустойчивость, что объясняется сформированностью широкого спектра стратегий преодоления стресса в различных жизненных ситуациях, высоким уровнем самоактуализации в профессии и творческого отношения к делу. Для всех сравниваемых подгрупп характерен выраженный вектор накопления остаточных эффектов психофизиологического истощения в форме хронического утомления.

Установлено, что разные условия труда и содержание деятельности обуславливают особенности развития разных форм негативных последствий стресса: если для преподавателей вузов наиболее выражен комплекс переживаний астенизации, то у школьных учителей на первый план выйдут компоненты синдрома выгорания. Существенное влияние на личностное благополучие педагогов оказывает уровень овладения профессией,

внешним проявлением которого является определенный этап профессионального развития, связанный со стажем работы по специальности.

Проведенное исследование позволило выделить среди педагогов высшей и средней школы группы повышенного риска со стороны успешности выполнения профессиональных обязанностей и сохранности психического здоровья, а также отметить критичные периоды в профессиональной деятельности педагогов, связанные с наибольшей вероятностью развития стресса. К таким группам риска относятся:

- педагоги, работающие в школе, – выявленная у них выраженная степень хронического утомления, приближающаяся к стадии пограничных состояний, является серьезной угрозой здоровью;
- педагоги, находящиеся на переходной стадии от первичной к вторичной профессионализации (стаж работы 5-9 лет), – у них наблюдается выраженная степень всех компонентов синдрома выгорания, что снижает общую стрессоустойчивость и ведет к такому «патологическому» исходу, как непрофессионализм, проявляющийся в форме выполнения труда по профессионально искаженным нормам вследствие деформации личности;
- педагоги, зрелые профессионалы или мастера (стаж работы 10-19 лет) – характеризуются наличием высокой степени развития хронического утомления в стадии, опасной для психического и физического здоровья.

В заключение следует подчеркнуть, что одной из важнейших индивидуально-психологических характеристик является мотивационная включенность педагога в деятельность, косвенно отражающаяся в степени удовлетворенности специалиста своим трудом. У педагогов с низкой удовлетворенностью наблюдается широкий спектр негативных последствий стресса, включая, например, субъективно завышенную оценку стрессогенности рабочей ситуации. Фактор удовлетворенности трудом должен рассматриваться как самостоятельная индивидуально-психологическая характеристика педагогов, в которой преломляется влияние содержательных особенностей и социального контекста выполнения педагогической деятельности. Влияние этого фактора в значительной степени определяет продуктивную или деструктивную направленность психологической адаптации педагогов через механизмы мотивационной регуляции деятельности.

### **2.1.3. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ У УЧИТЕЛЕЙ СПЕЦИАЛЬНЫХ (КОРРЕКЦИОННЫХ) ШКОЛ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА МЕЖЛИЧНОСТНУЮ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ УЧИТЕЛЯ СО СТОРОНЫ УЧАЩИХСЯ**

*В.Н. Феофанов, Л.В. Кузнецова*

*Оренбургский государственный педагогический университет*

*Оренбург, Россия*

*Московский городской педагогический университет*

*Москва, Россия*

Профессия специального педагога (дефектолога) среди социэкономических профессий обращена к наиболее уязвимой категории детской популяции – детям с ограниченными возможностями здоровья. «Ограничения» этих детей в интеллектуальной, двигательной, сенсорной и эмоциональной сферах, а иногда и в нескольких областях сразу требуют от специалиста таких профессионально значимых личностных качеств, как эмпатийность, гуманизм, терпение, доброжелательность и тактичность. С другой стороны, сложность и эмоциогенность педагогических ситуаций, осознание высокой персональной ответственности за судьбы детей, которых необходимо подготовить к самостоятельной жизни в достаточно стигматизированном российском обществе, требует высоких психоэнергетических затрат от педагогов коррекционных школ. Интенсивные эмоциональные перегрузки могут привести педагогов к эмоциональному истощению, а затем и к выгоранию, которое, в свою очередь, окажет негативное воздействие на психологическое здоровье учащихся.

В настоящее время число исследований синдрома выгорания у учителей специальных (коррекционных) образовательных учреждений невелико [Гнедова 2007], [Ковалева 2007] и др., но существует явная потребность в теоретико-экспериментальном изучении психологического влияния данного феномена на психологическое здоровье проблемных школьников. Некоторые данные относительно неблагоприятного воздействия учителя на отношения с учащимися в системе специального образования можно найти в работах Н.В. Масленниковой, О.В. Улыбиной, У.В. Хахалкиной, Т.Е. Черненко и др.

Целью нашего исследования было определение наличия и характера симптомов выгорания у учителей двух типов специальных (коррекционных) школ, а также влияния данного синдрома на межличностную привлекательность учителя со стороны подростков с особыми образовательными потребностями.

Специальному изучению были подвергнуты факторы риска возникновения и усугубления симптоматики выгорания у педагогов.

Были сформированы две экспериментальные группы: «взрослая» и «детская». В группе взрослых участников исследования были задействованы 148 специальных педагогов (57 из школ VIII вида, 91 – I и II видов). Исследование проводилось на базе четырех городских специальных (коррекционных) школ и двух областных г. Оренбурга и Оренбургской области. «Детская» часть выборки была представлена двумя группами школьников (по 30 детей в каждой), учащихся 5-6 классов коррекционного образовательного учреждения VIII вида г., имеющих диагноз «умственная отсталость легкой степени», у которых преподавали «выгоревшие» и «невыгоревшие» педагоги, между которыми в дальнейшем проводилось сравнение межличностной привлекательности учителя.

Для изучения синдрома выгорания у педагогических работников был использован опросник «Профессиональное выгорание» [Водопьянова 2001]. Специфику влияния «выгоревшего» учителя на детей с проблемами в развитии оценивали с помощью адаптированного опросника «ТС-1» (Ю.Л. Ханин, А.В. Стамбулов), диагностирующего «гностический», «эмоциональный» и «поведенческий» параметры отношения к учителю, а также модифицированной методики «Наш учитель» (О.И. Мотков), дающей возможность выявить как стиль педагогического руководства, так и представление ребенка об «идеальном» учителе.

Характеристика особенностей синдрома выгорания у педагогов специальных (коррекционных) школ представлена в табл. 1.

Таблица 1

Уровни выгорания учителей специальных (коррекционных) школ (в %)

Педагогический стаж	Уровни выгорания	Факторы выгорания		
		Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личных достижений
0-52 X=22,3	высокий	41	33	40
	средний	18	19	20
	низкий	41	48	40

Установлено, что среди учителей специальных (коррекционных) образовательных учреждений достаточно часто наблюдаются симптомы выгорания. В частности, 41 % специальных педагогов характеризуются сниженным эмоциональным фоном, равнодушием, эмоциональным перенапряжением, опустошенностью и усталостью. У каждого третьего учителя в данной профессиональной среде обнаружены деформации отношений с другими людьми: негативизм, циничность установок и чувств по отношению к детям с особыми нуждами, коллегам по работе и др., 40 учителей-дефектологов негативно оценивают себя, свои профессиональные достижения и успехи.

Проанализируем факторы риска возникновения выгорания у педагогов специальных (коррекционных) школ, а именно: возраст, стаж, уровень образования, наличие специальной подготовки, внутрипрофессиональный и территориальный факторы. Все компоненты выгорания статистически достоверно связаны с возрастом. Педагоги в возрасте 51–60 лет имеют большую склонность к эмоциональному истощению, чем учителя моложе 30 лет ( $U_3 < U_{к 0,05}$ ). У преподавателей в возрастной группе 41-50 лет чаще, чем у профессионалов старше 61 года ( $t_3 > t_{к 0,001}$ ), выгорание развивается по типу «деперсонализации» (дегуманизации). Группа молодых учителей (до 30 лет) чаще подвержена мотивационно-установочному выгоранию (редуцированию личных достижений или обязанностей) по сравнению со специалистами 51–60 летними ( $t_3 > t_{к 0,001}$ ) и старше 61 года ( $U_3 < U_{к 0,05}$ ). Специальные педагоги с педагогическим стажем до 20 лет имеют большую склонность к негативному восприятию себя в профессиональном плане (редукция личных достижений), нежели учителя-дефектологи со стажем 30–40 лет (тенденция к статистической разнице) и более 40 лет ( $U_3 < U_{к 0,05}$ ). Связь симптомов выгорания с образовательным уровнем учителей-дефектологов (высшим и средним специальным) недостоверна. Отсутствие дефектологического образования провоцирует развитие симптома эмоционального истощения ( $t_3 > t_{к 0,001}$ ). По внутрипрофессиональному фактору (табл. 2) оказалось, что у олигофренопедагогов, в сравнении с сурдопедагогами, выгорание достоверно чаще развивается по типу «деперсонализации» ( $t_3 > t_{к 0,01}$ ).

Таблица 2

Влияние типа коррекционного учреждения и фактора территориальности на выраженность симптоматики выгорания учителей

Факторы выгорания	Олигофренопедагоги (ОП)	Сурдопедагоги г. Оренбурга (СПГ)	Сурдопедагоги Оренбургской области (СПО)	Объединенная выборка сурдопедагогов (СП)	Достоверность различий
Эмоциональное истощение	22,5±1,6	22,5±1,6	22±1,5	22,1±1,5	Различий нет
Деперсонализация	8,1±1,8	8,2±1,6	6,5±1,5	7,2±1,6	ОП и СП p<0,01 СПГ и СПО p<0,001
Редукция личных достижений	33,1±1,4	31,1±1,7	34±1,4	32,8±1,6	СПГ и СПО p<0,001

Как видно из табл. 2, социокультурный фактор наиболее сильно оказывает влияние на такие структурные компоненты выгорания, как деперсонализация и редукция личных достижений. Наибольшее количество педагогов с деперсонализацией, или дегуманизацией межличностных отношений с детьми с нарушениями слуха, проживает в областном центре (г. Оренбург) ( $t_3 > t_k 0,001$ ). У сурдопедагогов малых городов области, напротив, чаще, чем у специалистов областного центра, выгорание развивается по типу мотивационно-установочного редуцирования ( $t_3 > t_k 0,001$ ).

Были обнаружены и получили статистическое подтверждение следующие факторы риска возникновения синдрома выгорания у учителей коррекционных школ:

- а) возраст (имеет связь со всеми компонентами синдрома);
- б) стаж работы в системе образования (связан с мотивационно-установочным редуцированием);
- в) отсутствие дефектологической подготовки (провоцирует эмоциональное истощение);
- г) работа с умственно отсталыми детьми детерминирует симптом деперсонализации;
- д) педагогическая деятельность в крупном городе сопряжена с деперсонализацией;
- е) профессиональное взаимодействие с проблемными детьми в малых городах области приводит к мотивационно-установочному редуцированию.

«Профиль» выгорания учителей коррекционных школ и сравнительный анализ некоторых факторов его возникновения и развития свидетельствует об определенной неготовности работников системы специального образования к преодолению негативного стереотипа по отношению к учащимся с ограниченными возможностями здоровья. Так, деперсонализация, регистрируемая в трети случаев, проявляется в снижении эмпатийности и заинтересованности педагога в результатах учебно-воспитательного процесса. Подобная личностная деформация препятствует, говоря словами Л.С. Выготского, переносу внимания педагога с «минус дефекта» на «плюс компенсации» ребенка с проблемным развитием. Причин снижения чувства успешности и негативного отношения к своим обязанностям у учителей-дефектологов множество, но основные из них это:

- а) низкая оплата труда преподавателей – многие вообще не думают о карьере в школе, и в учреждении остаются менее приспособленные к жизни;
- б) наличие выраженной патологии, которая существенно тормозит положительную динамику в развитии ребенка;
- в) неадекватная самооценка, которая растет с увеличением стажа работы.

Полученные факты относительно синдрома выгорания у молодых специалистов подтверждают описанные в психологической литературе

данные о том, что выгорание появляется в тех случаях, когда человек попадает в систему новых требований, предполагающих высокую эффективность его деятельности. Именно в такой ситуации оказывается молодой специалист, особенно после дневной формы обучения. Ощущение своей некомпетентности в профессиональной сфере, неуспех в ней ведет к неудовлетворенности занимаемой должностью. Подобное негативное восприятие себя в профессиональной сфере у лиц старшего возраста перерастает в эмоциональное и/или физическое истощение, которое не позволяет работать с полной отдачей сил.

В интерперсональной отстраненности учителей в возрасте 41–50 лет, очевидно, не последнюю роль играет кризис середины жизни, когда некоторых людей начинают беспокоить вопросы реализации своего профессионального потенциала и необходимости передать что-то следующему поколению, появляются опасения по поводу стагнации и упущенных возможностей. Негативные переживания, связанные с возрастным кризисом происходят на фоне «опустевшего семейного гнезда», когда вырастают и покидают родительский дом собственные дети. В основном это связано с социальным положением женщины, с нестабильностью ее в семейной жизни и переносом забот из своей семьи в школьный класс. Фактически происходит определенный социально-психологический «перенос» из одного социального статуса в другой. Школьная, профессиональная ниша уже не играет значимой роли в жизни, и число конфликтов как способ самозащиты значительно увеличивается.

Что касается стажа работы по специальности и его взаимосвязи с выгоранием, то неудовлетворенность профессиональным ростом, низким материальным вознаграждением, а также переживание социальной несправедливости, потери социальной престижности, является следствием кризиса середины жизни. Очевидно, с опытом преподаватели занимают сформированную социальную нишу, у них стабилизируется социально-ролевая позиция.

Отсутствие связей симптомов выгорания с образовательным уровнем свидетельствуют о том, что завышенные притязания людей с высоким уровнем профессиональной подготовки не приводят к увеличению степени выгорания.

Большее эмоциональное благополучие учителей-дефектологов, в сравнение с педагогами, не имеющими специального образования, может свидетельствовать о том, что педагоги без специальной подготовки находятся в состоянии выраженной депрессии, испытывают растерянность, иногда страх, граничащий с эмоциональным шоком от действительности, существующей в коррекционной школе. Хорошо известно, что аналогичные отрицательные эмоциональные состояния в случае длительного своего действия могут преобразовываться в стрессы, неврозы, навязчивые страхи, которые, в конечном счете, негативно отражаются на результативности

профессиональной деятельности. Общение со специфическим контингентом детей значительно деформирует эмоциональную сферу в первую очередь тех специалистов, чья педагогическая деятельность не имеет соответствующей базы знаний из области специальной педагогики и психологии. Причина, очевидно, кроется в том, что дефектологическое образование дает более системные знания об особом человеке, общих и специфических его особенностях и ресурсах развития при различной патологии в детском и подростковом возрасте. Кроме того, сама система подготовки учителей специальных школ вбирает в себя циклы, посвященные специальным методикам обучения различного контингента учащихся, и психологический цикл дисциплин, дающий учителям шанс более успешно справляться с эмоционально трудными ситуациями.

Зависимость выгорания от условий организации педагогической деятельности в отношении развития симптома «деперсонализации» может быть связана с характером нарушения детей (недостаточность интеллекта или недостаток слуховой функции); несколькими иными условиями труда (школы II вида работают преимущественно в режиме интернатов); разной психолого-педагогической компетентностью (среди олигофренопедагогов специальное образование имеют всего лишь 3,5 % учителей, в то время как в группе сурдопедагогов дипломированных специалистов насчитывается 11 %, т.е. в три раза больше); степенью владения навыками эффективного разрешения стрессовых, конфликтных ситуаций.

Нередко учителя школ VIII вида относятся к учащимся как к изначально неперспективным, возможности развития которых при стойкой, органической патологии в сфере познавательной деятельности менее значительны, чем у неслышащих детей. Уход от центрированности на сильных сторонах личности ученика (восприятие сквозь призму проблем и трудностей) приводит к процессу отчуждения в диаде «учитель-ученик». Кроме того, в основе недоброжелательности со стороны учителей может лежать низкий уровень развития эмпатии вообще и к детям с нарушениями интеллекта в частности. Взаимодействие учителей школ VIII вида с умственно отсталыми детьми усложняют индивидуально-личностные особенности последних: повышенная истощаемость, низкая работоспособность, недостаточная сформированность навыков интеллектуальной деятельности, низкий уровень восприятия, отставания в развитии памяти, речевые нарушения, незрелость эмоций и др. Таким образом, ребенок с общим стойким недоразвитием в силу своих особенностей меньше всего подходит под образ идеального ученика, не соответствует уровню завышенных ожиданий специальных педагогов.

Существенным фактором риска возникновения и развития выгорания является недостаточная степень дефектологической подготовки в обследуемой выборке: всего лишь 7,5 % учителей-дефектологов имеют специальное образование, а не 10 % как в целом по стране [Назарова 2002]. Кро-

ме того, из-за нехватки педагогических кадров в коррекционные образовательные учреждения нередко на педагогические должности устраиваются лица, не всегда готовые к адекватному взаимодействию с учащимися, имеющими нарушения в физическом и психическом развитии. Такие «псевдоспециалисты» ощущают нехватку знаний о психолого-педагогических особенностях проблемных детей и методах коррекции и компенсации различных отклонений в развитии. Недостаточно компетентный специалист с отсутствием практического опыта работы пытается обучать и воспитывать детей исключительно благодаря своему личному опыту и интуиции, что нередко влечет неуспех и психологическую травму для него самого. В этой связи значительная часть сотрудников нуждается в специальной подготовке, формировании соответствующих знаний, умений, развитии соответствующих личностных качеств, минимизирующих психоэнергетические затраты и способствующих преодолению профессиональных трудностей. Установлено, что синдрому выгорания больше подвержены жители крупных городов, которые живут в условиях навязанного общения и взаимодействия со значительным количеством незнакомых людей. Ученик со своими «детскими» проблемами отходит на задний план, т.е. не входит в информационно-психологическое поле учителя мегаполиса. В школьных коллективах маленьких городков больше выражена микрогрупповая сплоченность, где отношения в диаде «учитель-ученик» носят доверительный характер, возникает меньше проблем не только с учениками, но между учителями. Причиной социокультурных различий могут являться также традиционно более глубокие межличностные отношения у населения малых городов, основанные на принципах кровного родства, самобытной ментальности и терпимости к особенностям детей.

Территориальные различия в уровне мотивационно-установочной редукции свидетельствует о резком замедлении движения к вершине своего творчества (акмэ), о барьерах профессионального роста, нарушениях развития психолого-педагогической компетенции учителей-дефектологов малых городов. Причины снижения профессиональных притязаний у этой группы педагогов могут быть связаны с низкой эффективностью методических объединений, удаленностью от передовых научных идей, недостаточной методической грамотностью, большей концентрацией на узком предмете своей профессиональной деятельности и т.д.

Результаты сравнительного анализа межличностной привлекательности учителя у двух групп школьников, обучающихся у «выгоревших» и «невыгоревших» педагогов, показали, что набор профессионально важных качеств учителя существенно зависит от наличия (отсутствия) симптомов выгорания. Если аффективный компонент выходит на первый план у учителя с синдромом выгорания, то у «здорового» педагога учащиеся отмечают, прежде всего, дидактический компонент. Второе место в структуре значимых качеств у учителей как с симптомами выгорания, так и без них зани-

мают интерперсональные навыки. Третья позиция основных составляющих профессии учителя несколько отличается. У «невыгоревшего» учителя – это аффективная основа профессионально-педагогической деятельности, а «выгорающего» учителя отличает низкий уровень методической компетентности. Ярко выраженные различия в выборочных средних значениях по всем компонентам отношения к педагогам с симптомами выгорания и без них свидетельствуют о высокой степени дифференцированности в выборе объекта симпатии среди исследованных учащихся с проблемами в развитии. Наиболее высокую оценку во взаимоотношениях получают «здоровые» учителя (от 5,1 до 6 баллов) в сравнении с «зараженными» выгоранием коллегами (от 3,2 до 3,5 баллов) (рис. 1).

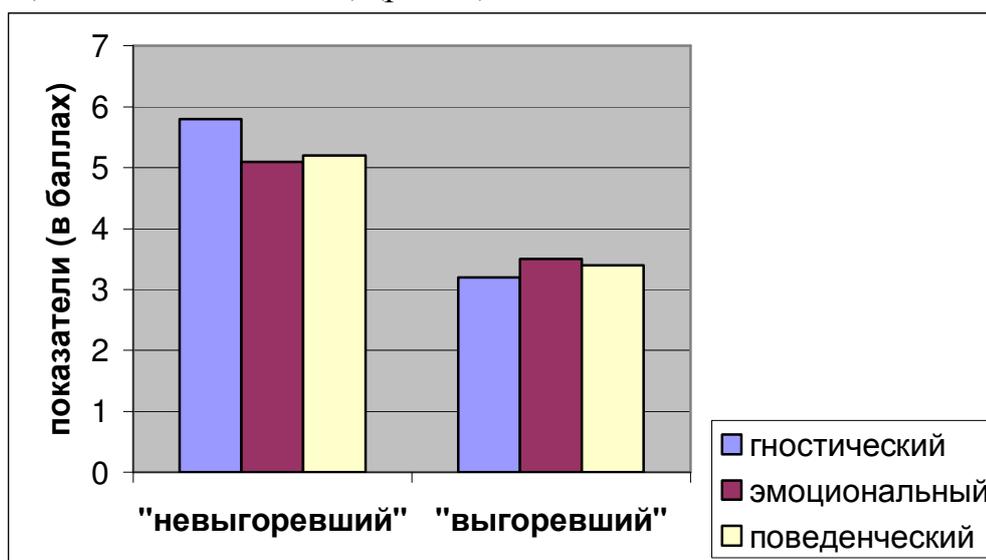


Рис. 1. Уровень принятия специального педагога в зависимости от степени его выгорания

Особенности педагогической деятельности и личности учителя-дефектолога, связанные с развитием симптомов выгорания, оказывают непосредственное воздействие на учащихся. Сравнение стилевых особенностей педагогического общения и руководства «выгоревших» и «невыгоревших» педагогов в зависимости от оценки детей (по методике «Наш учитель») показывает, что способы взаимодействия психологически здорового педагога с учащимися коррекционных школ в два раза благоприятнее, чем модель поведения учителя с симптомами выгорания (табл. 3). Особенности выполнения социально-ролевых и функциональных обязанностей по руководству процессом обучения и воспитания у педагога с симптомами выгорания в существенной мере снижают эффективность образования, неблагоприятно воздействуют на формирование межличностных отношений в учебной группе. Индекс сотрудничества в 29,2 балла у «невыгоревших» и 13,1 балла у «выгоревших» педагогов при максимально возможных 32 баллах говорит о более открытой позиции, ориентированной на ресурс уче-

ника в первом случае, и более закрытой, с тенденцией к авторитаризму, – во втором.

Таблица 3

Структура отношения детей к учителю в зависимости от наличия у него симптомов выгорания (средний балл)

Факторы стиля педагогического руководства	«Невыгоревший»	«Выгоревший»
Характер методов педагогического воздействия	123	63
Умение устанавливать отношения сотрудничества, взаимопонимания	119	45
Способность к эмоциональному сопереживанию, проявлению чуткости, личностному неформальному общению с учениками	109	40
Состояние здоровья педагога	116	61
Индекс сотрудничества	29,2	13,1

«Выгоревший» учитель может усугубить вторичные и третичные нарушения в структуре психического дизонтогенеза учащихся с проблемами в развитии.

Обобщая полученные данные, можно сформулировать следующие выводы:

1. Особенности профессиональной деятельности специальных педагогов способствуют формированию у них синдрома выгорания.
2. У учителей и воспитателей специальных (коррекционных) школ присутствует неравномерная выраженность симптомов выгорания, в зависимости от таких факторов, как возраст, педагогический стаж, специальное образование, характер нарушения в развитии ребенка, а также территориальная принадлежность образовательного учреждения.
3. В данной профессиональной группе наиболее выражен симптом «эмоционального истощения», проявляющийся в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии, эмоциональном перенасыщении, опустошенности и усталости.
4. Второе место в структуре синдрома выгорания занимает симптом «редукции личных достижений». У учителей-дефектологов отмечается либо тенденция к негативному оцениванию себя, своих возможностей, либо редуцирование собственных профессиональных достоинств, ограничение своих обязанностей по отношению к другим, снятие с себя ответственности и перекладывание ее на других.
5. На последнем месте в структуре выгорания располагается симптом «деперсонализации» – присутствуют различные деформации

отношений педагогов с другими людьми в широком диапазоне, начиная от повышения зависимости от других и заканчивая появлением негативизма, циничности установок и чувств по отношению к детям с проблемами в развитии, коллегам по работе и др.

6. Изучение влияния психологического здоровья учителя на эмоциональное отношение к нему учащихся свидетельствует о достаточно благоприятном уровне межличностных отношений детей с «невыгоревшим» педагогом и уровне ниже среднего в системе контактов «учитель с синдромом выгорания – ученик».
7. Сравнение стилевых особенностей педагогического общения «здорового» учителя-дефектолога и педагога, «зараженного» синдромом выгорания, показывает, что способы взаимодействия с учащимися коррекционных школ «невыгоревшего» учителя в два раза благоприятнее по своей позитивной направленности на перспективы развития и обучения детей, чем модель поведения «выгоревшего» педагога.

Необходимо дальнейшее изучение синдрома выгорания в контексте актуальных проблем специального образования, а именно исследование психологического влияния, которое оказывают на детей учителя специальных (коррекционных) школ с разным уровнем психологического здоровья. С целью снижения риска возникновения синдрома выгорания, сохранения и восстановления психологического здоровья, а также профессиональной эффективности необходимо организованное проведение с учителями системы специального образования психопрофилактической и психотерапевтической работы.

## **2.1.4. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ У АДМИНИСТРАТИВНЫХ РАБОТНИКОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ**

*Ю.И. Виданова*

*Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов  
Санкт-Петербург, Россия*

В последние 5 лет в отечественной психологии синдром выгорания активно изучается у специалистов помогающих профессий [Гришина 1997], [Калашникова 2004], [Крапивина 2004], [Мальцева 2005], [Рукавишников 2001], [Скугаревская 2003]. Синдром выгорания наносит ущерб здоровью работников и экономической эффективности государства, ведет к появлению чувства беспомощности и бессмысленности существования, низкой оценке своей профессиональной компетентности. Малоизученным синдром выгорания является в управленческой и административной деятельности [Водопьянова, Серебрякова, Старченкова 1997], [Varhama, Bjorqvist 2004], поэтому весьма актуальным становится исследование данного феномена у административных работников государственной службы. Административные работники представляют довольно многочисленную группу профессионалов, куда входят и государственные служащие, и специалисты негосударственных организаций (коммерческих и общественных). Необходимо отметить, что эти специалисты относятся к классу профессий типа «субъект-субъект», наиболее подверженных выгоранию.

Работники администраций города или области являются госслужащими. Государственная служба – это разновидность профессиональной деятельности, особая управленческая деятельность, включающая управление организациями и людьми, требующая принятия решений с высокой долей социальной ответственности (ибо последствия решений могут охватывать большие массы людей и затрагивать их коренные жизненные интересы), а также имеющая существенные различия на разных уровнях управленческой иерархии [Игнатов, Белолипецкий 2000], [Толочек 2003], [Турчинов 1998]. Государственный служащий, чиновник, есть официальное лицо, занимающее определенную должность, выполняющее соответствующие общественные функции и вознаграждаемое за это оговоренным денежным довольствием. Исходным понятием, лежащим в основе понятия «чиновник», является «чин» – служебный разряд у военных и гражданских служащих. Формально носитель такого разряда есть чиновник. Содержательно под понятием чиновник следует понимать не просто того, кто имеет статус, ранг в официально сформировавшейся общественной иерархии, но и его активное участие в поддержании сложившихся структур на основе некой «полезности», «легитимности», признания важности и нужности всего того, что он делает. Чиновник призван осуществлять важнейшие социальные функции, к которым относятся организация, координация,

управление, руководство общественной деятельностью, ее отдельными сферами или даже самыми узкими участками, сторонами. Данные функции могут выполняться при управлении огромными массами людей или выступать в виде повседневных акций по консультации тех, кто нуждается в совете, поддержке (например, по телефону доверия и т.д.). В должностные обязанности административных работников входит: ведение документации; прием посетителей (граждан); планирование и ввод в действие методов, обеспечивающих эффективный процесс работы; анализ и оценка работы систем административной поддержки; выполнение типовых управленческих обязанностей, включающих планирование, оценку, организацию, интегрирование и контроль [Деркач, Маркова 1999].

По данным Госкомстата РФ, общая численность работников федеральных и региональных органов законодательной, исполнительной и судебной государственной власти и местного самоуправления в Российской Федерации составляла на начало 1999 г. 1 млн. 102 тыс. 790 человек. Сегодня она значительно возросла. Женщин в органах государственной службы заметно больше. В то же время, чем выше ранг администрации и должностной номенклатуры, тем больше в штатах мужчин и меньше женщин. В результате, на уровне первых лиц мужчины обладают превосходством. В органах государственной и муниципальной службы на всех ее уровнях преобладает возрастная группа от 30 до 49 лет. В среднем, только 20 % государственных служащих – это молодые люди до 30 лет. На федеральном уровне доминируют сотрудники со стажем свыше 20 лет.

Наиболее широко представлены в составе управленческого персонала специалисты с высшим образованием (технического, экономического, медицинского, гуманитарного, юридического профиля). Большинство кадрового состава государственной службы имеют высшее образование по профилю, не соответствующему деятельности, которой они в настоящий момент занимаются. Отсюда невысокий процент окончивших специальные учебные заведения по подготовке кадров управления. Правда, в последнее время ситуация начинает понемногу меняться. На государственную службу стали приходить молодые специалисты, окончившие такие заведения. Государственные и муниципальные служащие заочно обучаются в учебных заведениях по подготовке кадров управления.

Синтезируя социально-демографические характеристики государственного служащего, можно определить два основных социальных портрета современного российского чиновника. Первый портрет – это мужчина с высшим образованием, в возрасте от 35 до 55 лет, со стажем работы около 10 лет (руководящие должности районного или областного уровня), или в возрасте от 25 до 35 лет, со стажем работы до 5 лет (неруководящие должности на любом уровне). Второй портрет – это женщина либо с высшим, либо со средним профессиональным образованием, в возрасте от 30 до 45 лет, со стажем работы от 5–15 до 25 лет (должности начальников отделов в

районных администрациях либо нераководящие должности более высокого ранга).

Социально-демографические характеристики кадрового состава чиновничества свидетельствуют о преобладании работников старшей возрастной группы с большим стажем работы в органах государственного управления; с непрофильным образованием; мужчин на руководящих должностях и женщин в низовом звене управленческого персонала; незначительной доле молодежи, молодых специалистов и лиц, окончивших непосредственно перед поступлением на должность профильные вузы.

К характеристикам профессиональной компетентности государственного служащего относятся:

- 1) качества личности (социальные, социально-психологические и психологические свойства),
- 2) способности, необходимые для выполнения профессиональной деятельности,
- 3) профессиональные знания, умения, навыки,
- 4) профессиональный опыт,
- 5) мотивация.

Помимо этого, профессиональная компетентность государственных служащих включает в себя широкий спектр знаний и умений: управленческие, экономические, политологические, этические, социально-психологические, умение творчески мыслить, готовность пойти на риск и брать на себя ответственность, умение предвидеть результаты своей деятельности, грамотное владение инновационными управленческими технологиями.

Анализ и обобщение специальной литературы позволили выделить комплекс качеств, способностей, умений, необходимых в работе государственного и муниципального служащего [Деркач, Маркова 1999], [Игнатов, Белолипецкий 2000], [Толочек 2003], [Турчинов 1998], [Varhama, Bjorkqvist 2004]:

1. Личностные особенности (уверенность в себе, поведенческая гибкость, инициатива, настойчивость, способность к обучению, стрессоустойчивость и др.).
2. Знания, умения, навыки (умение работать в условиях внешнего и внутреннего нормирования; анализировать экономическую, политическую и социальную ситуацию; собирать информацию о потребностях различных групп населения; ясно излагать свои мысли, вести переговоры, организационные навыки и умения).
3. Опыт, общий кругозор (знание расстановки политических сил в своем районе; основ мирового и российского государственного, муниципального устройства, мировой, российской и региональной истории и др.).

В результате опроса экспертов (опытных административных работников) был уточнен список личностных свойств, предъявляемых к административным работникам государственной службы. К личностным качествам добавились профессионализм (компетентность), интеллектуальность, ответственность, высокая работоспособность, добросовестность, исполнительность и отзывчивость. Сама профессиональная деятельность административных работников характеризуется высокой ответственностью, престижем. Несмотря на то, что это очень сложная деятельность и порой малоодоходная, она является очень интересной. Основными ценностями в государственной службе являются честность, порядочность, желание помочь другим людям, профессионализм, закон, интеллект, ответственность, исполнительность. В целом, административная деятельность опирается на некий универсальный набор устойчивых личностных свойств, которые обеспечивают организаторские способности, умение подчинять и вести за собой людей, интегрировать трудовой процесс, самостоятельно принимать решения, осуществляя при этом соподчиненность к вышестоящим структурам. При этом специальность отходит на второй план или перестает играть существенную роль. В оптимальном варианте профессиональные качества сочетаются с атрибутами личности руководителя, что связано с высокой требовательностью индивида к себе и не столь часто встречается [Собчик 2002].

Важной составляющей комплекса профессиональной компетентности административных работников являются способности по организации и управлению. Управленческий труд госслужащих неоднороден, он осуществляется ими в виде выполнения нескольких управленческих функций. Управленческие функции – это относительно обособленные направления (виды) управленческой деятельности, необходимые в труде госслужащего, позволяющие ему осуществлять управленческое воздействие. Можно выделить одиннадцать направлений управленческого труда чиновничьего аппарата: анализ ситуации, планирование, регуляция, руководство, контроль, экспертиза и консультирование, представительство, самосовершенствование [Деркач, Маркова 1999], [Толочек 2003]. Названные направления (виды) управленческой деятельности могут существенно отличаться: на разных уровнях управленческой иерархии (федеральный уровень, уровень субъекта Федерации, муниципальный уровень); в разных сферах госслужбы (в представительных и исполнительных органах государственной власти, в судебных органах, в органах внутренних дел и др.); на разных должностях внутри учреждения (руководитель и заместители, начальники подразделений и т.д.). В процессе разделения управленческого труда складываются ситуации, когда одно-два направления управленческой деятельности оказываются для чиновника преобладающими, ведущими, становятся его специализацией, например, специалисты информационно-аналитической группы, группы социального партнерства и другие.

Профессиональное становление – сложный, гетерохронный процесс. На различных этапах профессионализации человек не только совершенствует свои знания, умения, навыки, развивает профессиональные способности, но может испытывать и отрицательное воздействие этого процесса. Такое воздействие приводит к появлению профессиональных деструкций (например, синдрома выгорания) и профессиональных деформаций. Существует большая группа профессий, которые приводят к возникновению профессиональных заболеваний разной степени тяжести. Наряду с этим, существуют виды труда, которые не отнесены к вредным, но условия и характер профессиональной деятельности оказывают травмирующее воздействие на психику (например, монотонный труд, большая ответственность, актуальная возможность аварии, психическая напряженность труда и т.д.). Поэтому важно содержательно проанализировать деятельность административных работников государственной службы в ее специфике с точки зрения стресс-факторов.

Деятельность административных работников государственной службы осуществляется в условиях нервно-психической напряженности, так как государственная служба включает в себя управление организациями и людьми и требует принятия решений с высокой долей социальной ответственности. Специфика профессиональной деятельности административных работников состоит еще и в том, что она проходит в условиях бюрократической организационной культуры. Бюрократическая организационная культура характеризуется строгой специализацией подразделений, которые координируются узким связующим звеном главного управления наверху. Деятельность построена по формальным правилам. Высшую оценку получают не за творческий подход к решению задач и инициативу, а за четкое следование предписаниям. Специалисты, работающие в административных структурах государственной службы, испытывают чувство «незащищенности своего рабочего места». Они рассматривают свою служебную деятельность как нечто временное. Вследствие выделенных особенностей в административной деятельности наблюдается частая смена кадровых резервов. Наиболее стрессогенными факторами в административно-управленческой деятельности являются «трудные» граждане (посетители), аттестация, недостаточная социальная поддержка со стороны руководства, внеурочная работа, реформирование структур, увольнение, процесс принятия решений и обстановка в трудовом коллективе.

С целью изучения особенностей синдрома выгорания в профессиональной деятельности административных работников нами было проведено эмпирическое исследование, включавшее такие задачи, как изучение особенностей выгорания и преодолевающего поведения административных работников на разных этапах профессионализации в зависимости от возраста и стажа, эмпирическое изучение удовлетворенности профессиональной самореализацией и ее влияния на развитие синдрома выгорания.

В качестве методов исследования были использованы: опросник «Профессиональное выгорание» [Водопьянова, Старченкова 2001]; опросник SACS – «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» [Хобфолл 1994]; самоактуализационный тест Э. Шостром (1963); шкала «Ориентация во времени» Гозман, Загик, Кроз (1984) в адаптации Ю.Е. Алешиной; анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности (Job Diagnostic Survey) [Леонова 2000]; шкала профессиональной самореализации на основе семантического дифференциала Ч. Осгуда; модификация проективного теста «Незаконченные предложения».

Применялись методы математико-статистической обработки данных (U-критерий Манна-Уитни, t-тест для независимых выборок, однофакторный дисперсионный анализ, линейный регрессионный анализ), реализованные с помощью программного пакета SPSS 13.0.

В пилотажном исследовании выгорания и копинг-стратегий приняли участие 50 человек – работники различных департаментов администрации города Липецка в возрасте от 22 до 58 лет. Средний стаж профессиональной деятельности – 9,88 года. В основном исследовании участвовали работники муниципалитетов города Липецка, различных департаментов администрации Липецкой и Самарской областей. Общее количество респондентов составило 105 человек в возрасте от 23 до 58 лет. Средний стаж административной деятельности – 9,86 года.

Результаты пилотажного исследования, проведенного в 2005 году, показали, что выгорание достаточно часто встречается среди административных работников. Высокую степень выгорания наблюдали у 28 % (n=14) опрошенных, среднюю – у 58 % (n=29) и низкую – у 14 % (n=7) (рис. 1).

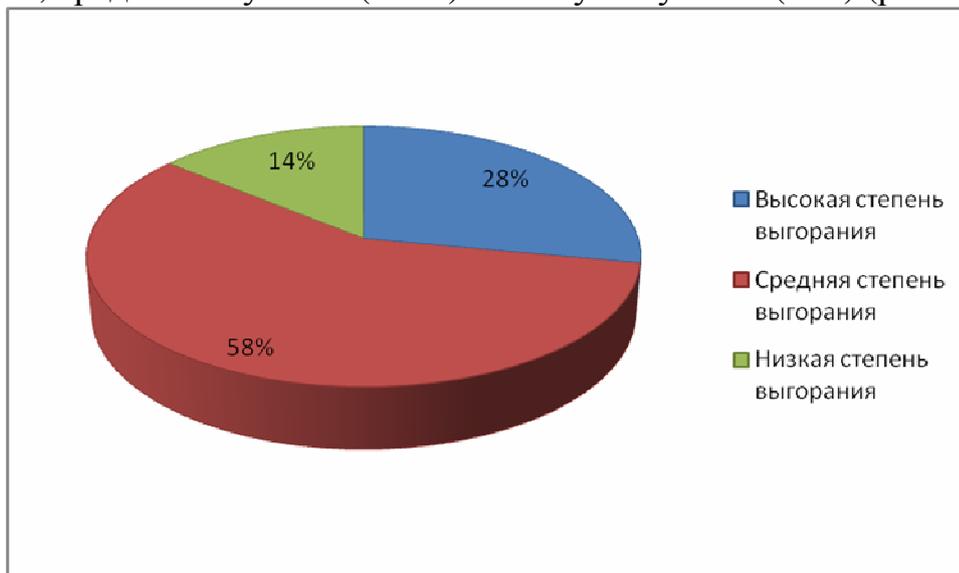


Рис. 1. Показатели выгорания в пилотажном исследовании

В ходе основного исследования были получены аналогичные результаты. Высокая степень выгорания наблюдалась у 40 % (n=42) испытуемых, средняя – у 50 % (n=53) и низкая – у 10 % (n=10) (рис. 2).

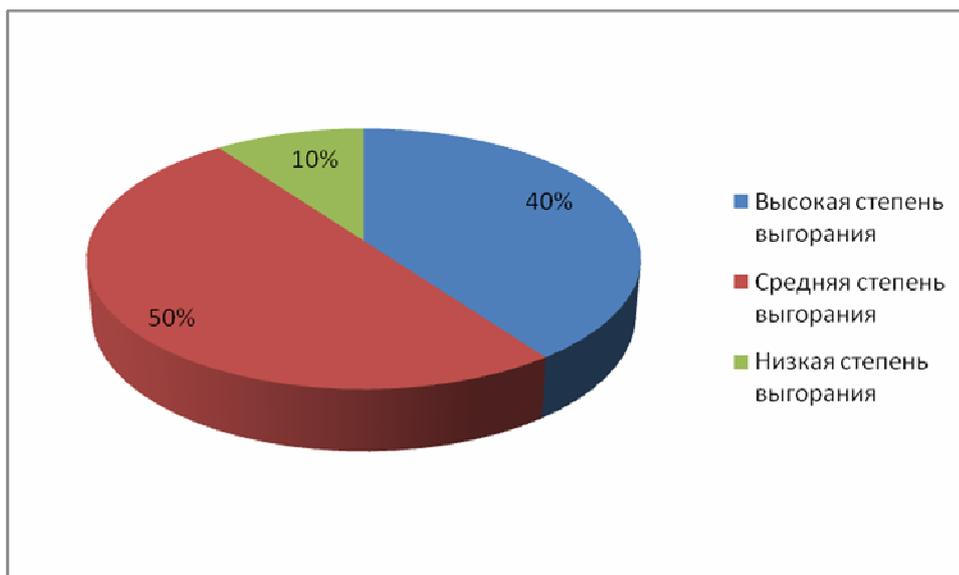


Рис. 2. Показатели выгорания в основном исследовании

Относительно большое количество лиц с выраженным выгоранием объясняется тем, что профессиональная деятельность административных работников характеризуется постоянным нервно-психическим напряжением, связанным с высокой динамичностью смены должностного статуса, большой ответственностью в принятии решений и коммуникативной напряженностью деятельности. Для административных работников государственной службы характерным является то, что в структуре синдрома выгорания преобладает редукция персональных достижений. Так, недооценка своих профессиональных успехов наблюдалась у 61 % (n=64) опрошенных, высокий уровень эмоционального истощения – у 30 % (n=32) и высокий уровень деперсонализации – у 31 % (n=33) (рис.3).



Рис. 3. Структура синдрома выгорания у административных работников

Эмоциональное истощение в профессиональной группе административных работников выражено в средней степени ( $M=20,53\pm 0,75$ ;  $SD=7,73$ ). Оценки деперсонализации также имеют средний уровень ( $M=7,94\pm 0,46$ ;  $SD=4,73$ ). Редукция персональных достижений выражена в высокой степени ( $M=28,87\pm 0,58$ ;  $SD=5,97$ ).

Для отслеживания закономерностей развития выгорания административных работников в ходе профессионального становления совокупная выборка ( $N=155$ ) была разделена на подгруппы в зависимости от возраста и стажа. Были выделены следующие возрастные подгруппы: 20–30 лет, 30–40 лет, 40–50 лет и более 50 лет. В группу административных работников в возрасте от 20 до 30 лет вошли 27 человек ( $n_1=27$ ), в возрасте от 30 до 40 лет – 42 человека ( $n_2=42$ ), в возрасте от 40 до 50 лет – 65 человек ( $n_3=65$ ) и в возрасте более 50 лет – 21 человек ( $n_4=21$ ).

Сравнение этих четырех возрастных групп между собой по уровню и особенностям выгорания показывает, что существенные различия обнаруживаются только между возрастными периодами от 40 до 50 лет и свыше 50 лет (табл. 1).

Таблица 1

Показатели выгорания в различных возрастных группах

Возраст, лет	Эмоциональное истощение	Цинизм	Профессиональные достижения	Критерий	Уровень значимости
20–30	19,44 Средний уровень	7,70 Средний уровень	30,19 Средний уровень	t-критерий Стьюдента, one-way ANOVA	$p>0,05$ $p>0,05$
30–40	19,29 Средний уровень	7,55 Средний уровень	28,79 Высокий уровень	t-критерий Стьюдента, one-way ANOVA	$p>0,05$ $p>0,05$
40–50	20,92 Средний уровень	7,29 Средний уровень	27,82 Высокий уровень	t-критерий Стьюдента, one-way ANOVA	$p=0,011$ $p=0,011$
>50	21,48 Средний уровень	7,71 Средний уровень	31,52 Средний уровень	t-критерий Стьюдента, one-way ANOVA	$p=0,011$ $p=0,011$

Достоверные различия ( $t = -2,57$ ;  $p < 0,05$ ) между этими двумя группами найдены в отношении уровня профессиональной самореализации (редукции персональных достижений). Административные работники, находящиеся в предпенсионном возрасте (свыше 50 лет) не склонны занижать свои профессиональные достижения по сравнению со своими более молодыми коллегами. Отличительной особенностью административных работников государственной службы является то, что на всех возрастных этапах до 51 года выгорание происходит по типу редукции персональных достижений.

Стаж административной деятельности был разбит на следующие градации: от 0 до 3 лет, от 3 до 10 лет, от 10 до 20 лет, более 20 лет. Основанием такой классификации являются представления Н.С. Глуханюк об этапности профессионального развития, периодизация которого определяется отношением личности к профессии [Глуханюк 2002]. В группу административных работников со стажем менее 3-х лет вошли 53 человека, со стажем от 4 до 10 лет – 42 человека, со стажем от 11 до 20 лет – 42 человека и со стажем более 20 лет – 18 человек. Сравнение четырех групп между собой не выявило достоверных различий ни по одному из показателей выгорания (табл. 2). Синдром выгорания у административных работников развивается по типу редукции персональных достижений (низкая профессиональная самореализация) в независимости от стажа работы.

Таблица 2

Показатели выгорания в зависимости от стажа работы

Стаж, лет	Эмоциональное истощение	Цинизм	Профессиональные достижения	Уровень значимости, t-критерий Стьюдента
0–3	20,96 Средний уровень	6,91 Средний уровень	28,23 Высокий уровень	$p > 0,05$
4–10	19,24 Средний уровень	7,19 Средний уровень	28,57 Высокий уровень	$p > 0,05$
11–20	20,74 Средний уровень	8,21 Средний уровень	30,19 Средний уровень	$p > 0,05$
>20	19,78 Средний уровень	8,22 Средний уровень	29,44 Высокий уровень	$p > 0,05$

На начальных этапах профессионального развития этот факт можно связать с осознанием молодым специалистом некоторой неадекватности своих знаний и умений требованиям практической деятельности. Вследствие этого у молодых специалистов наблюдается сниженная самооценка

значимости достигнутых в работе результатов. На последующих этапах профессионализации развитие выгорания в мотивационно-установочной сфере, возможно, объясняется авторитарно-бюрократическими требованиями к личности профессионала. Роль творческого потенциала сведена к минимуму, ценится строгое следование предписаниям «сверху». К моменту выхода специалиста на пенсию наблюдается средний уровень выгорания по всем трем субшкалам. Возможно, это связано с переключением внимания с профессиональной деятельности на поиск смысла в других жизненных сферах.

С целью изучения когнитивно-поведенческого преодоления выгорания нами был проведен линейный регрессионный анализ эмпирических данных (N=105). В качестве независимых переменных выступали субфакторы выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализация (цинизм), редукция персональных достижений.

Были обнаружены отрицательные корреляции эмоционального истощения с ориентацией времени, с такими моделями преодоления, как вступление в социальный контакт, ассертивные действия, а также с удовлетворенностью работой (табл. 3).

Таблица 3

Факторы, ведущие к развитию эмоционального истощения

Переменные	Стандартизованный коэффициент $\beta$	Уровень значимости
Временная перспектива	-0,397	$p < 0,001$
Вступление в социальный контакт	-0,314	$p < 0,001$
Ассертивные действия	-0,191	$p = 0,016$
Удовлетворенность работой	-0,181	$p = 0,021$
Избегание	0,273	$p = 0,001$

Чем реже административные работники используют активные и про-социальные стратегии преодоления, чем некомпетентнее они ориентируются во времени и чем меньше удовлетворены своей работой, тем выше у них эмоциональное истощение. Можно предположить, что компетентная ориентация во времени (единство прошлого, настоящего и будущего), активное взаимодействие с социальным окружением (семьей, коллегами и друзьями), настойчивость и уверенность в принятии решений, а также высокая эмоциональная удовлетворенность результатами труда являются когнитивно-поведенческими факторами, препятствующими развитию синдрома выгорания в административно-управленческой деятельности. Данную зависимость мы объясняем тем, что компетентная ориентация во времени обладает большой ресурсностью и терапевтичностью для человека, то есть работник может опираться в своей деятельности не только на прошлые достижения, но и на будущие и настоящие. Такая гибкая ориентированность во времени позволяет сохранять эмоциональную устойчивость,

что в свою очередь предохраняет от истощения. Поэтому при разработке тренинговых программ по превенции синдрома выгорания следует уделять особое внимание развитию компетентной ориентации во времени. Вступление в социальный контакт является способом расширения внешних ресурсов. Более широкие социальные связи позволяют накапливать больше положительных эмоций, что снижает риск развития истощения. Влияние ассертивных действий на субфактор «эмоциональное истощение» можно объяснить тем, что применение в профессиональной деятельности уверенных действий чаще ведет к успеху, который выступает в качестве некоего «энергизирующего» ресурса для эмоциональной сферы личности. Эмоциональное истощение имеет положительную связь с такой моделью преодоления, как избегание (табл. 3). Чем чаще административные работники используют данную модель поведения, тем выше эмоциональное истощение. Отказ от активных действий для преодоления стрессовых ситуаций ведет к переживанию более интенсивных отрицательных эмоций и развитию эмоционального истощения. Избегание рассматривается как одна из наименее эффективных стратегий преодоления стресса и служит фактором, способствующим развитию выгорания у административных работников государственной службы.

Обнаружены отрицательные корреляции деперсонализации (цинизма) с ориентацией во времени и с такой моделью преодоления, как вступление в социальный контакт (табл. 4).

аблица 4

Факторы, ведущие к развитию деперсонализации

Переменные	Стандартизованный коэффициент $\beta$	Уровень значимости
Временная перспектива	-0,260	$p=0,005$
Вступление в социальный контакт	-0,249	$p=0,004$
Манипулятивные действия	0,333	$p<0,001$

Дистанцирование проявляется в минимизации административными работниками социальных контактов. Это может быть связано с заикливанием, остановкой на прошлых негативных взаимодействиях и ведет к стремлению дистанцироваться от других. Цинизм положительно коррелирует с манипулятивными действиями. Манипуляции, очевидно, связаны с отсутствием доверия в деловых отношениях. Практика показывает, что посетители очень часто обманывают, манипулируют административными работниками, поэтому чиновники вынуждены либо манипулировать клиентами, либо дистанцироваться от них.

Были обнаружены положительные корреляции редукции персональных достижений с моделями преодоления «социальная поддержка», «ассертивные действия», с потенциальной мотивацией и ориентацией во времени (табл. 5).

Таблица 5

Факторы, ведущие к развитию редукции персональных достижений

Переменные	Стандартизованный коэффициент $\beta$	Уровень значимости
Поиск социальной поддержки	0,328	$p < 0,001$
Ассертивные действия	0,281	$p = 0,001$
Потенциальная мотивация	0,267	$p = 0,002$
Временная перспектива	0,227	$p = 0,007$

Более высокой удовлетворенности профессиональной самореализацией способствуют активные, просоциальные модели поведения, удовлетворенность личными достижениями и условиями профессиональной деятельности (потенциальная мотивация) и компетентная ориентация во времени. Для профилактики синдрома выгорания необходимо повышать социальную активность личности, вырабатывать у нее активную жизненную позицию, обучать просоциальным моделям поведения, повышать значимость и стремление к личным достижениям, расширять временные границы личности [Абульханова-Славская 2001], [Василюк 1984].

Обнаруженный нами факт взаимосвязи симптомов выгорания с некомпетентной ориентацией во времени может объясняться неудовлетворенностью самореализацией личности в той или иной временной перспективе, вследствие чего повышается психическая напряженность, и, как следствие, развивается синдром выгорания. Развитие синдрома выгорания может в свою очередь трансформировать отношение личности ко времени и детерминировать некомпетентную ориентацию во времени.

Факторами риска развития синдрома выгорания являются стратегии «избегания» и «манипулятивных действий», как пассивные и непрямые модели в концепции S. Hobfoll [Hobfoll 1998]. Факторами, препятствующими выгоранию, является компетентная ориентация во времени (единство прошлого, настоящего и будущего), высокая удовлетворенность работой и высокая трудовая мотивация, а также активные, просоциальные модели поведения «поиск социальной поддержки», «вступление в социальный контакт», «ассертивные действия».

Изучение взаимосвязи синдрома выгорания с профессиональной самореализацией представляется актуальным в связи с тем, что имеются факты о высокой уязвимости к выгоранию лиц, которые сильно мотивированы и вовлечены в работу. Для них работа является важным источником смысла жизни и самореализации. В результате высокой вовлеченности в работу человек теряет психическую энергию, что может приводить к эффектам выгорания в виде снижения самооценки, лояльности по отношению к организации, потери смысла собственной профессиональной деятельности [Водопьянова 2005]. Самореализация рассматривается как один из аспектов профессионализации личности. Профессиональная самореализация оценивалась по следующим показателям: ориентация во времени,

субъективно важные характеристики труда, индекс потенциальной мотивации и коэффициенты удовлетворенности жизнью и трудом. Для выявления взаимосвязей показателей профессиональной самореализации с субшкалами синдрома выгорания был проведен линейный регрессионный анализ (N=105). В качестве независимых переменных выступали: ориентация во времени, потенциальная мотивация и удовлетворенность работой.

Обнаружены отрицательные корреляционные связи ориентации во времени с эмоциональным истощением ( $\beta = -0,399$ ,  $p < 0,001$ ) и с копинг-стратегией «агрессивные действия» ( $\beta = -0,211$ ,  $p < 0,05$ ). Высокое эмоциональное истощение и применение копинг-стратегии «агрессивные действия» ведут к развитию некомпетентной ориентации во времени. Не только отношение личности ко времени влияет на развитие синдрома выгорания, но и само выгорание может в свою очередь детерминировать некомпетентную ориентацию во времени.

Потенциальная мотивация положительно коррелирует с удовлетворенностью профессиональным настоящим ( $\beta = 0,325$ ,  $p < 0,001$ ), с показателем выгорания «редукция персональных достижений» ( $\beta = 0,292$ ,  $p < 0,05$ ) и с удовлетворенностью жизнью ( $\beta = 0,235$ ,  $p < 0,05$ ). Чем больше административный работник удовлетворен своей профессиональной деятельностью, чем выше он оценивает свои персональные достижения, тем выше показатели его потенциальной мотивации.

Были обнаружены отрицательные корреляции удовлетворенности работой со стратегией «поиск социальной поддержки» ( $\beta = -0,251$ ,  $p < 0,05$ ) и с деперсонализацией (цинизмом) ( $\beta = -0,235$ ,  $p < 0,05$ ). Чем выше удовлетворенность трудом, тем реже административные работники используют просоциальный копинг, тем ниже уровень деперсонализации. Положительная корреляционная связь существует с потенциальной мотивацией ( $\beta = 0,205$ ,  $p < 0,05$ ), то есть высокая потенциальная трудовая мотивация административных работников способствует высокой удовлетворенности профессиональной деятельностью.

Согласно результатам проведенного анализа можно сделать выводы о том, что повышение трудовой мотивации административных работников влечет за собой снижение уровня редукции профессиональных достижений, а высокий уровень удовлетворенности работой и жизнью способствует снижению уровня деперсонализации. Превентивным фактором синдрома выгорания, помимо «здорового» копинга, является высокий уровень профессиональной самореализации.

Психическое выгорание сказывается на качестве и динамике выполнения профессиональных обязанностей, на производительности, удовлетворенности работой и самореализацией. Если не предпринимать меры по преодолению психического выгорания, то оно из профессиональной деструкции превращается в профессиональную деформацию личности.

## **2.2. СПЕЦИФИКА ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

### **2.2.1. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

*М.М. Скугаревская*

*Белорусский государственный медицинский университет  
Минск, Республика Беларусь*

Выгорание представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, вызванного пролонгированным стрессом или фрустрацией на рабочем месте, и рассматривается в контексте стресса, связанного с профессиональной деятельностью [Gundersen 2001]. Развитие выгорания характерно в первую очередь для профессий системы «человек – человек», где доминирует оказание помощи людям (учителя, врачи, медицинские сестры, социальные работники) [Ронгинская 2002]. Группа работников сферы психического здоровья (психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов) исследовалась как группа риска в связи со спецификой профессиональной деятельности и интенсивным межличностным взаимодействием с пациентами. Понятие «работники сферы психического здоровья» (mental health workers) широко используется за рубежом для обозначения специалистов, работающих в области профилактики и терапии психических расстройств, поддержания психического здоровья людей [Leiter, Harvie 1996].

Для изучения особенностей развития выгорания у работников сферы психического здоровья Республики Беларусь как группы риска в связи со спецификой профессиональной деятельности и интенсивным межличностным взаимодействием исследовались специалисты, работающие в системе здравоохранения: психиатры, наркологи, психотерапевты, медицинские психологи.

Подбор респондентов был случайным, в исследовании приняли участие работники стационарного и амбулаторного звена медицинской помощи различных областей Республики Беларусь.

Всего было роздано 338 комплектов анкет, ответил 271 человек (80,17 %). Учитывая, что общая численность специалистов, работающих по вышеуказанным специальностям на конец 2001 года, согласно данным Официального статистического сборника «Здравоохранение в Республике Беларусь», составляет 1354 человек, объем выборочной совокупности мы считаем достаточным для перенесения результатов на генеральную совокупность.

В качестве группы сравнения нами были обследованы 63 врача отделений лабораторной и лучевой диагностики, для которых контакт с паци-

ентами был минимален в отличие от работников сферы психического здоровья.

Вошедшие в исследование специалисты не проявляли явных признаков психических расстройств.

В работе использованы следующие психодиагностические методики:

- 1) методика диагностики уровня выгорания В.В. Бойко;
- 2) шестнадцатифакторный личностный опросник Р. Кэттела (16-PF);
- 3) опросник общего здоровья (General Health Questionnaire 28);
- 4) методика определения качества жизни NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of Life);
- 5) опросник уровня субъективного контроля;
- 6) анкета для оценки синдрома выгорания;
- 7) социальная анкета для регистрации социально-демографических показателей.

Для статистической оценки результатов исследования с использованием программы «Statistica 6.0» проводились: оценка достоверности различий количественных показателей по t-критерию Стьюдента, корреляционный анализ, метод множественной (в том числе пошаговой) регрессии, непараметрические методики.

В целом, в группе работников сферы психического здоровья признаки синдрома выгорания различной степени выраженности имели 203 человека (78,7 %), что оценивалось по наличию формирующихся либо сформированных фаз выгорания (на основании методики В.В. Бойко).

Превалировали в структуре выгорания в данной группе симптомы: неадекватного эмоционального реагирования, отсутствия эмоциональной вовлеченности, утраты способности к сопереживанию, усталости, ведущей к редукции профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь. Достаточно выражен симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств», связанный с ощущением физических или психологических перегрузок, напряжения в работе, наличием конфликтов с начальством, коллегами, пациентами.

Сформированную фазу «истощения» имели 20 человек (7,75 %), симптоматика которой выражалась в негативном отношении к работе с людьми, эмоциональном истощении, психосоматических и психовегетативных нарушениях.

Для группы работников сферы психического здоровья, в сравнении с группой врачей лабораторной диагностики, были выше показатели симптомов «переживания психотравмирующих обстоятельств» ( $p < 0,001$ ) и «неудовлетворенность собой» (своей специальностью, достижениями) ( $p < 0,05$ ). Однако достоверных различий по суммарному показателю выгорания для этих групп установлено не было.

В рамках данного исследования нами оценивался комплекс социально-демографических, профессиональных и личностных факторов, потен-

циально влияющих на развитие выгорания у работников сферы психического здоровья (рис. 1).

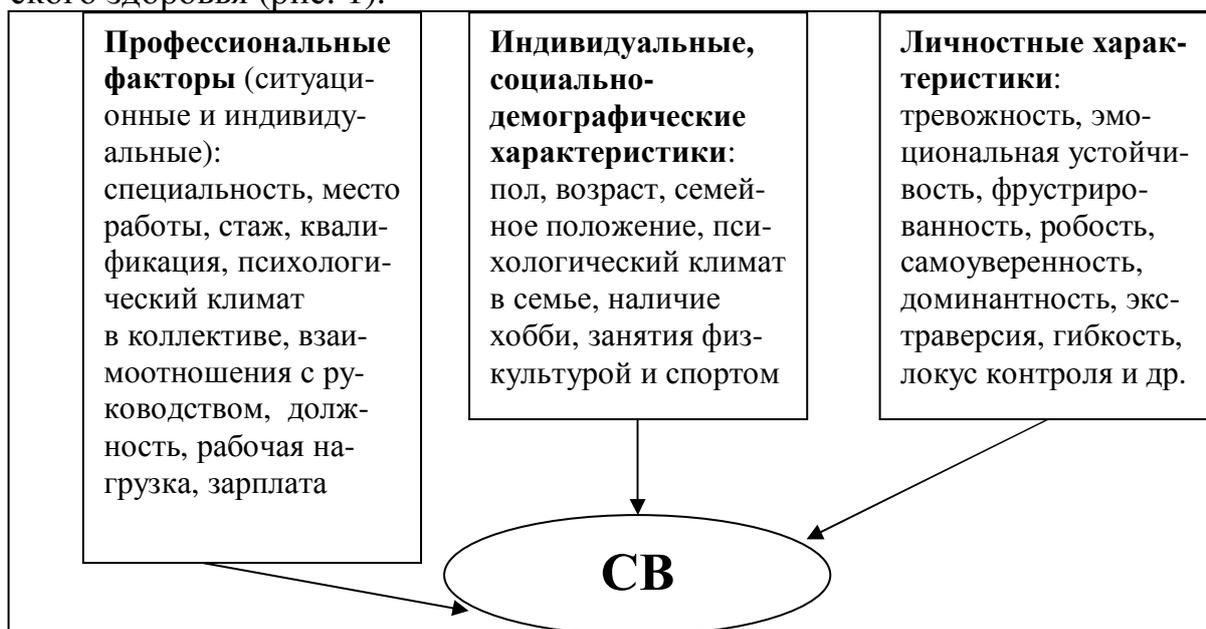


Рис. 1. Предпосылки развития синдрома выгорания

Среди профессиональных характеристик имели важное значение следующие:

- место работы (выше показатели выгорания среди врачей в стационарах в сравнении с работающими в диспансерах,  $p < 0,0001$ );
- специальность (работа психиатра является фактором повышенного риска развития выгорания в отличие от работы нарколога, психотерапевта и медицинского психолога,  $p < 0,05$ );
- психологический климат на работе (при субъективной оценке климата на работе как хорошего достоверно ниже были значения выгорания,  $p < 0,001$ );
- занимаемая должность (среди занимающих руководящие должности – заведующий отделением, заместитель главного врача, главный врач – были выше показатели выгорания в сравнении с врачами-ординаторами,  $p < 0,05$ );
- удовлетворенность заработной платой (ниже показатели выгорания среди удовлетворенных заработной платой,  $p < 0,01$ );
- стаж работы по специальности ( $r = 0,13$ ,  $p < 0,05$ ).

Рабочая нагрузка, оцениваемая по количеству ставок, не имела существенного влияния на выраженность выгорания.

Работающие в стационаре специалисты испытывали большее выгорание, чем работающие в амбулаторной службе. Возможно, это связано со спецификой пациентов в стационаре (хронические, тяжелобольные). Эти данные подтверждаются в исследовании, проведенном P.I. Thornton, где

показано, что специалисты сферы психического здоровья, работающие с пациентами, находящимися в стационаре, демонстрируют более высокие показатели выгорания, чем те, кто работает с амбулаторными пациентами [Thornton 1992]. Различия в уровнях выгорания, в зависимости от типа психиатрического учреждения в Великобритании, также показаны в исследовании D. Prosser et al. [Prosser, Johnson, Kuipers 1996]. В исследовании В.А. Farber установлено, что показатели выгорания были значительно ниже среди частнопрактикующих психотерапевтов в сравнении с их коллегами, работающими в клиниках [Farber 1985].

В нашем исследовании была показана значимость для развития выгорания следующих социально-демографических характеристик:

- пол (у мужчин выше показатель неадекватного избирательного эмоционального реагирования,  $p < 0,05$ );
- возраст (установлены положительные корреляции возраста с показателями выгорания,  $r = 0,14$ ,  $p < 0,05$ );
- семейное положение (максимальные показатели выгорания были у разведенных, минимальные – у одиноких, ранее не состоявших в браке, промежуточные значения – у семейных);
- психологический климат в семье (для оценивавших психологические отношения в семье как хорошие установлены более низкие значения выгорания,  $p < 0,05$ );
- показатели, характеризующие образ жизни (наличие хобби, занятия физкультурой и спортом, внимание к собственному здоровью препятствовали развитию выгорания,  $p < 0,05$ ).

Личностные особенности оценивались с помощью шестнадцатифакторного личностного опросника Р. Кэттелла и опросника уровня субъективного контроля. Между выделенными группами с высокими (45 человек) и низкими показателями выгорания (39 человек) имелись достоверные различия по большинству из личностных факторов (рис. 2).

Наибольшее значение имели:

- фактор С (высокая эмоциональная устойчивость в группе с низкими показателями выгорания и низкая эмоциональная устойчивость в группе с высокими показателями);
- фактор Н (смелость, решительность у лиц, имеющих низкие показатели выгорания, и робость, застенчивость у тех, кто имеет высокие значения);
- фактор L (доверчивость при низких значениях выгорания и подозрительность при высоких значениях);
- фактор О (самоуверенность при низких значениях выгорания и склонность к чувству вины при высоких значениях);
- фактор Q 3 (высокий самоконтроль при низких значениях выгорания и импульсивность при выраженном выгорании),

- фактор Q 4 (нефрустрированность при низких показателях выгорания и фрустрированность при выраженном выгорании).

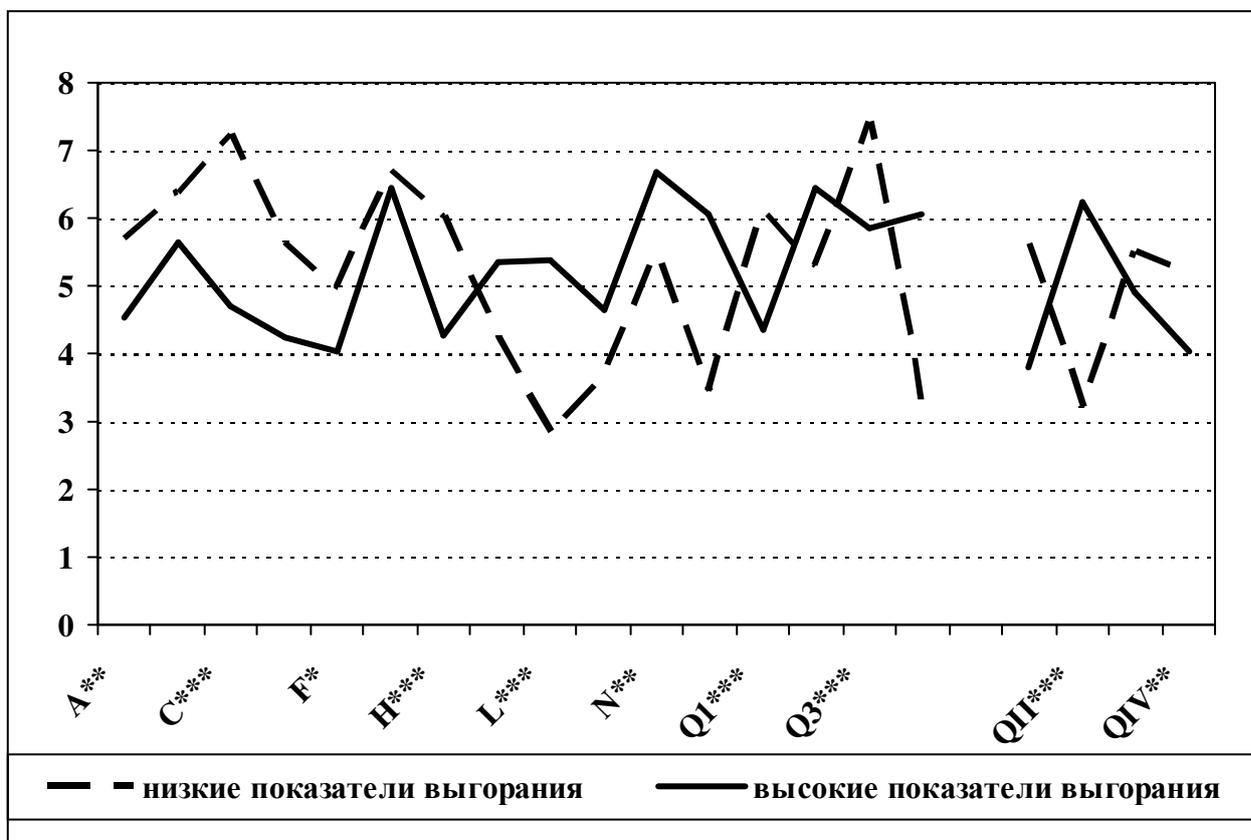


Рис. 2. Профили личности в группах с высокими и низкими показателями выгорания

Примечания: достоверность различий (здесь и далее): \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ .

Вышеуказанные личностные факторы ассоциированы с фактором тревожности Q II. Кроме того, при выраженном выгорании имели значение следующие факторы:

- фактор А (обособленность, отчужденность);
- фактор Е (конформность, зависимость);
- фактор F (озабоченность, сдержанность, склонность все усложнять);
- фактор I (мягкосердечность, чувствительность);
- фактор М (мечтательность, непрактичность);
- фактор N (более склонны к выгоранию проницательные, честолюбивые, расчетливые в поведении люди);
- фактор Q 1 (предрасполагают к выгоранию консерватизм и ригидность);
- фактор Q 2 (более склонны к выгоранию самодостаточные люди, предпочитающие все делать сами);

- фактор Q I (интроверсия);
- фактор Q III (оторванность от реальности, погруженность в личные переживания предрасполагают к выгоранию);
- фактор Q IV (покорность, зависимость предрасполагают к выгоранию).

Противоположные полюса этих личностных факторов могут играть протективную роль в развитии выгорания. Не установлены достоверные различия лишь по факторам В (интеллект) и G (совестливость).

Полученные нами данные согласуются с результатами исследования, проведенного J. Cebria et al. среди испанских семейных врачей с использованием опросника 16-PF [Cebria, Segura, Corbella et al. 2001]. Ими показано, что лица с высокими показателями эмоционального истощения имеют большие значения эмоциональной неустойчивости (фактор C-), склонности к чувству вины (фактор O+) и фрустрированности (фактор Q 4+). Лица с высокими показателями личностной отстраненности имели большие значения фактора L (подозрительность). Значения шкалы личных достижений были связаны с факторами А и Н. В данном исследовании подтверждается задействованность в развитии выгорания личностных черт, ассоциированных с высокой степенью тревожности [Farber 1985].

В свою очередь, роль фактора интроверсии в этиологии выгорания была показана J. Schwab [Schwab 1995], а значение социальной тревоги и неуверенности в себе как предпосылок развития выгорания было продемонстрировано M.S. Thompson [Thompson, Page, Cooper 1993].

Использование опросника уровня субъективного контроля позволило выявить значение такой личностной характеристики как локус контроля, в развитии выгорания. Среди лиц, подверженных выгоранию, выше склонность приписывать ответственность за все события внешним факторам (другим людям, случаю, судьбе и др.), т.е. свойственен экстернальный локус контроля. Лицам с низкими показателями выгорания свойственен интэрнальный локус контроля, который характеризуется восприятием значимых для человека событий как следствий его собственных сознательных действий ( $p < 0,001$ ). Эти данные согласуются с результатами исследования С. Maslach et al., в котором показано, что лица с экстернальным локусом контроля более склонны к выгоранию [Maslach, Schaufel, Leiter 2001].

Таким образом, можно говорить о специфике профиля личности, склонной к развитию выгорания, который можно представить в терминах личностных факторов Р. Кэттела в следующем виде:

A- B- C- E- F- H- I+ M+ N+ O+ Q1+ Q2+ Q3- Q4+ QI- QII+ QIII- QIV-.

Для построения прогностических моделей развития выгорания и оценки вклада каждого из вышеуказанных параметров нами использовался метод множественной пошаговой регрессии. При выборе в качестве зависимой переменной суммарного показателя выгорания (опросник В.В. Бойко), была построена регрессионная модель № 1 (рис. 3), объясняющая 45 %

его вариаций (коэффициент множественной регрессии  $R = 0,67$ ,  $p < 0,00001$ ).

При этом наибольший вклад в развитие выгорания вносит фактор тревожности (Q II по опроснику Р. Кэттела,  $\beta = 0,493$ ,  $p < 0,00001$ ), затем по мере убывания весового вклада: удовлетворенность заработной платой ( $\beta = -0,228$ ,  $p < 0,0001$ ), хороший психологический климат на работе ( $\beta = -0,200$ ,  $p < 0,001$ ), семейное положение (в разводе) ( $\beta = 0,144$ ,  $p < 0,05$ ), работа в амбулаторном звене психиатрической помощи ( $\beta = -0,122$ ,  $p < 0,05$ ).

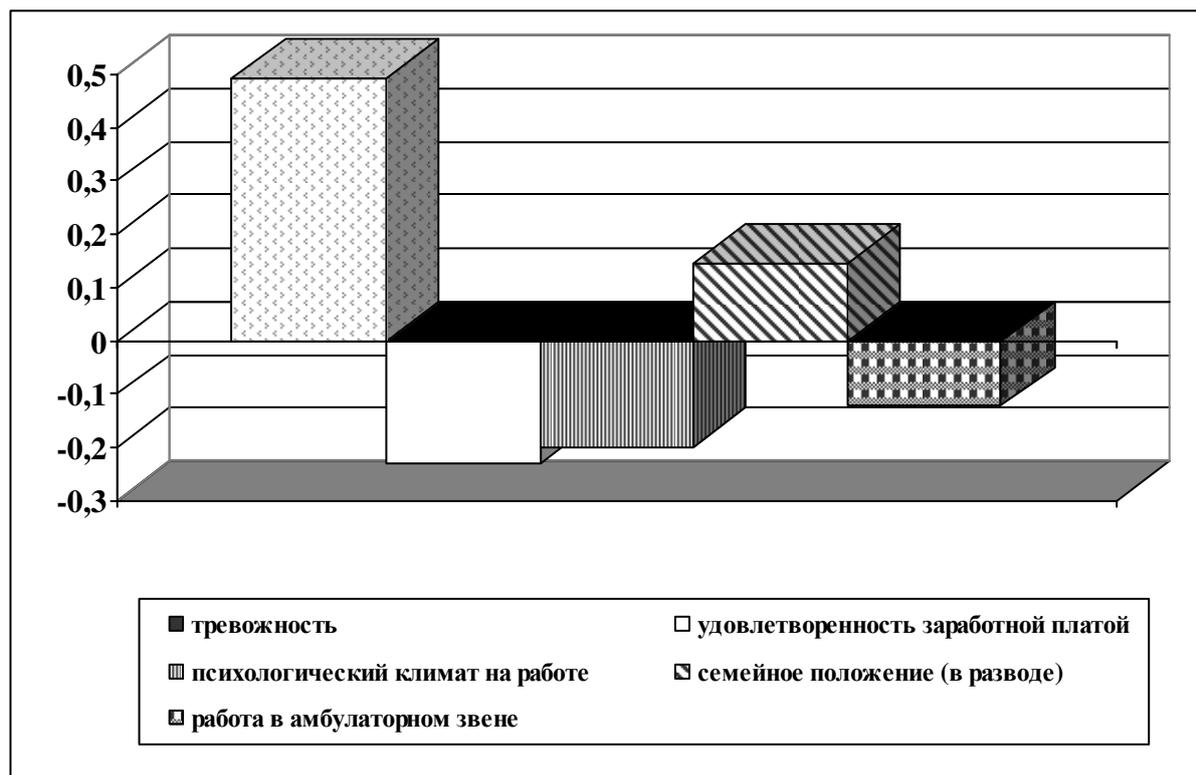


Рис. 3. Регрессионная модель № 1

При выборе в качестве зависимой переменной показателя анкеты для оценки выгорания (который в большей степени отражает эмоциональное истощение), была построена модель, объясняющая 38 % вариаций зависимой переменной (коэффициент множественной регрессии  $R = 0,62$ ,  $p < 0,00001$ ). Наибольшую предикторную значимость имели следующие показатели (в порядке убывания): тревожность (Q II по опроснику Р. Кэттела,  $\beta = 0,522$ ,  $p < 0,00001$ ), руководящая должность ( $\beta = 0,202$ ,  $p < 0,001$ ), семейное положение (в разводе) ( $\beta = 0,171$ ,  $p < 0,01$ ), женский пол ( $\beta = 0,105$ ,  $p < 0,05$ ). В обеих моделях наиболее весомым оказался вклад личностной тревожности, которая изолированно объясняла 28–31% вариаций выгорания.

Нами выявлена взаимосвязь выгорания с показателями психической адаптации, рассчитываемыми на основе шестнадцатифакторного личностного опросника: показатель интеграции систем поведения (ИВ), фрустраци-

онная напряженность (FR), соотнесенная фрустрационная напряженность (FN), уровень тревоги (AX), порог фрустрации (LF), фрустрационная интолерантность (FI), уровень реализованной лабильности (RL), индекс дезадаптации (ID). Различия в показателях психической адаптации в зависимости от выраженности выгорания представлены на рис. 4.

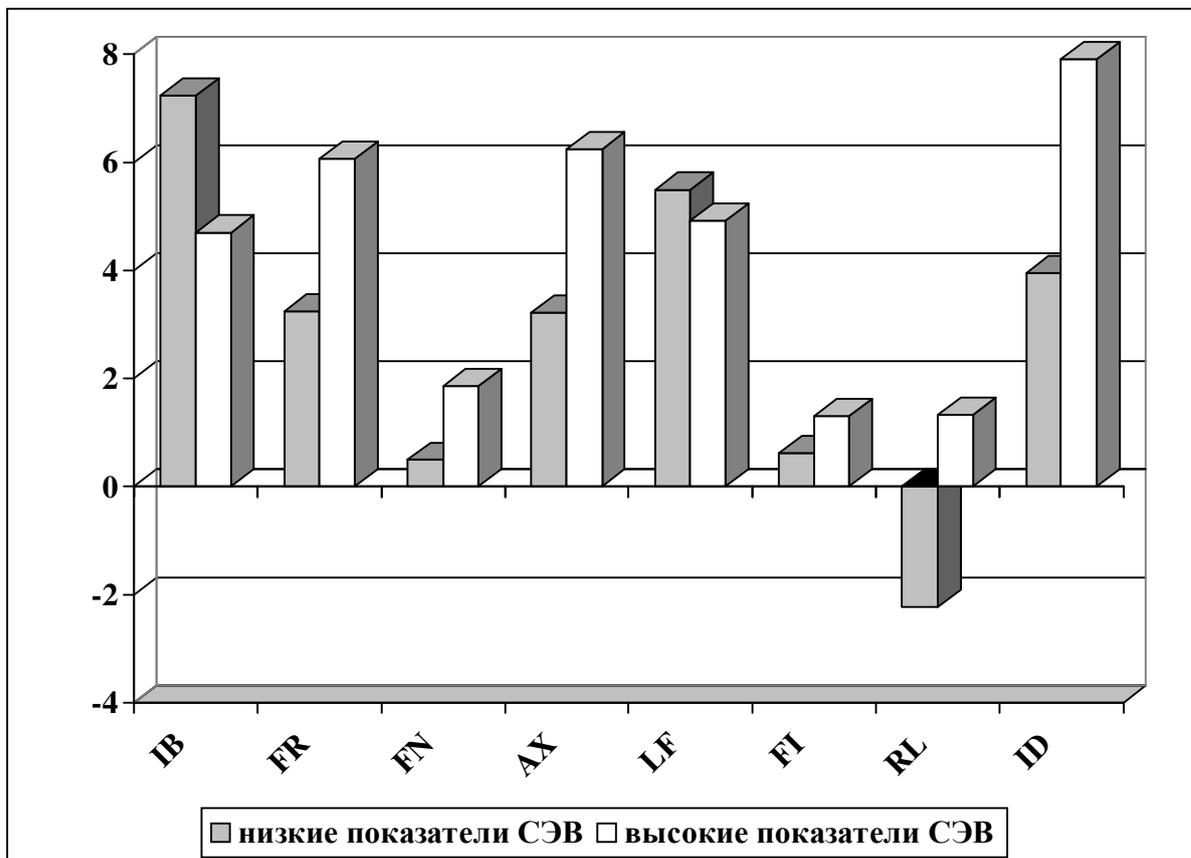


Рис. 4. Показатели психической адаптации в группах с низкими и высокими показателями выгорания

Все изученные показатели психической адаптации были взаимосвязаны с выраженностью выгорания, и худшая адаптация наблюдалась в группе с высокими показателями выгорания (ниже показатель устойчивости системы интеграции поведения ( $p < 0,001$ ), выше фрустрационная напряженность ( $p < 0,001$ ), соотнесенная фрустрационная напряженность ( $p < 0,001$ ), уровень тревоги ( $p < 0,001$ ), ниже порог фрустрации ( $p < 0,01$ ), выше фрустрационная интолерантность ( $p < 0,001$ ), реализованная лабильность ( $p < 0,001$ ) и индекс дезадаптации ( $p < 0,001$ )) по сравнению с группой с низкими значениями). Наименее чувствительным к изменению выгорания оказался порог фрустрации, наиболее чувствительным – фрустрационная напряженность и уровень тревоги.

В исследовании оценивалась выраженность психологического дистресса среди работников сферы психического здоровья по результатам «Опросника общего здоровья (GHQ-28)» с использованием шкалы GHQ-score – производилось разделение на «случаи» клинически выраженного

психологического дистресса (показатель 5 и более) и «неслучаи» (показатель менее 5). Количество «случаев» составило 100 человек (38,91 %), «не случаев» 157 человек (61,09 %).

В группах с высокими и с низкими показателями выгорания достоверно различались все шкалы GHQ-28 ( $p < 0,01$ ) (табл. 1).

Таблица 1

Показателей GHQ-28 в зависимости от выраженности выгорания

Группы с разными показателями выгорания	GHQ-A*** (соматические симптомы)	GHQ-B*** (тревога, инсомния)	GHQ-C** (социальная дисфункция)	GHQ-D*** (выраженная депрессия)	GHQ-Total*** (суммарный показатель психологического дистресса)
Низкие	4,84±0,46	2,97±0,56	7,11±0,36	1,00±0,36	15,76±1,26
Высокие	8,64±0,52	7,93±0,61	8,67±0,33	4,09±0,58	29,28±1,49

Показатели GHQ-28 связаны с выраженностью выгорания, развитие которого сопряжено с психической дезадаптацией, т.е. в развитии психологического дистресса задействованы те же личностные черты, что и при выгорании, также важное значение имеют факторы социальной поддержки (психологический климат в семье и на работе) и образа жизни (занятия физкультурой и спортом, внимание к здоровью).

Нами был включен в социальную анкету вопрос «Получаете ли Вы моральное удовлетворение от своей работы?». Удовлетворены своей работой были 189 человек (71,32 %), частично удовлетворены 43 человека (16,23 %), не удовлетворены 33 человека (12,45 %). Можно отметить достаточно высокие показатели удовлетворенности работой среди работников сферы психического здоровья, при этом выявлена высоко достоверная отрицательная связь суммарного показателя выгорания и морального удовлетворения от работы ( $r = -0,28$ ,  $p < 0,0001$ ).

Выраженность выгорания достоверно ( $p < 0,001$ ) коррелировала со снижением субъективной оценки состояния здоровья, ростом намерений перехода на другую работу и снижением показателей качества жизни, которые включают удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовольствие от жизни во всех ее аспектах.

Различия в показателях качества жизни в зависимости от выраженности выгорания представлены на рис. 5, 6. В группе с высокими показателями выгорания наблюдается заметное снижение качества жизни (до 60,59 %), в то время как в группе с низкими показателями выгорания отмечается

лишь незначительное снижение интегрального показателя качества жизни (до 79,61 %).

В первую очередь снижение качества жизни у лиц с высокими показателями выгорания связано со снижением физической мобильности ( $p < 0,001$ ), эмоционального состояния ( $p < 0,001$ ), социальных функций ( $p < 0,001$ ) и познавательной функции ( $p < 0,001$ ).

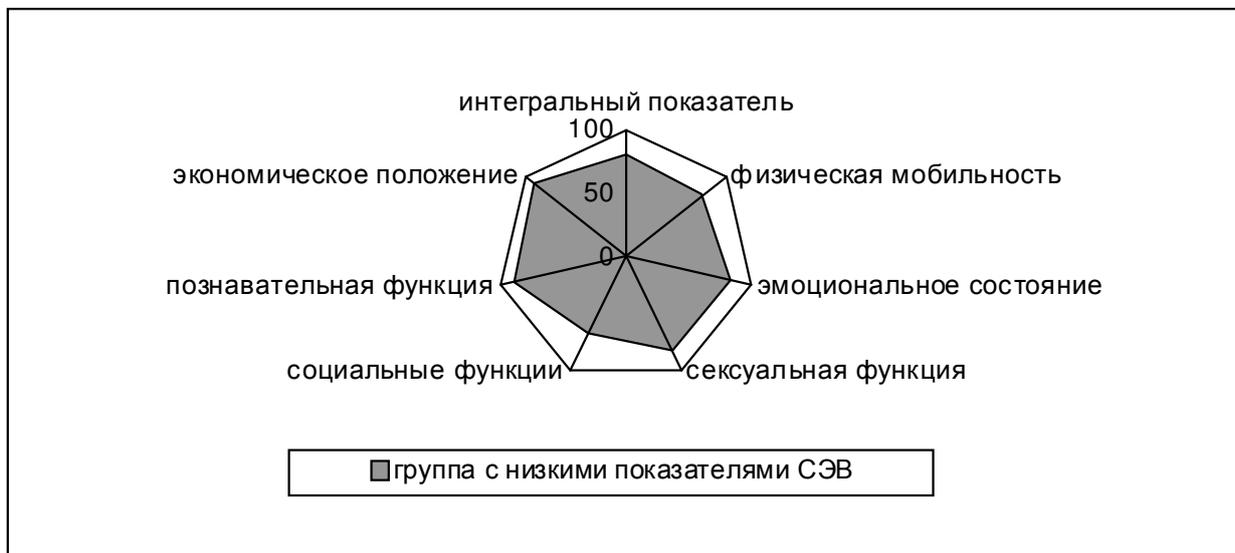


Рис. 5. Качество жизни в группе с низкими показателями выгорания

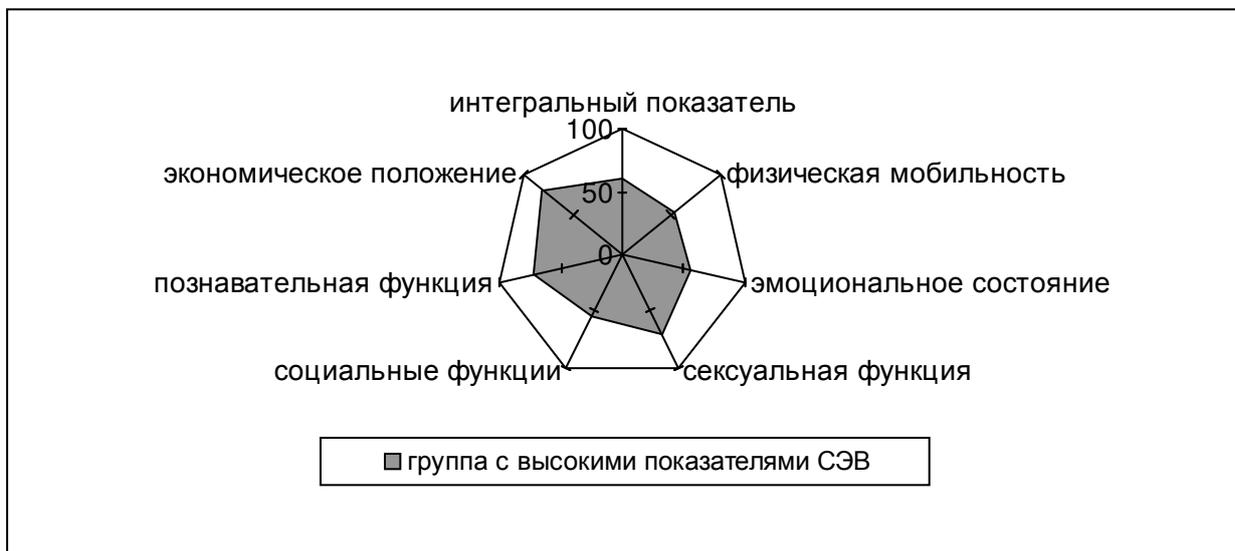


Рис. 6. Качество жизни в группе с высокими показателями выгорания

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что проявления выгорания различной степени выраженности (в виде эмоционального истощения, утомления, ощущения физических и психологических перегрузок, ведущих к редукции профессиональных обязанностей, неадекватного избирательного реагирования на пациентов, утраты способности к сопереживанию пациентам, психосоматических и психовегетатив-

ных нарушений) выявлены более чем у 70 % работников сферы психического здоровья.

В развитии синдрома выгорания у специалистов данной сферы имеет значение комплекс профессиональных (специальность, место работы, стаж работы, врачебная категория, занимаемая должность, удовлетворенность заработной платой, психологический климат в рабочем коллективе, взаимоотношения с руководством), социально-демографических (пол, возраст, семейное положение, психологический климат в семье) и личностных характеристик (тревожность, эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, фрустрированность, подозрительность, робость, застенчивость, импульсивность, экстернальный локус контроля, интроверсия, конформность, мечтательность, оторванность от реальности).

В прогностических моделях развития выгорания у работников сферы психического здоровья ключевую роль играет личностная тревожность и ассоциированные с ней характеристики (эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, фрустрированность, подозрительность, робость, застенчивость, импульсивность). Изолированный фактор тревожности объясняет 28–31 % вариаций показателей выгорания у этих лиц.

Синдром выгорания у работников сферы психического здоровья сопровождается нарушением психосоциальной адаптации, что проявляется ухудшением субъективной оценки состояния здоровья, ростом соматических симптомов, увеличением показателей тревоги, инсомнии, депрессии, ухудшением показателей качества жизни, ростом намерений перехода на другую работу, снижением морального удовлетворения от работы.

Протективную роль в развитии выгорания имеют такие личностные характеристики, как эмоциональная устойчивость, высокий самоконтроль поведения, экстраверсия, уверенность в себе, интернальный локус контроля, гибкость, низкая тревожность, а также такие социальные факторы, как психологическая поддержка в семье и рабочем коллективе, активный образ жизни (наличие хобби, занятия физкультурой и спортом, внимание к собственному здоровью).

## 2.2.2. ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ

*Л.Н. Юрьева*

*Днепропетровская государственная медицинская академия  
Днепропетровск, Украина*

Лица, работающие в сфере охраны психического здоровья (психиатры, наркологи, психотерапевты, медицинские психологи, телефонные консультанты, логопеды, педагоги-дефектологи, социальные работники, средний и младший медицинский персонал), в наибольшей степени подвержены выгоранию, так как их профессиональная деятельность связана не только с большим количеством контактов с людьми, но и с особенностями этих контактов и отношений.

Наиболее полно сформулировали характер этих отношений З. Фрейд и его ученики, которые описали неизбежно возникающие при общении врача и других медицинских работников с пациентами такие феномены, как «перенос», «контрперенос», «сопротивление», «негативная психотерапевтическая реакция», «отреагирование». Достижение продуктивного терапевтического альянса невозможно без учета этих феноменов, в основе которых лежат мировоззренческие и личностные характеристики не только пациента, но и врача [Freud 1958].

Однако в некоторых случаях эти взаимоотношения могут вызвать и «профессиональную деформацию». И. Харди, изучая взаимодействие триады «врач–сестра–больной», описал специфические состояния, характерные для медицинских работников, которые он назвал «отравление людьми», проявляющиеся эмоциональным напряжением, раздражительностью и вспыльчивостью [Харди 1974]. Он отмечал, что у медицинского персонала возможна защитная форма поведения в виде холодности и равнодушия к пациентам. В некоторых случаях у врачей, любящих свою профессию, наблюдается феномен ухода от жизненных трудностей и проблем в работу.

На эмоциональную вовлеченность врача при работе с больными указывал и П.В. Симонов, описав феномен эмоционального резонанса или «заразительности эмоций» [Симонов 1981]. И.Р. Семин, изучая последствия длительного общения с психически больными, выявил у работающих с ними медицинских работников резкое снижение толерантности к душевнобольным [Менделевич 1997]. Польский психиатр и философ А. Кемпински видел истоки формирования выгорания в специфическом отношении психиатра и психически больного, которое он описал следующим образом: «Отношение психиатра к больному можно определить как амбивалентное. Больной его привлекает, без него он не может обойтись, отношения с так называемыми нормальными людьми становятся скучными, они возбужда-

ют в нем чувство раздражения, его привлекает динамика мира больных, но больной его отталкивает. Тогда он чувствует себя потерянным в мире больших чувств, трагедий, тайн и бессильным в своих усилиях, чувствует, что его эмоции притупляются... Он убегает от больного в безопасное место, в вихрь организационных работ, теорий, научных биохимических исследований, физиологических опытов, статистических разработок, где контакт с больным сведен до минимума. Перед тайной, какой является человек, его охраняют диагностические этикетки, готовые схемы истории жизни, профессиональный язык, с его таинственными греческими и латинскими словами, а в последнее время и английскими, которые создают научную атмосферу» [Кемпински 1975].

В 1974 году американский психиатр Н.Ж. Freudenberger для описания психологического состояния, проявляющегося у волонтеров служб психического здоровья в виде истощения, разочарования и отказа от работы, впервые применил термин «синдром выгорания сотрудников» («staff burnout syndrome») и определил его как «поражение, истощение или износ, происходящий в человеке вследствие резко завышенных требований к собственным ресурсам и силам» [Freudenberger 1974]. Эта концепция вызвала большой интерес, обусловленный чрезвычайной актуальностью проблемы для специалистов помогающих и коммуникативных профессий, и с этого времени исследования распространенности и специфики данного синдрома в различных специальностях ведутся очень интенсивно.

М. Olkinuora et al. провели одно из самых крупномасштабных исследований синдрома выгорания в группе из 2671 финского врача различных специальностей [Olkinuora 1990]. В результате исследования были выявлены «специалисты с высоким уровнем выгорания» и «специалисты с низким уровнем выгорания», между которыми наблюдались полярные отличия. Психиатры были отнесены к группе «специалистов с высоким уровнем выгорания». Причем наиболее высокие показатели синдрома выгорания были выявлены среди мужчин, специализирующихся в области общей и детской психиатрии. Самые высокие показатели этого синдрома как у мужчин, так и у женщин наблюдались среди сотрудников государственных медицинских учреждений, а самые низкие – у лиц, работающих в частных учреждениях, университетах, научно-исследовательских институтах, общественных службах и организациях.

Вопрос о «профессиональном риске» психиатров был поднят еще Ю. Каннабихом, который высказывал предположение о возможности «индуцированного помешательства» у сотрудников психиатрических больниц [Каннабих 1994], хотя впоследствии эта гипотеза не подтвердилась. В XX веке исследователи неоднократно возвращались к вопросу о профессиональной вредности при работе с психически больными. Собственно говоря, сам термин «синдром выгорания» был предложен Н.Ж. Freudenberger

для описания особого психического состояния у лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья [Freundenberger 1974].

J.A. Diez et al. и C.R. Herrera et al. описали синдром выгорания у сотрудников психиатрических учреждений и проанализировали частоту его встречаемости среди специалистов различных учреждений и с различным рабочим стажем в психиатрии [Diez 1996], [Herrera 1996]. Клинически синдром проявлялся эмоциональным истощением, уменьшением или утратой эмпатии и собственной самооценки, а также снижением самооценки. Авторы отмечают, что достоверно чаще этот синдром встречается у сотрудников отделений для хронически душевнобольных, а также у молодых врачей-психиатров.

Изучая риск выгорания у персонала психиатрических служб Лондона D. Prosser et al. выявили, что уровень выгорания среди медицинского персонала внебольничных психиатрических служб более высок, чем среди персонала психиатрических больниц [Vredenburgh 1999]. Однако у членов бригад внебольничных служб психического здоровья ролевые деформации и признаки выгорания регистрировались реже. Этот феномен они объяснили тем, что работа в этих бригадах сопряжена с открытым способом принятия решений, взаимной поддержкой, более свободными и приятными условиями работы.

Частота проявления синдрома выгорания коррелирует также с терапевтической идеологией врача. В последние годы уделяется большое внимание психосоциальной реабилитации в психиатрии, основанной на полипрофессиональных бригадных формах работы, при которых стиль ведения лечебного процесса во многом определяет терапевтическую среду в медицинском учреждении и результаты лечения [Гурович 2001]. С одной стороны, профессиональные деформации и синдром выгорания у медицинского персонала являются одними из важных источников формирования деструктивной терапевтической среды, с другой стороны, доминирующая терапевтическая идеология и среда в медицинском учреждении могут способствовать развитию синдрома выгорания у сотрудников [Юрьева 2004].

При исследовании зависимости частоты развития синдрома выгорания от терапевтической идеологии у психотерапевтически ориентированных и биологически ориентированных врачей психиатров было выявлено, что особенности лечебной идеологии существенно влияют как на самочувствие врачей, так и на состояние пациентов. У врачей, использующих не только биологические, но психотерапевтические и психосоциальные методы лечения, синдром выгорания встречался реже, чем у специалистов, использующих только биологические методы терапии. Кроме того, длительность ремиссий у пациентов также зависела от лечебной идеологии и была короче при использовании только биологической терапии [Вид, Лозинская 1998], [Diez 1996], [Herrera 1996].

Исследования, проведенные в различных регионах мира, позволяют говорить о том, что выгоранию подвержены психиатры всего мира, а степень его выраженности во многом определяется социально-культуральными характеристиками общества и ментальностью врачей [Юрьева 1998, 1999], [Yur'yeva 1988]. Необходимо отметить также, что в психиатрии мировоззрение врача и его духовная ориентация во многом определяют его подходы к диагностике, лечению и реабилитации пациентов. Проведенный Л.Н. Юрьевой и А.Е. Юрьевым анализ динамики религиозных предпочтений 192 психиатров Украины показал, что за 10-летний период (с 1987 по 1997 год) количество врачей, считающих себя атеистами, уменьшилось в 1,7 раза, количество психиатров, причисляющих себя к верующим, возросло почти в три раза, а число лиц, считающих себя идущими по пути обретения веры, увеличилось практически вдвое [Юрьева, Юрьев 2006]. Анализ динамики религиозного мировоззрения и его связи со стажем работы в психиатрии позволяет констатировать, что изменение религиозной идеологии особенно выражено среди молодых специалистов со стажем работы до 10 лет, среди которых лишь четвертая часть отнесла себя к атеистам, а три четверти позиционировали себя как верующие или идущие по пути обретения веры. В наименьшей степени изменения духовной ориентации коснулись врачей более старшей возрастной группы, имеющих стаж работы более двадцати лет. Врачи отмечали, что изменение их духовной ориентации не только повлекло за собой пересмотр подходов к диагностике, терапии и реабилитации пациентов, но и помогло откорректировать часть собственных личностных проблем.

При анализе частоты встречаемости и степени выраженности синдрома выгорания у врачей-психиатров не отмечено достоверных корреляций с религиозным мировоззрением. Однако выявлено, что у докторов-мужчин в 3,2 % случаев «уход в религию» и в 1,6 % случаев «мистически ориентированные занятия» лучше всего купируют тревогу и неуверенность в завтрашнем дне. Для женщин-психиатров такой способ купирования тревоги (в том числе и социальной) не характерен. Выявлено также, что вышеназванные способы купирования тревоги характерны для специалистов со стажем работы до 10 лет [Юрьева 2004, 2006].

Выгорание может потенцировать суицидальное поведение. Врачи-психиатры входят в группу самого высокого суицидального риска среди всех категорий медицинских работников. Среди них велик процент депрессий, зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ, значительно выше частота психосоматических расстройств и короче продолжительность жизни [Каплан 1994], [Соложенкин 1997], [Юрьева 2006]. Склонность к суицидальному риску в субкультуре врачей-психиатров отмечается практически всеми исследователями. Еще в конце XIX столетия Киевский профессор психиатрии И.А. Сикорский, проанализировав статистические данные, отметил, что частота суицидов среди врачей в 21 раз

выше, чем в популяции населения, причем первое место среди них занимали психиатры. Среди молодых докторов самоубийством кончал жизнь каждый десятый [Юрьева 2004], [Юрьева, Каракчеева 1998].

Исследования, проведенные спустя столетие в иной социокультуральной и исторической реальности, вновь продемонстрировали, что психиатры по-прежнему относятся к группе высокого суицидального риска. В Университете штата Орегон (США) в течение 11 лет исследовали профессиональную принадлежность лиц с завершенными суицидами. Было выявлено, что суициды среди врачей-психиатров встречаются в 5 раз чаще, чем в общей популяции, и составляют 70 случаев на 100 тысяч населения (в популяции – 12,3 случая на 100 тысяч населения) [Каплан 1994].

Американской психиатрической ассоциацией установлено, что треть из психиатров совершили суицид в первые годы профессиональной деятельности, а риск суицида у женщин-психиатров в 4 раза выше, чем в общей популяции женщин. В группу риска были отнесены врачи-психиатры, употребляющие алкоголь и наркотики или находящиеся в состоянии острого или хронического стресса. Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок, проанализировав количество суицидальных попыток в различных профессиональных группах, тоже пришли к аналогичным выводам [Каплан 1994].

В исследованиях, проведенных в Англии и Уэльсе К. Hawton et al., изучались случаи самоубийства среди медицинских сестер. Предпосылкой для такого исследования являлось утверждение, что медицинские сестры (женщины) имеют повышенный риск совершения самоубийства, но причины этого неизвестны. При изучении случаев самоубийства среди 106 медицинских сестер было выявлено, что три четверти из них в прошлом обращались в психиатрические службы и почти половина лечились в психиатрическом стационаре. При сравнении с живущими медсестрами методом «случай – контроль» достоверные различия были выявлены по факторам: текущее психическое расстройство, расстройства личности, наличие в анамнезе суицидальных попыток, злоупотребление психоактивными веществами, курение, неблагоприятные социальные позиции, которые преобладали у медсестер, совершивших суицид [WHO 1998].

Л.Н. Юрьевой и В.Е. Каракчеевой был изучен вопрос суицидального риска среди 223 врачей-психиатров Украины [Юрьева, Каракчеева 1998]. В результате проведенных исследований было выявлено, что у 22,4 % опрошенных бывают суицидальные мысли, а 5,8 % врачей «не готовы отвечать» на этот вопрос. Среди лиц, отметивших у себя суицидальные мысли, 2 % подчеркнули, что они посещают их «часто и очень часто». Выявлена обратная зависимость наличия суицидальных мыслей от возраста и стажа работы в психиатрии. Достоверно чаще суицидальные мысли отмечают у себя молодые врачи со стажем работы до 5 лет и со стажем работы 10–19 лет. После 49-ти лет частота суицидальных мыслей уменьшается почти вдвое и практически сводится к нулю после 60-ти лет.

Необходимо отметить, что суицидальное поведение может быть следствием синдрома выгорания, что отражено в определении этого синдрома, данного экспертами ВОЗ. В проведенных исследованиях эта взаимосвязь также подтвердилась. При исследовании корреляционных связей между различными стадиями синдрома выгорания и суицидальными мыслями было выявлено, что для стадии истощения характерно «наличие мыслей о возможном уходе из жизни по собственной воле» [Юрьева 1999, 2004], [Юрьева, Каракчеева 1998]. Несмотря на то, что синдромом выгорания в мире занимаются более 30 лет, изучение этого феномена среди сотрудников психиатрических служб в постсоветских странах началось только в 90-х годах XX столетия. Первая монография по этой проблеме «Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция» профессора Л.Н. Юревой была издана в 2004 году [Юрьева 2004]. Следует отметить, что синдром выгорания имеет свою специфику у медицинских работников постсоветских стран. В.Д. Вид и Е.И. Лозинская исследовали синдром выгорания у психиатров, психологов и медицинских сестер Санкт-Петербурга и сравнивали их с аналогичными данными, полученными в психиатрических учреждениях Швеции и США [Вид, Лозинская 1998]. В результате исследования было выявлено, что средние показатели по шкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» самые высокие у американских специалистов служб психического здоровья. У российских коллег оказался самым низким показатель по шкале «редукция личных достижений». Показатели по шкале «эмоциональное истощение» оказались одинаковыми в шведской и русской группах. Среди всех исследуемых профессиональных групп психологи имели самый низкий показатель по шкале «эмоциональное истощение» и самый высокий по шкале «деперсонализация». Самый низкий показатель по шкале «деперсонализация» имели медсестры. Что касается психиатров, то они имели наиболее удовлетворительный показатель по шкале «редукция личных достижений». Проявления синдрома выгорания коррелировали с высокими показателями по шкале «негативное отношение к пациентам» и низкой оценкой семьи как важного ресурса лечебного процесса.

Программа научных исследований, направленных на исследование распространенности синдрома выгорания среди врачей-психиатров и степени его выраженности, а также на выявление причин, санкционирующих формирование данного синдрома, проводится на Украине с 1996 года. В программе приняли участие 223 врача-психиатра из трех областей Восточной Украины, с которыми на протяжении 6 лет проводились фокус-группы, полуструктурированные интервью и анкетирование с помощью авторской анкеты, включающей, помимо социально-демографических и психологических показателей, вопросы о взаимоотношениях в коллективе, о специфике работы и терапевтической идеологии в различных психиатрических подразделениях, о некоторых культуральных особенностях

[Юрьева 2004]. Отвечая на вопросы анкеты, наличие синдрома выгорания констатировал у себя каждый десятый врач (9,65 %). При психологическом тестировании этот процент возрос до 79 %. По-видимому, такая разница между субъективными и объективными данными объясняется недостаточной осведомленностью врачей о психологических и психопатологических характеристиках синдрома выгорания. Для объективизации степени выраженности синдрома выгорания, наряду с анкетированием, врачей обследовали с использованием опросника «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко [Бойко 1996].

В настоящем исследовании приняли участие 100 врачей-психиатров. Мужчины составили 45 %, женщины – 55 %. По стажу работы в психиатрии респонденты распределились следующим образом: врачи-интерны и молодые специалисты со стажем от 0 до 4 лет – 21 %; от 4 до 9 лет – 18 %; от 10 до 14 лет – 15 %; от 15 и более лет – 46 %. Врачи работали в различных подразделениях психиатрической службы: в хронических и острых отделениях, в отделении неврозов и в отделении для принудительного лечения со строгим режимом наблюдения, а также в психоневрологическом диспансере.

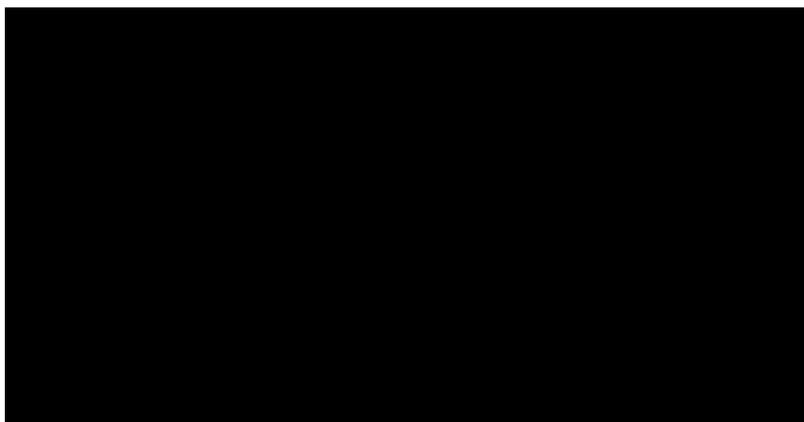


Рис. 1. Распространенность синдрома выгорания в зависимости от стажа работы (в %)

У 21 % респондентов не было отмечено каких-либо признаков выгорания. Синдром выгорания различной степени выраженности был выявлен у 79 % врачей. Его распространенность коррелировала со стажем работы (рис. 1). Реже всего синдром выгорания отмечался у молодых специалистов со стажем работы до 5 лет. Чаще всего синдрому выгорания были подвержены врачи-психиатры со стажем 10–14 лет. Среди всех респондентов на стадии формирования фазы напряжения находятся 26 % врачей, а полностью сформирована эта фаза у 7 % респондентов. Симптомы, характерные для формирующейся фазы резистенции, выявлены у 41 % врачей. Полностью сформированная фаза резистенции была диагностирована у 36 % респондентов. Среди исследуемых психиатров на стадии формирования фазы истощения находились 29 % респондентов, а полностью сформированная фаза была диагностирована у 6 % врачей.

В табл. 1-3 представлены результаты исследования синдрома выгорания, его распространенности и степени выраженности у врачей-психиатров с различным стажем работы. Уже у молодых специалистов имеются признаки синдрома выгорания. Превалирующим симптомом фазы напряжения является «переживание психотравмирующих обстоятельств». Чем больше стаж работы в психиатрии, тем чаще встречается симптом «тревоги и депрессии» как у мужчин, так и у женщин. Симптом «загнанности в клетку» достоверно чаще встречается у мужчин.

Таблица 1

Распространенность и выраженность фазы напряжения у врачей-психиатров в зависимости от стажа работы в психиатрии (в %)

Стаж (годы)	Фаза напряжения			Всего
	Нет	Формирующаяся фаза	Сформированная фаза	
0–4	71,43	28,57	0	100
4–9	61,11	27,78	11,11	100
10–14	66,67	26,67	6,67	100
15 и >	67,39	23,91	8,7	100

Фаза резистенции полностью сформирована у 38 % молодых специалистов и находится в периоде формирования еще у 23,8 % молодых врачей (табл. 2). Практически у каждого третьего респондента этой группы данная фаза уже сформирована.

Таблица 2

Распространенность и выраженность фазы резистенции у врачей-психиатров в зависимости от стажа работы в психиатрии (в %)

Стаж (годы)	Фаза резистенции			Всего
	Нет	Формирующаяся фаза	Сформированная фаза	
0–4	38,1	23,81	38,1	100
4–9	27,78	33,33	38,89	100
10–14	13,33	60,0	26,67	100
15 и >	17,39	45,65	36,96	100

Доминирующими симптомами фазы являются «редукция профессиональных обязанностей» и «неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование». Достоверно чаще симптом «эмоционально-нравственной дезориентации» встречается у женщин, причем, чем больше их стаж работы в психиатрии, тем значительнее выражен этот симптом.

Врачи со стажем работы в психиатрии 4–9 лет имеют наиболее высокий процент сформированности фазы истощения, которая чревата не только социальной дезадаптацией, выраженной профессиональной деформацией и невротическими и аффективными расстройствами, но и психосоматическими заболеваниями (табл. 3). Среди докторов со стажем более 15

лет велик процент лиц, находящихся на этапе формирования конечной стадии выгорания.

Таблица 3

Распространенность и выраженность фазы истощения у врачей-психиатров в зависимости от стажа работы в психиатрии (в %)

Стаж (годы)	Фаза истощения			Всего
	Нет	Формирующаяся фаза	Сформированная фаза	
0–4	76,19	23,81	0	100
4–9	72,22	16,67	11,11	100
10–14	80,0	13,33	6,67	100
15 и >	52,17	41,3	6,52	100

На стадии истощения выявлена корреляционная связь между длительностью работы и симптомом «эмоциональной отстраненности», который достоверно чаще встречается у мужчин. Чем дольше стаж работы в психиатрии, тем чаще встречаются симптомы «личностной отстраненности» и «психовегетативных и психосоматических нарушений».

Корреляционный анализ данных анкетирования со степенью выраженности синдрома выгорания у врачей-психиатров, а также анализ литературных данных позволили выделить наиболее частые причины, санкционирующие развитие синдрома выгорания у лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья [Вид, Лозинская 1998], [Юрьева 2004]:

I. Причины, обусловленные взаимоотношениями в коллективе и ролевыми отношениями: а) длительная и жесткая ролевая деформация, признаками которой в коллективе являются следующие поведенческие стратегии персонала: напряженность (выражающаяся в раздражительности, чрезмерной поглощенности мелочами, излишней пунктуальности, уходом от решения проблем в болезнь), низкий морально-этический уровень и уклонение от участия в коллективной деятельности; б) ролевой конфликт и ролевая неопределенность; в) директивный стиль общения и строгая иерархия отношений среди персонала; г) патерналистский подход к подчиненным, что влечет за собой подавление инициативы и возможности самореализации на работе, а также снижение самооценки персонала; д) отсутствие стимулов для личностного и профессионального роста, рутинизация профессиональной деятельности; е) отсутствие чувства влияния на рабочую ситуацию или контроля над ней; ж) социальная незащищенность персонала; з) функционирование организационной структуры в режиме аддиктивной системы. Такой режим работы возникает в том случае, когда руководитель является аддиктом (например, имеет зависимость от алкоголя или других психоактивных веществ, сексуальные аддикции, является работоголиком).

II. Причины, обусловленные особенностями работы с психически больными: а) чаще всего синдрому выгорания подвержен персонал, рабо-

тающий: в хронических психиатрических и психогериатрических отделениях, с недееспособными и невменяемыми пациентами, с лицами, употребляющими психоактивные вещества и страдающими СПИДом, в отделениях, где царит угнетающая казенная обстановка, зарешечены окна и закрыта территория отделения; б) неизбежное возникновение при общении между персоналом и больными таких феноменов, как «перенос», «контрперенос», «сопротивление», «негативная психотерапевтическая реакция», «отреагирование» и т.п.; в) необходимость вести постоянное, ежеминутное наблюдение за большим количеством пациентов, среди которых есть социально опасные, агрессивные, склонные к суицидальным и импульсивным действиям больные; г) постоянная, чаще всего бессознательная, тревога о своей физической безопасности.

III. Причины, обусловленные терапевтической идеологией и культуральными особенностями: а) степень выраженности синдрома выгорания коррелирует с лечебной идеологией: он менее выражен у психотерапевтически и социально ориентированных психиатров и более выражен у биологически ориентированных специалистов; б) степень выраженности синдрома выгорания зависит от культуральных особенностей, к которым относится весьма обширный перечень психологических, социально-экономических, социологических, философских и прочих категорий. Например, положение как психиатра, так и больного в обществе (экономическое, социальное), преобладание патерналистской или партнерской культуры во взаимоотношении «общество-врач-больной», особенности правового регулирования оказания психиатрической помощи и т.п.

IV. Личностные особенности специалиста: а) эмпатия, гуманность, мягкость, увлекаемость, идеализированность, интровертированность, фанатичность; б) невротическая тревога; в) низкая фрустрационная толерантность; г) реакция на стресс по типу А: ситуация разрешается агрессивно, в соперничестве, несдержанно, любой ценой; д) работоголизм; е) тенденция к особой чувствительности к проблемам; ж) низкий уровень самооценки и экстернальный локус контроля; з) гибкость: люди, обладающие этой чертой характера, тяжелее переносят стресс, связанный с ролевыми конфликтами, чем ригидные. Гибким людям трудно устанавливать границы и отвечать отказом на дополнительные требования; и) отрицательная корреляция с приобретенной в результате профессионального опыта изобретательностью.

V. Особенности образования: студентов и врачей учат в медицинских вузах тому, как помочь больному, и практически не говорят о влиянии профессии на самого врача, не учат их – как распознать у себя симптомы выгорания и предотвратить их.

### 2.2.3. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ СО СТРУКТУРОЙ ЛИЧНОСТИ У ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ<sup>1</sup>

*В.В. Лукьянов*  
*Курский государственный университет*  
*Курск, Россия*

Медицинских работников вообще и психиатров в частности с полным основанием можно отнести к категории лиц, наиболее подверженных профессиональному стрессу [Лозинская 2006, 2007], [Лукьянов 2006, 2007], [Рыбина 2003, 2005], [Юрьева 2004, 2006]. В процессе профессиональной деятельности у врачей со временем проявляются такие симптомы, как психосоматические нарушения, высокий уровень тревоги, склонность к депрессии, к использованию медикаментозных средств и алкоголя для коррекции эмоционального напряжения и, в конечном счете, к аддиктивному поведению [Сидоров 2005, 2007], [Gill 1985]. Кроме того, среди врачей обнаруживается один из наиболее высоких уровней самоубийств, особенно у женщин–психиатров. Женщины-врачи совершают самоубийства в три раза чаще, чем представительницы общей популяции. Для мужчин-врачей показатель самоубийств вдвое превышает среднестатистический [Старшенбаум 2005]. Вполне возможно, что причиной суицида у этих людей служит не столько специфика работы, сколько определенные особенности личности, обусловившие выбор профессии, в частности недостаточная самооценка, склонность к депрессии и аддиктивному поведению [Старшенбаум 2005]. Жизненно важной задачей является гармонизация личностной структуры врача и поддержание ее на достаточно высоком уровне, адекватном успешной профессиональной деятельности. В реальных условиях медицинской деятельности личность психиатра-нарколога подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств – характера организации труда, психологического давления со стороны пациентов и их родственников, коллег, администрации, что, в конечном счете, может привести к развитию синдрома выгорания. Вопросы возникновения и развития синдрома выгорания у психиатров-наркологов в нашей стране остаются мало разработанными.

Очевидно, что профессиональная деятельность психиатров-наркологов имеет свои специфические особенности в общей системе оказания медицинской помощи населению, главными из которых являются:

- «трудный» контингент больных и их родственников;
- длительность и трудоемкость терапевтического процесса по достижению ремиссии у зависимых от психоактивных веществ, затрудненного некритичностью больных к своему заболеванию;

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 07-06-90608 а/Б.

- большое количество рецидивов [Бохан, Семке, Мандель 2006], [Гузиков, Зобнев 2001], [Гриненко 2000].

Принципиально важным для успешной профилактики и коррекции синдрома выгорания является вопрос о личностных факторах, способствующих и препятствующих его возникновению и развитию [Безносков 2004], [Бойко 2004], [Водопьянова, Старченкова 2005, 2008], [Юрьева 2004].

Нами проведено комплексное психодиагностическое исследование показателей синдрома выгорания, механизмов психологической защиты, совладающих механизмов, центральных личностных функций и уровней эмпатии у 117 психиатров-наркологов различных медицинских учреждений городов Санкт-Петербурга и Курска, а также Ленинградской области.

Возраст наркологов – 64 мужчины и 53 женщины – находился в границах от 23 до 65 лет – в среднем  $40,98 \pm 11,10$  года, стаж работы колебался в пределах от 1 года до 40 лет – в среднем  $14,44 \pm 1,87$  года. Средний возраст наркологов-мужчин составил  $41,16 \pm 10,72$  года (возрастные границы от 23 до 57 лет), стаж работы –  $15,64 \pm 10,46$  года (параметры стажа от 1 года до 33 лет), средний возраст специалистов-женщин –  $39,04 \pm 11,48$  года (возрастные границы от 23 до 65 лет), стаж работы –  $14,19 \pm 11,39$  года (параметры стажа от 1 года до 40 лет). Группы наркологов мужского и женского пола не имели достоверных отличий по возрастным показателям и стажу работы.

Психиатры-наркологи по стажу работы были разделены на три профессиональные группы: 1-я – до 10 лет ( $n=48$ ), 2-я – от 10 до 20 лет ( $n=29$ ) и 3-я – более 20 лет ( $n=40$ ). У наркологов первой группы средний возраст составил  $29,50 \pm 4,58$  года, стаж работы –  $4,27 \pm 2,61$  года; у наркологов второй группы средний возраст составил  $40,83 \pm 5,60$  года, стаж работы –  $14,83 \pm 3,83$  года; у наркологов третьей группы средний возраст составил  $52,58 \pm 4,33$  года, стаж работы –  $27,95 \pm 4,34$  года. Выделенные профессиональные группы продемонстрировали высоко достоверные различия (на уровне  $p < 0,001$ ) по возрастным показателям и стажу работы.

Психодиагностические методики, использованные в ходе исследования в рамках комплексной стратегии изучения синдрома выгорания у наркологов, были направлены на оценку субъективно-личностных особенностей отношения к трудовой ситуации, личностных качеств и симптоматики выгорания в текущем функциональном состоянии врачей.

Для оценки выделенных психологических показателей нами были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Исследование показателей синдрома выгорания проводилось при помощи опросника «Эмоциональное выгорание» [Бойко 2004], позволяющего изучить данный синдром в качестве динамической модели в рамках процессуального подхода. Данный опросник позволяет оценить структуру

выгорания в «длиннике», то есть охарактеризовать его как динамический процесс, разворачивающийся во времени.

2. Для диагностики механизмов психологической защиты (МПЗ) была применена методика «Индекс жизненного стиля (ИЖС) – LSI» R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte (1979) в модификации Л.И. Вассермана [Вассерман 1999] для оценки степени выраженности 8 основных механизмов эго-защиты: отрицания, проекции, регрессии, компенсации, интеллектуализации, замещения, реактивных образований и вытеснения. Нормативные данные по механизмам психологической защиты были взяты из методического пособия сотрудников НИПНИ им. В.М. Бехтерева [Вассерман 1999].

3. Для исследования копинг-поведения была применена методика E. Neim в адаптации Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева [Карвасарский, Абабков, Васильева и др. 2005], позволяющая оценивать способы преодоления трудностей по трем плоскостям копинг-стратегий (поведенческой, когнитивной и эмоциональной) и выявлять из них адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные варианты.

4. Для оценки центральных личностных функций и индексов методики оценки психического здоровья (МОПЗ) применялся Я-структурный тест G. Ammon (ISTA) [Тупицын, Бочаров 1998, 2001] – это личностная психодиагностическая методика, целостно описывающая структуру личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных компонентов. Нормативные показатели центральных личностных функций и индексов психического здоровья были взяты из коллективной монографии сотрудников Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева [Кабанов, Незнанов 2003].

5. Для оценки уровня эмпатии использовался «Тест эмпатических тенденций Мехрабиана» A. Mehrabian, E. Epstein (1972) [Братченко 1997].

6. Для оценки субъективно-личностных особенностей отношения к трудовой ситуации была использована оригинальная анкета «Факторы выгорания» для изучения специфики труда психиатра-нарколога, его организационных и содержательных аспектов. Данная анкета, состоящая из 20 пунктов, предназначена для оценки степени «патогенности» различных социально-психологических факторов в развитии выгорания с точки зрения самих наркологов.

Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью параметрических методов статистической программы StatPlus 2005 Professional. Использовались методы описательной статистики (расчет среднего  $M$ , стандартного отклонения  $\sigma$ , стандартной ошибки среднего  $m$ , минимума и максимума). Для определения статистически достоверных различий при уровне значимости  $p < 0,05$  для количественных нормально распределенных признаков применялся  $t$ -критерий Стьюдента. Проверка исследуемой выборки на предмет нормальности распределения осуществ-

лялась при помощи вычисления критерия Шапиро-Уилка. С целью исследования линейной взаимосвязи между количественными признаками проводился корреляционный анализ Пирсона. Все полученные данные приведены в виде показателей  $M \pm \delta$ .

С точки зрения В.В. Бойко [Бойко 2004], выгорание представляет собой приобретенный стереотип профессионального поведения – выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия; это динамический процесс, возникающий поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса. При выгорании выделяются все три фазы стресса: 1) нервное (тревожное) напряжение — его создают хроническая психоэмоциональная атмосфера, дестабилизирующая обстановка, повышенная ответственность, трудность контингента; 2) резистенция, то есть сопротивление,— человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений; 3) истощение — оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным. Соответственно каждому этапу возникают отдельные признаки, или симптомы, нарастающего выгорания. Созданный в рамках процессуальной модели выгорания опросник «Эмоциональное выгорание» [Бойко 2004], включает 84 утверждения, описывающие 12 симптомов трех фаз – «напряжения», «резистенции» и «истощения». Нервное (тревожное) напряжение служит предвестником и «запускающим» механизмом в формировании выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обуславливается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. К фазе «напряжения» относятся симптомы «переживания психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенности собой», «загнанности в клетку» и «тревоги и депрессии». Сопротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного напряжения. При этом человек осознанно или бессознательно стремится к психологическому комфорту, старается снизить давление внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств. В структуру фазы «резистенции» входят симптомы «неадекватного избирательного эмоционального реагирования», «эмоционально-нравственной дезориентации», «расширения сферы экономии эмоций» и «редукции профессиональных обязанностей». Фаза «истощения» характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Психологическая защита в форме выгорания становится неотъемлемым атрибутом личности. Фаза «истощения» характеризуется симптомами «эмоционального дефицита», «эмоциональной отстраненности», «личностной отстраненности, или деперсонализации», и «психосоматических и психовегетативных нарушений». Показатель выраженности каждого симптома: 9 и менее баллов — несложивший-

ся симптом, 10–15 баллов — складывающийся симптом, 16 и более — сложившийся. Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим. Количественные показатели фаз: 36 и менее баллов — фаза не сформировалась; 37–60 баллов — в стадии формирования; 61 и более баллов — сформировавшаяся фаза.

Согласно результатам нашего исследования, в целом, в группе врачей-наркологов отмечена относительно невысокая степень выраженности синдрома выгорания ( $107,75 \pm 51,49$  баллов), например, в сравнении с педагогами специальной (коррекционной) школы ( $144,60 \pm 55,30$  баллов,  $p < 0,01$ ) [Лукьянов 2006]. В табл. 1 представлены результаты психодиагностического исследования показателей синдрома выгорания в общей группе психиатров-наркологов и в выделенных профессиональных группах.

Таблица 1

Показатели синдрома выгорания у психиатров-наркологов

Группы	Синдром выгорания				Суммарный показатель
	Фаза напряжения, симптомы				
	н1	н2	н3	н4	
Общая	$12,11 \pm 8,33$	$6,59 \pm 5,69$	$4,76 \pm 6,81$	$6,56 \pm 6,79$	$30,03 \pm 20,56$
1-я	$10,69 \pm 8,15$	$5,60 \pm 4,80$	$3,88 \pm 6,77$	$6,33 \pm 6,35$	$26,50 \pm 20,46$
2-я	$15,07 \pm 9,41^*$	$6,52 \pm 5,49$	$6,07 \pm 7,04$	$7,24 \pm 7,74$	$34,90 \pm 22,60$
3-я	$11,68 \pm 7,31$	$7,83 \pm 6,64$	$4,88 \pm 6,71$	$6,35 \pm 6,69$	$30,78 \pm 18,81$
Группы	Фаза резистенции, симптомы				Суммарный показатель
	р1	р2	р3	р4	
	Общая	$15,64 \pm 7,71$	$9,97 \pm 6,17$	$8,68 \pm 9,01$	
1-я	$14,17 \pm 8,51$	$9,25 \pm 5,16$	$9,27 \pm 9,57$	$13,50 \pm 7,84$	$46,19 \pm 20,23$
2-я	$14,66 \pm 7,22$	$9,41 \pm 6,09$	$10,24 \pm 9,97$	$12,59 \pm 7,92$	$46,90 \pm 20,86$
3-я	$18,13 \pm 6,53^*$	$11,23 \pm 7,21$	$6,85 \pm 7,36$	$13,28 \pm 9,02$	$49,48 \pm 19,67$
Группы	Фаза истощения, симптомы				Суммарный показатель
	и1	и2	и3	и4	
	Общая	$8,85 \pm 7,17$	$8,42 \pm 6,42$	$6,59 \pm 6,82$	
1-я	$7,79 \pm 6,88$	$8,42 \pm 6,71$	$6,46 \pm 6,58$	$5,08 \pm 5,74$	$27,75 \pm 17,55$
2-я	$10,86 \pm 8,05$	$10,41 \pm 7,14^*$	$7,28 \pm 7,95$	$7,97 \pm 6,50^*$	$36,52 \pm 22,29$
3-я	$8,65 \pm 6,69$	$6,98 \pm 5,17$	$6,25 \pm 6,33$	$6,80 \pm 4,51$	$28,68 \pm 14,91$

Примечания. Здесь и далее: симптомы выгорания: 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 полученным данным в общей группе психиатров-наркологов не обнаружено сложившихся симптомов и сформировавшихся фаз выгорания, что свидетельствует в целом об адаптивном состоянии психики врачей исследуемой группы. Самым выраженным для общей группы испытуемых оказался симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы «резистенции», проявляющийся в ограничении эмоциональной отдачи за счет выборочного реагирования в ходе профессиональных контактов.

Вместе с тем качественный анализ симптомов выгорания у группы наркологов продемонстрировал следующую картину (рис. 1).

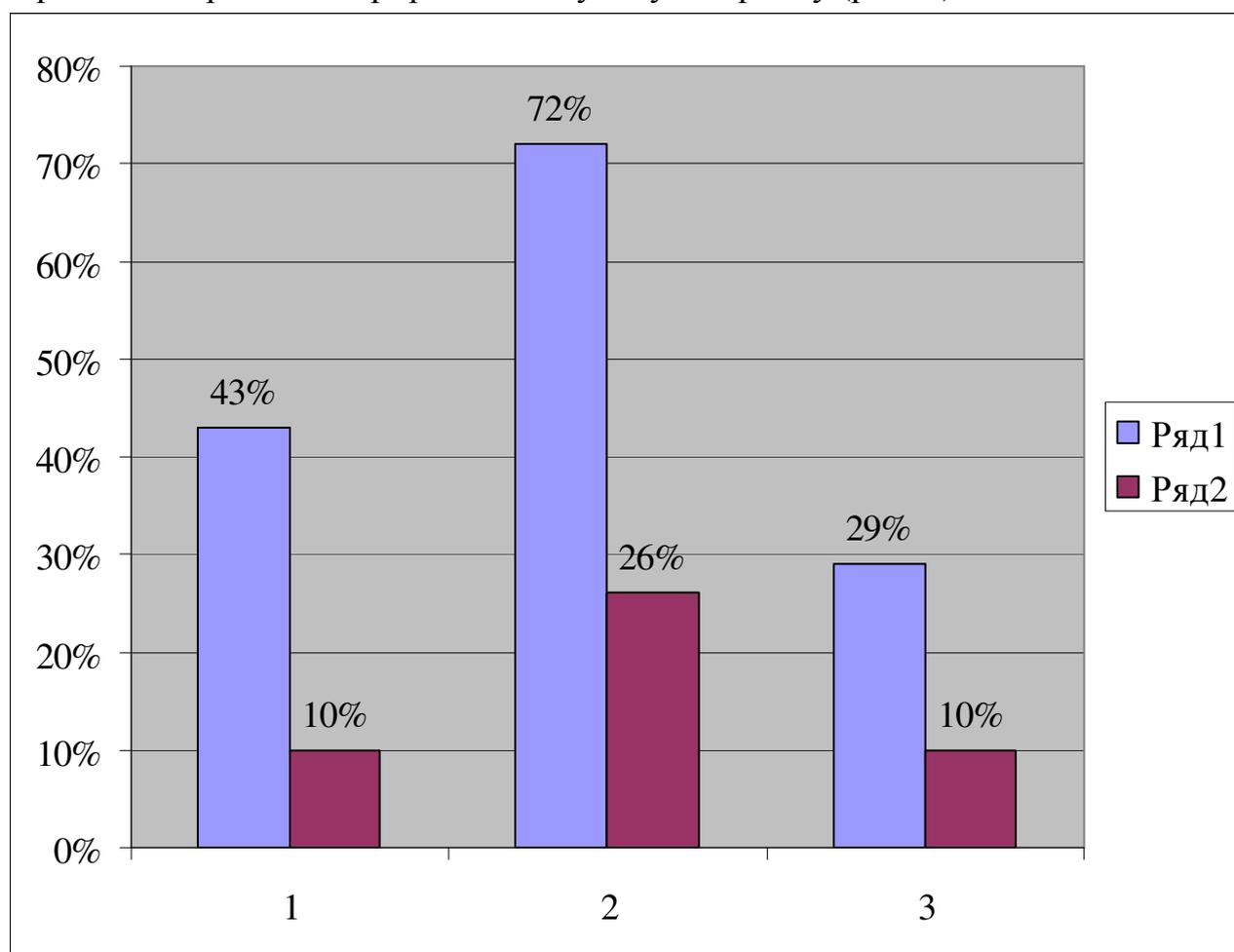


Рис. 1. Структура синдрома выгорания у наркологов

Примечания: ряд 1 — сложившиеся симптомы, ряд 2 — сформировавшаяся фаза, 1 — фаза напряжения, 2 — фаза резистенции, 3 — фаза истощения.

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 выгорания. 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 выгорания.

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 выгорания [Лукьянов 2006]. Именно конечное «сгорание», как результат выгорания, необходимо соотносить с истощением, так как излишнее напряжение симптомов в фазах «напряжения» и «резистенции» свидетельствует о том, что специалист «горит» на работе, что это, естественно, признаки наличия профессиональных проблем. При этом, однако, он еще не выгорел, это попытка приспособиться. И еще не факт, что он «выгорит» окончательно по прошествии определенного времени – в положительном случае «выгорание» стабилизируется: снизится напряженность «напряжения» и «резистенции» и не произойдет движение в сторону «истощения». Таким образом, еще раз хочется подчеркнуть, что при оценке наличия синдрома выгорания (его выраженной, «клинической», степени) необходимо ориентироваться на показатели фазы истощения, т.к. усиленное напряжение других фаз свидетельствует, с нашей точки зрения, о «чрезмерно затратном» приспособлении к профессиональной деятельности, а выраженность истощения свидетельствует уже о «закономерном итоге», то есть о свершившемся факте выгорания. «Чрезмерное напряжение», хотя и является предпосылкой итогового выгорания, может и стабилизироваться или претерпеть обратное развитие за счет разного рода факторов, другими словами не перейти в стадию свершившегося выгорания, то есть истощения. Об этом свидетельствуют экспериментальные данные, часто демонстрирующие высокие показатели напряжения и резистенции, но низкие показатели истощения. И наоборот, если «сгорание» свершилось, то, как правило, испытуемый демонстрировал высокие показатели истощения и относительно низкие – напряжения и резистенции. Другими словами, «спектр напряженности» смещался от напряжения к резистенции в процессе развер-

тивания (формирования) профессиональной адаптации личности и мог далее в ряде случаев завершаться «сгоранием» в результате истощения, хотя иногда наблюдались высокие значения симптомов выгорания во всех фазах, что, по нашему мнению, является выраженными признаками дезадаптации.

Установлено, что среди выделенных профессиональных групп наибольший суммарный показатель синдрома выгорания отмечен у наркологов 2-й группы –  $118,31 \pm 60,48$  балла; наименьший – у испытуемых 1-ой группы –  $100,44 \pm 50,13$  балла; врачи 3-ей группы продемонстрировали промежуточный результат –  $108,88 \pm 45,61$  балла, при этом, указанные различия не достигали уровня статистической значимости. По данным литературы, в частности исследованиям выраженности профессионального стресса у преподавателей педагогического училища, негативная симптоматика стресса более выражена у представителей как раз средней возрастной группы по сравнению с лицами более молодого и старшего возраста [Леонова, Мотовилина 2006].

Что касается различий в структуре отдельных фаз синдрома выгорания» среди выделенных профессиональных групп врачей-наркологов, то нами были получены следующие результаты.

Испытуемые 1-й группы продемонстрировали наибольшие степени выраженности симптомов «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» и «редукции профессиональных обязанностей» фазы «резистентности», проявляющейся в попытках облегчить или сократить профессиональные обязанности, требующие эмоциональных затрат (табл. 1). Данные отличия, в сравнении с другими профессиональными группами, не достигали уровня достоверности.

Наибольшими степенями выраженности у врачей 2-й группы, в сравнении с другими профессиональными группами, отличались симптомы «переживания психотравмирующих обстоятельств» фазы «напряжения» (уровня первого порога достоверности –  $p < 0,05$  – эти различия достигали с показателями врачей 1-й группы), «эмоциональной отстраненности» фазы «истощения» (уровня первого порога достоверности –  $p < 0,05$  – эти различия достигали с показателями врачей 3-й группы) и «психосоматических и психовегетативных нарушений» фазы «истощения» (уровня первого порога достоверности –  $p < 0,05$  – эти различия достигали с показателями врачей 1-й группы) (табл. 1). Сущность симптома «переживания психотравмирующих обстоятельств» заключается в осознании врачом наличия трудно или вовсе не устранимых психотравмирующих факторов в его профессиональной деятельности, симптом «эмоциональной отстраненности» характеризуется почти полным исключением эмоций из сферы профессиональной деятельности и является наиболее ярким симптомом выгорания [Бойко 2004], симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений» выражается в возникновении отклонений в соматическом или

психическом состояниях специалиста при контакте с субъектами профессиональной деятельности или даже только при одной мысли о таких контактах.

У врачей 3-й группы, в сравнении с другими профессиональными группами, наибольшей степенью выраженности обладал симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы «резистенции» — на уровне сложившегося симптома (уровня первого порога достоверности –  $p < 0,05$  – эти различия достигали с показателями врачей 1-ой и 2-ой групп) (табл. 1).

В ходе исследования не было обнаружено достоверных гендерных различий в степени выраженности симптомов выгорания у психиатров-наркологов.

Следует отметить, что если человек, относясь к себе в целом положительно, допускает в сознание представление о своем несовершенстве, недостатках, проявляющихся в конкретных действиях, то он становится на путь их преодоления. Он может изменить свои поступки, а новые поступки преобразуют его сознание и тем самым всю его последующую жизнь. Если же информация о несоответствии желаемого поведения, поддерживающего самоуважение, и реальных поступков в сознание не допускается, то сигналы конфликта включают механизмы психологической защиты и конфликт не преодолевается, то есть человек не может встать на путь самоусовершенствования. Защитные механизмы начинают действовать, когда достижение цели нормальным способом невозможно или когда человек полагает, что оно невозможно. Важно подчеркнуть, что это не способы достижения желаемой цели, а способы организации частичного и временного душевного равновесия с тем, чтобы собрать силы для реального преодоления возникших трудностей.

Нами 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». Согласно результатам анкетирования безусловным «лидером» среди профессиональных трудностей для данной группы психиатров-наркологов, является «низкий уровень оплаты труда» (табл. 2). 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», также 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.

Таблица 2

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

№ п/п	Факторы	Средний балл	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

Вместе с тем при анализе корреляционных связей степени «патогенности» профессиогенных факторов и выраженности синдрома выгорания у психиатров-наркологов мы наблюдаем иную картину.

Согласно результатам корреляционного анализа наиболее тесные связи с суммарным показателем выгорания отмечены именно у психологических факторов профессиональной деятельности, а организационные и материальные факторы не обнаружили статистически значимых взаимосвязей (табл. 3). Таким образом, наибольший «вес» в формировании синдрома выгорания у психиатров-наркологов имеют именно «психологические вредности», связанные с коммуникативными проблемами, в профессиональном коллективе, а также с пациентами и их родственниками.

Таблица 3

Достоверные связи степени «патогенности» профессиональных факторов и выраженности 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*

В результате корреляционного анализа у общей группы психиатров-наркологов установлены достоверные положительные корреляционные связи возраста ( $r = 0,211$ ,  $p < 0,05$ ) и стажа профессиональной деятельности ( $r = 0,231$ ,  $p < 0,05$ ) с выраженностью симптома «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы «резистенции». Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» проявляется в ограничении диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение, т.е. наркологи с увеличением возраста и стажа работы склонны неадекватно ограничивать диапазон и интенсивность включения эмоций в профессиональное общение, что указывает на значение этих социодемографических характеристик в формировании синдрома выгорания.

Согласно полученным данным у наркологов уровень эмпатии демонстрирует высоко достоверные обратные коррелятивные связи с симптомом «эмоционально-нравственной дезориентации» ( $r = - 0,269$ ,  $p < 0,01$ ) фазы резистентности и, в особенности, с симптомами «эмоционального дефицита» ( $r = - 0,275$ ,  $p < 0,01$ ) и «эмоциональной отстраненности» ( $r = - 0,435$ ,  $p < 0,001$ ) фазы истощения, а также с суммарным показателем ( $r = - 0,258$ ,  $p < 0,01$ ) данной фазы. Эмпатия – постижение эмоционального состояния, вчувствование в другого человека. Это чрезвычайно многогранный термин, который в том числе означает: 1) психический процесс, позволяющий человеку понять переживания другого человека, – эмпатия как механизм познания; 2) деятельность человека, которая позволяет особым образом строить общение, – эмпатия как особый вид внимания к другому человеку; 3) способность, свойство личности – эмпатия как характеристика человека («эмпатийность»). Эмпатия основана на умении правильно представлять себе, что происходит в душе другого человека, что он переживает, как

оценивает окружающий мир. Эмпатия тем выше, чем лучше человек способен представить себе, как одно и то же событие будет воспринято разными людьми и насколько он допускает право на существование этих точек зрения. Эмпатия является значимым копинг-ресурсом, и наши данные подтверждают ее протективное значение в отношении развития выгорания, особенно фазы истощения [Лукиянов 2007а], что согласуется с литературными данными – оптимальный уровень эмпатии характерен для врачей с высокой устойчивостью к развитию выгорания [Козина 1998].

В табл. 4 представлены результаты корреляционного анализа механизмов психологической защиты и показателей синдрома выгорания у общей группы психиатров-наркологов. Для них характерно наличие обширных, высоко достоверных прямых связей как с показателями отдельных симптомов и фаз, так и с суммарным показателем синдрома выгорания таких МПЗ, как «вытеснение», «регрессия», «компенсация», «проекция», «замещение» и «реактивные образования».

Таблица 4

Достоверные связи МПЗ и показателей выгорания у наркологов

Показатели выгорания	Механизмы психологической защиты					
	В	С	Д	Е	Ф	Н
н1		0,262*	0,213*	0,244**	0,296**	
н2	0,284**	0,237**	0,220*	0,271**	0,345***	0,273*
н3	0,366***	0,369**	0,250**	0,231*	0,525***	0,203*
н4	0,251**	0,381**	0,458**	0,369**	0,482***	0,265*
ФН	0,341***	0,419**	0,381**	0,372**	0,548***	0,29**
р1		0,266**		0,203*	0,212*	
р2	0,235**	0,242**			0,244**	
р3		0,394**	0,342**	0,344**	0,322***	0,241*
р4	0,255**	0,364**	0,294**	0,354**	0,467***	0,235*
ФР	0,249**	0,502**	0,366**	0,394**	0,492***	0,292*
и1	0,224*				0,284**	
и2	0,222*			- 0,208*		
и3	0,200*	0,413**	0,310**	0,269**	0,462***	
и4		0,413**	0,286**	0,333**	0,433***	0,265*
ФИ	0,285**	0,372**	0,197*		0,467***	
СВ	0,334***	0,495**	0,365**	0,356**	0,576***	0,287*

Примечания. ФН – суммарный показатель фазы напряжения, ФР – суммарный показатель фазы резистенции, ФИ – суммарный показатель фа-

зы истощения, СВ – суммарный показатель синдрома выгорания; n1–и4 – обозначения симптомов выгорания такие же как и в табл. 1. Обозначения механизмов психологической защиты: В – вытеснение, С – регрессия, Д – компенсация, Е – проекция, F – замещение, Н – реактивные образования.

Степень выраженности перечисленных МПЗ напрямую связана со степенью выраженности выгорания. При этом такие шкалы, как «регрессия» и «замещение», имеют наиболее обширные и высоко достоверные прямые связи практически со всеми показателями выгорания. Это свидетельствует, на наш взгляд, о том, что высокая степень выраженности именно этих МПЗ вносит наибольший вклад в развитие синдрома выгорания. Согласно данным [Алмаев, Малкова 2006] шкалы, «регрессия» и «замещение» входят в один фактор, и вопросы, из которых состоит этот фактор, дают в совокупности картину очень характерного поведения, которое условно можно обозначить как инфантильно-истерическое. «Регрессия» однозначно трактуется большинством исследователей как негативный личностный фактор [Алмаев, Малкова 2006], [Вассерман 1999]. При этой форме защитной реакции личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет арсенал преодоления конфликтных ситуаций. Для лиц с выраженной «регрессией» характерны импульсивность и слабость эмоционально-волевого на общем фоне изменения мотивационно-потребностной сферы в сторону большей упрощенности и доступности [Вассерман 1999].

Действие МПЗ «замещение» проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции и чувства. Например, открытое проявление ненависти к человеку, которое может вызвать нежелательный конфликт с ним, переносится на другого, более доступного и «неопасного». В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели [Вассерман 1999]. Этот механизм ведет к повышению конфликтности как в профессиональном коллективе, так и в семье, что в конечном итоге приводит к социальной дезадаптации, изоляции индивида и является, безусловно, негативным личностным фактором, явно препятствующим конструктивной активности, направленной на поиск решения проблемы, и способствующим развитию повышенной агрессивности по отношению к «зависимым» людям и, как следствие этого, выраженной конфликтности с последующей грубой деформацией контактов «узкого круга». С точки зрения Т.С. Яценко [Яценко 1993], симптомы выгорания напрямую связаны с проявлением та-

ких защитных механизмов, как психическая бесконтактность и деперсонализация. Психическая бесконтактность определяется как неспособность входить в эмоциональный контакт (поддерживать связь, общаться) с другим человеком, в свою очередь, деперсонализация понимается как процесс лишения индивидуальности других людей. При этом человек не позволяет себе думать о других как о людях, имеющих чувства, он защищает себя от восприятия их на эмоциональном уровне. Другие люди при этом рассматриваются только как олицетворение (воплощение) их социальной роли.

Согласно данным исследования, для механизма «отрицания» не выявлено ни одной достоверной положительной взаимосвязи с характеристиками выгорания – наоборот, выявлена отрицательная корреляция с симптомом «эмоционального дефицита» фазы истощения ( $r = -0,184$ ,  $p < 0,05$ ), а в отношении такого МПЗ, как «интеллектуализация», выявлены всего две положительные связи с симптомами «редукции профессиональных обязанностей» фазы резистентности ( $r = 0,211$ ,  $p < 0,05$ ) и «эмоциональной отстраненности» фазы истощения ( $r = 0,232$ ,  $p < 0,05$ ) на минимальном уровне достоверности. По имеющимся данным [Алмаев, Малкова 2006], такие шкалы ИЖС, как «отрицание» и «интеллектуализация», входят в один фактор, при этом лица, имеющие высокие значения по данному фактору, отличаются большей личностной зрелостью. Необходимо отметить, что в шкалу «интеллектуализация» опросника ИЖС включены формулировки, относящиеся к трем МПЗ: «интеллектуализация», «рационализация» и «сублимация» [Вассерман 1999]. Действие «интеллектуализации» проявляется в «умственном» способе преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без эмоциональных переживаний: личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций. «Рационализация» – это защита, связанная с осознанием и использованием в мышлении только той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам, этот вид защиты чаще используется людьми с сильным самоконтролем, что позволяет частично снять возникшее напряжение [Грановская 2000], [Никольская, Грановская 2006]. При этом, оказавшись в ситуации конфликта, человек защищает себя от его негативного действия путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших этот конфликт или психотравмирующую ситуацию. В свою очередь, «сублимация» понимается как механизм, при котором вытесненные желания и чувства гипертрофированно компенсируются другими, соответствующими высшим социальным ценностям, исповедуемым личностью [Вассерман 1999]. «Сублимация» способствует социализации благодаря накоплению социально приемлемого опыта и является наиболее адаптивной формой защиты, поскольку не только снижает чувство тревоги, но и приводит к социально одобряемому результату [Гранов-

ская 2000], [Никольская, Грановская 2006]. Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что данные МПЗ – «отрицание» и «интеллектуализация» – являются протективными, препятствующими факторами в отношении процесса развития профессиональной деформации личности в виде синдрома выгорания. Для симптома «эмоциональной отстраненности» установлено только три взаимосвязи с МПЗ на минимальном уровне достоверности, из них с таким механизмом, как «проекция», обнаружена отрицательная связь, а еще одна, положительная, связь установлена с таким «протективным» механизмом, как «интеллектуализация». На наш взгляд, полученные данные свидетельствуют о том, что симптом «эмоциональной отстраненности» неадекватно отражает психологические признаки выгорания.

Результаты корреляционного анализа степени адаптивности совладающих механизмов и показателей синдрома выгорания у наркологов продемонстрировали наличие обширных достоверных обратных взаимосвязей в поведенческой и эмоциональной сферах (табл. 5). Особенно выраженными эти связи были в отношении симптомов и суммарного показателя фазы истощения, а также общего показателя синдрома выгорания.

Таблица 5

Достоверные связи совладающих механизмов и показателей выгорания у наркологов (коэффициент корреляции Пирсона, r)

Показатели выгорания	Копинг-механизмы		
	А	Б	В
н1		0,123*	
н2	-0,334***		
н3	-0,312***		
н4	-0,243**		-0,267**
ФН	-0,268**		-0,243**
р1			-0,308***
р2		-0,217*	
ФР			-0,294**
и1	-0,230*		-0,330***
и3	-0,222*		-0,263**
и4	-0,208*		-0,246**
ФИ	-0,270**		-0,340***
СВ	-0,252**		-0,332***

Примечания: обозначения показателей выгорания такие же, как и в табл. 4; А – поведенческая сфера, Б – когнитивная сфера, В – эмоциональная сфера.

Обратная направленность связи степени адаптивности совладающих механизмов в поведенческой и эмоциональной сферах со степенью выраженности характеристик выгорания у врачей-наркологов свидетельствует о

том, что адаптивные варианты копинг-механизмов являются факторами, однозначно препятствующими развитию синдрома выгорания. Чем выше степень выраженности выгорания, тем реже используются адаптивные варианты совладающих механизмов, и наоборот, адаптивные варианты копинг-механизмов являются мощными протекторами в отношении процесса выгорания. При этом в развитии выгорания ведущими являются поведенческие и эмоциональные нарушения совладающих механизмов.

Корреляционный анализ, проведенный в исследуемой группе психиатров-наркологов, между показателями тестов «Эмоциональное выгорание» и ISTA позволил установить значение центральных личностных функций в формировании тех или иных симптомов выгорания.

Таблица 6

Достоверные связи интегральных шкал ISTA и индексов МОПЗ с показателями выгорания у наркологов (коэффициент корреляции Пирсона,  $r$ )

Показатели выгорания	Интегральные шкалы ISTA			Индексы МОПЗ	
	А	В	С	$\alpha$	$\beta$
н1		0,316***	0,285**	-0,284**	-0,256**
н2	-0,401***	0,496***	0,499***	-0,555***	-0,538***
н3	-0,385***	0,528***	0,519***	-0,564***	-0,536***
н4	-0,333***	0,601***	0,636***	-0,574***	-0,569***
ФН	-0,409***	0,639***	0,635***	-0,645***	-0,618***
р1		0,293**	0,280**	-0,254**	-0,236*
р2		0,328***	0,205*	-0,240**	
р3	-0,265**	0,450***	0,450***	-0,440***	-0,423***
р4	-0,224*	0,447***	0,431***	-0,412***	-0,387***
ФР	-0,278**	0,598***	0,549***	-0,537***	-0,489***
и1	-0,425***	0,340***	0,305***	-0,477***	-0,437***
и2	-0,194*			-0,207*	
и3	-0,208*	0,533***	0,461***	-0,453***	-0,393***
и4	-0,351***	0,547***	0,508***	-0,553***	-0,509***
ФИ	-0,421***	0,550***	0,455***	-0,600***	-0,521***
СВ	-0,421***	0,683***	0,629***	-0,680***	-0,622***

Примечания: обозначения показателей выгорания такие же, как и в табл. 5; А – шкала конструктивности, В – шкала деструктивности, С – шкала дефицитарности,  $\alpha$  – индекс психической компенсации,  $\beta$  – индекс психической активности личности.

Для шкалы конструктивности и индексов психической компенсации и психической активности личности были установлены отрицательные взаимосвязи с симптомами выгорания, а для шкал деструктивности и дефицитарности – положительные (табл. 6). Другими словами, конструктивный потенциал центральных личностных функций препятствует развитию синдрома выгорания, а деструктивный и дефицитарный потенциалы прямо

способствуют его развитию. Следовательно, конструктивные компоненты центральных личностных функций, так же как и адаптивные варианты копинг-механизмов, являются мощными личностными защитными факторами, препятствующими развитию выгорания.

На основании анализа результатов проведенного исследования структуры и степени выраженности синдрома выгорания, а также его взаимосвязей с механизмами психологической защиты, совладающими механизмами и структурой личности у врачей-наркологов установлено:

1. Относительно невысокая степень выраженности синдрома выгорания при отсутствии сложившихся симптомов и сформировавшихся фаз, что свидетельствует об адаптивном состоянии психики испытуемых.

2. Наличие сложившихся симптомов фазы «истощения» у 29 % врачей-наркологов, из них у 10 % – самой сформировавшейся фазы, свидетельствует о явных признаках срыва адаптационных возможностей с развитием явлений выраженной психической дезадаптации в виде сформировавшегося синдрома выгорания.

3. Высоко достоверные обратные коррелятивные связи уровня эмпатии с такими симптомами выгорания, как «эмоционально-нравственная дезориентация», «эмоциональный дефицит», «эмоциональная отстраненность» и суммарный показатель фазы истощения, что подтверждает протективное значение эмпатии в отношении развития выгорания.

4. Напряженность таких МПЗ, как «вытеснение», «регрессия», «компенсация», «проекция», «замещение» и «реактивные образования», напрямую связана со степенью выраженности выгорания.

5. Многочисленные достоверные обратные корреляции степени адаптивности совладающих механизмов в поведенческой и эмоциональной сферах с выраженностью характеристик выгорания, что свидетельствует о защитной функции адаптивных копинг-механизмов в отношении развития данного синдрома.

6. Конструктивный потенциал центральных личностных функций препятствует развитию синдрома выгорания, а деструктивный и дефицитарный потенциалы – прямо способствуют его развитию.

## 2.2.4. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И ЕГО ДОМИНИРУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ<sup>1</sup>

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

Нами проведено комплексное психодиагностическое исследование показателей синдрома выгорания (опросник «Эмоциональное выгорание» [Бойко 2004]), механизмов психологической защиты (методика «Индекс жизненного стиля» [Вассерман 1999]), и совладающих механизмов (методика Е. Heim [Карвасарский, Абабков, Васильева и др. 2005]) у 100 врачей-наркологов, работающих в Минском областном наркологическом диспансере, других учреждениях наркологической службы Минской области, Республиканской клинической психиатрической больнице и различных подразделениях Минского городского наркологического диспансера<sup>2</sup>.

По стажу работы врачи-наркологи были разделены на три профессиональные группы: первая — стаж работы до 10 лет (62 испытуемых), вторая — от 10 до 20 лет (19 испытуемых) и третья — более 20 лет (19 испытуемых). У врачей первой группы средний возраст составил  $29 \pm 4,11$  года, стаж работы  $5 \pm 3,21$  года; у наркологов второй группы средний возраст —  $43 \pm 3,77$  года, стаж работы —  $17 \pm 2,83$  года; у испытуемых третьей группы средний возраст —  $48 \pm 6,34$  года, стаж работы —  $24 \pm 5,66$  года. Выделенные группы продемонстрировали достоверные различия (на уровне  $p < 0,05$ ) по возрастным показателям и стажу работы.

Полученные данные были статистически обработаны при помощи программ SSPS (13-я версия) и StatPlus 2005 Professional. Использовались методы описательной статистики (расчет среднего  $M$ , стандартного отклонения  $\sigma$ , стандартной ошибки среднего  $m$ ). Для определения статистически достоверных различий при уровне значимости  $p < 0,05$  для количественных нормально распределенных признаков применялся  $t$ -критерий Стьюдента. С целью исследования линейной взаимосвязи между количественными признаками проводился корреляционный анализ Пирсона. Все полученные данные приведены в виде показателей  $M \pm \delta$ .

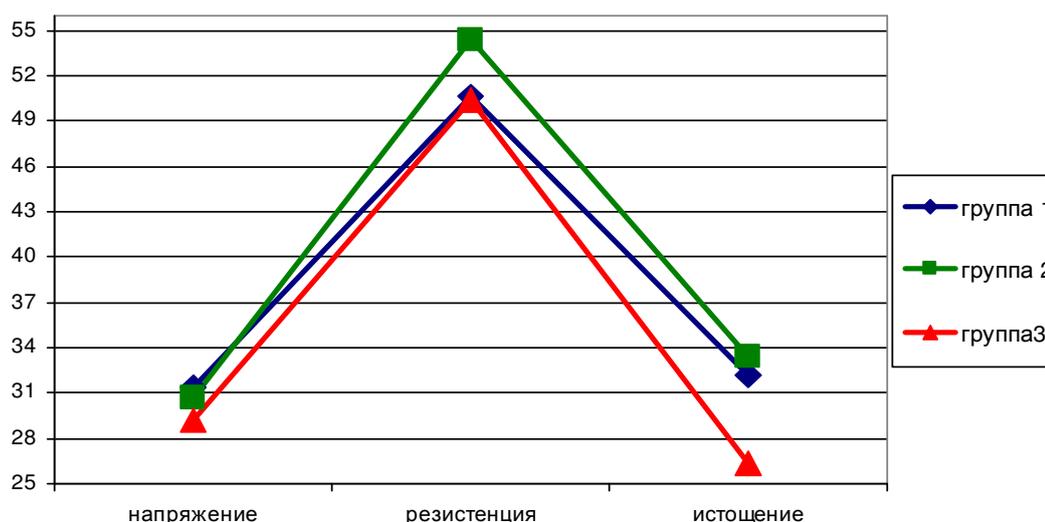
Согласно результатам исследования, наибольшей степенью выраженности синдрома выгорания отличались испытуемые врачи 2 группы —  $118 \pm 43,94$  балла, далее 1 группы —  $114 \pm 44,11$  балла, и наименьшие показатели выгорания продемонстрировали испытуемые 3 группы —  $106 \pm 34,89$

<sup>1</sup> Исследование выполнено при поддержке БРФФИ, проект № Г07-Р024.

<sup>2</sup> Описание психодиагностических методик, использованных для оценки выделенных показателей, представлено в настоящей монографии в статье В.В. Лукьянова «Синдром выгорания и его взаимосвязь структурой личности у врачей-наркологов».

балла. У всех трех групп структура синдрома выгорания была приблизительно одинакова — наибольшей степенью выраженности отличалась фаза резистенции, а степени выраженности фаз напряжения и истощения были приблизительно равны: 1 группа —  $31\pm 19,54$ ,  $51\pm 23,08$  и  $32\pm 14,49$  балла, соответственно; 2 группа —  $31\pm 24,01$ ,  $54\pm 19,67$  и  $33\pm 13,67$  балла; 3 группа —  $29\pm 13,06$ ,  $50\pm 18,98$  и  $26\pm 10,8$  балла (диаграмма 1).

Диаграмма 1. Средние данные опросника "Эмоциональное выгорание" (Бойко В.В., 2004) по трем фазам



Наибольшие показатели фазы резистенции наблюдаются у представителей 2 группы, у представителей других групп они примерно равны. Показатели фаз напряжения и истощения у врачей 1 и 2 групп также примерно равны и превышают значения представителей 3 группы. Для общей группы наркологов складывающимся симптомом в фазе напряжения является «переживание психотравмирующих обстоятельств» (табл. 1), однако статистически значимых различий между профессиональными группами по этому симптому не выявлено.

Таблица 1

Симптомы фазы напряжения у психиатров-наркологов

Группы	Переживание психотравмирующих обстоятельств	Неудовлетворенность собой	Загнанность в клетку	Тревога и депрессия	Суммарный показатель
1	$12,35\pm 8,51$	$6,52\pm 6,57$	$4,31\pm 4,45$	$8,24\pm 0,83$	$31,42\pm 19,67$
2	$12,95\pm 2,25$	$6,68\pm 1,67$	$5,63\pm 7,03$	$5,47\pm 1,37$	$30,74\pm 23,08$
3	$11,42\pm 7,92$	$7,53\pm 6,63$	$3,58\pm 5,58$	$6,74\pm 5,07$	$29,26\pm 18,98$
Общая группа	$12,29\pm 8,59$	$6,74\pm 6,66$	$4,42\pm 5,22$	$7,43\pm 6,25$	$30,88\pm 20,04$

Для общей группы врачей складывающимся симптомом в фазе резистенции является «расширение сферы экономии эмоций», на уровне сложившихся симптомов находятся «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» и «редукция профессиональных обязанностей» (табл. 2). Следует отметить, что симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» находится на уровне сложившегося у всех трех групп наркологов, а симптом «редукции профессиональных обязанностей» сложился у 1 и 2 групп испытуемых. Статистически значимые различия между 2 и 3 группами выявлены по симптому «эмоционально-нравственной дезориентации» ( $p \leq 0,05$ ). Как для общей группы наркологов, так и для каждой профессиональной группы в отдельности, суммарные показатели фазы резистенции находятся в диапазоне формирующейся фазы.

Таблица 2

Симптомы фазы резистенции у психиатров-наркологов

Группы	Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	Эмоционально-нравственная дезориентация	Расширение сферы экономии эмоций	Редукция профессиональных обязанностей	Суммарный показатель
1	16,47±8,35	8,52±5,50	9,71±7,90	15,97±7,99	50,66±19,54
2	17,74±7,05	6,79±5,88	10,68±8,63	19,16±8,91	54,37±24,01
3	15,74±6,87	10,89±4,59	10,47±7,42	13,26±7,53	50,37±13,06
Общая группа	16,57±7,81	8,64±5,51	10,04±7,89	16,06±8,21	51,31±19,30

Складывающимися симптомами у врачей 2 группы в фазе истощения являются «эмоциональный дефицит» и «эмоциональная отстраненность» (табл. 3). Значимых различий по симптомам фазы истощения между профессиональными группами выявлено не было.

Таблица 3

Симптомы фазы истощения у психиатров-наркологов

Группы	Эмоциональный дефицит	Эмоциональная отстраненность	Личностная отстраненность	Психосоматические и психовегетативные нарушения	Суммарный показатель
1	9,34±7,12	9,18±4,63	6,48±5,78	7,13±4,48	32,13±14,49
2	10,11±7,53	10,89±6,01	6,57±4,51	5,89±2,13	33,47±13,69
3	7,42±5,20	8,74±3,87	3,95±3,64	6,31±1,86	26,42±10,80
Общая группа	9,12±6,87	9,42±4,81	6,02±5,26	6,74±3,76	31,30±13,80

На основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что наиболее выраженные проявления синдрома выгорания у группы нарколо-

гов обнаружены в фазе резистенции, которая находится в стадии формирования, в виде сложившихся симптомов «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» и «редукции профессиональных обязанностей». Последний симптом достигает наибольшей степени выраженности (на границе со значениями доминирующего симптома) у врачей 2 группы.

В табл. 4 представлены результаты исследования показателей защитных психологических механизмов в общей группе наркологов.

Таблица 4

Показатели МПЗ у наркологов и контрольной группы («сырые» баллы)

Шкалы опросника ИЖС	Психиатры-наркологи, n= 100	Контрольная группа, n=140
Отрицание	4,90±2,57	4,50±2,96
Вытеснение	3,58±2,17	4,00±2,97
Регрессия	4,91±2,23	4,70±2,96
Компенсация	3,38±1,70	3,10±2,13
Проекция	6,13±3,06	8,20±3,55
Замещение	3,16±2,30	3,80±2,96
Интеллектуализация	4,46±1,91	5,90±2,60
Реактивные образования	3,22±1,79	3,10±2,13

Анализ результатов показал, что для группы психиатров-наркологов характерен защитный психологический профиль, присущий адаптированным людям. Вместе с тем у них обнаружена, в сравнении с нормативными показателями, существенно более высокая степень напряженности такого МПЗ как «отрицание» ( $p < 0,01$ ). Выявленность «отрицания» прогрессивно возрастает с увеличением стажа профессиональной деятельности и достигает максимальных значений у наркологов 3 группы (табл. 5).

Таблица 5

Показатели МПЗ у наркологов с разным стажем работы («сырые» баллы)

Механизмы защиты	1 группа, n = 62	2 группа, n = 19	3 группа, n = 19
Отрицание	4,23±2,56	5,26±2,62	6,74±1,41
Вытеснение	3,35±1,96	4,84±2,43	3,05±2,20
Регрессия	5,32±2,10	3,74±1,45	4,74±2,88
Компенсация	3,55±1,80	3,32±1,46	2,89±1,56
Проекция	7,03±2,96	3,68±3,09	5,63±1,71
Замещение	3,58±2,06	3,37±3,20	1,58±1,12
Интеллектуализация	4,42±1,57	3,79±2,30	5,26±2,28
Реактивные образования	3,19±1,93	3,05±1,08	3,47±1,93

Согласно полученным данным наиболее высокие значения таких МПЗ как «интеллектуализация» и «реактивные образования» также харак-

терны для 3 группы врачей в сравнении с коллегами 2 группы ( $p < 0,05$ ). Установлены достоверные гендерные различия защитной психологической сферы у наркологов: для мужчин характерна большая степень напряженности «вытеснения», а для женщин — «регрессии», «компенсации» и «реактивных образований».

В табл. 6 представлены результаты исследования структуры совладающих механизмов (адаптивных, относительно адаптивных и неадаптивных их вариантов) в трех плоскостях копинг-стратегий (поведенческой, когнитивной и эмоциональной) в общей группе наркологов.

Таблица 6

Структура копинг-механизмов у группы психиатров-наркологов (в %)

Варианты копинг-механизмов	Поведенческая сфера	Когнитивная сфера	Эмоциональная сфера
Адаптивные	52	38	51
Относительно адаптивные	23	34	27
Неадаптивные	25	28	22

В результате исследования было установлено, что наркологи в поведенческой сфере в 52 % случаев использовали адаптивные варианты совладающих механизмов, в 23 % — относительно адаптивные и в 25 % — неадаптивные. Чаще всего они пользовались таким адаптивным механизмом как «сотрудничество со значимыми людьми в процессе решения проблемы». Среди относительно адаптивных механизмов наркологи чаще всего выбирали «отвлечение — обращение и уход в какую-либо деятельность», а среди неадаптивных — «отступление».

В когнитивной сфере наркологи в 38 % случаев использовали адаптивные варианты копинга, в 34 % — относительно адаптивные и в 28 % — неадаптивные. Чаще всего использовались такие адаптивные механизмы как «проблемный анализ трудной ситуации и ее последствий с поиском соответствующей дополнительной информации». Среди относительно адаптивных механизмов наркологи в равной степени выбирали «религиозность» и «придачу смысла», а среди неадаптивных — «диссимуляцию».

В эмоциональной сфере наркологи в 51 % случаев использовали адаптивные варианты копинг-механизмов, в 27 % — относительно адаптивные и в 22 % случаев — неадаптивные. Они чаще всего пользовались таким адаптивным механизмом как «оптимизм» — уверенность в возможности решить проблему и справиться с трудностями. Среди относительно адаптивных механизмов чаще использовали «пассивную кооперацию», а среди неадаптивных — «подавление эмоций».

Таким образом, наркологи чаще всего пользовались такими адаптивными вариантами копинг-механизмов как «сотрудничество» — в поведенческой сфере, «проблемный анализ» — в когнитивной сфере и «оптимизм» — в эмоциональной сфере, что соответствует показателям хорошо адаптированных людей. Вместе с тем, в когнитивной сфере в общей группе наркологов отмечается достаточно высокий процент использования относительно адаптивных и неадаптивных вариантов совладающих механизмов.

В результате проведенного исследования установлено, что для группы психиатров-наркологов в целом характерна относительно невысокая степень выраженности синдрома выгорания при отсутствии сформировавшихся фаз, что свидетельствует об адаптивном состоянии психики испытуемых. Вместе с тем, наиболее выраженные проявления выгорания у группы врачей обнаружены в фазе резистенции, которая находится в стадии формирования, в виде сложившихся симптомов «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» и «редукции профессиональных обязанностей». Выявлены существенные различия в степени выраженности и структуре синдрома выгорания у врачей-наркологов в зависимости от стажа профессиональной деятельности.

Структура защитно-совладающих механизмов у психиатров-наркологов в целом соответствует показателям хорошо адаптированных лиц. Вместе с тем у них обнаружена, в сравнении с нормативными показателями, существенно более высокая степень напряженности такого механизма психологической защиты, как «отрицание». Установлено, что выраженность «отрицания», наряду с «интеллектуализацией» и «реактивными образованиями», возрастает по мере увеличения стажа профессиональной деятельности. Установлены достоверные гендерные различия защитной психологической сферы у психиатров-наркологов. Для общей группы наркологов выявлено суммарное преобладание использования относительно адаптивных и неадаптивных вариантов совладающих механизмов в когнитивной сфере.

Результаты проведенного исследования представляют собой ценный материал для разработки методик по профилактике и коррекции синдрома выгорания у психиатров-наркологов. С целью снижения степени выраженности и профилактики синдрома выгорания представляется необходимым внедрение в работу с врачебным персоналом наркологических отделений методики проведения балинтовских групп, оказывающей позитивное влияние на проблемно-решающее поведение, степень удовлетворенности результатами собственной деятельности, коммуникативные навыки, способствующей расширению круга социальных контактов.

## **2.2.5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ**

*О.А. Кузнецова, Н.Н. Лепехин*  
*Санкт-Петербургский государственный университет*  
*Санкт-Петербург, Россия*

С 40–50-х годов XX века, когда в нашей стране появились первые врачи-анестезиологи, стали вырисовываться контуры будущей перспективной специальности – анестезиологии, науки об управлении и защите организма от операционной травмы и ее последствий. За время существования и развития этой молодой специальности проводились исследования условий профессиональной деятельности, которые позволили выявить ряд факторов, способствующих нарушению физического и психологического здоровья врачей анестезиологов-реаниматологов. В последние годы отмечается существенное увеличение функциональной нагрузки врачей анестезиологов-реаниматологов, что связано с повышением хирургической активности и увеличением числа оперируемых больных с тяжёлой сопутствующей патологией. Профессиональная вредность труда анестезиологов определяется двумя группами факторов: неблагоприятными факторами физико-химической среды операционной (палаты реанимации) и психологическими факторами – повышенной эмоциональной нагрузкой, частыми острыми стрессами в условиях нештатной ситуации, хроническим реактивным стрессом вследствие длительного воздействия многих стресс-факторов малой и средней интенсивности, высокой степенью личной ответственности, а также необходимостью глубокого личностного взаимодействия в системе «анестезиолог-хирург-пациент». В настоящее время, когда решены многие технические проблемы при проведении анестезиологического пособия и реанимационных мероприятий, на первый план выходят психологические нагрузки и их последствия. Наличие на работе факторов хронического стресса, также как и критических жизненных событий, может провоцировать развитие синдрома выгорания [Маничев 2001]. Для сотрудников отделений анестезиологии и реанимации это особенно значимо, так как заболевание, требующее интенсивной терапии, реанимационного или анестезиологического пособия, в той или иной степени представляет собой стрессовую ситуацию, содержит возможность провоцирования развития ситуационно-обусловленного кризиса. Для лечащего персонала характерна также вторичная психологическая травма, так как они работают с психологически травмированными больными и их родственниками [Гнездилов 2002]. Для профессиональной группы врачей анестезиологов-реаниматологов к внешним факторам (факторам рабочей среды) можно отнести сменную работу по графику, низкий уровень оплаты труда и, как следствие, необходимость работы на 1,5–2 ставки, невозможность планировать распорядок дежурства заранее, переживание чувства социальной несправедливости и изначальной дистанцированности от пациента в большинстве случаев. К внутренним (личностным) факторам можно отнести

высокий уровень требований к личности и профессионализму врача-анестезиолога: высокая квалификация и эрудиция, умение быстро принимать решения, высокая степень ответственности за свои личные действия, сочетающаяся с умением работать в команде с хирургами, профильными врачами, медицинскими сестрами, коллегами своего отделения.

Для исследования были использованы следующие методики:

1. Опросник «Профессиональное выгорание» [Водопьянова 2001].

2. «Опросник рабочего поведения и переживаний» Шааршмидт, который использовался для определения стратегий поведения, которые могут способствовать развитию выгорания. Методика Шааршмидт охватывает образцы поведения и переживаний, в которых находит выражение то, как встречает человек связанные с работой требования и структурирует свое отношение к возникающему напряжению через собственное участие в деятельности. Методика затрагивает три области реагирования человека на рабочие требования, которые в свою очередь могут оказывать особое влияние на здоровье субъекта деятельности. «Поглощенность работой» включает 5 шкал: 1) субъективная значимость работы; 2) профессиональное честолюбие (самолюбие); 3) готовность к расходованию (затратам) энергии; 4) стремление к высокому качеству, совершенству работы; 5) чувство дистанцирования. «Способность к сопротивлению и преодолевающее поведение по отношению к нагрузкам» включает 3 шкалы: 1) тенденции к отказу при неудаче; 2) наступательное преодоление проблем; 3) внутренний покой / уравновешенность. «Эмоции» – эта область включает в себя 3 шкалы: 1) переживание профессионального успеха; 2) удовлетворенность жизнью; 3) переживание социальной поддержки.

3. Опросник «Уровень субъективного контроля».

4. Методика определения самоактуализации Шостром в адаптации кафедры инженерной психологии и эргономики факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета.

5. Анкета и интервью.

Исследовательскую выборку составили взрослые испытуемые с высшим медицинским образованием, работающие по специальности «анестезиология и реаниматология» в отделениях анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (ОАРИТ), слушатели курсов повышения квалификации на кафедре «анестезиологии и реаниматологии» Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (СПб МАПО) в 2006 году, всего – 167 человек. Стаж работы по специальности у испытуемых находился в пределах от 2 до 50 лет.

Согласно результатам исследования в среднем по выборке показатель эмоционального истощения составляет 14,84 балла, что соответствует невысокому уровню. У 55 % респондентов отмечается низкий уровень эмоционального истощения, у 34 % – средний уровень и у 11 % – высокий. Эмоциональное истощение проявляется в снижении эмоционального

фона, чувстве усталости по утрам, ощущении «нехватки энергии», чтобы встретить новый день и нового пациента. Эмоциональное истощение наиболее отчетливо проявляется в утренние часы – в начале суточного дежурства, что вызвано «необходимостью принять окружающую действительность» и в конце рабочей смены, когда часто проявляется раздражительность и нетерпимость. Примерами крайнего проявления социальной дезадаптации и депрессии являются имевшие место в Санкт-Петербурге случаи суицида среди врачей-анестезиологов.

Среднее значение деперсонализации составляет 10,89 балла, что соответствует высокому уровню. При этом у 13 % испытуемых отмечены низкие показатели деперсонализации, у 37 % – средние и у 50 % – высокие. Этот симптом является ведущим в картине выгорания у данной группы врачей. Изначально некоторые черты деперсонализации формируются как психологический защитный механизм при столкновении с тяжелыми заболеваниями и смертью. В интервью выясняется, что практически любой из докторов помнит первых тяжелых пациентов, потрясение от первых реанимационных мероприятий. Однако в ходе работы формируется определенная «черствость», «нечувствительность» к смерти. Смерть пациента постепенно начинает восприниматься как факт, который требует выполнения необходимых мероприятий – оформления документации, сообщения родственникам и т.д. Появляется желание исключить из профессиональной жизни элементы сочувствия, сопереживания к пациенту, интерес к его жизни. Люди, которые не могут менее эмоционально воспринимать смерть и страдания, как правило, уходят с работы из отделений анестезиологии и реанимации. Попыткой специалистов сохранить свое душевное равновесие можно объяснить появление «ярлыков» для больных, профессиональный сленг, негативное отношение к коллегам смежных специальностей – хирургам, терапевтам и др. Внешне такое поведение может проявляться в черном юморе, нумерации больных (это позволяет «забыть» имя и фамилию пациента), назывании больных по нозологиям («здесь лежит «инфаркт», на следующей койке – «желудок»). Такие фразы при передаче смены позволяют экономить время, но свидетельствуют о формировании отношения к пациенту как к объекту, а не как к реальному человеку. Формируется высокомерие и одновременно обидчивость по отношению к коллегам, пациентам и их родственникам. Необходимо также учесть, что в каждом отделении есть свои особые сленговые термины, выражения и поговорки, которые сразу сообщаются пришедшим новичкам, а проявление эмоций не приветствуется старшими коллегами.

Среднее значение редукации персональных достижений составляет 33,04 балла, что соответствует среднему уровню. При этом примерно равное количество испытуемых (по 33 %) продемонстрировали низкие, средние и высокие значения данного показателя.

В настоящее время в большинстве крупных стационаров выделяются отделения «анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии», а также сохраняются отделения «анестезиологии и реанимации». Таким образом, происходит расслоение врачей данной специальности, меняется специфика работы, которая оказывает влияние на формирование выгорания: у анестезиологов эмоциональное истощение 2-ой стадии встречается в 67 % случаев, тогда как у большинства (58 %) реаниматологов выражена 1-ая стадия. С деперсонализацией наиболее неблагоприятная ситуация складывается у реаниматологов – 62,5 % из них демонстрируют признаки 3-й стадии, тогда как у анестезиологов 3-я стадия установлена всего для 11 %, у специалистов смешанных отделений это показатель составляет 50 %. Большинство врачей сами замечают происходящие с ними изменения, отмечают, что раньше более чутко относились к пациентам, с большим интересом воспринимали новые знания. Повышение критичности по отношению к самому себе приводило в ряде случаев к самообвинению при осложнениях в работе или ухудшению отношений с коллегами, что может расцениваться как проявление редукции профессиональных достижений. При выраженной симптоматике у трети анестезиологов проявляются тенденции к уходу от ответственности, избеганию работы, снижению рабочей мотивации. В целом, по выборке врачей большинство показателей самоактуализации находятся на среднем уровне или ниже среднего, при этом наиболее низкие значения отмечены для характеристик сензитивности, креативности и спонтанности.

Врачам, у которых отмечены низкие результаты по шкале ориентации во времени, свойственно описывать прошлый опыт работы, прошлые переживания и ошибки, они реже живут настоящим. Это связано с тем, что цена ошибки при проведении наркоза или интенсивной терапии очень велика, её сложно исправить, переживание прошлых ошибок или обвинений со стороны коллег или родственников может накладывать отпечаток на дальнейшую жизнь и мировоззрение. Только 10 % врачей обладают показателями ориентации во времени, свойственными для нормальной или самоактуализирующейся личности. Данные корреляционного анализа свидетельствуют о том, что показатель неэффективной ориентации во времени связан со сниженной способностью к дистанцированию, наступательному преодолению проблем, сниженным ощущением внутреннего покоя и уравновешенности, высокой тенденцией к отказу при неудаче – все эти факторы могут провоцировать развитие синдрома выгорания.

Показатели по шкале поддержки, характерные для несамоактуализирующейся личности, говорят о том, что поведение испытуемых подвержено внешнему влиянию, ориентировано на других. Частично это может быть связано с особенностями работы: необходимость участия в операциях зависит от хирургов, при работе сутками сложно изменить полную схему лечения, назначенную ранее. Кроме того, в медицине существуют доволь-

но жесткие иерархические взаимоотношения, что иногда не позволяет утвердить свою точку зрения. Только 5 % испытуемых показывают по данной шкале нормативные результаты. Низкие показатели по шкале поддержки опосредованно также могут быть связаны с развитием выгорания.

С использованием корреляционного анализа было установлено, что низким показателям самоактуализации по шкале поддержки соответствуют низкие значения способности к дистанцированию, внутреннего покоя, удовлетворенности жизнью, переживания социальной поддержки и повышение тенденции к отказу при неудаче, т.е. именно те неэффективные рабочие стратегии типа В, которые Шааршмидт характеризует как предрасполагающие к эмоциональному выгоранию.

Наиболее высокие значения выявлены по шкале ценностной ориентации, т.е. для врачей анестезиологов-реаниматологов, в целом, не характерна морально-нравственная дезориентация, у них сохраняются высокие ценности, преданность профессии, при определенном догматизме и консервативности. Большинство врачей предпочитают традиционные схемы лечения («лучший вид анестезии – тот, которым лучше владеет доктор»). У четверти испытуемых отмечаются высокие показатели гибкости поведения, характерные для самоактуализирующейся личности. Высокие показатели самоактуализации по шкалам ценностной ориентации и гибкости поведения могут противостоять развитию синдрома выгорания.

Для испытуемых установлена низкая чувствительность к своим потребностям и переживаниям, нежелание задумываться о своих чувствах. В половине случаев врачи не склонны к открытому проявлению своих чувств. Известная присказка – «бегущий анестезиолог вызывает панику» – отражает низкую самооценку и негативное самовосприятие. Низкие характеристики самоуважения связаны с высокими значениями эмоционального истощения, редукции персональных достижений, тенденцией к отказу при неудаче. С ролевыми предписаниями можно связать и низкие показатели по шкале «принятие агрессии» – врачи не считают возможным признать и принять в себе агрессивность, пытаются отказаться от неё или подавить в себе, что может приводить к развитию аутоагрессивного поведения. В половине случаев анестезиологи настороженно относятся к новым людям, сдержанны в установлении контактов с окружающими, это довольно замкнутая группа специалистов. Закрытость обусловлена и особенностями профессии, начиная с кодовых дверей в отделениях анестезиологии и реаниматологии (ОАР), куда практически никогда нет доступа посторонним. В последнее время наметилась тенденция разрешить навещать больных в ОАР родственникам и священникам, что часто воспринимается персоналом крайне негативно. В результатах теста это выражено в низких цифрах по шкалам «взгляд на природу человека», «контактность». По шкале синергичности отмечается невысокая способность к целостному восприятию мира, взаимосвязи противоположностей. У врачей из числа работающих в

небольших больницах без современного оборудования результаты по шкалам познавательных способностей и креативности являются невысокими. Свое отношение к новым курсам лекций или препаратам они объясняют невозможностью применения, апробации этих методик или препаратов в своей практике.

Взаимоотношения характеристик самоактуализации и синдрома выгорания обусловлены их взаимным влиянием: если для специалиста изначально характерны низкие показатели самоактуализации (низкий уровень самоуважения), то они могут служить личностным фактором выгорания, и, наоборот, в процессе работы, при столкновении с трудностями или проблемами, к которым профессионал не был готов, при разочаровании в профессии или в самом себе происходит снижение самооценки и изменение взгляда на окружающих людей.

Можно отметить снижение профессионального честолюбия (самолюбия), но недостаточно низкое для стратегии «энергосбережения» типа S – для многих врачей характерна высокая поглощенность работой в сочетании с ощущением «потолка», искусственное подавление профессионального честолюбия вследствие низкой самооценки, неверие в достижение изменений своего статуса и зарплаты. Чувство дистанцирования снижено. Зачастую даже в часы отдыха переживаются рабочие моменты, вспоминаются трудные или конфликтные ситуации. Трудность переключения на другое дело или хобби описывают большинство испытуемых, объясняя это занятостью или усталостью. Отмечаются низкие, характерные для риска-типа В, параметры внутреннего покоя и переживания социальной поддержки. Это существенный фактор выгорания, особенно если учесть характерную для этой группы испытуемых ориентацию в поведении на других и низкую самооценку. Установленные особенности поведения на работе (тенденция к отказу при неудаче выше стратегии «энергосбережения», внутренний покой / уравновешенность снижены, удовлетворенность жизнью низкая, переживание социальной поддержки низкое) могут приводить к повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, ИБС.

Бережность, осторожность в отношении к работе, «энергосберегающее» поведение (типа S) проявляется в снижении следующих параметров: готовности к расходованию (затратам) энергии, стремления к высокому качеству, совершенству работы, наступательного преодоления проблем, переживания профессионального успеха. Часть испытуемых в разговоре по результатам тестов употребляют выражение «режим разумной халтуры – мы от работы не прячемся, но и за работой не бегаем». Сохраняется высокая, но не чрезмерная субъективная значимость работы (по типу G). Большинство врачей описывают работу как любимую, значимую, интересную. Высокая поглощенность работой, невозможность мысленно дистанцироваться от неё, сочетающаяся с ощущением нехватки энергии, низким эмо-

циональным фоном, является предпосылкой для расстройства психологического здоровья испытуемых.

Наибольший вклад в развитие выгорания вносят неэффективные рабочие стратегии типа А и В наряду с низким переживанием профессионального успеха. При проведении корреляционного анализа установлено, что, чем более выражены симптомы выгорания, тем чаще встречаются неадекватные показатели поглощенности работой, способности к сопротивлению и преодолевающее поведение, сниженный эмоциональный фон. Деформация рабочего поведения в ответ на профессиональные стрессы, неудачи приводит к развитию синдрома выгорания (например, снижение наступательного поведения для преодоления проблем при снижении самооценки ведет к редукации персональных достижений). Изначально неблагоприятные стратегии поведения могут приводить к усилению симптомов выгорания. Снижение переживания профессионального успеха, социальной поддержки способствует разочарованию в людях, профессии и приводит к деперсонализации.

Важным показателем устойчивости личности к развитию выгорания является уровень субъективного контроля (УСК). Полученные в исследовании результаты указывают на экстернализацию локуса контроля в процессе выгорания. Среднее значение по тесту УСК составляет 12,22 балла и соответствует сбалансированному уровню. 53 % испытуемых обладают сбалансированным УСК, 16 % – интернальным типом и 31 % – экстернальным. Врачи с экстернальным УСК воспринимают ситуацию таким образом, что происходящее вокруг них мало зависит от их действий, не верят в свои возможности контролировать ситуацию. Показательна в данном случае фраза, которая часто звучит в отделениях анестезиологии и реанимации в ответ на вопросы родственников о состоянии здоровья пациентов: «мы делаем всё возможное, но не всё зависит от нас». Эта фраза объективна, но, часто повторяемая и подтверждаемая последующим ходом событий, она постепенно становится основой отношения к ситуации в целом. Были установлены наиболее значимые достоверные коррелятивные связи между показателями выгорания и следующими шкалами:

- ориентация во времени – эмоциональное истощение,  $r = -0,434$ ;
- самоуважение – эмоциональное истощение,  $r = -0,457$ ;
- самоуважение – деперсонализация,  $r = -0,333$ ;
- самоуважение – редукация персональных достижений,  $r = 0,466$ ;
- переживание социальной поддержки – эмоциональное истощение,  $r = -0,422$ ;
- переживание социальной поддержки – деперсонализация,  $r = -0,396$ ;
- переживание социальной поддержки – редукация персональных достижений,  $r = 0,273$ ;
- удовлетворенность жизнью – эмоциональное истощение,  $r = -0,601$ ;
- удовлетворенность жизнью – деперсонализация,  $r = -0,376$ ;

- удовлетворенность жизнью – редукция персональных достижений,  $r = 0,568$ ;
- тенденция к отказу при неудаче – эмоциональное истощение,  $r = 0,539$ ;
- тенденция к отказу при неудаче – редукция персональных достижений,  $r = -0,473$ ;
- профессиональное честолюбие – эмоциональное истощение,  $r = -0,272$ ;
- профессиональное честолюбие – редукция персональных достижений,  $r = 0,441$ ;
- стремление к совершенству – редукция персональных достижений,  $r = 0,467$ ;
- наступательное преодоление проблем – эмоциональное истощение,  $r = -0,372$ ;
- наступательное преодоление проблем – деперсонализация,  $r = -0,315$ ;
- наступательное преодоление проблем – редукция персональных достижений,  $r = 0,635$ ;
- экстернализация УСК – эмоциональное истощение,  $r = 0,356$ ;
- экстернализация УСК – деперсонализация,  $r = 0,312$ ;
- экстернализация УСК – редукция персональных достижений,  $r = -0,28$ .

В результате факторного анализа выделено 6 наиболее значимых факторов психологической устойчивости к выгоранию: 1) эмоциональная стеничность, стабильность; 2) межличностное общение, доброжелательность в отношении к людям и положительная самооценка; 3) возрастные и статусные особенности личности, достижение определенного статуса и профессионального успеха; 4) сбалансированность (уравновешенность) нервных процессов, энергетическая цена в достижении профессионального успеха; 5) уверенность в себе, ассертивное поведение; 6) понимание взаимосвязи событий и позитивное отношение к жизни.

Установлено, что развитие синдрома выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов происходит с преобладанием симптома деперсонализации. Снижение уровня самоактуализации, в первую очередь таких его параметров, как самоуважение, ценностная ориентация, опора на себя, взгляд на природу человека показателей до уровней, характеризующих несамоактуализирующуюся личность, способствует выгоранию. Личностным фактором, усиливающим симптомы выгорания у данной профессиональной группы, является экстернализация локуса контроля. Выгорание также провоцируется и поддерживается неэффективными стратегиями рабочего поведения и переживаний рискотипов А и В.

## **2.2.6. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*М.Д. Петраш*

*Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения  
«Городская станция скорой медицинской помощи»  
Санкт-Петербург, Россия*

Развитие личности и появление потребности в деятельности связано с достижением субъектом чувства удовлетворенности от процесса и результатов деятельности, наличием стремления к преодолению трудностей и успешностью решения сложных задач, желанием проявить свои возможности в трудовом процессе [Бодров 2006]. В последнее время отмечается повышенный интерес исследователей к изучению изменений, которые происходят с личностью в процессе выполнения профессиональной деятельности. Речь идет не только о позитивном влиянии трудовой деятельности на развитие человека, при котором профессионал стремится к совершенствованию, повышению уровня мастерства, отмечается эффективная профессионализация человека, но и о негативном ее влиянии. При негативном воздействии (психотравмирующие факторы, перегрузки, резкие изменения режима работы, монотонные, плохие условия труда и др.) могут возникнуть различные нарушения в профессиональном развитии, деформации личности и профессиональные болезни. Эти нарушения могут затрагивать разные грани трудового процесса – профессиональную деятельность, личность профессионала, профессиональное общение.

Одной из важнейших характеристик человека, оказывающих влияние практически на все аспекты его деятельности, является эмоциональность. Эмоции охватывают все виды чувствований и переживаний человека – от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и творческого подъема, придающих огромную силу и резко повышающих жизненный тонус организма [Анохин 1975]. Эмоциональность влияет как на особенности поведения, так и на эффективность общения и деятельности. Существует ряд профессий, требующих интенсивной эмоциональной нагрузки и ответственности от персонала ввиду того, что они по роду своей деятельности вынуждены быть вовлеченными в длительный напряженный процесс общения с людьми. У таких специалистов в результате сложного процесса социального взаимодействия с пациентами, клиентами и т.д. может сформироваться синдром выгорания, который берет свое начало в хроническом повседневном напряжении, эмоциональном переутомлении. Актуальность данной проблемы еще в конце XIX века описал А.П. Чехов в своих произведениях «Ионыч» и «Палата № 6»: «Люди, имеющие служебное, деловое отношение к чужому страданию, например судьи, полицейские,

врачи, с течением времени, в силу привычки, закаляются до такой степени, что хотели бы, да не могут относиться к своим клиентам иначе, как формально...» [Чехов 2003].

Персонал скорой медицинской помощи составляет особую группу среди специалистов медицинской сферы. Сотрудникам приходится работать в жестком дефиците времени с максимальной психической нагрузкой, работа требует готовности к немедленным и организованным действиям в исключительно быстром темпе. Сказываются длительная ситуация в режиме ожидания вызова и напряжение, связанное с элементом неопределенности (неизвестно, что ждет в следующий момент). В условиях сосредоточения внимания на основной деятельности профессионал в процессе работы «забывает» о себе, более того, он лишен практической возможности в принятии мер личной безопасности, хотя знает о возможных последствиях, и, не взирая на это, самоотверженно и фанатично выполняет свой профессиональный долг [Петраш 2003]. Присутствует необходимость быстро распознать заболевание, принять ответственное решение (иногда единственно правильное), четко и быстро выполнять неотложные и диагностические процедуры в «полевых» условиях. Высокая степень ответственности за жизнь больного, свойственная труду всех отраслей неотложной медицины, усугубляется еще и тем обстоятельством, что сотрудник скорой медицинской помощи, в отличие от персонала других лечебных учреждений, лишен возможности посоветоваться, проконсультироваться и вынужден принимать решения самостоятельно. Типичным для представителей данной профессии является неравномерное, нерегулируемое распределение нагрузки в процессе работы, обусловленное поступлением вызовов, что делает невозможным формирование полноценного временного рабочего стереотипа. Суточные дежурства, которые являются наиболее распространенным графиком работы персонала скорой помощи, как всякая ночная работа, могут быть причиной существенных нарушений закономерностей периодичности физиологических функций и существенным образом откладывают отпечаток на психике человека [Донская 1979]. На сегодняшний день скорая медицинская помощь города Санкт-Петербурга является важнейшей структурной составляющей службы Центра медицины катастроф, и поэтому персоналу приходится работать в экстремальном режиме. Перечисленные особенности профессиональной деятельности, с одной стороны, требуют от персонала высокой ответственности и развитых профессиональных навыков, а, с другой, – влекут за собой негативные последствия, проявляющиеся в профессиональных конфликтах, низкой профессиональной мобильности и дезадаптации, профессиональных деформациях, профессиональных заболеваниях, в формировании синдрома выгорания, что, в свою очередь, сказывается на снижении качества работы, и самое главное, на ухудшении здоровья специалистов.

Следует отметить при этом, что особое место в процессе профессионального становления личности занимают профессиональные кризисы, в результате которых «происходит кардинальная перестройка личности, изменяется вектор ее профессионального развития» [Зеер 1997]. Профессиональное развитие субъекта деятельности можно рассматривать как длительный прогрессивный процесс, имеющий вполне определенную структуру и продолжающийся до тех пор, пока осуществляется профессиональная деятельность.

С целью изучения особенностей профессионального развития личности было проведено исследование персонала скорой медицинской помощи города Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 143 человека, в том числе 48 мужчин и 95 женщин, в возрасте от 20 до 60 лет, со стажем работы от нескольких месяцев до 40 лет, в том числе врачи – 31 человек, фельдшеры – 86; медсестры – 26.

Задачи исследования заключались в оценке степени выраженности выгорания у персонала скорой медицинской помощи, а также в изучении взаимосвязей синдрома выгорания с личностными характеристиками испытуемых и социально-профессиональными факторами.

Определение уровня выгорания проводилось с помощью опросника «Профессиональное выгорание» [Водопьянова 2001]. Для выявления факторов профессионального развития была разработана специальная анкета, максимально охватывающая все уровни организации человека как субъекта деятельности – от психофизиологического (индивидуального) до социально-психологического (личностного). Данные анкетирования обрабатывались с помощью факторного анализа с вращением по методу Varimax.

В результате факторизации данных было выделено шесть факторов профессионального развития: «удовлетворенность профессиональной деятельностью», «самореализация», «межличностное общение», «психофизиологическое восстановление», «витальные потребности», «взаимоконтроль и поддержка» [Головей, Петраш 2004]. При анализе структуры межблоковых связей профессионального развития обнаруживается, что каждый блок находится в тесной взаимосвязи с другими блоками, они взаимопроникают друг в друга – такая особенность является следствием системной природы профессионального развития. Структурообразующим фактором является блок самореализации, отражающий стремление к самосовершенствованию и профессиональному росту.

Результаты исследования показали, что у медперсонала скорой помощи больше всего страдает профессиональная самооценка – самые высокие показатели отмечаются по шкале редукции личных достижений: только 23 испытуемых (16,1 %) из всей выборки (143 чел.) имеют низкие значения, в 40,5 % случаев (58 чел.) эти значения входят в средний диапазон, и 43,3 % (62 чел.) имеют высокие показатели. Таким образом, наблюдается тенденция к негативному оцениванию себя как профессионала, своих про-

фессиональных достижений и успехов. По шкале эмоционального истощения в 28,7 % случаев (41 чел.) значения имеют низкие показатели, 33,6 % (48 чел.) – значения находятся в среднем диапазоне, высокие значения встречаются в 37,7 % случаев (54 чел.). Показатели эмоционального истощения выше у врачей ( $p < 0,05$ ), это объясняется повышенной ответственностью врача, тем, что сама его деятельность предполагает высокую психоэмоциональную нагрузку и большое количество стрессов – приходится принимать решения в условиях отсутствия возможности проконсультироваться с другими специалистами. Распределение значений по шкале деперсонализации имеет следующую структуру: для 39,3 % (56 чел.) характерны низкие показатели, для 32,8 % (47 чел.) – средние, а для 27,9 % (40 чел.) – высокие. Значения деперсонализации у врачей ниже, чем у среднего медицинского персонала ( $p < 0,01$ ), что объясняется особым положением, статусом и врачебной этикой специалиста с высшим медицинским образованием. Наибольшей выраженности деперсонализация достигает у фельдшеров.

Для лучшего понимания особенностей проявления синдрома выгорания в контексте профессионального развития мы провели сравнительный анализ в выделенных группах по стажу. Было выделено 5 групп с наиболее чувствительными периодами к профессиональным кризисам в процессе профессионализации личности: 1) кризис профессиональных ожиданий, стаж до 3-х лет; 2) кризис профессионального роста, стаж 3–5 лет (возникает потребность в дальнейшем профессиональном росте); 3) кризис профессиональной карьеры (противоречия между желаемой карьерой и ее реальными перспективами), стаж 6–12 лет; 4) кризис социально-профессиональной самоактуализации (глубокая неудовлетворенность собой, нереализованные возможности), стаж 13–23 года; 5) кризис угасания профессиональной деятельности, 24–40 лет стажа.

В начале профессиональной деятельности (специалисты со стажем до 3-х лет) отмечаются низкие показатели по всем трем компонентам выгорания: эмоциональное истощение – 15,3; деперсонализация – 6,6; редукция личных достижений – 34,7. В свою очередь, показатели профессионального развития личности имеют высокую степень выраженности. Отмечается высокая удовлетворенность профессиональной деятельностью, наличие жизненных целей и планов профессионального роста. На психофизиологическом уровне выявляются удовлетворенность витальных потребностей, способность восстанавливать свой резервный потенциал организма; на социально-психологическом уровне отмечается важность взаимоконтроля и поддержки, а также стремление к межличностному общению. Молодые специалисты полны сил и энергии в силу своего возраста, а также профессиональных ожиданий. Активизация профессиональных усилий по скорейшей адаптации является конструктивным выходом из кризиса профессиональных ожиданий, который характерен для данного этапа профессиональной деятельности [Зеер 1997].

На следующем этапе происходит увеличение показателей эмоционального истощения ( $p \leq 0,01$ ) и деперсонализации ( $p \leq 0,01$ ) в сравнении с 1 группой, что вполне объяснимо: когда происходит разочарование организацией труда, его содержанием, должностными обязанностями, производственными отношениями, условиями работы и заработной платой, то, в некотором смысле, деперсонализация есть попытка защитить себя от истощения и разочарования [Maslach 1997]. Установлено значимое снижение по показателям «удовлетворенность профессиональной деятельностью» ( $p \leq 0,05$ ) и «самореализация» ( $p \leq 0,05$ ), а также отмечается тенденция к снижению резервных восстановительных возможностей. Существенное снижение этих показателей можно объяснить присутствием кризиса профессионального роста, так как инерция профессионального развития, неудовлетворенность потребности в самоутверждении вызывают протест, неудовлетворенность профессиональной жизнью и саморазвитием.

С увеличением стажа работы возрастает вероятность возникновения синдрома выгорания. Подобная картина наблюдается до стадии профессионального мастерства (стаж 13–23 года). Об этом свидетельствует резкое повышение показателей эмоционального истощения ( $p \leq 0,001$ ) и деперсонализации, а также снижение по шкале «редукции личных достижений». Одновременно в профессиональном развитии происходит снижение показателей «удовлетворенность профессиональной деятельностью», «стремление к самореализации» ( $p \leq 0,05$ ). Отмечается снижение резервных возможностей, что проявляется в низкой способности к восстановлению потенциала ( $p \leq 0,0001$ ), на этом фоне снижаются социально-психологические показатели, проявляющиеся в снижении адекватности межличностного общения, нарушении адекватности взаимоконтроля и поддержки со стороны коллектива. Выявленные тенденции указывают на наличие кризиса профессионального развития, сущностью которого является противоречие между желаемой карьерой и ее реальными перспективами. Далее у персонала отмечается снижение по всем параметрам выгорания, и наиболее значимые различия наблюдаются по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации ( $p \leq 0,05$ ). Одновременно в профессиональном развитии падает значение по параметру самореализации ( $p \leq 0,01$ ), происходят изменения на психофизиологическом уровне, проявляющиеся в снижении способности к восстановлению ( $p \leq 0,0001$ ), на социально-психологическом уровне данная тенденция проявляется в снижении адекватности межличностного общения, а также в отсутствии ощущения поддержки со стороны друзей и коллег ( $p \leq 0,01$ ). Снижение вышеперечисленных факторов, влияющих на профессиональное развитие, отражает неудовлетворенность личности собой, окружающими людьми, обстоятельствами – возникает кризис социально-профессиональной самоактуализации [Зеер 1997].

У лиц со стажем 24–40 лет отмечается снижение показателей выгорания по всем трем компонентам. Значимые различия отмечаются по шка-

ле «редукции личных достижений» ( $p \leq 0,01$ ) в сторону формирования более адекватной профессиональной самооценки, что может свидетельствовать о наличии высокого профессионализма, который присущ зрелой личности. Этот процесс может отражать факт обретения смысла через свое место в профессиональной среде, что подтверждается резким повышением удовлетворенности профессиональной деятельностью (по сравнению с 1-й и 2-й группами  $p \leq 0,01$ ). На фоне продолжающегося снижения стремления к самореализации ( $p \leq 0,01$ ) отмечается снижение способности к восстановлению потенциала ( $p \leq 0,01$ ), на социально-психологическом уровне также снижается потребность во взаимоконтроле и поддержке. На психофизиологическом уровне наблюдается снижение способности к восстановлению, но повышение удовлетворения витальных потребностей. На социально-психологическом уровне на фоне резкого повышения адекватности межличностного общения наблюдается снижение потребности во взаимоконтроле и поддержке.

Корреляционный анализ выявил обратные связи показателей эмоционального истощения и деперсонализации с факторами профессионального развития, то есть при высоких показателях удовлетворенности профессиональной деятельностью, самореализации, межличностного общения, взаимоконтроля и поддержки, а также психофизиологического восстановления наблюдаются низкие значения эмоционального истощения и деперсонализации и наоборот. Успешное профессиональное развитие способствует снижению выгорания и повышает самооценку специалиста. Шкала эмоционального истощения отрицательно связана с такими факторами профессионального развития, как профессиональная удовлетворенность, самореализация, межличностное общение, психофизиологическое восстановление, взаимоконтроль и поддержка со стороны друзей и коллег. Выявлены отрицательные связи деперсонализации с удовлетворенностью профессиональной деятельностью, самореализацией, межличностным общением, психофизиологическим восстановлением. Шкала редуцирования личных достижений отрицательно связана с удовлетворенностью витальными потребностями и имеет положительную связь с факторами профессиональной удовлетворенности, самореализации, межличностного общения. Благоприятные факторы социально-профессиональной среды – благоприятный социально-психологический климат, хорошие условия труда, адекватное материальное и социальное обеспечение, реальные возможности собственного профессионального развития снижают проявления выгорания и наоборот. Факторы профессионального развития демонстрируют положительные коррелятивные связи с показателями социально-психологического климата коллектива, удовлетворенностью собственным профессиональным развитием, условиями труда, способствующими профессиональному росту специалиста.

## РАЗДЕЛ III. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

### 3.1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕВЕНЦИИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

*Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова*  
*Санкт-Петербургский государственный университет*  
*Санкт-Петербург, Россия*

Наметившийся в последние годы широкий интерес к феномену выгорания как одному из видов профессиональной деструкции личности требует концентрации усилий на более глубокой как теоретической, так и практической разработке путей превенции данного синдрома. Оказание психологической помощи лицам, переживающим симптомы выгорания и другие негативные последствия стресса на работе, может осуществляться в контексте различных подходов.

Разработка специальных профилактических программ осложняется отсутствием единой точки зрения в понимании феномена выгорания (burnout). Первоначально под выгоранием подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности [Freudenberger 1974]. Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет не только психического компонента, но и психосоматического. Исследователи все больше стали связывать синдром с психосоматическим самочувствием, соотнося его с состоянием предболезни. Некоторые авторы [King 1993] возражали против термина «выгорание» из-за его неопределенности и частичного совпадения с родственными понятиями, например посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией или «хандрой», либо рассматривали его как странную психиатрическую химеру [Morrow 1981]. Другие устанавливали связи с существующими моделями, например теорией общего стресса [Hobfoll, Freedy 1993], выученной беспомощностью [Meier 1983], моделью самоэффективности и компетентности [Bandura 1989] и компульсивным оказанием помощи при «синдроме помогающих профессий» [Malan 1979], [Водопьянова, Старченкова 2005].

Более чем за 30-летний период изучения данной проблемы выгорание от легко запоминающейся метафоры для обозначения негативных переживаний работающего человека в виде изнеможения, ощущения бесполезности своей трудовой деятельности превратилось в широко известный феномен и научно-обоснованное понятие. Исследователи все чаще стали связывать синдром выгорания не только с эмоциональным и психосоматическим истощением, но также и с неудовлетворенностью самореализацией личности в различных сферах ее жизнедеятельности. Несмотря на то, что в настоящее время синдром выгорания приобрел свой диагностический ста-

тус (МКБ-10: Z73 – проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью), многие авторы оспаривают самостоятельность данного феномена из-за большого и часто «размытого» множества его симптоматики. Тем не менее в многочисленных исследованиях получены явные доказательства того, что выгорание отличается от других форм стресса как концептуально, так и эмпирически [Орел 2001]. Выгорание зарождается в механизмах стрессового реагирования, поэтому на некоторых этапах его развития имеет общие признаки со стрессом. В случае дезадаптации к продолжительно действующим рабочим стрессорам и определенным видам профессионального кризиса формируется относительно устойчивый симптомокомплекс переживаний и психологических защит, проявляющихся в типичных стрессогенных ситуациях.

Многие авторы сходятся в том, что выгорание представляет собой особый стресс-синдром, включающий определенную группу симптомов, проявляющихся вместе в определенных обстоятельствах или ситуациях. Однако все симптомы ни у кого не проявляются одновременно, потому что выгорание – процесс сугубо индивидуальный. Выгорание представляет собой симптомокомплекс эмоциональных, мотивационно-установочных и ценностных переживаний, связанных с профессиональной деятельностью.

Некоторые авторы рассматривают выгорание не как отдельный эпизод, а как конечный результат процесса «сгорания дотла». В том случае, когда требования (внутренние и внешние) постоянно преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия. Непрерывное или прогрессирующее нарушение равновесия неизбежно ведет к «выгоранию». Дезадаптивные реакции в ответ на стресс-ситуации ведут по нисходящей спирали к «выгоранию». Выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса. С точки зрения определения стрессового процесса Н. Selye, то есть стадий тревоги, резистентности и истощения, выгорание частично совпадает с третьей стадией, преобразуясь далее в относительно самостоятельный феномен со специфической симптоматикой, пусковыми механизмами и динамикой протекания.

Пока ведутся дебаты относительно природы и научных дефиниций синдрома выгорания, по-прежнему на острие актуальности находится проблема практической работы с данным феноменом, в частности, профилактики выгорания и помощи лицам, переживающим потерю эмоциональной «свежести», определенности в ценностно-мотивационных ориентирах, смысла жизни, уверенности в полезности и продуктивности своей трудовой деятельности.

Теоретический анализ зарубежных и российских исследований по проблеме выгорания показывает, что в последнее десятилетие наметились явно позитивные сдвиги в понимании сущности и факторов риска данного

синдрома, а также в теории и практике проведения программ по превенции выгорания.

За последние десять лет интерес к феномену выгорания заметно вырос не только в западной, но также в российской психологической науке и психологии ближнего зарубежья. Так, если к 1997 году количество русскоязычных публикаций по проблеме выгорания насчитывало единицы [Форманюк 1994], [Гришина 1997], [Водопьянова, Серебрякова, Старченкова 1997], то к 2007 году оно многократно возросло. Исследователи описывают в основном личностные и профессиональные детерминанты синдрома выгорания [Старченкова 1998, 2002], [Ронгинская 2002], [Горохова 2004], [Орел 2001, 2005], [Скугаревская 2003], [Юрьева 2004], [Мальцева 2005], [Кириленко 2007], [Лукьянов 2006, 2007] и др.

В меньшей степени в отечественной психологии изучены организационные и ролевые факторы, способствующие или препятствующие развитию синдрома выгорания. На наш взгляд, недостаточная разработанность именно этих аспектов затрудняет развитие теории и практики превентивных программ «антивыгорания», поскольку организационные (средовые), статусно-ролевые (должностные) стресс-факторы относительно легче минимизировать, чем корректировать личностные детерминанты низкой стрессоустойчивости и выгорания. Для снижения стрессогенности внешних стресс-факторов возможно перепроектирование условий рабочей среды, применение новых более совершенных технологических процессов, облегчающих труд работников, которые можно осуществить в относительно короткие сроки. В то время как для повышения психологической устойчивости работников к организационным и профессиональным стрессам требуется более длительная и индивидуализированная психокоррекционная работа, касающаяся многих глубинных личностных конструктов. Результаты многих исследований говорят о том, что к личностным факторам риска выгорания относятся определенные симптомокомплексы свойств, имеющих типологическую обусловленность, а также ценностно-мотивационные ориентации, формирующиеся в процессе онтогенеза личности и деформирующиеся под влиянием жизненных и профессиональных стрессов и кризисов. В этом случае «борьба» с синдромом выгорания лежит в сфере личностного роста и профессиональной самореализации. Это определяет направленность, длительность и репертуар психологических методов воздействия в тренингах и индивидуальном психологическом консультировании лиц, переживающих симптомы выгорания.

Анализ рынка психологических услуг в Санкт-Петербурге показывает, что за последние три года существенно увеличилось количество предложений психологических тренингов по проблеме превенции синдрома выгорания. Однако спрос от корпоративных заказчиков на подобные тренинги пока невелик. Это связано, во-первых, с тем, что топ-менеджеры не осознают в полной мере риск моральных и материальных потерь при «вы-

горании» персонала. Во-вторых, корпоративные клиенты вследствие их недостаточной компетентности относительно негативных последствий для организации большого количества «выгоревших» сотрудников не считают рентабельным вкладывать средства в программы профилактики и преодоления стресс-синдромов для сохранения человеческих ресурсов в своих компаниях. Работодатели часто придерживаются прагматических и антигуманных принципов о том, что лучше и дешевле переложить ответственность за самочувствие и здоровье на самих работников или заменить их новыми сотрудниками, без проблем «выгорания», чем вкладывать средства в различные профилактические программы.

Важнейших задач стресс-менеджмента является разработка не только превентивных программ предупреждения синдрома выгорания, но также и психотехнологий продвижения данных программ в организациях с различными формами собственности и сферами бизнеса. Одной из задач продвижения превентивных программ «антивыгорания» является разъяснение работодателям и менеджерам по развитию персонала, что выгорание сотрудников представляет собой серьезную проблему не только для самочувствия, трудовой мотивации и продуктивности специалистов, работающих в организации, но также угрожает стабильности деловой жизни и конкурентоспособности организации в целом. Синдром выгорания является следствием дезадаптации к высоким профессиональным нагрузкам и стрессогенным условиям работы и проявляется в разных формах профессиональных деструкций. В результате выгорания работник теряет психическую энергию, что проявляется в хронических переживаниях психосоматической усталости (изнуренности), эмоциональной опустошенности («исчерпанность ресурсов»), немотивированного беспокойства, тревоге, раздражительности, вегетативных расстройствах, снижении самооценки, далее это отражается в снижении лояльности и преданности организации, потере смысла собственной профессиональной деятельности и др. Выгорание сотрудников начинается незаметно, а его последствия в виде «упущенной прибыли» очень дорого обходятся для организации.

Одним из вопросов проектирования и практического внедрения превентивных программ является индивидуализация средств и методов психологических интервенций с учетом возраста и пола субъектов профессиональной деятельности. В научной литературе нет однозначных данных о влиянии гендерного фактора на развитие синдрома выгорания. Исследователи чаще склоняются к мнению об отсутствии гендерных различий в проявлении выгорания. Результаты наших исследований частично опровергают эту точку зрения. Так, например, в исследовании учителей и преподавателей высшей школы (76 чел.) мы обнаружили, что гендерные различия четко проявляются при рассмотрении типов выгорания в преобладании степени выраженности отдельных его компонентов. Оказалось, что мужчинам-педагогам более свойственно выгорание по фактору деперсонализа-

ции, а женщины-педагоги более подвержены эмоциональному истощению и занижению своих профессиональных достижений. Нами было обнаружено, что гендерные различия по динамике и типу выгорания связаны с особенностями восприятия и оценки (субъективной репрезентации) профессионально-трудных ситуаций (ПТС), а также с различиями между мужчинами и женщинами по частоте использования конструктивных моделей преодоления профессиональных и организационных стрессов. Мужчины чаще, чем женщины, используют активные (уверенные и преобразующие поведенческие модели) и асоциальные (конфронтация, давление, агрессия) стратегии преодоления профессионально-трудных ситуаций. Женщины чаще, чем мужчины, используют просоциальные стратегии поведения в ПТС (поиск социальной поддержки, компромиссов, вступление в социальный контакт), пассивные стратегии в виде избегания проблем, эмоционально-ориентированные стратегии преодоления и другие ресурсно-сберегающие стратегии. Женщинам более свойственны импульсивные действия в ПТС, основанные на интуиции. Для мужчин и женщин-педагогов после 40 лет характерным является снижение частоты использования активных, директивных и асоциальных стратегий преодоления по сравнению с молодыми педагогами (до 30 лет). С увеличением возраста и педагогического стажа отмечается сглаживание гендерных различий в способах разрешения проблемных или профессионально-трудных ситуаций. Данный факт мы объясняем влиянием специфики педагогической профессии на формирование более адаптивного стиля преодоления профессиональных трудностей. Мужчины-преподаватели высших учебных учреждений с высоким профессиональным выгоранием чаще дистанцируются от профессиональных обязанностей, чем женщины-преподаватели. Полученные данные говорят о том, что гендерные различия проявляются не столько в частоте и уровне выгорания, сколько в типологии данного феномена, что необходимо учитывать при профилактическо-коррекционной работе с «выгорающими» специалистами.

В отличие от специалистов помогающих профессий среди инженерно-технических работников в наших исследованиях не были выявлены гендерные различия по показателям выгорания. Однако в нашей практике проведения психологических тренингов «Антивыгорание» наблюдаются явные различия между мужчинами и женщинами. Во-первых, женщины более заинтересованы в самообновлении и преодолении симптомов выгорания. Во-вторых, они более искренны в самораскрытии и готовности к самоизменениям по сравнению с мужчинами. Женщины, как правило, более чувствительны к обратной связи, быстрее осваивают техники самоменеджмента и личностного психосинтеза, чем мужчины. Мужчины, по сравнению с женщинами, легче осваивают техники рационализации и сохранения эмоциональной устойчивости в стрессовых ситуациях. Очевидно, отсутствие значимых различий между мужчинами и женщинами в ха-

рактуре выгорания можно объяснить тем, что они по-разному относятся к стрессогенным ситуациям и, как следствие, используют разные копинг-усилия противодействия психическому истощению и другим проявлениям выгорания. Данные особенности должны учитываться в превентивных программах.

Причины выгорания имеют различную природу, и это следует учитывать при выборе подходов, конкретных форм психологической поддержки лиц с признаками выгорания и техник индивидуальных интервенций. В связи с тем, что синдром выгорания имеет сложную многоуровневую детерминацию как профессиональными стрессами, так личностными факторами, а его переживания связаны с утратой смысла жизни и неудовлетворенностью в самореализации, оказание психологической помощи должно осуществляться в аспекте экзистенциально-гуманистического подхода. Главным вектором как в индивидуальной, так и в групповой (тренинговой) работе с «выгорающими» должна стать помощь в осознании и активизации ими своих ресурсов, реализации их жизненных ориентиров, способствующих личностному росту, самореализации в профессиональной сфере и личной жизни.

Одним их примеров такого подхода является программа «Вызов внутреннему мастерству», разработанная голландскими учеными [Dierendonck, Garssen, Visser 2005]. В качестве теоретических основ превентивной программы авторы выбрали идеи трансперсональной психологии [Strohl 1998]. Двумя основными элементами трансперсонального консультирования являются достижение самопринятия и раскрытие убеждений (beliefs) (например, личных, семейных, культурных), которые создают реальность человека. Фундаментальное предположение, лежащее в основе данной перспективы, состоит в том, что люди имеют внутреннюю, присущую им мудрость и знание, чтобы найти свои собственные ответы на вопросы и дистрессы, которые ставит перед ними жизнь.

Опираясь на представления основателя психосинтеза Р. Ассаджиоли о наличии двух различных стадий развития здорового взрослого человека (личностный психосинтез и духовный психосинтез), D.V. Dierendonck сосредоточил свою программу тренинга прежде всего на личностном психосинтезе, который включает в себя изучение структуры собственной души и ознакомление с содержанием личного бессознательного. Авторы программы считают, что после открытия элементов, составляющих личность, важно улучшить способность управлять ими, помочь интегрировать – синтезировать – человека вокруг личного «Я». Раскрытие потенциалов и знание духовного психосинтеза является вторичной целью в превенции выгорания. Духовный психосинтез состоит из интеграции личности вокруг более глубокого центра, духовного «Я». Сравнивая данную программу с другими подходами, авторы подчеркивают важность понимания того, что психосинтез отличается от психоанализа тем что акцент делается на синтезе, а не

на анализе. В соответствии с психосинтезом анализ – разделение целого на компоненты – не является достаточным для достижения длительного изменения чувств, установок или поведения человека. В тренинге «Вызов внутреннему мастерству» решалась задача аналитического понимания и интегрированности этих компонентов в гармоничное целое – физическое, эмоциональное, психическое и духовное. По мнению приверженцев психосинтеза, признание духовного измерения говорит о том, что существует связь, которая выходит за пределы личностного уровня, и это духовное измерение является существенным для открытия значения и смысла жизни. Данный подход к превенции и интервенции в области выгорания представляется новым и перспективным направлением. Авторами программы ожидалось, что она окажет влияние на все три компонента выгорания. Было обнаружено, что эмоциональное истощение сильно взаимосвязано с притязаниями и неудовлетворенными ожиданиями, а также с переживаниями потери личностных ресурсов. Предполагалось, что два других компонента выгорания (цинизм и профессиональная успешность) будут чувствительны к программе, которая поощряет позитивную самооценку участников. Помимо основной ориентации программы на превенцию выгорания, в ней решалась задача личностного роста и субъективного благополучия в виде переживания счастья, поэтому рассматривались не только переживания неблагополучия (выгорание), но и позитивные переживания – счастье от «горения». D.V. Dierendonck и соавторы считают, что превентивные программы должны быть ориентированы прежде всего на работников, находящихся в возрасте от 35 до 45 лет, в период кризиса середины карьеры, поворотного пункта, когда многие люди понимают, что их достижения намного меньше того, что они ожидали. Эти лица находятся в зоне риска выгорания, потому что именно в этот период остро проявляются ощущения пустоты, разочарования и отчаяния.

Рассмотрим основное содержание данной превентивной программы. основополагающий принцип тренинга состоял в том, что каждый человек создает свою собственную реальность и должен переживать ее, учиться на ее основе, изменять ее, если она неудовлетворительна, и действовать конструктивно. В тренинге, как и в трансперсональной психологии, дистресс не рассматривается только как причиняющий вред, или всегда приносящий боль, но и также является необходимым процессом человеческого роста. Трансперсональная психология поддерживает безусловную веру в потенциал личности к самоизлечению. Существенной частью процесса являются нераскрытые убеждения, которые создают реальность клиента. В соответствии с этим основными элементами тренинга были обучение участников самопринятию, ответственности за свою жизнь и вере в собственную внутреннюю мудрость. Для участия в программе были приглашены работники трех основных промышленных компаний Нидерландов – 38 человек, в возрасте 35–45 лет. Участие было добровольным, без оплаты. На

предварительных встречах участникам рассказали о содержании программы, с заинтересовавшимися тренеры провели вводное собеседование. Потенциальные участники заполняли короткий опросник с открытыми вопросами об их ожиданиях, целях в жизни, важных жизненных событиях и ограничениях, с которыми они сталкивались при достижении своих целей. Предварительное исследование преследовало две цели: 1) сопоставить ожидания участников с содержанием тренинга; 2) направить лиц, чьи личные проблемы не могут быть решены в ходе данной программы, на индивидуальное консультирование. Главный критерий отбора участников тренинга для тренеров состоял в том, может или не может данный человек помешать групповому процессу. В итоге осталось 34 человек (27 мужчин и 7 женщин), средний возраст – 40,3 года. Средний стаж работы в компании – 14,2 года. Контрольная группа состояла из 46 человек (40 мужчин и 6 женщин), средний возраст – 39,4, стаж – 11,8. Контрольная группа не отличалась от экспериментальной по демографическим характеристикам.

Программа «Вызов внутреннему мастерству» рассчитана в среднем на 10 дней, распределенных в течение 3 месяцев. Участники были разделены на 4 группы по 8–11 человек. 2 группы прошли тренинг весной, а другие две – осенью того же года. Анализ не показал значимых различий между весенними и осенними группами, поэтому они анализируются как одна группа. Два консультанта в области психосинтеза, мужчина и женщина, вели все 4 группы. Тренинг начинался с двухдневной встречи, потом по однодневной встрече каждую неделю в течение 12 недель. Заканчивался тренинг также двухдневной встречей. Все встречи проходили в загородном отеле. Три месяца спустя дополнительная встреча в течение одного утра заканчивала тренинг. Участников поощряли вести дневники в течение тренинга и записывать эмоциональную автобиографию (только для личного использования). Каждый день был посвящен определенной теме. Занятия проходили в полуструктурированной форме. Обычно день начинался с короткой медитации, затем обсуждалось то, что произошло с участниками со времени последней встречи. Затем использовались имажитивные техники для того, чтобы сосредоточиться на теме данной встречи. В течение дня эта тема изучалась более глубоко при помощи различных способов, включая рисование картин, которые возникали в процессе представления (*guided imagery*), дискуссии в малых группах и в группе в целом.

Темами первых двух дней были осознание тела (телесности), эмоции и психика. Третий день посвящался изучению аспектов личности, известных в психосинтезе как «субличности». Субличности – это роли, которые человек играет в своей жизни. Субличность может быть рассмотрена как синтез привычек, характеристик и других психологических элементов. Известно, что мы представляем собой людей с различными качествами для различных ситуаций. Взгляд психосинтеза на субличности связан с когнитивно-аффективной системой личности, сформулированной W. Mischel и

Y. Schoda [Mischel, Schoda 1995]. В соответствии с этими теоретиками, ожидания, аффекты и когниции (убеждения) комбинируются в так называемые опосредующие единицы (unit), которые активируются в зависимости от специфической ситуации. Различные ситуации могут привести к различным вариантам поведения. В 4-й день внимание уделялось поддерживающим и решающим (критическим) влияниям и «героям». Предметом пятого дня были внутренние и внешние авторитеты. 4-й и 5-й дни были сосредоточены на людях в нашей жизни, которые оказывают на нас влияние сейчас и в прошлом (например, родители). Темами 6-го и 7-го дня были любовь и воля, автономия и взаимосвязанность. Восьмой день назывался «Духовная автобиография». Участников приглашали разделить наиболее значимые моменты в их жизни. Заключительная двухдневная встреча заканчивала тренинг, сосредотачиваясь на любви к себе, личных ценностях и личной миссии. Важность духовных целей для человеческого благополучия подчеркивается во многих работах, поскольку личные цели делают жизнь значимой, ценной и осмысленной. Во время тренинга темы иллюстрировались вдохновляющими цитатами.

В результате проведенной превентивной программы авторы обнаружили следующее. По сравнению с контрольной группой, экспериментальная группа показала снижение уровня истощения и повышение удовлетворенности профессиональной успешностью у участников, а также усиление переживаний счастья, ясности эмоций, цели и смысла жизни, внутренних ресурсов и трансцендентности. Эмоциональный интеллект участников улучшился, они переживали собственные эмоции более отчетливо и показали, что могут лучше справляться с негативными эмоциями. К сожалению, используемый в исследовании инструментарий не дал возможность сделать выводы о способностях определять, понимать и управлять эмоциями других людей. Эти результаты были стабильными в течение 6 месяцев. Не было получено значимых изменений в снижении цинизма и повышении удовлетворенности карьерой в организации.

Программа оказалась малоэффективной в изменении чувств работников в отношении переживания депривации в карьерном росте. Неясно, улучшила ли программа способность участников справляться со стрессорами на работе. Возможное объяснение этого результата состоит в том, что данный подход был индивидуально-ориентированным. Интегральная программа, по мнению ее авторов, должна включать измерения и инновационные изменения также и на организационном уровне.

Полученные результаты говорят о том, что трансперсонально-ориентированные программы превенции могут быть эффективны в снижении уровня выгорания и увеличении уровня счастья, эмоционального интеллекта и чувства духовности (spirituality). Недавние лонгитюдные исследования [Dierendonck, Schaufeli, Buunk 2001] показали, что редукция профессиональных достижений может стать отправной точкой выгорания, за

которой следует цинизм (деперсонализация) и эмоциональное истощение. Согласно этой модели удовлетворенность профессиональными достижениями играет ключевую роль в развитии синдрома выгорания. В таком случае программы на основе психосинтеза, ориентированные, прежде всего, на самореализацию в профессиональной сфере, будут перспективными для профилактики работников от первых симптомов выгорания.

В качестве другого примера приведем результаты превентивной программы, в которой приняли участие медсестры (154 чел.) пяти больниц Гонконга [Thaomina 2000]. Данная программа оценивала три направления психологических интервенций на индивидуальном уровне: работа с коммуникативной компетентностью, навыками самоменеджмента и психологической подготовкой медсестер.

Авторы программы справедливо полагают, что недостаток коммуникативной компетентности является одним из основных источников выгорания у лиц помогающих профессий. В связи с этим большое внимание в превенции выгорания уделяется развитию знаний и умений межличностного и делового общения.

Второе направление – навыки самоменеджмента. Данные навыки включают в себя релаксацию, активный отдых, выполнение регулярных физических упражнений, правильное использование свободного времени, то есть данные навыки способствуют балансу рабочей и личной жизни. Такая активность помогает людям быть физически более устойчивыми к стрессу, лучше контролировать расход времени и энергии и уменьшать негативное влияние стресса на работе. Авторами предполагалось, что навыки самоменеджмента могут снизить уровень выгорания по всем трем компонентам.

Третье направление – психологическая подготовка, которая включала в себя получение общих психологических знаний, знание защитных психологических техник и умения эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, формирование реалистичных ожиданий, а также обучение основам консультирования. Предполагалось, что эти знания будут способствовать снижению эмоционального истощения и деперсонализации у медсестер как специалистов помогающих профессий. Поскольку медсестры наиболее тесно взаимодействуют с пациентами при лечении, для них очень важно знать то, как люди реагируют на болезнь. Китайские специалисты считают, что, поскольку синдром выгорания не может быть отделен от среды, в которой он возникает, альтернативный подход может состоять в купировании стресс-факторов в организационной среде, что является организационным подходом к превенции выгорания. Поскольку таких источников стресса много, справиться с ними только на индивидуальном уровне – чрезвычайно трудная задача, поэтому требуется более комплексный подход. Примером такого системного подхода могут стать программы

организационной социализации, которые разрабатываются для облегчения вхождения сотрудника в организацию.

В российской практике стресс-менеджмента подобные программы хорошо известны как программы адаптации персонала. В них работа ведется по следующим направлениям организационной социализации:

- 1) тренинг (обучение) – вхождение в организацию;
- 2) знакомство с рабочими задачами, функциями (должностными обязанностями) и целями организации;
- 3) формирование и сплочение команд, проектных групп, поддержка коллег;
- 4) перспективы развития компании и карьерное планирование.

В превентивной программе китайских психологов мониторинг персональных показателей до и после прохождения превентивных программ осуществлялся с помощью опросника MBI (показатели истощения, цинизма и профессиональных достижений), 4-х шкал «Опросника организационной социализации» (OSI): тренинг, понимание рабочих задач, поддержка коллег, карьерные перспективы и методики личного стресс-менеджмента (физические упражнения, техники релаксации, тайм-менеджмент и др.).

В результате исследования было обнаружено, что три показателя OSI (обучение, карьерные перспективы, поддержка коллег) имели сильные отрицательные корреляции с эмоциональным истощением, а поддержка со стороны коллег и понимание работы и организационных целей отрицательно коррелировали с деперсонализацией и редукцией личных достижений. Показатели личного стресс-менеджмента отрицательно коррелировали с деперсонализацией и редукцией персональных достижений, но не были связаны с эмоциональным истощением. Регрессионный анализ показал, что тренинг препятствовал развитию эмоционального истощения, в то время как коммуникативные умения и понимание целей организации препятствовали развитию деперсонализации. Также коммуникативные умения и поддержка коллег препятствовали редукции персональных достижений. Таким образом, программы по адаптации и социализации работников играют важную роль в профилактике выгорания.

По мнению С. Maslach et al. [Maslach, Schaufeli, Leiter 2001] ни изменение рабочей среды, ни изменение людей не будет достаточным само по себе для предотвращения выгорания. Необходимы индивидуально- и организационно-ориентированные программы. Наиболее эффективная модель вмешательства должна включать в себя организационные инновации с индивидуально-ориентированными программами обучения. Изменения в организационной среде не будут успешны, пока не будут изменены неконструктивные установки и не сформирована готовность к изменениям. Эти задачи должны решать обучающие программы или тренинги.

Такие изменения должны касаться шести основных областей рабочей жизни: рабочая нагрузка, контроль, вознаграждение, рабочий коллектив,

справедливость, ценности. В каждой из этих областей возможны изменения на уровне как управления организацией, например рабочими перегрузками, так и на уровне изменения отношения к ним. Работникам будет легче противостоять большей нагрузке, если они ценят свою работу и чувствуют, что они делают что-то очень важное, или если они будут уверены в справедливом вознаграждении за свои усилия (моральном или материальном).

Преимуществом такого комбинированного (организационный и индивидуальный) подхода является то, что он способствует эмоционально-мотивационной вовлеченности в работу, снижающей риск выгорания. Рабочая среда, которая поддерживает позитивную энергию, решительность, заинтересованность в работе, лояльность по отношению к организации и другие аспекты вовлеченности в работу, способствует повышению качества жизни работников в организации и препятствует их выгоранию. Потенциальные возможности организационного подхода, по мнению С. Maslach, велики, но его внедрение требует значительного вложения денег, усилий и времени. В настоящее время в зарубежной практике известна программа организационного обновления «превенция выгорания и развитие вовлеченности» [Leiter, Maslach 2000].

Наш опыт работы с выгоранием показывает, что перспективным является превенция с позиций когнитивной модели стресса. В контексте трансактной, или когнитивной концепции стресса усилия по разработке теории и практики превенции выгорания должны сфокусироваться на оптимизации взаимодействия субъекта профессиональной деятельности ПТС. Данные ситуации, как стрессогенные, то есть содержащие потенциальную психологическую угрозу, под влиянием когнитивной оценки и эмоциональных переживаний субъекта труда могут превращаться в реальные стрессовые ситуации, детерминировать стрессовые реакции и приводить к кумулятивным негативным последствиям в виде профессиональных деструкций и деформаций.

В настоящее время существует методологическая неразработанность превентивных программ в рамках когнитивной теории стресса, которые должны базироваться на управлении: субъективной репрезентацией стрессовых ситуаций, оценкой их значимости и неопределенности, формировании наиболее продуктивных, или конструктивных способов, или стратегии преодолевающего поведения в ПТС. Усилия психологов, организационных консультантов, менеджеров по развитию персонала и других должны быть сконцентрированы на консультативной и дидактической работе, индивидуальной помощи «выгорающим» специалистам в виде коучинга или групповых психологических тренингов.

Использование трансактной модели Т. Кокса и когнитивной теории R.S. Lazarus является, на наш взгляд, весьма перспективным во многих отношениях.

Во-первых, они служат созданию новых диагностических и психокоррекционных методов, направленных, прежде всего, на анализ и трансформацию субъективного образа ПТС.

Во-вторых, данные концепции могут успешно использоваться в качестве основы для разработки моделей (психотехнологий) коррекционно-превентивной работы с теми, кто предрасположен к синдрому выгорания или уже характеризуется выраженными признаками данного синдрома. Логика подобных психотехнологий поэтапно выстраивается от работы с осознанием персональных особенностей субъективной репрезентации стрессогенных ситуаций, выявлением личностных детерминант данных репрезентаций и эмоциональных переживаний к определению репертуара наиболее часто используемых копинг-усилий, далее к выявлению персональных копинг-стратегий и обучающего эффекта при осознании результатов взаимодействия с ПТС с точки зрения достигнутых объективных результатов и субъективной удовлетворенности.

В-третьих, трансактный подход позволяет бизнес-тренеру оперировать эмоциональными, когнитивными, мотивационными и поведенческими ресурсами стрессоустойчивости (умениями) в практической работе с «выгорающими» для формирования новых, более адаптивных моделей преодоления и адаптации к стрессовым ситуациям с учетом их специфических особенностей. Трансактная модель позволяет стимулировать интерактивное взаимодействие работника с объективными и субъективными характеристиками ПТС, активно использовать обратную связь для коррекции своего преодолевающего поведения. Мы применяем эту модель тренинга «антивыгорание» для специалистов «субъект-субъектной» сферы.

Профилактика и преодоление синдрома выгорания может осуществляться в нескольких направлениях [Мальцева 2005].

Первое направление основано на экологической парадигме управления стрессами на работе – устранение потенциальных источников стресса в рабочей среде. Это путь смягчения действия организационных и статусно-ролевых стрессов на уровне всей организации (фирмы) и в каждом подразделении: корпоративное развитие и сплочение команды; развитие высокой организационной культуры и «здоровой» атмосферы в коллективе; профессиональная и административная поддержка; эффективное руководство и администрирование; выработка стандартов формального и неформального общения – «здоровых» эталонов делового общения и поведения; забота руководства о карьерном росте сотрудников и условиях их труда; справедливая политика относительно продвижения сотрудников по служебной лестнице, отсутствие дискриминации на основе пола, возраста, национальности.

Второе направление основывается на процессуально-когнитивной парадигме. В рамках данной парадигмы профилактика и преодоление синдрома выгорания фокусируется на развитии рационального и позитивного

оценивания стрессовых ситуаций, актуализации личностных ресурсов стрессоустойчивости и конструктивных моделей преодоления стрессов на работе (копинг-стратегий). Для профилактики выгорания особое значение имеет расширение психологической компетентности, в том числе и коммуникативной, овладение методами позитивного и рационального мышления, позволяющими правильно анализировать жизненные и профессиональные стрессовые ситуации, давать им реалистические оценки и обогащать свой поведенческий репертуар конструктивными стратегиями преодоления.

Третье направление базируется на парадигме регуляции стрессовых состояний. Управление уровнем персонального стресса и профилактики синдрома выгорания возможно путем повышения умений управлять стрессами в деловых коммуникациях, развития навыков саморегуляции психических состояний и восстановления психо-энергетических потенциалов. Особое значение имеет использование различных техник саморегуляции и релаксации. Высокий уровень психической саморегуляции позволяет сохранять общий уровень работоспособности человека и эффективно восстанавливать затраченные в стрессовых ситуациях психические ресурсы.

На наш взгляд, на индивидуальном уровне наиболее перспективным направлением в превенции выгорания, в особенности редукции профессиональных достижений (неудовлетворенность профессиональной самореализацией), являются психологические тренинги личностного роста и самореализации. На уровне организации несомненную пользу будут иметь программы гуманизации менеджмента, психологического сопровождения профессиональной деятельности работников всех уровней. Можно сделать вывод о том, что превентивные программы должны строиться на основе комплексного подхода с учетом как индивидуальных, так и организационных факторов.

## 3.2. КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

*С.В. Филина*

*Ярославский городской центр профориентации и психологической  
поддержки «Ресурс»  
Ярославль, Россия*

Ключевым в понимании причин возникновения синдрома выгорания как самостоятельного феномена [Орел 2005] является, на наш взгляд, понятие энергии. Не случайно ряд исследователей среди проявлений выгорания указывают на факты изменения (в сторону ухудшения) энергетики у «выгоревших» профессионалов. Например, В.Е. Орел отмечает: «Исходя из сути самого содержания выгорания как эрозии психической энергии, наиболее подверженными будут субъективные показатели жизнедеятельности человека, в то время как объективные показатели профессиональной деятельности могут не подвергаться существенным изменениям» [Орел 2005: 115]. А. Морроу сравнивает внутреннее состояние работника, испытывающего выгорание, с запахом горящей психологической проводки [Morrow 1981].

В общеизвестном определении выгорания С. Maslach и S.E. Jackson [Maslach, Jackson 1984] как состояния физического, эмоционального и умственного истощения акцент сделан именно на истощении. В международной классификации болезней синдром выгорания описан под рубрикой Z.73.0 как «состояние полного истощения». Истощения чего? По-видимому, ресурсов, энергии, сил.

Продуктивным подходом для понимания внутренних причин синдрома выгорания, а соответственно, и мер его коррекции, является биосенсорный подход, который в наиболее концентрированном виде сформулирован в рамках биосенсорной психологии<sup>1</sup>. «Психика в биосенсорной психологии рассматривается как многослойное комплексное материальное образование, реагирующее на волнения и смены окружающих пространств. Физическое тело является одной из многослойных частей психики, проявленной в ее соответствующих реакциях на окружающий физический мир» [Захаревич, Тонков 2007: 53]. В соответствии с данной моделью предполагается, что возникающие у человека мысли, образы, эмоции материальны и воздействуют как на других людей, так и на окружающее пространство. Как это происходит? За образом (мыслью, эмоцией), возникающим в человеческом воображении, следует энергия, и она осуществляет определенные воздействия. Например, когда кто-то представляет человека, то в этот момент образуется связь с ним, а образы выступают в роли

---

<sup>1</sup> Биосенсорная психология – одна из современных модальностей психотерапии и психологии, зарегистрированная в Общероссийской общественной организации «Профессиональная психотерапевтическая лига».

средства этой связи. В результате неконтролируемых психических действий – мыслей, образов, эмоций – возникает множество таких связей, на поддержание которых расходуется огромное количество энергии. А именно такие связи непроизвольно возникают у специалистов, которые по роду своей деятельности много и интенсивно общаются с другими людьми. Появляется «эффект растасканности», специалист «весь в клиентах», воспоминания о них, их образы навязчиво сопровождают его как на работе, так и за ее пределами.

Заметим, что эти идеи нельзя назвать принципиально новыми. Если вспомнить работы Иоганна Шульца, Вильгельма Райха, Александра Лоуэна, Карла Густава Юнга, то можно сказать, что эти авторы обращали внимание на наличие пространственно-энергетических феноменов, связанных с людьми и их взаимодействиями друг с другом. Но если Шульц и Райх работали с внутрителесным пространством, один – «изнутри», рекомендуя свой аутотренинг, а другой – «снаружи», прорабатывая «кольца сопротивления», то Юнг обращал внимание на околотелесные, межтелесные явления, говоря о синхронистичности, о связанности причинно не связанных явлений через объединяющее их энергетическое поле. Проблема биоэнергетических связей живых организмов достаточно активно исследовалась известным итальянским клиницистом-психотерапевтом Антонио Менегетти. Свообразные «эманации» живых существ он именуется семантическими полями и считает, что «любой человек воспринимает излучения других биологических реальностей и таким образом невольно находится с ними в контакте. Все живые существа в той или иной мере обладают сверхчувствительным восприятием по всей поверхности тела. Что же касается человека, то кем бы он ни был, он всегда находится во взаимосвязи» [Менегетти 1997а: 20]. Иными словами, «семантическое поле – это ввод энергии, вызывающей психоэмоциональный эфирный эффект, в поле другого организма» [Менегетти 1997б: 286]. При этом автор утверждает, что «многие заболевания нейровегетативного характера, внезапные и необъяснимые недомогания могут быть результатом воздействия чужого и враждебного семантического поля (хотя порой это бывает поле человека, которого мы считаем близким или хорошо знакомым)» [Менегетти 1997б: 286].

Нечто похожее мы находим и у отечественных исследователей. Так, доктор медицинских наук Л. Гримак пишет о том, что «...процессы физического и биологического взаимодействия в природе сопровождаются излучением образов – полевых, волновых структур, соответствующих формам породивших их живых и неживых объектов. Эти энергоинформационные формы могут оказывать значительное влияние на жизнедеятельность человека, определять его физическое и психическое состояние... Человек может продуцировать эти образы как непроизвольно, так и преднамеренно, с заранее обусловленной целью и в произвольном режиме» [Гримак 1994: 20]. Врач-гомеопат и психотерапевт с большим опытом успешной практи-

ческой работы В. Синельников отмечает: «Существуют причины заболеваний, которые лежат на более глубоком и тонком уровне, нежели физический. Это уровень информационно-энергетического поля (то, что получило название «подсознание»). Короче говоря, это наши мысли, чувства и эмоции, наше поведение, наше мировоззрение» [Синельников 2006: 20].

Сегодня, несмотря на крайне осторожное отношение к пространственно-энергетическим представлениям о человеке в официальной российской психологической и медицинской науке из-за боязни себя скомпрометировать, все больше исследователей обнаруживают факты и оперируют понятиями биоэнергетических и пространственных взаимодействий человека в процессе жизнедеятельности и общения (Л. Гримак, А. Ермошин, А. Захаревич, В. Тонков, В. Синельников, И. Чобану и др.). Представление о человеке только как о физическом теле постепенно уходит в прошлое. Человек занимает в пространстве гораздо больший объем, чем его тело. Уже появились приборы, которые регистрируют биоэнергетическое поле, создающее особое пространство вокруг человека, невидимое невооруженным глазом, но объективно существующее (например, фотоаппарат Кирлиана, позволяющий делать снимки биополя человека и фиксировать имеющиеся в нем искажения; прибор «Гармония» для определения состояния энергетики человека и получения аурограммы по показаниям 21 точки акупунктуры и т.д.). Это биополе обладает особыми свойствами: оно обеспечивает нормальное функционирование физического тела; предохраняет человека от тех или иных вредных воздействий, как бы покрывая его энергетическим панцирем; имеет свою структуру и форму, которая в норме охватывает все тело человека и выступает за его пределы в виде эллипса, в среднем на расстояние от 70 до 100 см (для людей, не занимающихся специальными упражнениями).

Неконтролируемые психические действия в виде мыслей, образов, эмоций и порождаемая ими множественность энергетических связей, о которых упоминалось выше, приводит к искажениям поля человека и, соответственно, к ухудшению его физического и психического функционирования, что и проявляется в виде симптомов выгорания.

Одна из задач биосенсорной психологии – предложить методы возврата частей психики, которые человек раздал вместе с неконтролируемыми мыслями, образами и эмоциями. При этом, как было установлено в исследованиях закономерностей расходования собственной психической материи человека, на то место, с которого расходуется часть психики в виде мыслей, образов, эмоций, приходит чужеродное сознание. Поэтому возникает двойная задача: собрать себя и вывести чужеродное. Для этого, с одной стороны, необходима регулярная чистка своих психических и энергетических структур, которая предполагает отделение себя от других людей – как в прошлых взаимодействиях, так и в нынешних. С другой стороны, требуются процессы активного набора энергии для жизнедеятельности и

совершения необходимой работы с людьми, многие из которых могут находиться в психически неблагополучном состоянии и требовать повышенных энергетических затрат при взаимодействии с ними. Таким образом, можно восстановить целостность психики, оптимизировать физическое состояние, в результате у специалиста восстанавливается работоспособность, интерес к работе и жизни, появляется дополнительный потенциал для раскрытия своих внутренних резервов. Следует отметить, что для людей, у которых нет интенсивного профессионального общения с другими людьми, процессы восстановления психической целостности могут осуществляться автоматически и особенно эффективно протекают при взаимодействии с природой.

Бессознательно любой человек стремится к комфорту, к устранению неприятных ощущений, часто не задумываясь об их причинах, не зная, какими научными терминами они называются. Если имеются соответствующие условия, то у человека спонтанно включаются механизмы саморегуляции, направленной на восстановление психической целостности (как правило, в виде выраженного желания уединиться и что-то сделать для себя). Однако, чаще всего, человек, находящийся в бесконечной повседневной суете, не позволяет себе реализовать возникшее желание, тем самым, усугубляя ситуацию. Симптомы выгорания усиливаются и на определенном этапе специалист уже не может компенсировать их проявления за счет имеющихся резервов, поэтому они начинают оказывать заметное негативное влияние как на работоспособность, так и на общее психоэмоциональное состояние. В этом случае для коррекции выгорания необходима целенаправленная работа. Как показывает наш двенадцатилетний опыт, одним из наиболее эффективных направлений коррекции синдрома выгорания является оказание помощи специалистам в восстановлении или активизации процессов саморегуляции.

Саморегуляция может осуществляться как произвольно (то есть на уровне функционирования естественных природных механизмов, без участия сознания), так и произвольно, с участием сознания. Этот второй вид саморегуляции обычно называют психической саморегуляцией, под которой мы понимаем целенаправленное самовоздействие как на отдельные функции и поведение, так и психоэмоциональное состояние в целом, достигаемое путем специально организованной психической активности. Эта активность направлена на управление своим физическим и психическим состоянием.

Управление физическим состоянием предполагает воздействие (изменение тонуса) на произвольную (поперечно-полосатые или скелетные мышцы) и произвольную (гладкую) мускулатуру тела и работу с дыханием.

Управление психическим состоянием может осуществляться посредством использования образов разной модальности (чаще визуальных и ау-

диальных); слов (самопрограммирование) и других логико-символических средств (в т.ч. музыки); энерго-информационной регуляции (чистки и активизации психических и энергетических структур) человека.

Управление осуществляется посредством восстановления естественных или применения специально сконструированных приемов и способов саморегуляции на фоне мышечной и психической релаксации, освоение которой является важным условием саморегуляции [Филина 2005].

В результате саморегуляции могут возникать три основных эффекта:

- 1) успокоение (устранение физической и нервно-психической эмоциональной напряженности, релаксация);
- 2) восстановление (ослабление проявлений утомления, восстановление работоспособности);
- 3) активизация (повышение психофизиологической реактивности, энергетичности, интереса).

Своевременная саморегуляция выступает своеобразным психогигиеническим средством, предотвращающим накопление остаточных явлений перенапряжения, способствующим восстановлению сил, нормализующим эмоционально-энергетический фон деятельности, а также усиливающим мобилизацию ресурсов организма. Эти положения были положены в основу разработки образовательной программы коррекции (профилактики) синдрома выгорания.

Целью данной программы является создание условий для овладения специалистами средствами управления своим психоэмоциональным состоянием и поведением, активизации скрытых резервных возможностей, повышения эффективности и оптимизации профессиональной деятельности.

Основные задачи программы:

1. Познакомить специалистов с феноменом выгорания, его причинами и проявлениями.
2. Овладеть эффективными практическими средствами управления психоэмоциональным состоянием и поведением, коррекции (профилактики) выгорания через восстановление имеющихся и освоение новых способов саморегуляции.
3. Расширить диапазон чувственного восприятия и своих психофизиологических способностей, развить навыки ежедневного отслеживания своего состояния, в том числе во взаимодействии с другими людьми.
4. Развить навыки самооздоровления и профилактики различных заболеваний и недугов.
5. Приобрести опыт использования своих скрытых резервных возможностей, научиться задействовать их в повышении эффективности профессиональной деятельности.

Учебно-тематический план программы  
«Профилактика (коррекция) синдрома выгорания»

№ п/п	Наименование темы	Количество часов		
		Лекции	Практ.	Всего
1.	Введение. Взаимодействие профессии и личности в процессе профессионализации. Позитивные и негативные эффекты такого взаимодействия. Явления профессиональной деформации и выгорания.	5	11	16
2.	Феномен выгорания, его проявления, стадии. Роль энергоинформационных взаимодействий в возникновении выгорания, его диагностика.	3	7	10
3.	Понятие о саморегуляции. Саморегуляция как механизм профилактики выгорания. Ее базовые составляющие: регуляция дыхания, мышечного тонуса, использование образов и позитивного самопрограммирования, энергоинформационная регуляция.	4	16	20
4.	Расширение диапазона восприятия и психофизиологических способностей как основы для отслеживания изменений психоэмоционального состояния.	2	14	16
5.	Возможности визуализации и позитивного самопрограммирования в профилактике (коррекции) выгорания, оптимизации деятельности.	2	14	16
6.	Исследование резервных возможностей организма с помощью дыхательных психотехник.	2	16	18
7.	Энергоинформационная регуляция психической сферы человека.	2	16	18
8.	Индивидуальные консультации.	–	6	6
9.	Зачет	–	8	8
	Итого	20	108	128

Программа занятий

1. Введение.
  - 1.1. Цели и задачи курса. Ожидания участников.
  - 1.2. Взаимодействие профессии и личности в процессе профессионализации. Позитивные и негативные эффекты такого взаимодействия.
  - 1.3. Явления профессиональной деформации и выгорания. Возможности оптимизации профессиональной деятельности.
  - 1.4. Диагностика исходного состояния и затруднений слушателей.
2. Феномен выгорания и его диагностика.
  - 2.1. Основные подходы к изучению синдрома выгорания.

2.2. Психическая напряженность, стресс, выгорание в работе специалистов социальной сферы, их источники и возможности профилактики.

2.3. Феномен выгорания, его проявления, стадии.

2.4. Роль энергоинформационных взаимодействий в возникновении выгорания.

2.5. Способы диагностики синдрома выгорания: опросные методики, проективный рисунок «Я и выгорание», самонаблюдение. Интерпретация и обсуждение результатов.

3. Саморегуляция как механизм профилактики выгорания и оптимизации профессиональной деятельности.

3.1. Понятие о саморегуляции, ее составляющих и возможных эффектах в оптимизации деятельности.

3.2. Знакомство с основными направлениями и способами профилактики синдрома выгорания. Базовые составляющие саморегуляции: регуляция дыхания, мышечного тонуса, использование образов и позитивного самопрограммирования, энергоинформационная регуляция.

3.3. Исследование участниками возможностей позитивного самопрограммирования, дыхательных психотехник, энергоинформационной регуляции в раскрытии резервных возможностей и профилактике выгорания.

3.4. Исследование естественных способов саморегуляции. Формирование индивидуального банка способов естественной саморегуляции.

4. Расширение диапазона восприятия и психофизиологических способностей как основы для профилактики (коррекции) выгорания.

4.1. Знакомство с возможностями восприятия для углубленного самопознания и активизации способностей к самооздоровлению и гармонизации психической сферы.

4.2. Психофизиологические функции и способности как основа для развития навыков отслеживания тонких и малозаметных изменений психоэмоционального и энергетического состояния.

4.3. Практика расширения диапазона восприятия и психофизиологических способностей.

4.4. Исследование участниками их возможностей для активизации собственных способностей к самооздоровлению и повышению устойчивости психики.

5. Возможности визуализации и позитивного самопрограммирования в профилактике (коррекции) выгорания, оптимизации деятельности.

5.1. Визуализация и позитивное самопрограммирование: нейропсихологическая и энергетическая составляющие. Знакомство с основными техниками работы и их эффектами.

5.2. Освоение техник работы слушателями.

6. Исследование резервных возможностей организма с помощью дыхательных психотехник.

6.1. Понятие о дыхательных психотехниках. Возможности их использования в оптимизации профессиональной деятельности.

6.2. Два аспекта дыхания – физиологический и энергетический. Способы энергетического насыщения через дыхание.

6.3. Знакомство с различными дыхательными психотехниками, особенностями их применения и ограничениями.

6.4. Исследование слушателями индивидуальных резервных возможностей организма с помощью дыхательных психотехник.

7. Энергоинформационная регуляция психической сферы человека.

7.1. Энергия и информация, их взаимодействие и влияние на психическое состояние человека. Неосознанные психобиоэнергоинформационные аспекты человеческих взаимоотношений, их воздействие на эффективность деятельности.

7.2. Возможности энергоинформационной регуляции психической сферы человека.

7.3. Освоение различных способов энергоинформационной регуляции слушателями, изучение индивидуальных эффектов и возможностей для оптимизации деятельности.

8. Консультации по индивидуальным затруднениям в коррекции выгорания и освоению способов саморегуляции, по формированию направлений оптимизации деятельности.

9. Зачет.

Программа проводится как полностью практическая, в ходе которой используются различные активные методы обучения: дискуссии и обсуждения, психогимнастические и дыхательные упражнения, методы биоэнергетической коррекции и информационно-энергетического взаимодействия, углубленные психические погружения; индивидуальные методы работы с собой – самонаблюдение, самоанализ, рефлексия, визуализация, позитивное самопрограммирование. Программа завершается самоотчетом слушателей о результатах освоения методов саморегуляции, управления своим психоэмоциональным состоянием и поведением, использования резервных возможностей и полученных за счет этого изменений и достижений в профессиональной деятельности; о перспективах профессионального и личностного развития. Поскольку в ходе реализации программы используется достаточно много различных упражнений и приемов саморегуляции, полное описание которых здесь не представляется возможным, ниже мы даем некоторые методические материалы, которые можно использовать в работе. Изложение теоретических основ программы и логики ее построения дает возможность специалисту выбирать нужные приемы и способы саморегуляции и релаксации, широко описанные в литературе [Грибак 2002], [Захаревич 2003], [Ермошин 2003], [Самоукина 2003], [Синельников 2006], [Тонков 1994], [Урбанович 2004], [Филина 2003, 2005].

### Режим проведения программы

Поскольку целью программы является освоение средств управления своим психоэмоциональным состоянием и поведением, активизации скрытых резервных возможностей, а это процесс, который требует определенного времени для появления устойчивых изменений, оптимальный график занятий – ежемесячные двухдневные сессии (по восемь учебных часов) в течение 8-10 месяцев, с домашними заданиями в период между сессиями. Такой режим позволяет подкреплять и усиливать личностные изменения за счет периодической поддержки и обратной связи от ведущего и группы и при необходимости корректировать их в нужном направлении. Именно при таком режиме занятий был получен максимальный эффект от реализации программы. В ряде случаев психокоррекция эффективнее проходит в малых группах и индивидуальном режиме, поэтому при проработке некоторых тем возможно деление на малые группы (по пять-шесть человек) и индивидуальные консультации для участников. Когда такой режим сложно реализовать, допустимо проведение однодневной сессии (по 6–8 учебных часов) раз в неделю (две недели), при этом общее количество занятий должно быть не менее 8. Размер группы до 20 человек.

### Об эффективности реализации программы

К настоящему времени имеется опыт реализации данной программы, в ходе которого была подтверждена ее достаточно высокая эффективность при работе с различными категориями: руководителями, педагогами и мастерами системы начального профессионального образования, педагогами системы общего образования, воспитателями детских домов и интернатов, социальными и медицинскими работниками, специалистами службы занятости и органов по работе с молодежью. Отслеживание результатов проводилось на основании диагностики проявлений выгорания на входе и выходе с помощью опросника В.В. Бойко, рисуночного теста «Я и выгорание», самоотчетов участников программы. Практически у всех участников уменьшалась выраженность симптомов выгорания, улучшалось общее состояние и работоспособность, появлялись позитивные эмоции, восстанавливалось желание профессионального (с клиентами, коллегами) и личного взаимодействия (с друзьями и родственниками). Наибольшая результативность была отмечена при реализации программы в течение учебного года у группы руководителей (директоров и заместителей директоров профессиональных училищ) общим объемом 144 учебных часа: у участников не было зафиксировано ни одного больничного в течение года, несмотря на то, что среди них более, чем у половины (12 человек из 20), имелись хронические заболевания с обычными обострениями в осенне-весенний период. Практически все участники отметили, что, в отличие от предыдущих лет, «к маю еще остались силы, чтобы работать, а не выживать из последних сил»; «вновь появилось творческое отношение к работе, которого уже давно не было». В работе по профилактике выгорания, нерв-

но-психической напряженности первостепенная роль должна отводиться развитию и укреплению жизнерадостности, веры в людей, неизменной уверенности в успехе дела, за которое взялся. Жизненный успех не дается без труда, иногда без тяжелых потерь. Надо быть готовым с наименьшими страданиями пройти через град оскорблений, обид, потерь, измен. Для этого следует приучить себя не пропускать в сферу эмоций чрезмерные раздражители, несущие боль и отрицание многих человеческих ценностей. Конечно, несчастья близких, общественные катастрофы, неудачи в работе, собственные промахи не могут не расстраивать человека. Но не следует считать такие неудачи непоправимыми катастрофами. То, что можно, следует исправить. А на нет – и суда нет, как говорят в народе. Большая мудрость содержится в изречении: «Господи, дай мне силы изменить то, что я могу изменить, терпение – принять то, что я не могу изменить, и ум – отличать одно от другого».

#### О естественных способах регуляции организма

Природа человека такова, что он бессознательно стремится к комфорту, к устранению неприятных ощущений, в этом случае включаются спонтанно естественные способы регуляции организма. Многие интуитивно используют такие приемы поддержания себя, как длительный сон, вкусная еда, общение с природой и животными, баня, массаж, движение, танцы, музыка, и многое другое. К сожалению, подобные средства нельзя, как правило, использовать на работе, непосредственно в тот момент, когда возникла напряженная ситуация или накопилось утомление.

Опрос, результаты исследования, опыт нашего взаимодействия со специалистами различных социально-психологических служб, позволяют выделить следующие приемы, которые специалисты спонтанно используют во время работы для регуляции организма:

- 1) смех, улыбка, юмор;
- 2) размышления о хорошем, приятном;
- 3) движения типа потягивания, расслабления мышц;
- 4) наблюдение за пейзажем за окном;
- 5) рассматривание цветов в помещении, фотографий, других приятных или дорогих для человека вещей;
- 6) мысленное обращение к высшим силам (Богу, Вселенной, великой идее);
- 7) «купание» (реальное или мысленное) в солнечных лучах;
- 8) вдыхание свежего воздуха;
- 9) чтение стихов;
- 10) высказывание похвалы, комплиментов кому-либо просто так.

Чтобы выявить те способы и приемы, которыми пользуетесь лично вы, попробуйте задать себе вопросы: 1) Что помогает мне поднять настроение, переключиться? 2) Что я могу использовать из вышеперечисленного? Мысленно, а лучше на бумаге, составьте перечень этих способов.

Подумайте, какие из них Вы можете использовать сознательно, когда чувствуете высокую напряженность или усталость.

Для организации работы по профилактике и коррекции выгорания важно: 1) разобраться, какими естественными механизмами снятия напряжения и разрядки, повышения тонуса вы владеете; 2) осознать их; 3) перейти от спонтанного применения естественных способов регуляции к сознательному использованию в целях управления своим состоянием; 4) попробовать различные способы самовоздействия и сформировать из них свой «банк способов саморегуляции», которые наиболее эффективны именно для вас; 5) регулярно и целенаправленно использовать способы из своего «банка» для регуляции состояния и профилактики выгорания. Такая работа и будет составлять суть профилактики выгорания посредством саморегуляции. Саморегуляция – это управление своим психоэмоциональным состоянием, достигаемое путем воздействия человека на самого себя с помощью слов, мысленных образов, управления мышечным тонусом и дыханием, эмоционально-энергетической регуляции.

#### Способы управляемой психической саморегуляции

*Управление дыханием* – это эффективное средство влияния на тонус мышц и эмоциональные центры мозга. Медленное и глубокое дыхание (с участием мышц живота) понижает возбудимость нервных центров, способствует мышечному расслаблению, то есть релаксации. Частое (грудное) дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма, поддерживает нервно-психическую напряженность.

Способ 1. Сидя или стоя постарайтесь, по возможности, расслабить мышцы тела и сосредоточить внимание на дыхании. На счет 1–2–3–4 делайте медленный глубокий вдох (при этом живот выпячивается вперед, а грудная клетка неподвижна). Затем на следующие четыре счета проводится задержка дыхания и плавный выдох на счет. Снова задержка перед следующим вдохом на счет. Уже через 3–5 минут такого дыхания вы заметите, что ваше состояние стало заметно спокойней и уравновешенней.

Способ 2. Представьте, что перед вашим носом на расстоянии 10–15 см висит пушинка. Дышите только носом и так плавно, что пушинка не должна колыхаться.

Способ 3. Поскольку в ситуации раздражения, гнева мы забываем делать нормальный выдох, глубоко выдохните, задержите дыхание так долго, как сможете. Сделайте несколько глубоких вдохов и снова задержите дыхание.

Способ 4. Успокаивающее дыхание. В исходном положении, стоя или сидя, сделайте полный вдох. Затем, задержав дыхание, вообразите круг и медленно выдохните в него. Этот прием повторить четыре раза. Затем подобным же образом дважды выдохните в воображаемый квадрат. После выполнения этих процедур обязательно наступает успокоение.

Способ 5. Выдыхание усталости. Лягте на спину, расслабьтесь, установите медленное и ритмичное дыхание. Как можно ярче представьте, что с каждым вдохом легкие наполняет жизненная сила, а с каждым выдохом она распространяется по всему телу.

*Способы, связанные с управлением тонусом мышц, движением*

Под воздействием психических нагрузок возникают мышечные зажимы, напряжение. Умение их расслаблять позволяет снять нервно-психическую напряженность, быстро восстановить силы.

Способ 1. Поскольку добиться полноценного расслабления всех мышц сразу не удастся, нужно сосредоточить внимание на наиболее напряженных частях тела. Сядьте удобно, если есть возможность, закройте глаза. Дышите глубоко и медленно. Пройдитесь внутренним взором по всему вашему телу, начиная от макушки головы до кончиков пальцев ног (либо в обратной последовательности) и найдите места наибольшего напряжения. Часто это бывают рот, губы, челюсти, шея, затылок, плечи, живот. Постарайтесь еще сильнее напрячь места зажимов (до дрожания мышц), делайте это на вдохе. Прочувствуйте это напряжение. Резко сбросьте напряжение – делайте это на выдохе. Сделайте так несколько раз. В хорошо расслабленной мышце вы почувствуете появление тепла и приятной тяжести. Если зажим снять не удастся (особенно на лице), попробуйте разгладить его через легкий самомассаж круговыми движениями пальцев (для лица можно поделаться гримасы – удивления, радости и пр.).

Способ 2. В свободные минуты, паузы отдыха осваивайте последовательное расслабление различных групп мышц, соблюдая следующие правила: 1) осознавайте и запоминайте ощущение расслабленной мышцы по контрасту с перенапряжением; 2) каждое упражнение состоит из 3 фаз: «напрячь-прочувствовать-расслабить»; 3) напряжению соответствует вдох, расслаблению – выдох. Можно работать со следующими группами мышц: лица (лоб, веки, губы, зубы); затылка, плеч; грудной клетки; бедер и живота; кистей рук; нижней части ног. Ежедневные физические нагрузки повышают эффективность упражнений на расслабление мышц.

Способ 3. Попробуйте задать ритм всему организму с помощью монотонных ритмичных движений: Движения большими пальцами рук в «полузамке». Перебирание бусинок на ваших бусах. Перебирание четок. Пройдите по кабинету (коридору) несколько раз, делая на два шага вдох, и на пять шагов – выдох.

Способ 4. Зевок. По оценке специалистов, зевок позволяет почти мгновенно обогатить кровь кислородом и освободиться от избытка углекислоты. Напрягающиеся в процессе зевка мышцы шеи, лица, ротовой полости ускоряют кровоток в сосудах головного мозга. Зевок, улучшая кровоснабжение легких, выталкивая кровь из печени, повышает тонус организма, создает импульс положительных эмоций. Для выполнения упражнения закройте глаза, как можно шире откройте рот, напрягите ротовую полость, как бы

произносятся низкое растянутое «у-у-у». Как можно ярче представьте, что во рту образуется полость, дно которой опускается вниз. Зевок выполняется с одновременным потягиванием всего тела. Повышению эффективности зевка способствует улыбка, усиливающая расслабление мышц лица и формирующая положительный эмоциональный импульс. После зевка наступает расслабление мышц лица, глотки, гортани, появляется чувство покоя.

Способ 5. Снятие напряжения в двенадцати точках. Это упражнение выделяется своей эффективностью, так как приводит к снятию напряжения во всех основных точках тела. Несколько раз в день повторяйте весь комплекс в предлагаемой последовательности (каждое упражнение повторить три раза):

1) Глаза: осуществить плавное вращение в одном, затем в другом направлении.

2) Взгляд: зафиксировать внимание на отдаленном предмете, а затем медленно переводить взгляд на близлежащий предмет.

3) Брови: нахмуриться, напрягая окологлазные мышцы, а потом медленно расслабить мышцы.

4) Челюсти: широко и с удовольствием зевнуть.

5) Шея: покачать головой вперед-назад, вправо-влево, затем осуществить вращательные движения (сначала — по ходу движения часовой стрелки, затем — против движения часовой стрелки).

6) Плечи: поднять их до уровня ушей и затем медленно опустить.

7) Руки: расслабить запястья и сделать круговые движения (сначала — по ходу движения часовой стрелки, затем — против движения часовой стрелки).

8) Кулаки: сжать что есть силы и медленно их разжать.

9) Торс: медленный глубокий вдох, задержка дыхания, медленный выдох. Затем прогиб в позвоночнике (сначала – вперед-назад, затем – влево-вправо).

10) Ягодицы и икры: напрячь и расслабить.

11) Ступни: попеременно сделать круговые движения (сначала – по ходу движения часовой стрелки, затем – против движения часовой стрелки).

12) Пальцы ног: сжать их, а затем вытянуть и изогнуть ступню.

#### *Способы, связанные с воздействием слова*

Механизм словесного воздействия задействует сознательный механизм самовнушения, и идет непосредственное воздействие на психофизиологические функции организма. Формулировки самовнушений строятся в виде простых и кратких утверждений, с позитивной направленностью (без частицы «не»).

Способ 1. Самоприказы. Самоприказ – это короткое, отрывистое распоряжение, сделанное самому себе. Применяйте самоприказ, когда убеждены в том, что надо вести себя определенным образом, но испытываете трудности с выполнением. «Разговаривать спокойно!», «Молчать,

молчать!», «Не поддаваться на провокацию!» – это помогает сдерживать эмоции, вести себя достойно, соблюдать требования этики и правила работы с клиентами. Сформулируйте самоприказ. Мысленно повторите его несколько раз. Если это возможно, повторите его вслух.

Способ 2. Самопрограммирование. Во многих ситуациях целесообразно «оглянуться назад», вспомнить о своих успехах в аналогичном положении. Прошлые успехи говорят человеку о его возможностях, о скрытых резервах в духовной, интеллектуальной, волевой сферах и вселяют уверенность в своих силах. Вспомните ситуацию, когда вы справились с аналогичными трудностями. Сформулируйте текст программы, для усиления эффекта можно использовать слова «именно сегодня»: «именно сегодня у меня все получится», «именно сегодня я буду самой спокойной и выдержанной», «именно сегодня я буду находчивой и уверенной», «мне доставляет удовольствие вести разговор спокойным и уверенным голосом, показывать образец выдержки и самообладания». Мысленно повторите текст программы несколько раз.

Способ 3. Самоодобрение (самопоощрение). В жизни люди часто не получают положительной оценки своего поведения со стороны. Это, особенно в ситуациях повышенных нервно-психических нагрузок, – одна из причин увеличения нервозности, раздражения. Важно поощрять себя самим. В случае даже незначительных успехов целесообразно хвалить себя, мысленно говоря: «Молодец!», «Умница!», «Здорово получилось!». Найдите возможность хвалить себя в течение рабочего дня не менее 3–5 раз.

#### *Способы, связанные с использованием образов*

Множество наших позитивных ощущений, наблюдений, впечатлений мы не запоминаем, но если пробудить воспоминания и образы, с ними связанные, то возможно пережить их вновь и даже усилить. И если словом мы воздействуем, в основном, на сознание, то образы, воображение открывают нам доступ к мощным подсознательным резервам психики.

Способ 1. Чтобы использовать образы для саморегуляции: специально запоминайте ситуации, события, в которых вы чувствовали себя комфортно, расслабленно, спокойно – это ваши ресурсные ситуации. Делайте это в трех основных модальностях, присущих человеку. Для этого запомните: 1) зрительные образы (что вы видите: облака, цветы, лес и т.д.); 2) слуховые образы (какие звуки вы слышите: пение птиц, журчание ручья, шум дождя, музыка и т.д.); 3) ощущения в теле (что вы чувствуете: тепло солнечных лучей на своем лице, брызги воды, запах цветущих яблонь, вкус клубники и т.д.). При ощущении напряженности, усталости: а) сядьте удобно, по возможности, закрыв глаза; б) дышите медленно и глубоко; в) вспомните одну из ваших ресурсных ситуаций; г) проживите ее заново, вспоминая все сопровождавшие ее зрительные, слуховые и телесные ощущения; д) побудьте внутри этой ситуации несколько минут; е) откройте глаза и вернитесь к работе.

Способ 2. Пресс. Упражнение рекомендуется выполнять перед любой психологически напряженной ситуацией, требующей самообладания, уверенности в своих силах, сознательного управления ситуацией или в самом начале возникновения неблагоприятного эмоционального состояния. Представьте внутри себя на уровне груди мощный пресс. Делая короткий энергичный вдох, четко ощутите в груди этот пресс, его тяжесть, мощь. Производя медленный, продолжительный выдох, мысленно «опускайте» пресс вниз, представляя, как он подавляет, вытесняет накопившуюся в теле психическую напряженность, отрицательные эмоции. В конце упражнения «пресс» как бы выстреливает негативные переживания в землю.

Способ 3. Океанский берег. Выберите самое комфортное положение тела. Закройте глаза и несколько раз глубоко вдохните, приступая к релаксации. Позвольте дыханию протекать естественно, в спокойном, расслабленном ритме. Ваш живот поднимается как можно выше, когда вы вдыхаете, и опускается как можно ниже, когда вы выдыхаете. Кажется, что вы дышите животом, а не грудью. Сейчас ваше дыхание станет медленным и регулярным. Теперь сосредоточьтесь на тех частях тела, которые я буду упоминать, и сбросьте любое напряжение, которое вы в них почувствуете. Сначала голова, лицо и шея. Расслабьте плечи и руки, торс, верхние части ног. Теперь нижние части ног и стопы. Теперь вы чувствуете в своем теле комфорт и замечательную расслабленность. Представьте, что вы в компании друзей стоите у тропы, ведущей к океану. Вы видите перед собой чудесную перспективу океанского пейзажа. Тропа вьется вверх и вниз по песчаным дюнам. Они белого, сахарного цвета с островками травы вперемежку с цветами и редким кустарником. Ваша группа поднимается вверх по склону. Вы несете полотенце, у одного из ваших друзей сумка, доверху наполненная прохладительными напитками. С каждым шагом вы погружаетесь по щиколотку в теплый песок, оставляя за собой длинную цепочку следов. Вы перебрались через небольшой отрог холма. В ложбине вы замечаете ярко-зеленый островок травы с красивыми цветами. Теперь тропа вновь ведет вас вверх. Вы смотрите на гребень дюны и видите на нем две причудливо изогнутые сосны. Наконец-то вы достигли вершины. Вы останавливаетесь, любясь раскинувшимся перед вами видом: впереди бирюзовая гладь океана. Вы медленно спускаетесь вниз, с каждым шагом утопая в песке. Вы отчетливо слышите дыхание океана – неторопливый шум прибоя, накатывающегося на берег. Ваша группа вышла на самый берег, вы постелили плед и положили на него свои вещи. Вы подошли к кромке океана. Пенные сине-зеленые волны накатываются на белый чистый песок. Воздух пронизан ароматом морской соли. Вам легко и свободно. Вы наблюдаете чаек, парящих в небе, и слышите их шумный спор. Все разбрелись по берегу. Некоторые лениво переговариваются между собой. Две девушки в светлых купальниках вошли в воду и медленно поплыли. Остальные легли прямо на теплый мелкий песок, чтобы впитывать в себя ласковые солнечные лучи. Вы присели на плед, прикрыв глаза, и тоже наслаждаетесь при-

ятным солнечным теплом и легким свежим бризом. Позагорав немного, вы почувствуете желание искупаться. Вы встаете и медленно, погружая ноги в теплый песок, бредете к воде. Вам видны волны, врезающиеся в берег и снова откатывающиеся в океан. И вот вы входите в освежающую, прохладную воду. Каждая набегающая волна слегка подталкивает вас. Вы идете дальше, и когда вода достигает ваших бедер, вы бросаетесь в нее. Вода мгновенно обдает вас своей прохладой. Вы начинаете играть с волнами, встаете к ним спиной и пытаетесь сдержать их толчки. Но вот большая волна сбивает вас с ног, и вы падаете в пену прибоя. Теперь вы с ликованием и замиранием в сердце ныряете под волну и плывете некоторое время в толще воды. Наконец вы покидаете океан и возвращаетесь к вашим друзьям. Вы подсаживаетесь к ним на плед и лениво переговариваетесь с ними, наслаждаясь морским пейзажем. Кто-то предлагает перекусить, и вы открываете сумку и достаете оттуда бутерброды и напитки. Представьте, как вы едите ваш самый любимый бутерброд и запиваете его любимым напитком. Вскоре солнце начинает клониться к закату. Почти все молчат, тихо наблюдая, как диск солнца медленно сползает к горизонту. Глядя на краски заката, вы чувствуете себя умиротворенно. Пламенеющее оранжевым цветом солнце, розовая полоска у края горизонта, ближе переходящая в бледно-лиловое, а прямо над вами — синее небо. Дюны позади нежного перламутрового цвета. Цвета становятся более насыщенными, розовое становится темно-бордовым, желтое превращается в глубокий янтарный цвет, а появившийся фиолетовый цвет становится темно-синим. Почти все люди покидают пляж, становится тише. С вами остались только близкие друзья, и вы начинаете разводить костер. Вы удобно устраиваетесь у костра и пристально наблюдаете за магической игрой огня. Временами вы перебрасываетесь ничего не значащими фразами. Наконец у вас появляется желание прогуляться. Вы встаете и медленно удаляетесь от костра. Волны продолжают лениво накатываться на берег, оставляя клочки пены, которые серебрятся в свете луны. Лунный свет отражается и в полосах ряби на воде. Вы идете по самой кромке воды, вслушиваясь в гул океана, изредка ощущая аромат какого-то цветка. На вашем пути стоит большой замок из песка. Волны лениво лижут его стены, накатываясь снова и снова. Становится прохладно. Вы поворачиваете обратно к костру, ощущая, как к вашим ступням прилипает влажный песок. Над вами в черном бархате неба переливаются миллионы звезд. Вы пытаетесь представить расстояние, отделяющее вас от них, и внезапно ощущаете, как это бесконечно далеко. Но вот вы подходите к костру, от него веет дымом. Вы присоединяетесь к своим друзьям и тихо любуетесь танцем огня. Вы наблюдаете случайные искры и слышите, как трещат дрова. В этом состоянии вы можете оставаться столько, сколько захотите. Постарайтесь сконцентрироваться на своем дыхании, на том, как глубоко расслаблены ваши мышцы и все тело. Просто наслаждайтесь миром и покоем вашего расслабленного состояния. Вставая, двигайтесь медленно и неторопливо (тишина).

### *Способы, связанные с энергоинформационной регуляцией психики*

Способ 1. «Набор энергии». Набирают энергию и продвигают ее прежде всего силой мысли. Для этого необходимо зримо представить себе, как энергия вливается в тело, растекается по организму, оживляет каждую мышцу, каждую клетку. Чем образнее и ярче представление, тем интенсивнее поступает энергия (энергия следует за образом). Можно представить себе энергетический поток в виде дождя, низвергающегося водопада, лучей света, эфирной субстанции и т.п. Выбор образца субъективен.

Способ 2. «Генератор энергии». Вообразите перед собой фантастический генератор энергии и «включите» его. Как можно ярче представьте себе и почувствуйте, как энергия воздействует на переднюю часть вашего тела, наполняет грудь, мышцы. Вдыхайте ее. Затем последовательно мысленно перемещайте «генератор» за спину, справа и слева от себя, над головой и под ногами. Ощутите волны энергии на спине, на правой и левой стороне тела, на голове, на ногах. В конце упражнения прочувствуйте наличие энергии в каждом участке тела, вашу готовность решать самые сложные задачи.

Способ 3. Воздействие на биологически активные точки организма. Установлена взаимосвязь биофизических показателей биологически активных точек с различными психическими процессами и состояниями (уровнем волевой мобилизованности, сопротивляемостью организма вредным воздействиям, интеллектуальной активностью, эмоциональным напряжением и др.).

Упражнение «Антистресс». В течение трех секунд надавливайте на «антистрессовую» точку, которая находится под подбородком. При массаже этой точки чувствуется легкая ломота. После массажа расслабьтесь и представьте состояние истомы, вызывайте приятные образы. Через 3–5 минут зевните, потянитесь, затем напрягите и расслабьте мышцы всего тела.

Упражнение «Точки». Удобно сядьте на стул и положите ладони на колени. Пальцы рук при этом прижаты друг к другу и полностью охватывают коленную чашечку. Указательный палец находится на ее середине. В этом случае безымянный палец будет прощупывать небольшое углубление под выступом круглой кости под коленной чашечкой. Это точка «цзу-сан-ли», или «точка долголетия» («точка от ста болезней»). Ее стимуляция в течение 1–2 минут позволяет повысить общий тонус организма, сохранять бодрость, поддерживать необходимую работоспособность. Массаж этой точки на обеих ногах производите легким надавливанием подушечками средних пальцев рук с постепенным усилением. При этом палец как бы ввинчивается в точку, что вызывает в ней ощущение теплоты и легкой ломоты. После этого поднимите перед собой согнутые в локтях руки ладонями вперед. Прижмите большие пальцы к указательным и зафиксируйте точки, где заканчивается складка кожи между ними. Здесь расположена точка, массаж которой тонизирует организм, способствует мобилизации и активизации его жизненных сил, улучшает самочувствие. В течение 1–2 минут массируйте точку на левой, а затем – на правой руке.

### 3.3. КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ БАЛИНТОВСКИХ ГРУПП<sup>1</sup>

*В.В. Лукьянов*  
*Курский государственный университет*  
*Курск, Россия*

Врач и психоаналитик Michael Balint создал свой групповой метод для рассмотрения и анализа с последующей коррекцией проблем, возникающих в отношениях между врачом и пациентом.

Балинтовские группы представляют собой особый тип групповой супервизии [Винокур 2006]. Лидер группы использует групповые процессы для выявления опыта и навыков всей группы [Brock 1985], [Brock, Stock 1990], [Brock, Johnson 1999], [Johnson, Nease, Milberg et al. 2004]. Подобная практика дает группе возможность позитивно оценить свою профессиональную подготовку, расширяя тем самым способность группы понимать и решать проблемы [Balint-Edmunds 1981], [Samuel 1989], [Hook 2001].

В 50-х годах в Лондоне на базе клиники Tavistock Institute of Human Relations для врачей общего профиля были организованы первые тренинговые семинары Michael Balint, английским психоаналитиком венгерского происхождения, проходившим в свое время психоанализ в Будапеште у известного Sandor Ferenczi, ближайшего соратника Sigmund Freud. В своей классической работе «The doctor, his patient and the illness» М. Balint изложил основы проведения подобного рода семинаров и создал свой групповой метод для рассмотрения и анализа с последующей коррекцией проблем, возникающих в отношениях между врачом и пациентом, за которым впоследствии и закрепилось его имя [Balint 1957]. Начавшись с семинаров для врачей общего профиля, балинтовские группы вскоре распространились и на другие категории медицинских работников [Gill 1985], [Johnson, Brock 2000], [Johnson et al. 2001], [Lipsitt 1999], [Scheingold 1988].

Балинтовский метод нацелен на улучшение профессиональных качеств врачей путем привлечения внимания к психологическим аспектам работы с больными, творческого использования заложенного в отношениях «врач-больной» терапевтического потенциала в каждодневной клинической практике. Основной целью балинтовской группы является расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания, достижение изменений не только в профессиональной жизни, но и во всех аспектах бытия. С точки зрения M.J.F. Courtenay [Courtenay 1984], целями участников балинт-групп являются:

1. познание существующих отношений между врачом и пациентом;
2. улучшение понимания пациентов;

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 07-06-90608 а/Б.

3. достижение менее обременительной работы с проблемными пациентами;
4. передача пациентам ощущения, что их могут хорошо понять;
5. осознание и применение эффекта от воздействия пилули «врач»;
6. понимание своих собственных чувств, испытываемых по отношению к проблемным пациентам;
7. сенсбилизация прислушивания к скрытым планам пациентов;
8. интеграция соматических, психических и психосоциальных граний болезни в смысле постановки общего диагноза;
9. исчезновение больных, досаждающих, помимо назначенных им сеансов, в другое время (освобождение врача от необходимости поддерживать доверительные отношения врач–пациент и за пределами лечебного кабинета).

Метод, посредством которого в балинт-группе осуществляются подобные цели, заключается в точном анализе конкретных клинических случаев из практики участвующих врачей. При этом любой феномен, возникающий в группе, имеет центральное значение, и обозначается он как «феномен резонанса». Имеется в виду то, что докладываемый проблемный случай не только сам по себе рассказывается и анализируется в группе, но одновременно он ещё раз разыгрывается в ней, причём тем яснее, чем скрытнее и непонятнее сообщаемая проблема для рассказывающего коллеги. Обсуждаемый проблемный случай дважды презентуется в группе и потому в двойном смысле становится доступным для научения участников группы: один раз через анализ участника, а другой раз, дополнительно, посредством актуальных переживаний, возникающих в протекающем групповом процессе путём феномена резонанса. Посредством дополнительных расспросов, ассоциаций, догадок и фантазий проблема отношений коллеги со своим пациентом становится всё более ясной для участников балинт-группы [Main 1978].

Обучающий процесс, посредством которого врач приобретает и расширяет необходимые диагностические и терапевтические способности балинт-группы, охватывает следующие пункты [Brock, Stock 1990]:

1. Тайные послания пациента: каждый пациент целенаправленно высказывает врачу жалобы, которые стали поводом его посетить. Но одновременно пациент ещё делает ненамеренные сообщения, которые, по меньшей мере, позволяют сделать столь же важные выводы о нём и его болезни. Именно такие, часто как бы между прочим сделанные, с виду незначительные высказывания пациента («я уже побывал у столь многих врачей, но ...»), невербальные сообщения (способ появления, раздевания и т.д.) и содержащиеся в них (бессознательные) попытки воздействовать на врача и показывают определённый вид отношений к врачу.

2. Реакции врача на пациента: пациент вызывает у врача определённые чувства и побуждения к действию. Внимание к своим реакциям может

предоставлять врачу диагностически ценную информацию о пациенте, для этого только необходимо научиться правильно её воспринимать.

3. Диагноз врач-пациент: врач должен научиться, прежде всего, учитывая тайные послания пациента и свои собственные реакции на него, производить правильный диагноз отношений. Это обстоятельство имеет центральное значение, так как психосоциальная доля недуга пациента является осадком нарушенных отношений, которые вновь и вновь манифестируются как расстройство в актуальных отношениях. Пациент в каждом новом контакте как бы инсценирует расстройство, от которого он страдает, причём сам того не осознавая (навязанность повторения). Если врач принимает предложение пациента на формирование невротических отношений, и сам попадает в навязанность повторения пациента вместо того, чтобы помочь пациенту из неё выбраться.

4. В балинт-группе врач научается способности введения между своими непосредственными реакциями на пациента и своими практическими действиями диагностической плоскости наблюдений – он научается «сценическому пониманию».

5. Терапевтически эффективное формирование отношений врач-пациент: диагностическое понимание отношений врач-пациент защищает врача от того, чтобы реагировать комплементарно на предложение невротических отношений со стороны пациента, то есть врач научается не попадаться в те ловушки, в которых его способности оказывать медицинскую помощь на долгое время оказываются парализованными или осуждены на никчемность. Врач сможет нацеленно и терапевтично противодействовать попыткам пациента навязать особые отношения, причём для этого не потребуется вести с пациентом длинный психотерапевтический разговор.

Следует помнить, что метод балинт-групп является психоаналитическим методом, преследующим основную цель – осознание бессознательного измерения складывающихся межличностных отношений [Jones, Salinsky 1993]. В этом объединяются и участники балинт-группы, и её руководитель. Всем участникам ясно, что достичь подобного рода цели можно только преодолением больших трудностей (через сопротивление). Трудности, возникающие в процессе достижения цели, и являются предметом деятельности балинт-группы. Они проявляются расстройствами отношений (в виде переноса и контрпереноса). Причина таких расстройств обнаруживается и интерпретируется с помощью психоаналитических методов (интерпретация). В балинт-группе ассоциации вначале даёт участник, докладывающий случай, а затем – остальные участники группы, в то время как руководитель исследует интеракционные (межличностные) явления.

Различают следующие три измерения (уровня) бессознательного [Schiff & Schiff 1971]:

1. Бессознательное измерение отношений между докладчиком и его клиентом в ситуации «Там и тогда», относящееся к реальным встречам

обоих персон. Эта встреча подвержена искажениям в результате взаимного проявления переносов и контрпереносов.

2. Бессознательное измерение отношений в ситуации «Здесь и сейчас», относящееся к реалиям балинт-группы. При этом имеются в виду четыре варианта проявляющихся переносов:

- отношение между докладчиком и руководителем;
- отношение между докладчиком и группой;
- отношение между группой и руководителем (групповой перенос);
- отношение между отдельными участниками и руководителем.

3. Бессознательное измерение, в котором хотя и отражаются отношения, связанные с ситуацией «Там и тогда», о которых рассказывает докладчик, но актуальны они для отношения балинт-группы в ситуации «Здесь и сейчас». Это измерение также соответствует переносам, поскольку переносимые паттерны отношений, проявлявшиеся прежде в ситуации с клиентом, теперь повторяются, отражаются, подвергаются рефлексии или отображаются в балинт-группе. Этот последний уровень и оказывается рабочей плоскостью балинт-группы, в которой будут интерпретироваться предъявляемые для анализа первоначальные отношения между докладчиком и клиентом, а также между клиентом и докладчиком. Протекающие во втором уровне процессы переноса мешают достичь цели балинт-группы, а именно осознать бессознательное измерение первого уровня посредством использования отзеркаливающих феноменов третьего измерения. С учётом психоаналитической концепции переноса-контрпереноса достижение цели возможно только тогда, когда участники балинт-группы смогут обнаруживать, понимать и интерпретировать свои реакции контрпереноса как ответы на формирующиеся переносы. Это означает, что участники должны уметь контролировать свой контрперенос. Говоря другими словами, они должны быть способными его обнаруживать:

- не реагируя на складывающуюся ситуацию бесконтрольно (горизонтальность отношений);
- сохраняя возможность проверять обнаруживающиеся в самих себе чувства на их качество, содержание и форму (вертикальность персоны).

Когда участники группы становятся к этому способны, тогда цель балинтовской группы считается достигнутой.

В рамках классической балинтовской группы врачи, численностью от 8 до 12 человек, желательно не связанные служебно-иерархическими отношениями, встречаются 1–2 раза в месяц (продолжительность занятий 4–5 часов) на протяжении нескольких лет. Группа может объединять людей с различным стажем работы, но наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Руководитель балинтовской группы, из числа специально подго-

товленных психотерапевтов или психологов, как правило, психоаналитической ориентации специально приглашается для этой работы. Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики ее членов. В процессе занятия участники семинара рассказывают о своих клинических наблюдениях, случаях из практики и обсуждают их. Каждый случай может служить предметом обсуждения всей группы. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятыми»; текущие случаи, вызывающие у врача тревогу; так называемые фантастические терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Врач, предлагающий вниманию группы «свой» случай, «своего» пациента, описывает свои взаимоотношения с последним, приводя множество дополнительных сведений, делаясь собственными размышлениями и чувствами по поводу данного случая, заканчивая, возможно, некоторой профессиональной дилеммой, которую он предлагает рассмотреть на семинаре [Scheingold 1988]. Рассказ строится в абсолютно свободной форме, говорящего не ограничивают во времени и не перебивают. Более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто дает ценную информацию для выявления «слепых пятен». В заключение ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по изложенному материалу таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и пациента, а не на технических деталях лечебного процесса.

Центральный объект исследования в классической балинтовской группе – отношения «врач-больной». Они являются объективными, поскольку пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В то же время врач в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, являющимися для него фрустрирующими (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу, который ориентирован на быстрое оказание помощи). Поэтому врачу необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В балинтовской группе врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного. Группа и докладчик пытаются определить суть отношений «врач-больной» посредством комментариев и свободных ассоциаций (идей) по поводу обсуждаемого случая. Эти свободные ассоциации разбивают сообщение, подобно призме, на бессознательные (неосознанные) детерминанты. Руково-

дитель группы изучает этот процесс, направляет и стимулирует его, делает выводы и дает интерпретации. Он объясняет структуру отношения «врач-больной»: пронизываются различные уровни отношений: как пациент спонтанно сообщает о себе и своей болезни, так врач спонтанно делится со своими коллегами переживаниями отношений с пациентом; как врач пытается особым способом слушания понять скрытый смысл представлений своего пациента в контексте ситуативного момента, так стараются его коллеги добиться понимания отношений «врач-больной» в контексте своих реакций и отношений к спонтанным феноменам, которые обнаруживают в докладе своего коллеги. Неосознанные аспекты отношений, возникающих из «переноса», проявляются врачом как на уровне пациента, так и на уровне коллег.

В задачи ведущего входит удержать группу от «сползания» к лично-стно безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с пациентом?», с одной стороны, и от смещения направленности работы группы в сторону личностной психотерапии, вызванного эмоциональной вовлеченностью участников группы и созданной атмосферой доверия и безопасности, – с другой. Уклонение группы в ту или иную сторону может носить защитный характер и являться манифестацией избегания обсуждения собственного профессионального опыта, и ведущему приходится «возвращать» группу к обсуждению взаимоотношений «врач-пациент».

В классической балинтовской группе поведение участников не регламентировано, все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Отечественный опыт работы балинтовских групп предполагает вариант с использованием структурируемых этапов. В частности, на следующем после доклада этапе (вопросы к рассказчику) всем участникам по кругу предлагается задать уточняющие вопросы. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в групповую дискуссию. Нередко уже на этом этапе докладчик отмечает, что вопросы, поставленные членами группы, оказываются более существенными, чем его собственные, для прояснения описанной им ситуации. Такие вопросы могут выноситься на групповое обсуждение наряду с его собственными. На следующем этапе всем участникам группы по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные задачи. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. Каждый из ответов или суждений участников расширяет видение ситуации, стимулирует самопознание. Наиболее ценными являются свободные ассоциации «аналогичного случая», высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно идентифицируют себя с пациентом. Ведущий внимательно следит за сохранением центрированности обсуждения на взаимоотношениях «врач-больной», ока-

зывает эмоциональную поддержку рассказчику, предотвращает блокирующие дискуссии.

Динамика балинтовской группы значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для блокирования обычной групповой динамики запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в балинтовской группе создает условия для того, чтобы наблюдаемые «здесь и теперь» эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствовали эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно эти реакции анализируются достаточно глубоко и многосторонне. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Важнейшим аспектом в технологии работы балинтовской группы является выражение эмпатии и поддержки друг другу, которые тесно связаны с атмосферой эмоциональной безопасности в процессе обсуждения представляемых случаев из практики участников. Гибкое использование потенциала методики балинт-групп делает ее одним из самых эффективных инструментов супервизии врачей [Courtenay 1984].

Основными задачами балинтовских групп являются [Кулаков 2002]:

- 1) повышение компетентности в ходе профессионального межличностного общения;
- 2) осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом;
- 3) расширение представлений о лечебном процессе в противовес «апостольским» установкам врача;
- 4) психопрофилактика синдрома выгорания участников группы, основанная на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации коллегиальной поддержки.

Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов и «апостольских» установок в своей работе, и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи.

Работа балинтовских групп соответствует ряду требований:

1. Работа группы основывается на реальных случаях из практики членов группы.
2. Обсуждение сосредоточено на взаимоотношениях «врач-пациент».
3. Врач, предлагающий трудный случай на анализ, не обсуждается. Он должен услышать не то, что группа думает о нем, а то, чем его рассказ и последующая дискуссия помогли всем членам группы.
4. Группа не занимается поиском «единственно верного решения», поиском истины, в ней не может быть борьбы, подавления чужих мнений. Все точки зрения равноправны и одинаково приемлемы, если высказаны корректно.

5. Руководитель группы должен иметь специальную психодинамически ориентированную психологическую подготовку в проведении групповых занятий.

6. Группа закрыта, насколько это возможно.

7. Члены группы поощряются к высказыванию предположений, гипотез, версий; советы, указания, оценки, поучения не допускаются.

«Этапность» работы балинтовской группы отрабатывалась отечественными психотерапевтами [Винокур 2006].

Первый «шаг» может быть условно назван «определение заказчика» (из числа участников балинтовской группы). Каждое занятие традиционно начинается с вопроса ведущего «Кто хотел бы представить на рассмотрение свой случай, проблему, создающую состояние дискомфорта?» Обычно после небольшой, а иногда и продолжительной паузы определяется один или несколько желающих. Каждого из претендентов на «заказ» ведущий просит описать в течение 1–2 минут свой случай в произвольной, но лаконичной форме. После непродолжительной дискуссии и выбора группа отдает предпочтение одному из «заказчиков». При голосовании может возникнуть ситуация, когда два «заказчика» получают равное количество голосов. Тогда право выбора предоставляется обоим путем переговоров, или руководитель берет инициативу на себя.

Второй «шаг» работы группы предполагает рассказ «заказчика» о своем трудном случае из практики своей профессиональной деятельности. Устанавливаются «мягкие» ограничения по времени. Руководитель и члены группы внимательно слушают и наблюдают за его поведением и поведением друг друга. Их наблюдения могут оказаться очень полезными для последующего анализа коммуникативных затруднений докладчика.

Третий «шаг» — формулирование «заказчиком» вопросов к группе по своему случаю, вынесенному на обсуждение. На этом этапе ведущий помогает «заказчику» сформулировать запросы (вопросы и пожелания) группе, в которых заложено желание получить новые знания и (или) групповую поддержку. Целесообразно записать вопросы на доске или планшете, так как все участники группы постоянно обращаются к ним, сохраняя точность их содержания.

Четвертый «шаг» — вопросы группы к участнику, представившему случай. Этот этап может проводиться по-разному, в зависимости от состава участников, опыта и предпочтений ведущего. В классической балинтовской группе поведение на данном этапе жестко не регламентировано. В этом случае все спонтанные реакции участников, их поведение и эмоциональные проявления фиксируются ведущим и могут явиться в дальнейшем объектом динамического анализа. Другой вариант, напротив, жестко структурированный. Все участники задают по кругу «заказчику» по одному вопросу. Таких кругов может быть несколько. Кто-то из участников, не желающий задавать вопрос для прояснения ситуации или проблемы при

соответствующей очередности, может ее пропустить. Это не исключает для него возможность задать возникший позже вопрос на следующем «круге». Еще один возможный вариант является промежуточным. Каждому участнику также по кругу предоставляется возможность задать определенное количество вопросов. При этом кто-то может задать их меньше или пропустить свою очередь, вновь воспользовавшись своим правом на новом круге. Отсутствие какой-либо регламентации на этапе вопросов «заказчику» допустимо и может дать интересный материал для последующего обсуждения. Руководитель может также, начав с вопросов по кругу и заметив, что все большее число участников пропускает свою очередь или что вопросы по сути повторяются, предложить перейти к неформализованному варианту. В этом случае уместно прямо предложить участникам, у которых остались вопросы, задавать их в свободном режиме. На этом этапе «заказчик» часто с удивлением обнаруживает, что почему-то забыл или не учел весьма важные аспекты своего случая. Тогда «заказчик» дополняет свой рассказ на третьем этапе, многие неосознаваемые моменты проясняются для него.

Пятый «шаг» — окончательное формулирование «заказчиком» вопросов, которые он хотел бы вынести на обсуждение. Иногда формулировки вопросов сохраняются в первоначальном виде. Чаше, однако, они претерпевают изменения. Некоторые из ранее поставленных вопросов могут вообще потерять свою актуальность для «заказчика» благодаря осознанию им ряда моментов на предыдущем этапе. Список вопросов «заказчика» может быть расширен, если какие-то из заданных ранее группой вопросов кажутся ему существенными для прояснения случая. Руководителю полезно предложить группе сформулировать дополнительные вопросы, ответы на которые, как им представляется, принесут пользу «заказчику». Но право конструирования окончательного списка вопросов остается за заказчиком случая. Заметим, что часто таким дополнительным вопросом, принимаемым «заказчиком», является вопрос о том, какие аспекты в предложенном случае он, с точки зрения группы, недостаточно осознает. Обычно окончательный список включает 3-5, но может быть и всего один вопрос.

Шестой «шаг» — ответы группы на запросы «заказчика» и свободная дискуссия. Начало этапа может быть формализовано. Все участники по кругу отвечают на поставленные перед ними вопросы. При этом «заказчик» может предпочесть услышать ответы на все вопросы поочередно от каждого члена группы или предложить, чтобы участники по кругу ответили сначала на первый вопрос, затем на второй и так далее. Если некоторые вопросы представляются ему тесно связанными между собой, то возможно, чтобы каждый по кругу ответил на первую группу вопросов, а потом, также по кругу, на следующую. Ответы могут отражать чувства участников группы: «В этом случае я чувствую себя...». В отличие от 4-го «шага», когда можно задавать или не задавать вопросы участнику, пред-

ставившему случай, на шестом «шаге» ответы на вопросы являются, как правило, обязательными для всех участников группы. Не меньшее значение, чем определенные суждения и «советы», для «заказчика» и остальных участников могут иметь ответы типа «У меня тоже была подобная ситуация, и я нашел выход...». В начинающей работу балинтовской группе участники на этом этапе могут стремиться к разнообразию ответов. Важно не допускать выражений типа: «Я тоже так думаю, как и ...» или «Я не знаю, что говорить, все уже было сказано». В таких случаях руководителю приходится напоминать, что ответы являются «обязанностью» всех членов группы, и высказывание точки зрения, даже аналогичной прозвучавшей ранее, весьма важно для «заказчика». В эмоционально окрашенной атмосфере «заказчик» может не понять смысл однократно высказанного кем-то суждения. Самостоятельное значение имеет для него и сам факт, что многие члены группы предлагают идентичное или близкое видение его ситуации, но группа не стремится ничего навязывать, понимая, что докладчик может заблокировать принятие информации. Поощряются на этом этапе и свободные ассоциации на тему: «Аналогичная проблема». После высказывания любого члена группы «заказчик» может задать ему уточняющие вопросы, если что-то осталось неясным. Может так случиться, что в балинтовской группе один участник осознанно или неосознанно идентифицирует себя с «заказчиком» или его «партнером» по обсуждаемой ситуации. Высказывания последних могут быть, например, такими: «Знаешь, я представил себя на месте N, когда ты произносил что-то в его адрес, воспроизводя ситуацию, и при этом заикался; я почувствовал себя напряженно». Подобные высказывания имеют особую ценность и для «заказчика», и для остальных участников. В хорошо работающей балинтовской группе отдельные реплики провоцируют продолжение обсуждения в виде дальнейших его кругов или свободной, но корректно управляемой дискуссии. Это приводит к более глубокому пониманию проблем, творческому коллективному развитию прозвучавших точек зрения, неожиданных ракурсов видения обсуждаемой ситуации. Будучи эмоционально значимым для представляющего случай, такое обсуждение позволяет воспользоваться полученной обратной связью участников балинтовской группы, как корректирующей, так и психологически поддерживающей.

Обратная связь от руководителя группы к «заказчику» осуществляется на седьмом «шаге». Ведущий обобщает ответы группы, высказывает собственное видение ситуации, представленной «заказчиком» на обсуждение, предположений о причинах возникших у него трудностей и т.д. В конце работы ведущий благодарит «заказчика» за предоставленный случай и смелость при его разборе, а участников группы — за поддержку сотрудника.

На восьмом «шаге» «заказчик» дает информацию о своих ощущениях. Его высказывания могут касаться собственного эмоционального со-

стояния и впечатлений о работе группы. Он может также представить обратную связь конкретным участникам, содержащую его мнение об эффективности их деятельности, поблагодарить за поддержку или высказаться о своем состоянии словами «как стало легко и многое понятно» и т.п. Балинтовская сессия может заканчиваться высказываниями отдельных членов группы о своих ощущениях и впечатлениях. Решаются также организационные вопросы, принимаются предложения.

Балинтовская группа использовалась нами в качестве модели эффективной групповой профессиональной супервизии. При «первичной» беседе с врачами мы информировали их о том, что каждый из них в своей работе в той или иной степени подвержен воздействию профессионального стресса (синдрома выгорания), при этом основными травмирующими факторами являются, с одной стороны, персоналии: пациенты, коллеги, начальство, а с другой — процессы: эмоциональная насыщенность деятельности, неопределенность профессиональных обязанностей, значительное сопротивление лечению со стороны пациентов и высокий процент рецидивов. Для участия в работе балинтовской группы врач должен обладать достаточной эмпатией и толерантностью, а также способностью к анализу. Участники балинтовской группы выбирались на основе добровольного согласия после предварительной индивидуальной беседы с каждым врачом (во время беседы объяснялись правила работы группы, выяснялась сущность и степень мотивировки участия, а также степень эмпатичности и толерантности, в группе не должно быть непосредственных начальников и подчиненных, супругов, близких знакомых).

На первом занятии происходило знакомство участников группы, в ходе которого каждый из врачей по часовой стрелке от ведущего последовательно представлялся: называл себя так, как хотел бы, чтобы к нему обращались другие, сообщал о себе в свободной форме краткие сведения, в том числе о своей специальности и сфере деятельности.

В ходе первого занятия ведущий также рассказывал о правилах поведения в группе (не критиковать ведущего, не делать оценочных суждений, не давать советов, не обсуждать случаи участников за пределом группы, быть толерантным к мнению других, активно участвовать в работе группы, не опаздывать на занятия, предупреждать заранее о невозможности своего присутствия на очередном заседании, также обсуждаются вопросы места и времени встреч, размер оплаты ведущему, возможные санкции к членам группы, нарушившим правила и т.п. — все то, что называется термином «сеттинг»).

Затем ведущий предлагал желающим представить свои случаи, и, как только кто-то изъявлял желание, начиналась практическая работа. Далее на последующих занятиях каждый из участников группы представлял свои случаи. Одно занятие обычно состояло из двух частей, каждая — длительностью приблизительно от 60 до 90 минут, с 15 минутным перерывом ме-

жду частями. В каждой части занятия участники разбирали один случай. Таким образом, за весь период работы (10–12 занятий) каждый из участников мог представить как минимум два своих случая.

Работа в балинтовских группах проходила поэтапно:

1. На первом этапе добровольно вызвавшийся участник группы предлагает к обсуждению свой случай, касающийся взаимоотношений в профессиональном поле (пациенты, их родственники, коллеги, начальство). При этом он должен формулировать свой запрос примерно так «Что же происходит со мной, когда это случается?». Остальные участники группы соблюдают режим молчания и внимательно слушают рассказчика.

2. На втором этапе рассказчика условно удаляют за круг, и он в свою очередь соблюдает режим молчания, и обсуждают чувства, которые возникли у участников «здесь и сейчас». Например: «Как Вы думаете, что происходит, когда рассказывающий конфликтует в своем случае?». Со стороны участников группы не допускается никаких оценочных суждений, решений или советов в адрес рассказчика, группа всегда на его стороне и абсолютно его поддерживает. Участники анализируют собственные чувства, которые возникают у них как реакция на случай рассказывающего, они не обсуждают личности, а анализируют процесс коммуникации.

3. На третьем этапе рассказывающего возвращают в круг и задают уточняющие вопросы.

4. На четвертом этапе рассказывающего вновь выводят за круг и продолжают обсуждение с учетом его ответов.

5. На пятом, заключительном, этапе рассказывающего возвращают в круг и просят описать те чувства, которые возникали у него в процессе работы группы.

Занятия проводились в трех группах, по 10 человек в каждой, с периодичностью 1 раз в месяц. В общей группе из 30 наркологов было 17 мужчин и 13 женщин, средний возраст по группе составил  $41,50 \pm 10,79$  года (интервал от 28 до 60 лет). Всего было проведено по 10–12 занятий в каждой группе в течение года.

До начала занятий у отобранных для участия в балинтовских группах наркологов были исследованы следующие характеристики: степень выраженности синдрома выгорания, показатели центральных личностных функций, механизмы психологической защиты и совладающие механизмы, а также уровень эмпатии<sup>2</sup>. После окончания занятий у этих же наркологов проводилось повторное исследование указанных выше психологических характеристик.

Согласно результатам исследования суммарный показатель синдрома выгорания у наркологов в конце курса балинтовских групп ( $91,87 \pm 51,35$

---

<sup>2</sup> Описание психодиагностических методик, использованных для оценки выделенных показателей, представлено в настоящей монографии в статье В.В. Лукьянова «Синдром выгорания и его взаимосвязь со структурой личности у врачей-наркологов».

баллов), в сравнении с исходным значением (121,98±48,92 баллов), достоверно снизился ( $p<0,05$ ).

Согласно полученным данным большинство показателей выгорания у наркологов к концу курса балинтовских групп снизилось, достигая степени статистической достоверности как по симптому «тревоги и депрессии» ( $p<0,001$ ) фазы «напряжения», так и по суммарному показателю самой фазы «напряжения» ( $p<0,01$ ), а также по симптому «психосоматических и психовегетативных нарушений» ( $p<0,001$ ) фазы «истощения» и по суммарному показателю самой фазы «истощения» ( $p<0,05$ ) (табл. 1).

Таблица 1

Показатели синдрома выгорания у наркологов до и после курса балинтовских групп

Группы	Синдром «эмоционального выгорания»				
	Фаза напряжения, симптомы				Суммарный показатель
	н1	н2	н3	н4	
До	12,4±8,67	8,03±7,90	6,73±7,03	9,98±6,57	37,13±21,47
После	8,30±8,00	5,05±6,59	3,95±6,06	3,14±4,50***	20,44±20,00**
	Фаза резистенции, симптомы				Суммарный показатель
	р1	р2	р3	р4	
	До	13,70±7,82	11,20±5,84	10,58±9,16	13,90±9,24
После	15,60±8,19	10,86±6,17	6,24±8,71	14,32±9,34	47,02±22,56
	Фаза истощения, симптомы				Суммарный показатель
	и1	и2	и3	и4	
	До	8,63±7,06	7,00±4,11	6,78±6,51	11,58±7,36
После	8,14±7,84	6,41±5,48	5,86±6,69	4,00±4,22***	24,41±16,48*

Примечания: Симптомы выгорания: н1 – «переживание психотравмирующих обстоятельств»; н2 – «неудовлетворенность собой»; н3 – «загнанность в клетку»; н4 – «тревога и депрессия»; р1 – «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование»; р2 – «эмоционально-нравственная дезориентация»; р3 – «расширение сферы экономии эмоций»; р4 – «редукция профессиональных обязанностей»; и1 – «эмоциональный дефицит»; и2 – «эмоциональная отстраненность»; и3 – «личностная отстраненность или деперсонализация»; и4 – «психосоматические и психовегетативные нарушения».

Качественный анализ сдвигов симптоматики выгорания у наркологов показал, что в структуре выгорания отмечены неоднозначные (разнонаправленные) изменения, связанные с индивидуальными различиями самих испытуемых, но при этом произошло снижение суммарного показателя выгорания у 64 % испытуемых. Следует отметить, что, согласно Н.Ж. Eysenck, психотерапевтический метод можно назвать эффективным, если

его эффективность превышает, по крайней мере, 50 % [Eysenck 1966]. В нашем исследовании показано, что в результате проведения годового курса балинтовской группы у 64 % наркологов снизились суммарные показатели выраженности синдрома выгорания, что можно считать значимым положительным эффектом для данного метода групповой супервизии в коррекции выгорания у наркологов.

Сравнительные результаты исследования совладающего поведения у наркологов до и после курса балинтовских групп представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительные показатели совладающих механизмов у наркологов до и после курса балинтовских групп (в %)

Варианты копинг-механизмов	До	После
<b>Поведенческая сфера</b>		
Адаптивные	59 %	70 %
Относительно адаптивные	32 %	21 %
Неадаптивные	9 %	9 %
<b>Когнитивная сфера</b>		
Адаптивные	50 %	59 %
Относительно адаптивные	41 %	23 %
Неадаптивные	9 %	18 %
<b>Эмоциональная сфера</b>		
Адаптивные	77 %	78 %
Относительно адаптивные	9 %	12 %
Неадаптивные	14 %	10 %

Как видно из результатов к окончанию курса балинтовских групп у наркологов в поведенческой сфере возросла частота использования адаптивных вариантов копинг-механизмов за счет снижения частоты использования относительно адаптивных вариантов при неизменной частоте использования неадаптивных вариантов. В свою очередь, в когнитивной сфере возросла частота использования адаптивных вариантов копинг-механизмов при одновременном значительном снижении частоты использования относительно адаптивных вариантов на фоне повышения частоты использования неадаптивных вариантов. В эмоциональной сфере при практически неизменной частоте использования адаптивных вариантов копинг-механизмов произошло незначительное повышение частоты использования относительно адаптивных вариантов за счет снижения использования неадаптивных вариантов. В целом, к году работы в балинтовских группах у наркологов произошло улучшение структуры совладающих механизмов, особенно в поведенческой и когнитивной сферах, за счет увеличения частоты использования адаптивных вариантов копинг-механизмов.

В процессе работы в балинт-группах у испытуемых врачей, в целом, было отмечено повышение показателей эмпатии (с  $23,63 \pm 25,84$  до  $32,85 \pm 28,11$  балла,  $p > 0,05$ ), при этом у врачей-мужчин это повышение достигало степени статистической значимости (с  $16,41 \pm 19,47$  до  $31,84 \pm 29,11$  балла, при  $p < 0,01$ ), а у женщин не выходило за рамки статистической погрешности (с  $30,85 \pm 27,51$  до  $33,85 \pm 29,18$  балла,  $p > 0,05$ ). Эти данные отражают динамику улучшения способности к сопереживанию в ходе балинтовского процесса у наркологов, хотя и со значительными межиндивидуальными различиями. В большей степени балинтовская работа способствовала раскрытию эмпатического потенциала у мужчин. При анализе результатов исследования язык подавляющего большинства участников группы был «интенсивно ориентирован на клиента».

У наркологов в результате балинтовского процесса наблюдалась бóльшая степень гармонизации сферы центральных личностных функций, выразившаяся в повышении показателей конструктивных шкал Я-структурного теста G. Ammon (ISTA) вместе с увеличением интегральной шкалы конструктивности и повышением значений индексов психической компенсации и психической активности личности (табл. 3).

Таблица 3

Средние «сырые» оценки шкал ISTA у наркологов в начале и в конце курса балинтовских групп

Наименование шкалы	До	После
Агрессия конструктивная	$7,49 \pm 2,99$	$9,27 \pm 2,60^*$
Агрессия деструктивная	$4,18 \pm 2,81$	$3,27 \pm 2,47$
Агрессия дефицитарная	$2,91 \pm 1,90$	$2,59 \pm 1,94$
Страх конструктивный	$7,54 \pm 2,75$	$7,82 \pm 2,70$
Страх деструктивный	$0,95 \pm 1,84$	$1,18 \pm 2,20$
Страх дефицитарный	$2,64 \pm 1,26$	$2,86 \pm 1,81$
Внешнее Я-отграничение конструктивное	$7,21 \pm 1,99$	$7,69 \pm 2,30$
Внешнее Я-отграничение деструктивное	$2,95 \pm 2,13$	$3,00 \pm 1,95$
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	$2,55 \pm 2,42$	$2,32 \pm 2,36$
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	$7,97 \pm 2,74$	$8,45 \pm 2,58$
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	$3,55 \pm 2,13$	$3,23 \pm 1,48$
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	$3,36 \pm 2,82$	$2,91 \pm 2,18$
Нарциссизм конструктивный	$7,36 \pm 2,70$	$7,77 \pm 3,13$
Нарциссизм деструктивный	$2,77 \pm 2,29$	$2,68 \pm 2,71$
Нарциссизм дефицитарный	$1,82 \pm 2,20$	$2,32 \pm 2,80$
Сексуальность конструктивная	$8,05 \pm 2,89$	$7,59 \pm 2,86$
Сексуальность деструктивная	$4,18 \pm 3,25$	$3,27 \pm 2,59$
Сексуальность дефицитарная	$1,73 \pm 1,83$	$1,64 \pm 1,29$

Мы полагаем, что указанные изменения бессознательных компонентов «Я» в ходе балинтовской работы связаны с коррекцией излишней педантичности, консерватизма, страха перед новым, повышением способно-

сти изменить при объективной необходимости мнение или отношение и повышением такой важной профессионально значимой характеристики, как спонтанность. Повышение показателей конструктивной агрессии, возможно, отражает изменения, связанные со смягчением «апостольской» установки, имевшейся у наркологов ранее в отношениях врач-пациент. Это изменение стало возможным после освоения различных техник, применяемых в рамках балинтовской группы, повышающих эффективность контакта с больными, приобретения большего количества эффективных интеракций в терапевтическом процессе, умения «вести беседу» с пациентами и коллегами. Возможно, принятая ранее модель нарколога — сдержанного и дистанцированного по отношению к больному — за время работы в балинтовской группе стала осознаваться врачами как недостаточно и не всегда эффективный стиль поведения. Рассматривая полученные результаты с позиций первичного доверия-недоверия, можно полагать, что в отношениях «врач-больной» произошли существенные изменения для врачей в плане смещения представлений о больном как об объекте к представлению о больном как о субъекте. Таким образом, у врачей произошел переход от нозоцентрической к социоцентрической модели болезни и лечения.

Сравнительное исследование показателей интегрированных шкал ISTA (конструктивности, деструктивности и дефицитарности) и индексов методики оценки психического здоровья (МОПЗ) у групп психиатров-наркологов до и после курса балинтовских групп показало (табл. 4), что под влиянием балинтовского процесса у наркологов произошло возрастание показателей интегральной шкалы конструктивности (А) и индексов психической компенсации и психической активности личности ( $\alpha$  и  $\beta$ ) при одновременном снижении степени выраженности интегральных шкал деструктивности и дефицитарности с улучшением значений групповых оценок психического здоровья ( $T\alpha$  и  $T\beta$ ).

Таблица 4

Показатели интегрированных шкал ISTA и индексов МОПЗ у наркологов до и после курса балинтовских групп

Показатели / индексы	До	После
Конструктивность (А)	45,62±10,84	48,59±11,18
Деструктивность (В)	18,58±10,44	16,63±10,07
Дефицитарность (С)	15,01±10,02	14,61±9,94
Индекс $\alpha$	27,04±17,08	31,96±17,77
Индекс $\beta$	30,61±18,78	33,95±18,33
$T\alpha$	- 4,53	- 0,91
$T\beta$	- 1,87	+ 0,37

Вышеуказанные позитивные изменения в личности наркологов связаны со знаниями, приобретенными в результате анализа собственного поведения в процессе балинтовской работы, что позволило расширить число возможных интеракций и выбрать из них не только связанные с безогово-

рочным подчинением своих установок долгу врача, но и обусловленные осознанием и признанием собственных потребностей как имеющих право на существование и не подавляемых в профессиональной деятельности.

Согласно результатам исследования, представленным в табл. 5, после курса балинтовских групп у наркологов снизилась выраженность такого механизма психологической защиты (МПЗ), как «отрицание».

Таблица 5

Показатели МПЗ у наркологов до и после курса балинтовских групп

Шкалы опросника ИЖС	До	После
Отрицание	5,75±2,84	5,09±2,33
Вытеснение	2,55±2,02	2,23±2,00
Регрессия	3,45±2,15	3,41±1,47
Компенсация	2,55±1,97	2,59±1,82
Проекция	6,27±3,33	6,00±2,67
Замещение	2,68±1,43	2,36±1,53
Интеллектуализация	5,27±2,14	5,73±2,29
Реактивные образования	2,64±2,36	2,73±2,19

Эти данные свидетельствуют о том, что в ходе балинговского процесса врачи стали более «открытыми» для осознания собственных «слепых» пятен и в конечном итоге для коммуникаций с пациентами и коллегами.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что методика проведения балинтовских групп эффективно снижает степень выраженности синдрома выгорания у наркологов, позитивно влияет на их защитно-совладающую сферу, гармонизирует структуру центральных личностных функций и значительно повышает уровень эмпатии у наркологов-мужчин.

Следует отметить, что профессиональная деформация, выразившаяся у наркологов в большей, чем в норме, диффузности психической ригидности, может отражать дезадаптивные защитные реакции личности. Можно предположить, что степень проявления эмпатического потенциала также зависит от защитной позиции, связанной с ригидностью, и тогда рост степени «осознания» своего профессионального поведения может сопровождаться снижением ригидности, повышением способности использовать свой эмпатический потенциал. Тем самым специалист приобретает более зрелые формы защиты (и механизмы совладания) при столкновении с профессиональными проблемами. Следовательно, балинтовская группа выполняет функцию контроля этой защиты в плане уменьшения ее интенсивности и прицельной направленности на уменьшение незрелых защитных механизмов. В процессе балинтовских групп происходит повышение уровня осознанности своих личностных, профессионально значимых качеств.

В результате исследования нами установлены следующие изменения в «психологическом портрете» наркологов после курса балинтовских групп:

1. Обретение новых сложных навыков профессиональной коммуникации.

2. Обогащение малоизвестными раньше знаниями и навыками в области групповой супервизии.

3. Знания, приобретенные в результате анализа собственного поведения в процессе балинтовской группы, позволили расширить число возможных интеракций и выбрать из них не только связанные с безоговорочным подчинением всех своих потребностей долгу врача, но и обусловленные осознанием и признанием собственных потребностей как имеющих право на существование и не подавляемых в профессиональной деятельности.

4. В ходе балинтовской группы произошла коррекция излишней педантичности и повышение такой профессионально значимой характеристики для психиатра-нарколога, как спонтанность. Высокий уровень контроля у врачей-наркологов возможно обусловлен особенностями взаимодействия с пациентами, которые опосредованы у врачей в процессе лечения жесткой схемой применения различных фармакологических препаратов, которая делает минимальной возможность вариации в пределах той или иной нозологической единицы, применение суггестивных методов психотерапии алкоголизма, которые в высокой степени являются структурированными.

5. Уменьшилась аутоагрессивность, повысилась открытость. Возможно, изменение направления агрессии было связано со смягчением «апостольской» установки, имевшейся у них ранее в отношении врач-пациент. Это изменение стало возможным после освоения различных техник, повышающих эффективность контакта с больными, приобретения умения «вести беседу» с пациентами и коллегами. Принятая модель врача-клинициста – сдержанного и дистанцированного по отношению к больному – за время работы в балинтовской группе стала осознаваться врачами как недостаточный и не всегда эффективный стиль поведения. В конечном счете, с точки зрения С. Ледера, «...психотерапевты...по существу...пытаются помочь человеку, сопровождают в его страданиях, в его трудностях, в его проблемах» [Ледер 1995: 19].

6. В отношениях «врач-больной» произошли существенные изменения для врачей в плане смещения представлений о больном как об объекте к представлению о больном как о субъекте. Таким образом, для врачей произошел переход от нозоцентрической к социоцентрической модели болезни и лечения. Возможно, узнав в процессе балинтовской группы о большем, чем они владели, количестве эффективных интеракций в терапевтическом процессе, оценка своей открытости стала казаться недостаточно

высокой, пока новые формы взаимодействия не освоены до профессиональной степени.

7. Выявленная динамика свидетельствует о позитивных изменениях в проявлении личностных профессионально ориентированных качеств.

8. Высоким у врачей был тип ригидности как состояния, обусловленного нервными (стрессовыми) перегрузками, который в целом изменился мало. По диффузности психическая ригидность у врачей охватывает более широкий спектр отношений, чем в норме, хотя по интенсивности (глубине) она выражена меньше. Врачи склонны приносить элементы профессиональных отношений в другие социальные отношения, что можно интерпретировать как факт профессиональной деформации. Снижение уровня ригидности может свидетельствовать в пользу того, что балинтовская группа способствует определенному снижению излишнего педантизма, консерватизма, страха перед новым, повышению способности изменить при объективной необходимости мнение или отношение.

На основании результатов сравнительного исследования психологических показателей у психиатров-наркологов до и после курса балинтовских групп можно сформулировать ряд выводов:

1. В результате балинтового процесса средний суммарный показатель синдрома выгорания у наркологов, в сравнении с исходным значением, достоверно снизился ( $91,87 \pm 51,35$  балла и  $121,98 \pm 48,92$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ), при этом снижение данного показателя наблюдалось у 64 % наркологов.

2. Статистически достоверное снижение у наркологов к концу курса балинтовских групп продемонстрировали симптомы «тревоги и депрессии» ( $p < 0,001$ ), «психосоматических и психовегетативных нарушений» ( $p < 0,001$ ), а также суммарные значения фаз «напряжения» ( $p < 0,01$ ) и «истощения» ( $p < 0,05$ ).

3. В результате проведения годового курса балинтовой группы у наркологов произошло улучшение структуры совладающих механизмов, особенно, в поведенческой и когнитивной сферах, за счет увеличения частоты использования адаптивных вариантов.

4. После курса балинтовских групп у наркологов снизилась выраженность такого механизма психологической защиты, как «отрицание».

5. В процессе работы в балинтовских группах у наркологов-мужчин было отмечено статистически значимое повышение уровня эмпатии ( $16,41 \pm 19,47$  балла и  $31,84 \pm 29,11$  балла соответственно,  $p < 0,01$ ).

6. У наркологов в результате балинтового процесса наблюдалось улучшение гармонизации сферы центральных личностных функций, выразившееся в повышении конструктивных показателей ISTA, индексов психической компенсации и психической активности личности.

7. Можно считать доказанным положительное влияние процесса балинтовой группы на коррекцию синдрома выгорания у наркологов.

### **3.4. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ**

*Л.Н. Юрьева*

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

*Днепропетровск, Украина*

Качество обслуживания пациентов во многом определяется не только профессиональной компетентностью медицинского персонала, но и его личностными характеристиками, психоэмоциональным и физическим состоянием и установками. Особенно четко эта взаимосвязь прослеживается при лечении пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, где использование инструментальных технологий в диагностическом и терапевтическом процессах минимально, а ключевым ресурсом лечебного процесса является сам медицинский персонал. В связи с этим выделяют первичные и вторичные цели медицинских служб. Первичные цели традиционно реализуются с помощью вмешательств, направленных на помощь пациентам. А вторичные цели связаны с мерами, направленными на удовлетворение нужд и потребностей медицинского персонала. Только при реализации этих двух целей возможно качественное лечение пациентов [Thornicroft, Tansella 1999]. В связи с этим проблема диагностики, профилактики и коррекции синдрома выгорания медицинских работников имеет первостепенную актуальность и значимость.

Предлагаемые программы профилактики и коррекции синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб основаны на собственном многолетнем опыте проведения образовательных и коррекционных программ среди интернов, специализирующихся в психиатрии и семейной медицине, врачей-психиатров, психотерапевтов и наркологов. Основой для разработки этих программ послужило инициированное автором исследование, направленное на изучение некоторых особенностей субкультуры психиатров (социодемографических показателей, ряда психологических характеристик, динамики мировоззренческих установок и религиозности, суицидального риска, удовлетворенности своей профессиональной деятельностью, терапевтической идеологии, распространенности синдрома выгорания). Полученные данные позволили выявить комплекс причин, способствующий формированию синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб [Юрьева 2004]. Акцент в предлагаемых программах сделан именно на профилактике и коррекции выявленных санкционирующих выгорание факторов.

С синдромом выгорания может столкнуться любой профессионал, работающий в медицине. Поэтому каждый медицинский работник должен не только знать об этом, но и понимать свои аффективные и когнитивные переживания, а также владеть навыками оказания самопомощи. Такой

подход подразумевает, прежде всего, осведомленность медицинских работников о том, что такая проблема существует. Обязательным является знание признаков синдрома выгорания и этапов его формирования, факторов, санкционирующих и лимитирующих его развитие, ближайших и отдаленных его последствий. Эти сведения необходимо сообщать будущему врачу уже на этапе обучения в вузе, чтобы сориентировать его в выборе медицинской профессии с учетом этого важного аспекта профессионализации. Поэтому роль образования в первичной профилактике синдрома выгорания чрезвычайно важна.

Как показывает опыт, наиболее продуктивным периодом проведения первичной профилактики среди врачей является период обучения в вузе, интернатуре (резидентуре) и время обучения на курсах повышения квалификации. Поэтому внедрение программ по профилактике и коррекции синдрома выгорания должно стать важным элементом дипломного и последипломного образования.

Студентов необходимо готовить к реальной врачебной деятельности с ее неизбежными фрустрациями, разочарованиями, рутинизацией работы, чтобы в дальнейшем избежать «шока реальностью». Они должны получить информацию об источниках эмоционального стресса при работе с больными людьми и о риске возникновения выгорания. По сути, первичная профилактика синдрома выгорания должна начинаться уже во время обучения в вузе и включать два основных направления:

1. Информационное направление. При изучении различных клинических дисциплин целесообразно дать студентам информацию о требованиях к физическому и психологическому состоянию, которые необходимы для успешной работы в той и или иной области медицины, а также о факторах риска развития выгорания и его профилактике в различных специальностях. Например, для работы хирургом, реаниматологом, психиатром или педиатром, помимо ряда общих характеристик личности необходим ряд специфических особенностей не только психологических, но и физических. В этом случае здоровый образ жизни, в самом широком смысле этого понятия, должен стать неотъемлемой частью профессионального мышления студента-медика.

2. Обучающее направление. На этапе дипломного образования целесообразно обучение студентов базовым навыкам профессиональной коммуникации и навыкам психологической защиты. Эти навыки, по сути, отрабатываются на каждой клинической кафедре. Просто необходимо обратить внимание студентов на значимость этих коммуникаций не только для пациентов, но и для персонала. Изучая медицинскую психологию и психиатрию, необходимо расширять знания о психологии взаимоотношений в системе «врач-сестра-больной». Заканчивая медицинский вуз, врач уже будет иметь базовые знания о профессиональных деформациях и их профилактике, а также первичные навыки самопомощи.

Период последиplomного образования включает в себя этап обучения в интернатуре (резидентуре) и этапы прохождения курсов повышения квалификации. Как показывает опыт, наиболее реальным и продуктивным периодом для рассмотрения многочисленных проблем выгорания являются периоды обучения врачей в интернатуре (резидентуре) и на циклах тематического усовершенствования врачей.

Период обучения в интернатуре (резидентуре) является основным этапом профессионализации, в течение которого проблема выгорания должна быть рассмотрена очень подробно с учетом специфики избранной специальности. Оптимальным подходом к обучению молодого специалиста является личностно ориентированная подготовка с акцентом на развитии личности врача и формировании его продуктивных взаимоотношений с пациентами [Spitzer, Burke 1993]. На лекциях и семинарах целесообразно рассмотреть следующих тем:

1. Влияние профессиональной деятельности на личность врача.
2. Масштаб проблемы выгорания у медицинских работников.
3. Факторы, санкционирующие и лимитирующие развитие выгорания.
4. Характеристика синдрома выгорания и его признаки.
5. Динамика развития синдрома выгорания и модели его формирования.
6. Особенности синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб (психиатры, наркологи, психотерапевты, телефонные консультанты, социальные работники, средний и младший медицинский персонал).
7. Особенности терапевтического альянса врача, медицинского персонала и больного в психиатрических службах.
8. Профессиональные кризисы личности врача.
9. Коррекция и профилактика выгорания.

Помимо теоретических занятий, отражающих все многообразие проблемы выгорания, необходимо проведение тренингов и групповых занятий, на которых интерны будут обучаться:

- 1) техникам контроля собственного времени;
- 2) коммуникационным навыкам при общении с пациентами;
- 3) выработке уверенности в себе;
- 4) техникам релаксации;
- 5) техникам, направленным на повышение переносимости человеком профессионального стресса (аутогенная тренировка, «прививка от стресса», систематическая десенсибилизация и т.п.)
- 6) принципам проведения дебрифинга после критической ситуации.

Желательно также провести психологическое обследование интернов на предмет выявления синдрома выгорания (только после получения их согласия на проведение тестирования). С молодыми докторами, у которых

выявлены признаки выгорания, целесообразно провести коррекционные мероприятия.

На этапе обучения на курсах повышения квалификации бесспорным преимуществом обучающих мероприятий является повышение не только переносимости человеком профессионального стресса, но и мотивации к личностному росту персонала и его сплоченности, что особенно важно при бригадной форме работы. Кроме того, для проведения образовательных программ требуются относительно небольшие материальные затраты. Обучающие программы могут осуществляться в различной форме, иметь разную продолжительность и различное содержание. Они могут проводиться для группы специалистов из одной организации или для группы из разных медицинских учреждений. Кроме того, в группу могут быть включены специалисты разных направлений либо представители одной специальности. В каждом конкретном случае в тематике должна быть отражена профессиональная специфика именно этой группы слушателей.

К сожалению, в дальнейшем только те психиатры, которые специализируются в области психотерапии, глубоко изучают свои психологические защиты, анализируют феномены, возникающие при общении с пациентом, периодически участвуют в тренингах, группах личностного роста, то есть профессионально занимаются профилактикой и коррекцией выгорания у себя.

Поэтому прежде всего именно у «чистых» психиатров, судебных и детских психиатров, суицидологов, а также наркологов необходимо во время циклов тематического усовершенствования (а при возможности и предаттестационных циклов) проводить хотя бы несколько занятий, направленных на ознакомление с проблемой выгорания и методами его профилактики и коррекции. Перечень общих тем лекций, семинарских и практических занятий приведен выше. Вместе с тем у врачей различных отделений, с различным стажем работы и из разных возрастных групп есть свои специфические профессиональные проблемы. Например, у врача с пятилетним рабочим стажем, которому около 30 лет, риск формирования выгорания существенно отличается от такового у врача с 25-летним стажем, которому уже около 50 лет.

Для медицинского персонала, работающего в кризисном стационаре, где концентрируются пациенты с суицидальным поведением, необходима специфическая медицинская, организационная и психологическая подготовка, направленная на выработку стратегий поведения в экстренных ситуациях (например, суицид в стационаре), а также в течение нескольких месяцев после этого случая. Более подробно особенности работы с медицинским персоналом в кризисной ситуации (суицид в стационаре) описаны в монографии профессора Л.Н. Юрьевой «Клиническая суицидология» [Юрьева 2006].

Диагностика синдрома выгорания и первые этапы коррекции могут быть проведены у врачей-курсантов уже в период прохождения курсов повышения квалификации (по их желанию). Как показывает наш опыт, врачи охотно (в некоторых случаях анонимно) тестируются на предмет диагностики синдрома выгорания и получают консультации.

Британская медицинская ассоциация в 1992 году признала необходимость внесения изменений в учебные программы, направленные на профилактику выгорания, на всех уровнях профессионального образования [Roberts 1997].

#### *Стратегии профилактики и коррекции синдрома выгорания*

Несмотря на то, что с момента введения в медицинский лексикон термина «синдром выгорания» прошло более 30 лет, существует немного работ, в которых описаны конкретные стратегии предупреждения выгорания у медицинских работников и приведены данные об эффективности этих мер [Водопьянова, Старченкова 2005], [Лукьянов 2007], [Cherniss 1980, 1992], [Cherniss, Dantzig 1986], [Jackson 1983], [Jenkins 1993], [Roberts 1997].

Всемирная организация здравоохранения рекомендует следующие стратегии первичной профилактики синдрома выгорания у медицинских работников [WHO 1998]:

1. Избегание предъявления слишком высоких требований к лицам, оказывающим помощь другим людям.
2. Обеспечение равномерного распределения удовлетворяющих заданий между сотрудниками.
3. Обучение сотрудников распределению времени и техникам релаксации.
4. Модификация работ, вызывающих слишком сильный стресс.
5. Поощрение формирования групп поддержки.
6. Наличие возможности работы на часть ставки.
7. Поощрение сотрудников к участию в принятии решений, влияющих на условия работы.

Изучая причины, санкционирующие развитие синдрома выгорания у врачей-психиатров и наркологов, была выявлена большая группа факторов, потенцирующих профессиональные деформации. Предлагаемые ниже превентивные меры в отношении синдрома выгорания базируются на рекомендациях ВОЗ, работах перечисленных выше авторов и построены с учетом собственных исследований факторов, потенцирующих развитие выгорания [WHO 1998], [Юр'ева 2004, 2005], [Yur'yeva 2004, 2006].

Стратегии, направленные на коррекцию личностных особенностей специалиста и фокусирующиеся на уровне персонала:

1. Проведение занятий или бесед с новыми сотрудниками, во время которых реалистически излагаются трудности и типичные фрустрирующие ситуации, возникающие при общении с больными кон-

кретного отделения и их родственниками. Даются рекомендации, которые помогут новому сотруднику совладать с типичными фрустрирующими и конфликтными ситуациями.

2. Регулярное проведение собраний и конференций с персоналом на которых обсуждается специфика работы с конкретным контингентом больных и стратегии, направленные на разрешение внутренних проблем и трудных ситуаций, возникающих в отделении. Например, работа медицинского персонала в отделениях для принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния, имеет свою специфику и свои трудные ситуации, потенцирующие выгорание персонала: побег больных, агрессивные и суицидальные попытки, нежелательный неформальный лидер в отделении (часто с криминальным прошлым), конфликтные отношения между пациентами, особые отношения между больными и персоналом и т.д. Более подробно эти ситуации и стратегии их преодоления описаны в монографии Л.Н. Юрьевой «Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния» [Юрьева 1996].
3. Обучение сотрудников стратегиям преодоления (техники контроля собственного времени, выработки уверенности в себе, релаксации) и принципам проведения дебрифинга после критической ситуации (например, после совершения пациентом суицидальной попытки или агрессивного акта).
4. Обучение персонала навыкам коммуникации в общении с пациентами и их родственниками, техникам, направленным на повышение переносимости человеком профессионального стресса.
5. Периодическое проведение «обследований» на предмет выявления синдрома выгорания. Обследование должно проводиться только по желанию сотрудника.
6. Для сотрудников из группы риска – организация индивидуально, недирективного, сосредоточенного на работе консультирования, супервизии, участия в психокоррекционных группах, предоставление возможности для обучения и т.д.
7. Создание групп взаимопомощи, объединяющих людей, выполняющих сходные виды работы и имеющих общие проблемы.

Стратегии, фокусирующиеся на терапевтической идеологии и особенностях медицинской субкультуры:

1. Изменение стиля ведения лечебного процесса, который во многом определяет терапевтическую среду в медицинском учреждении и результаты лечения. Стил ь ведения лечебного процесса взаимосвязан с особенностями лечебной идеологии, которая существенно влияет как на самочувствие медицинского персонала, так и на состояние пациентов. Доказано, что внедрение реабилитационных

технологий – мощное профилактическое средство выгорания персонала. Такой подход требует смещения акцентов с биологически ориентированной терапии (так называемого таблеткоцентризма) к психотерапевтически и социотерапевтически ориентированному лечению.

2. Коррекция медицинской субкультуры. В медицинской субкультуре принято отрицать (или скрывать) свои проблемы со здоровьем, заниматься самодиагностикой и самолечением. Поэтому первый шаг к профилактике выгорания – изменение отношения к своему здоровью и принятие на себя ответственности за его состояние. При необходимости мы обязаны изменить себя и свое отношение к профессиональным стрессам, чтобы у нас было что дать своим больным и коллегам, себе и своей семье.
3. Врач должен знать, что сверхурочная работа, работа дома после работы, работа во время выходных и отпусков – это признаки выгорания. Должно быть разделение между работой и домом, профессиональной и частной жизнью. Выгорание усиливается, если граница между ними начинает стираться и работа занимает все свободное время. Самый простой и доступный для всех способ профилактики выгорания – это участие в мероприятиях, которые позволяют расслабиться и отвлечься: прогулки, физические упражнения, танцевальные или хоровые кружки, общение с природой, искусством и т.п.
4. Преобладающая в психиатрии патерналистская модель взаимоотношений в системе «общество–врач–больной» нуждается в коррекции. Необходимость перехода к культуре партнерских отношений с пациентами продиктована не только потребностями больных, их родственников и персонала, но и Законом «О психиатрической помощи».
5. Степень выраженности синдрома выгорания зависит от целого ряда социально-экономических, социологических и психологических факторов: социально-экономического положения врача в обществе (низкого или высокого), престижности его профессии (или ее отсутствия), юридической защищенности (или уязвимости). Коррекция социально-экономического статуса медицинских работников в благоприятную для них сторону является важным фактором предупреждения синдрома выгорания [Юрьева 1996].

Стратегии, направленные на коррекцию взаимоотношений в коллективе:

1. Регулярные встречи администрации с подчиненными, во время которых обсуждаются возникшие проблемы и конфликтные ситуации. Такие встречи не только улучшают качество общения сотрудников между собой, но и способствуют уменьшению чувства непричастности к принятию решений, позволяют избежать нечет-

кости в распределении ролей и разрешить конфликты. Чем активнее персонал участвует в принятии административных решений, тем он больше удовлетворен работой и менее конфликтен [Jackson 1983].

2. Постоянный мониторинг рабочего климата в отделении (или больнице) и немедленное разрешение возникших проблем.
3. Создание условий для обучения членов коллектива групповому разрешению конфликтов и проблем.
4. Структурирование обязанностей сотрудников таким образом, чтобы среди них равномерно распределялась черновая, рутинная и неблагодарная работа. Желательно, чтобы такая работа периодически оживлялась благодарными видами деятельности.
5. Предоставление сотрудникам возможности вносить свои предложения в рабочий процесс и давать возможность внедрять их. Это способствует творческому подходу к работе, позволяет избежать рутинизации деятельности и обеспечивает личностный рост специалиста.
6. Создание возможности продвижения по службе, что способствует видению перспективы у сотрудников.
7. Для психологического благополучия персонала необходимо ограничить его работу рабочим временем и не рекомендовать распространять ее на домашнюю жизнь.

Если у врача уже имеются признаки выгорания, то психотерапевты рекомендуют исследовать причины, приведшие специалиста в профессию (психиатрию, психотерапию, наркологию, психологию, сексопатологию, судебную психиатрию и т.п.). Необходимо оценить значение, которое имеет для специалиста эта работа. Некоторые авторы для этой цели предлагают использовать разновидность экзистенциального анализа [А. Malach-Pines 2001], в ходе которого анализируется экзистенциальное значение работы психотерапевта и применяется психоаналитический подход к исследованию причин, приведших к выбору данного рода деятельности. Работа над первоначальными дефицитами, восполнению которых и служит работа психотерапевта, может снизить риск формирования синдрома выгорания [Юрьева 2004]. С учетом специфики работы с пациентами, страдающими психическими и поведенческими расстройствами, а также с учетом психотерапевтической ориентации многих психиатров наиболее продуктивной стратегией профилактики и коррекции выгорания является их участие в психокоррекционных группах.

*Психотерапевтические техники, направленные на профилактику и коррекцию синдрома выгорания*

Коррекция профессиональных коммуникативных навыков

Исходя из предпосылки, что одним из проявлений выгорания является нарушение коммуникативной составляющей межличностных отноше-

ний, D. Evans и R. Villavisanis предложили подход к его коррекции, направленный на восстановление или создание соответствующего уровня коммуникаций. Восстановление коммуникаций проходит несколько этапов с участием коллег терапевта [Evans, Villavisanis 1997].

Первый этап – это «социальная интеракция», то есть простое неструктурированное общение во время обеда или пикника, сама обстановка которого ненавязчиво играет роль айс-брейкера.

Второй этап – этап группового обмена. Постепенно фасилитатор переводит группу в режим структурированной дискуссии, темой которой является синдром выгорания, его признаки и последствия. Работа основана на принципах работы стандартной Т-группы или группы встреч [Ялом 2001].

Третий этап – заключительный. На этом этапе происходит возврат к неструктурированному общению, во время которого члены группы делятся впечатлениями и завязывают социальные контакты.

Авторы рекомендуют проводить групповые занятия на постоянной основе. Восстановленные или вновь созданные навыки социальной коммуникации становятся основой снижения стрессов и риска выгорания.

#### Супервизия

Супервизионные группы весьма полезны для налаживания рабочих отношений и для лучшего понимания проблем пациентов. Особенно полезно проводить такие группы среди участников терапевтических бригад, в которых принимают участие специалисты разных профилей и статуса (врачи нескольких специальностей, психологи, медсестры, социальные работники).

Участие в таких группах позволяет смягчить или наладить рабочие отношения, понять групповую динамику в данной бригаде специалистов, улучшить свое психологическое понимание проблем при составлении лечебных планов и в ежедневном общении с коллегами. Во время проведения супервизионных групп на обсуждение могут выноситься как проблемы пациента, так и проблемы персонала.

Обсуждая одного-двух пациентов, персонал выявляет ряд проблем, общих для многих больных, что позволяет обобщить опыт и экстраполировать его на работу с другими пациентами. Обсуждение проблем персонала, которые возникают при работе с пациентом или коллегами, позволяет выявить механизмы психологической защиты, реакции переноса и контрпереноса и их динамику. Познание персоналом проблем больных и своих собственных психологических защит может привести к применению альтернативных планов ведения пациентов и к уменьшению выгорания.

#### Балинтовские группы

В отличие от классических клинических разборов, в этих группах акцент делается не на клиническом анализе статуса пациента, а на особен-

ностях взаимоотношений между врачом и больным (реакции, сложности, неудачи), которые врачи сами выносят на обсуждение группы.

Группа врачей из 8–12 человек встречается несколько раз в месяц на протяжении нескольких лет. Такие встречи длятся, как правило, 1,5–2 часа. Проводят такие группы опытные психиатры или психологи (1–2 человека), пользующиеся авторитетом у членов группы. Стиль ведения группы – недирективный. В группу не рекомендуют включать участников, находящихся на работе в прямом подчинении. Балинтовские группы представляют особый вид супервизии, во время которой ведущий группы, используя групповые процессы, выявляет навыки и опыт всех членов группы.

Во время встреч могут использоваться ролевые игры, элементы психодрамы, тренинг сензитивности, приемы эмпатического слушания и невербальной коммуникации и др. Участники балинтовских групп проясняют собственные чувства по отношению к больному, стереотипы своего профессионального поведения, затрудняющие решение проблем и «белые пятна», препятствующие эффективной коммуникации с пациентами и коллегами.

Участие в балинтовских группах способствует позитивной трансформации профессионального «Я», дает ее участникам позитивную оценку своей профессиональной деятельности, позволяет расширить способность группы специалистов лучше понимать проблемы пациентов и принимать решения.

#### Группы поддержки

Участие персонала в поддерживающих группах способствует пониманию сознательных и бессознательных механизмов, влияющих на способность эффективно работать с пациентами, препятствующих личностному росту и позитивной групповой динамике.

Участие в таких группах связано с повышенной тревогой, так как работа в ней подразумевает откровенный разговор о чувствах, которые вызывают у участников группы пациенты, коллеги и сами участники. Целью таких групп является развитие чувствительности персонала и повышение личного чувства ответственности, что является ключевым моментом для развития персонала.

#### Т-группы (группы тренинга)

Участие в Т-группах способствует развитию коммуникативных навыков персонала, а также улучшает познание сути общения. Это позволяет участникам Т-групп расширить и изменить свои стратегии поведения, более чутко относиться к своим и чужим проблемам, помогает достичь самоидентичности и повысить самооценку.

Результатом участия персонала в этих группах является личностный рост и развитие чувства собственного достоинства. Участие в подобных группах позволяет понять групповую динамику и ее влияние на участников группы, усиливает понимание влияния персонала на пациентов и на

коллег, а также способствует развитию способности врача эмпатически идентифицироваться с пациентами. Посещение Т-групп во многих психиатрических учреждениях Англии и США считается обязательным для психиатров, проходящих ординатуру [Hook 2001].

#### Дебрифинг

Данный метод получил широкое распространение за рубежом в правоохранительных органах. После травматического события (погоня, стрельба, смерть) проводится обсуждение каждого случая. Основная цель дебрифинга – уменьшить чувство вины, купировать неадекватные и неэффективные реакции на случившееся у участников событий, что позволяет им эффективно продолжать свою работу [Felton 1998], [Roberts 1997].

Для профилактики выгорания у медицинских работников также целесообразно проведение дебрифинга после каждого травматического события (например, смерть больного или совершение суицида пациентом) [Юрьева 2006].

Во время дебрифинга все участники могут выразить свои мысли, чувства и ассоциации. Кроме того, необходимо обучение специалистов особым технологиям общения с «трудными больными» и их родственниками (умирающий больной, сообщение диагноза фатальных заболеваний, сообщение плохих новостей и т.п.).

#### Техники, направленные на укрепление личностного счастья человека

Положительный эмоциональный настрой и позитивные события, происходящие в жизни, могут выступать в качестве эффективного метода, укрепляющего ощущение счастья.

В ряде исследований показано, что счастливые люди эффективнее работают, позитивнее воспринимают себя и окружающий мир, проявляют особую общественную активность и альтруизм. В настоящее время существует ряд психотерапевтических методов, целью которых является укрепление личностного счастья человека. Среди них наиболее приемлемыми и адекватными для профилактики профессионального выгорания являются техники, направленные на регулярное создание позитивного эмоционального настроения и программу укрепления личного счастья.

#### Регулярное создание позитивного эмоционального настроения

Источником позитивного эмоционального настроения является множество приятных занятий и событий: созерцание восхода солнца и его заката, общение с близкими по духу людьми и творческая самореализация, занятие спортом и рыбалкой и т.д. Разработан специальный курс, направленный на преодоление негативных мыслей, постановку реалистических целей и преодоление депрессий [Lewinson, Graf 1973], [Аргайл 2003]. Выделяются виды деятельности, которые создают хорошее настроение на весь день и несовместимы с депрессией (табл. 1)

Таблица 1

Приятные виды деятельности, которые создают хорошее настроение на весь день [Lewinson, Graf, 1973]

Социальное взаимодействие	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общение со счастливыми людьми</li> <li>2. Умение заинтересовать собеседников своими рассказами</li> <li>3. Встречи с друзьями</li> <li>4. Признание своей сексуальной привлекательности</li> <li>5. Поцелуи</li> <li>6. Наблюдение за людьми</li> <li>7. Откровенный, искренний разговор</li> <li>8. Выслушивание признаний в любви</li> <li>9. Выражение своей любви к кому-то</li> <li>10. Ласкательные прикосновения</li> <li>11. Пребывание в обществе любимого человека</li> <li>12. Высказывание комплиментов или похвал в чей-то адрес</li> <li>13. Общение с друзьями за чашкой кофе, чая и т.п.</li> <li>14. Ощущение себя «душою общества» в компаниях, на вечеринке</li> <li>15. Ведение оживленной беседы</li> <li>16. Прослушивание радиопередач</li> <li>17. Встречи со старыми друзьями</li> <li>18. Осознание возможности выполнить чью-то просьбу о помощи или совете</li> <li>19. Умение развлечь и развеселить окружающих</li> <li>20. Традиционные сексуальные отношения</li> <li>21. Приобретение новых друзей, представителей своего пола</li> </ol>
Несовместимо с депрессией	<ol style="list-style-type: none"> <li>22. Смех</li> <li>23. Пребывание в расслабленном состоянии</li> <li>24. Мысли о чем-то приятном, что должно произойти в будущем</li> <li>25. Размышления о людях, к которым относишься с симпатией</li> <li>26. Созерцание прекрасного пейзажа</li> <li>27. Возможность дышать свежим воздухом</li> <li>28. Спокойное, умиротворенное состояние</li> <li>29. Удовольствие от пребывания на солнце</li> <li>30. Приятное ощущение от чистой одежды</li> <li>31. Наличие свободного времени</li> <li>32. Крепкий ночной сон</li> <li>33. Прослушивание музыки</li> <li>34. Улыбка при общении с людьми</li> <li>35. Радостные события в жизни родственников или друзей</li> <li>36. Ощущение присутствия Бога в своей жизни</li> <li>37. Наблюдение за дикими животными</li> </ol>

«Самозффек- тивность»	38. Умение делать что-либо самостоятельно, по-своему 39. Чтение рассказов, романов, стихов или пьес 40. Планирование или организация чего-либо 41. Умелое вождение автомобиля 42. Удачная, четкая формулировка своих мыслей 43. Планирование путешествий и отпуска 44. Приобретение новых знаний и навыков 45. Получение комплимента или похвалы в свой адрес 46. Качественное выполнение работы 47. Вкусная пища 48. Посещение ресторана 49. Общение с животными
--------------------------	--

### Программа укрепления личного счастья

Одним из психотерапевтических комплексов, которые могут быть использованы для работы с лицами, относящимися к группе риска по формированию синдрома выгорания, является «программа укрепления личного счастья», разработанная А. Fordyce [А. Fordyce 1977]. Эта программа предназначена для работы с психически здоровыми людьми и состоит из 14 элементов, часть которых используется в когнитивной терапии, то есть терапии, преследующей цель рациональной и реалистичной трактовки событий [Аргайл 2003].

В течение 6 недель ежедневно участники этой программы должны работать над следующими проблемами:

- 1) понижение ожиданий и притязаний;
- 2) развитие позитивного, оптимистического мышления;
- 3) понимание ценности счастья;
- 4) улучшение самоорганизации, умения планировать свою деятельность;
- 5) развитие «ориентации на настоящее»
- 6) сокращение негативных эмоций;
- 7) снятие беспокойства.

Участвуя в этой программе, ее участники должны были:

- 1) проводить больше времени, общаясь с людьми;
- 2) укреплять отношения с самыми близкими для них людьми;
- 3) развивать в себе дружелюбие, открытость, общительность;
- 4) учиться быть более преданными друзьями;
- 5) стать активнее;
- 6) заняться имеющей ценность, осмысленной работой.

Исследователи, изучающие влияние счастья на здоровье людей, задались вопросом: является ли счастье источником хорошего здоровья или, наоборот, здоровье – причина счастья? G. Stone et al. провели лонгитюдное исследование и показали, что хорошее настроение и положительные эмоции активируют иммунную систему, а отрицательные эмоции – угне-

тают ее [Stoneet 1987]. Причем активация или угнетение иммунной системы происходит через 3-5 дней. Кроме того, радостные события и позитивный эмоциональный настрой улучшают состояние здоровья, нормализуют артериальное давление и повышают порог болевых ощущений. Позитивный эмоциональный настрой способствует улучшению не только физического, но и психического состояния: человек становится активнее на работе, он демонстрирует более творческий стиль мышления, расширяет социальные связи, что потенцирует его личностный и карьерный рост и уменьшает вероятность формирования синдрома выгорания [Аргайл 2003], [Юрьева 2004].

### Творческое самовыражение

Терапия творчеством и творческим самовыражением многообразна и включает в себя ряд методик, которые могут с успехом применяться как для профилактики, так и для коррекции выгорания:

- 1) терапия созданием творческих произведений (художественных и научных);
- 2) терапия творческим общением с природой;
- 3) терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой;
- 4) терапия творческим коллекционированием;
- 5) терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое;
- 6) терапия ведением дневника;
- 7) терапия творческими путешествиями;
- 8) терапия творческим поиском одухотворенности в повседневном.

Основная направленность этих методик отражена в их названии. Подробное их описание читатель может найти в книге М.Е. Бурно «Терапия творческим самовыражением», в которой автор подробно излагает разработанный им психотерапевтический прием – терапию творческим самовыражением [Бурно 1989]. Преимущества этих методик терапии очевидны: для их реализации необходимо только желание человека духовно расти и совершенствоваться. Творческий процесс вырывает человека из банальной повседневности, позволяет по-иному взглянуть на мир и свое место в нем, почувствовать новый аромат жизни.

### Техники, направленные на коррекцию жизненной перспективы

Анализ динамики структуры предполагаемых жизненных сценариев у психиатров с различным стажем работы выявил прямую корреляцию между стажем работы и развитием пессимистического жизненного сценария [Юрьева 2004]. Чем стаж работы больше и врач старше, тем пессимистичнее он смотрит в будущее, и его тревога нарастает. Чаще всего основными проблемами докторов являются следующие: нереализованность, опустошенность, потеря перспективы, невозможность реализовать ранее намеченную жизненную программу, отсутствие значимых целей в будущем.

## Биографический тренинг

Целью биографического тренинга является «...формирование у личности особого «чувства пути» – своего рода «компаса», помогающего точнее ориентироваться в изменившихся жизненных обстоятельствах, вернее оценивать значимость тех или иных событий прошлого, настоящего и будущего, принимать оптимальные решения в ситуациях выбора, психологически грамотно строить отношения с членами различных событийных групп на своем жизненном пути» [Кроник 1993]. Биографический тренинг включает в себя специальные биографические приемы на основе метода групповой дискуссии, психогимнастики и элементов ролевых игр. Он может проводиться индивидуально, парно (например, с коллегами по работе) и в группе.

В процессе проведения биографического тренинга достигаются следующие задачи: 1) человек осознает истоки трудностей настоящего периода времени в контексте всего жизненного пути; 2) формирует новое отношение к жизни и установку на творческий путь самореализации и веры в свои силы и возможности; 3) улучшается межличностное общение.

Правильно оценивать ситуацию и оказать помощь в создании продуктивных стратегий поведения в изменившихся социальных условиях невозможно без анализа прошлого данной личности (чаще всего именно там находятся истоки нынешних проблем), ее настоящего и анализа представлений человека о своем будущем.

Психотерапия, ориентированная на реконструкцию будущего

Для психокоррекции представлений о своем будущем целесообразно применение психотерапии, ориентированной на реконструкцию будущего (ПОРП), созданную современным американским психотерапевтом F.T. Melges [Melges 1982]. F.T. Melges выдвинул гипотезу, противоположную утверждениям психоаналитиков, согласно которой «будущее влияет на настоящее».

Показаниями к применению ПОРП являются:

- 1) заниженная самооценка;
- 2) недостаточно прочное чувство собственной идентичности личности или кризис идентичности;
- 3) невротические состояния;
- 4) зависимое поведение;
- 5) искажение будущей временной перспективы;
- 6) наличие в прошлом выраженных психотравмирующих ситуаций, переживаемых человеком в «психологическом настоящем»;
- 7) кризисы жизненных периодов (особенно середины жизни).

ПОРП базируется преимущественно на принципах футурирования и временной организации. Самофутурирование — это процесс визуализации будущих возможностей и перенесение ожидаемых картин будущего в психологическое настоящее, что позволяет человеку делать выбор относи-

тельно становления собственного «Я». Естественно, что наиболее продуктивна работа с лицами, легко визуализирующими образы.

Коррекция временной организации осуществляется посредством следующих приемов:

1. Обратная связь.
2. Соединение образов с прошлым.
3. Использование наличных факторов среды для напоминания об образах будущего.
4. Репетиции будущего (относительно близкого и отдаленного).

Репетиции будущего могут осуществляться посредством составления будущей автобиографии, ролевых игр времен, психодрамой будущего. ПОРП может комбинироваться также с семейной и групповой терапией.

Устранение признаков профессионального выгорания во многом зависит от выработки и совершенствования психологической защиты в процессе профессионального и личностного роста. Поэтому при возникновении фрустрирующих ситуаций полезно использовать зрелые механизмы психологической защиты, к которым относят юмор, альтруизм, сублимацию, аскетизм и антиципацию.

Вышеизложенные авторские программы, ориентированные на профилактику и коррекцию синдрома выгорания у врачей-психиатров, могут быть использованы (с модификацией) и в других медицинских специальностях; их внедрение должно стать важным элементом дипломного и последипломного профессионального медицинского образования. Следует помнить, что «преобладающая особенность врачебной профессии – отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем» [King 1993]. К сожалению, это наблюдение М.В. King характеризует ментальность не только английских врачей, оно актуально и для отечественных медиков. Самодиагностика и самолечение, страх заболеть и неверие в терапию, боязнь прослыть больным и вечный дефицит времени у медицинского персонала, экономические трудности, отсутствие специалистов, ориентированных на коррекцию симптомов выгорания, невыраженная профилактическая направленность мышления многих руководителей – вот далеко не полный перечень факторов, которые могут затруднить широкое внедрение профилактических и коррекционных программ в отношении выгорания в лечебные учреждения. Но G.A. Roberts мудро заметил: «Если мы не проявляем инициативу в разработке своей собственной стратегии в отношении «выгорания», может так случиться, что никто другой этого не сделает и ничего не изменится» [Roberts 1997]. И тогда известное изречение Ван Тульпа, характеризующее судьбу врачей, – «светя другим сгораю сам» – будет по-прежнему актуальным, и заболеваемость среди медицинских работников останется на прежнем, очень высоком, уровне. Но кто же тогда будет качественно лечить пациентов?

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. — М.: Мысль, 1991. — 299 с.
- Абульханова-Славская К.А. Время личности и время жизни. — СПб., 2001. — 299 с.
- Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. — М.: Фонд «За экономическую грамотность», 1995. — 291 с.
- Алмаев Н.А., Малкова Г.Ю. Оценка психометрических свойств методики «Индекс жизненного стиля» Плутчика – Келлермана // Вопросы психологии. — 2006. — № 4. — С. 151–159.
- Аминов Н.А. Дифференциальный подход к исследованию структурной организации главных компонентов педагогических способностей // Вопросы психологии. — 1995. — № 5. — С. 5–19.
- Аминов Н.А. Психофизиологические и психологические предпосылки педагогических способностей // Вопросы психологии. — 1988. — № 5. — С. 71–77.
- Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. — М.: Наука, 1977. — 380 с.
- Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. — 339 с.
- Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 448 с.
- Анцыферова Л.И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития // Психологический журнал. — 1999. — Т. 20. — № 1. — С. 6–19.
- Аргайл М. Психология счастья. — СПб.: Питер, 2003. — 271 с.
- Баранов А.А. О психологической типологии стрессоустойчивости педагога // Психология созидания. — 2000. — Т. 7. — Вып. 2.
- Баранов А.А. Стрессоустойчивость и мастерство педагога. — Ижевск: Изд-во Удм. ун-та, 1997.
- Безносков С.П. Профессиональная деформация и воспитание личности. // Психологическое обеспечение социального развития личности. — Л.: ЛГУ, 1989. — С. 69–74.
- Безносков С.П. Профессиональная деформация личности. — СПб.: Речь, 2004. — 272 с.
- Беребин М.А., Вассерман Л.И. Факторы риска пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1994. — № 46. — С. 12.
- Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988.
- Бодров В.А. Информационный стресс. — М.: Изд-во «Пер Сэ», 2000.

Бодров В.А. Практикум по дифференциальной психодиагностики профессиональной пригодности: Учеб. пособие / Под общ. ред. В.А. Бодрова. — М.: ПЕР СЭ, 2003.

Бодров В.А. Психологические исследования проблемы профессионализации личности // Психологические исследования проблемы формирования личности профессионала / Под ред. В.А. Бодрова. — М., 1991. — С. 34–46.

Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. — М., 2006. — 528 с.

Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности. Теоретические и прикладные проблемы. — М., 2006.

Божович Л.И. Проблемы формирования личности / Под ред. Д.И. Фельдштейна. — 2-е изд. — М.: Изд-во «Ин-т практ. псих.», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997.

Бойко В.В. Правила эмоционального поведения. — СПб., 1998.

Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. — СПб., 1999. — 30 с.

Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Информац. издат. дом «Филин», 1996. — 472 с

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

Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: Дисс. канд. психол. наук. — Ярославль, 2004.

Борисова М.В. Психологические детерминанты психического выгорания у педагогов: Дисс. канд. психол. наук. — Ярославль, 2004. — 190 с.

Бразговская С.В. Психологические особенности работников службы скорой медицинской помощи // Сб. ст. по матер. лучших дипломных работ выпускников психологии СПбГУ 2005 года. — СПб., 2006. — С. 32–39.

Братченко С.Л. Диагностика личностно-развивающего потенциала: Методическое пособие для школьных психологов. — Псков, 1997. — 68 с.

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер, 2001. — 528 с.

Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Медицина, 1989. — 304 с.

Быков С.И., Назмутдинов А.Р., Романов Е.А. Факторы риска синдрома «эмоционального сгорания» у студентов-медиков // Матер. Междунар. конф. психиатров. — М.: РЦ «Фармединфо», 1998. — С. 240–241.

Васильюк Ф.Е. Психология переживания. — М., 1984. — 200 с.

Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Под ред. Л.И. Вассермана. — СПб.: Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1999. — 49 с.

Величковская С.Б. Зависимость возникновения и развития стресса в профессиональной деятельности педагогов: Дисс. ... канд. психол. наук. —

М., 2005.

Величковская С.Б. Проблема развития профессионального «выгорания». Синдром «выгорания» у преподавателей иностранного языка // Психологические и педагогические проблемы развития образования: Вестник МГЛУ. — 2004. — Вып. 484.

Вершловский С.Г. Психолого-педагогические проблемы деятельности молодого учителя. — Л., 1983. — 328 с.

Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 1. — С. 19–21.

Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. — М., 1976.

Винокур В.А. Балинтовские группы в системе супервизии врачей-психотерапевтов // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: Сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. — СПб.: Санкт-Петербургский науч. исслед. психоневролог. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2006. — С. 20–21.

Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. — С. 443–463.

Водопьянова Н.Е. Синдром психического «выгорания» // Мир медицины. — 2001. — № 7–8. — С. 39–40.

Водопьянова Н.Е., Серебрякова А.Б., Старченкова Е.С. Синдром «психического выгорания» в управленческой деятельности // Вестник СПбГУ. — 1997. — Сер. 6. — Вып. 7 (№ 13). — С. 84–90.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. «Психическое выгорание» и качество жизни // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. Л.А. Коростылевой. — СПб., 2002.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. «Синдром выгорания» в системе «человек-человек» // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. — СПб: Изд-во «Питер-Пресс», 2001.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Стратегии и модели преодолевающего поведения // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. — СПб: Изд-во «Питер-Пресс», 2001.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — 2-е изд. — Питер, 2007. — 336 с.

Габович Р.Д., Познанский С.С., Шахбазян Г.Х. Гигиена: Учебник для студентов медицинских институтов. — 2-е изд. — М: «Медицина», 1971. — 430 с.

Гавриленко М.А. К вопросу о развитии синдрома «выгорания» у врачей психиатров-психотерапевтов // Арх. психіатрії. — 2002. — № 4 (31). — С. 192–194.

Геллерштейн С.Г. Вопросы психологии труда // Психологическая наука в СССР. — М., 1960. — Т.2. — С. 103–130.

Глуханюк Н.С. Психологические основы развития педагога как субъекта профессионализации: Дисс. ...д-ра психол. наук. — Екатеринбург, 2001. — 313 с.

Гнедова С.Б. Особенности синдрома «эмоционального выгорания» у специалистов коррекционно-развивающего обучения // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. — Курск: КГУ, 2007. — С. 35–38.

Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. — СПб.: Речь, 2002. — 162 с.

Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализационный тест. — М., 1995. — 54 с.

Головей Л.А., Петраш М.Д. К проблеме соотношения возрастного и профессионального развития личности // Матер. науч.-практ. конф. «Ананьевские чтения – 2004» / Под общ. ред. Л.А. Цветковой, Г.М. Яковлева. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004. — С. 100–108.

Горелова Г.Г. Личность и профессия: Профессионально-личностная реадаптация в условиях «тройного» кризиса. — Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2001.

Горохова М.Ю. Роль личностного фактора в возникновении и развитии феномена эмоционального выгорания: Автореф. канд. дисс. — М., 2004.

Грановская Р.М. Элементы практической психологии. — СПб., 2000. — 665 с.

Гримак Л.Л. Магия биополя. Энергоинформационное лечение. — М., 1994.

Гримак Л.Л. Энергоактивирующая гипнотерапия // Прикладная психология. — 2002. — № 1. — С. 85–90.

Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. — СПб., 1997. — С. 143–156.

Гузиков Б.М., Зобнев В.М. Современные проблемы медико-психологической реабилитации больных, зависимых от психоактивных веществ // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сб. науч. тр. — СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2001. — Т. 137. — С. 157–165.

Гуреева И.Л. Качество жизни и феномен «эмоционального выгорания» у медицинских работников // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Матер. юбилейной конф., посвященной 50-летию Городской психиатрической больницы № 4 г. Санкт-Петербурга. — СПб., 2005. — С. 74–79.

Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т.11. — № 3. — С. 5–13.

Деркач А.А., Маркова А.К. Профессиограмма государственного служащего. — М., 1999. — 93 с.

Дикая Л. Г. Системно-деятельностная концепция психофизиологического состояния человека // Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа. — М.: Изд-во ИП РАН, 1999.

Дикая Л.Г. Особенности регуляции функционального состояния оператора в процессе адаптации к особым условиям // Психологические проблемы деятельности в особых условиях / Под ред. Б.Ф. Ломова, Ю.М. Забродина. — М.: Наука, 1985.

Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход). — М.: Изд-во ИП РАН, 2003.

Додонов Б.И. Классификация эмоций при исследовании эмоциональной направленности личности // Вопросы психологии. — 1975. — № 6.

Додонов Б.И. Эмоции как ценность. — М.: Политиздат, 1978.

Донская Л.В., Линчевский Э.Э. Психофизиологические аспекты труда работников сферы обслуживания. — Л.: Медицина, 1979. — 168 с.

Доценко О.Н. Выраженность эмоционального выгорания у представителей профессиональной деятельности типа «человек-человек» с разными профилями эмоциональной направленности // Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития современной России: Матер. межрегион. науч.-практ. конф. — М.: МГУ, 2005. — С. 138–139.

Ермошин А.Ф. Вещи в теле. — М., 2003.

Завалишина Д.Н. Практическое мышление: Специфика и проблемы развития. — М.: Изд-во ИП РАН, 2005. — 190 с.

Занковский А.Н. Профессиональный стресс и функциональные состояния // Психологические проблемы профессиональной деятельности. — М.: Наука, 1991.

Заремба Г.Ф. Фрустрация в профессиональной деятельности учителя начальной школы и условия ее преодоления: Дисс. ... канд. психол. наук. — М., 1982.

Захаревич А.С. Дыхание, сознание, здоровье человека. Опыт теоретического и экспериментального исследования дыхательных психотехнологий. — СПб., 2003.

Захаревич А.С., Горюнов А.В., Тонков В.В. Основы биосенсорной психологии и психотерапии. — СПб., 2003.

Захаревич А.С., Тонков В.В. Биосенсорная психотерапия // Матер. четвертого паназиатского конгресса «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен». — Екатеринбург, 2007. — С. 53–61.

Захарова Л.Н., Сергеюк П.И., Кузьмина М.П. Тревога, эмоциональная напряженность и стресс в профессиональной деятельности учителя // Психология человека в условиях социальной нестабильности / Под ред. Б.А. Сосновской. — М.: Изд-во МПГУ, 1994.

Зеер Э.Ф. Профессиональное становление личности инженера-педагога. — Свердловск, 1988. — 220 с.

Зеер Э.Ф. Психологические основы профессионального становления личности инженера-педагога: Автореф. дисс. ... д-ра. психол. наук. — Л., 1988.

Зеер Э.Ф. Психология профессий. — М.: Фонд «Мир», 2005. — 330 с.

Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Кризисы профессионального становления личности // Психологический журнал. — 1997. — Т. 18. — № 6. — С. 35–44.

Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Психология профессиональных деструкций. — М.: Академический Проект: Екатеринбург: Деловая книга, 2005.

Знаков В.В. Психология человеческого бытия и трудные жизненные ситуации. Человек как субъект совладания // Психология совладающего поведения: Матер. междунар. науч.-практ. конф. — Кострома, 2007.

Игнатов В.Г., Белолипецкий В.К. Профессиональная культура и профессионализм государственной службы. — Ростов н/Д, 2000. — 251 с.

Кабанов М.М. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. — СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. — 498 с.

Кабаченко Т.С. Психология в управлении человеческими ресурсами. — СПб.: Питер, 2003.

Калашникова С.А. Адекватность профессионального самоопределения и ее проявление в развитии синдрома «профессионального выгорания» в особых условиях деятельности: Дисс. ... канд. психол. наук. — Барнаул, 2004. — 206 с.

Каннабих Ю. История психиатрии. — М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. — 387 с.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994. — Т. 2. — С. 20.

Карвасарский Б.Д. Методика исследования копинг-поведения у больных невротами (в связи с задачами оценки эффективности психотерапии) / Авт.-сост.: Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В. Васильева, Г.Л.

Исурина, Т.А. Караваева, Р.К. Назыров, Е.И. Чехлатый. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2005. — 28 с.

Карпов А.В. Психология труда / Под ред. А.В. Карпова. — М.: Владос, 2003. — 350 с.

Карпов А.В., Орёл В.Е. Закономерности взаимосвязи психического выгорания и когнитивной сферы // Ярославский психологический вестник. — М.; Ярославль: Изд-во «Российское психол. об-во». — 2005. — Вып. 14. — С. 54–59.

Карпова Э.Э. Влияние системности знаний на психологическую устойчивость учителя // Психологическая устойчивость профессиональной деятельности: Тез. семинара. — Москва-Одесса, 1984.

Касл С.В. Эпидемиологический подход к изучению стресса в труде // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия / Сост. А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. — М.: Изд-во Радикс, 1995.

Кемпински А. Психопатология неврозов. — Варшава: Польское мед. изд-во, 1975. — 399 с.

Кириленко А.А. Психологические детерминанты профессионального стресса у представителей профессии типа «человек-человек»: Дисс. ...канд. психол. наук. — Киев, 2007.

Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. — М.: Наука, 1983.

Климов Е.А. Введение в психологию труда. — М.: Культура и спорт, 1998.

Климов Е.А. Психология профессионала. — М.: Изд-во «Ин-т практ. психол.»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. — 400 с.

Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. — М.: Изд. центр «Академия», 2005.

Клищевская М.В., Солнцева Г.Н. Профессионально-важные качества врача как необходимые и достаточные условия прогнозирования успешной деятельности // Вестник МГУ. — Сер. 14. Психология. — 1999. — № 4. — С. 134–138.

Ковалева Н.А. Личностные особенности педагогов школы-интерната как фактор развития эмоционального выгорания // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. — Курск: КГУ, 2007. — С. 80–82.

Кожевникова Э.П. Педагогическая индифферентность как разновидность профессиональных деформаций учителя // Психология созидания. — 2000. — Т. 7. — Вып. 2.

Козина Н.В. Исследование эмпатии и ее влияния на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников: Автореф. дисс ... канд. психол. наук. — СПб., 1998 — 25 с.

Кокс Т., Маккей К. Трансактный подход к изучению производствен-

ного стресса // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия / Сост. А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. — М.: Изд-во Радикс, 1995.

Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага: Мед. изд-во «Авиценум», 1983.

Крапивина О.В. Эмоциональное выгорание как форма профессиональной деформации у пенитенциарных служащих: Дисс. ...канд. психол. наук. — Тамбов, 2004. — 200 с.

Кроник А.А. LifeLine и другие новые методы психологии жизненного пути / Сост. и общ. ред. А.А. Кроника. — М.: Изд. группа «Прогресс» — «Культура», 1993. — 230 с.

Крюкова Т.Л. Человек как субъект совладания // Психология совладающего поведения: Мат. междунар. науч.-практ. конф. — Кострома, 2007.

Кудрявцев Т.В. Психология профессионального обучения и воспитания. — М., 1986. — 215 с.

Кудрявцев Т.В. Психолого-педагогические проблемы высшей школы // Вопросы психологии. — № 2. — 1981. — С. 20–31.

Кудрявцев Т.В., Сухарев А.В. Влияние характерологических особенностей личности на динамику профессионального самоопределения // Вопросы психологии. — 1985. — № 1. — С. 86–94.

Кудрявцев Т.В., Шегурова В.Ю. Психологический анализ динамики профессионального самоопределения личности // Вопросы психологии. — 1983. — № 2. — С. 51–60.

Кузнецова Л.В., Феофанов В.Н. Психическое выгорание и самореализация педагогов специальных (коррекционных) общеобразовательных школ // Современные технологии диагностики, профилактики и коррекции нарушений в развитии: Науч.-практ. конф., посвященная 10-летию МГПУ. — М.: МГПУ, 2005. — С. 20–32.

Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. — СПб.: Речь. 2002. — 236 с.

Купер К.Л., Маршалл Дж. Источники стресса «белых воротничков» // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / Сост. А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. — М.: Изд-во Радикс, 1995.

Кутузова Д.А. Организация деятельности и стиль саморегуляции как факторы профессионального выгорания педагога-психолога: Дисс. ...канд. психол. наук. — М., 2006.

Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс врачей стоматологов и методы его коррекции: Дисс. ...д-ра. мед. наук. — М., 2003.

Ледер С. Дискуссионные вопросы развития психотерапии // Психотерапия: От теории к практике: Матер. I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. — СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1995. — С. 16–20.

Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики и профилактики и коррекции // Психологический журнал. — 2004. — Т. 25. — № 2.

Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник МГУ. — Сер. 14 «Психология». — 2000. — № 3. — С. 4–20.

Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. — М.: МГУ, 1984.

Леонова А.Б., Капица М.С. Методы субъективной оценки функциональных состояний человека // Практикум по инженерной психологии и эргономике / Под ред. Ю.К. Стрелкова. — М.: Изд-во Академия, 2003.

Леонова А.Б., Мотовилина И.А. Профессиональный стресс в процессе организационных изменений // Психологический журнал. — 2006. — Т. 27. — № 2. — С. 79–92.

Леонова А.Б., Чернышева О.Н. Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия. — М., 1995. — 443 с.

Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики // Вестник РАТЭПП. — 1995. — № 1.

Лозинская Е.И. Изучение взаимосвязи между типами профессиональных конфликтов и синдромом перегорания // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: Сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. — СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2006. — С. 38–39.

Лозинская Е.И. Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — СПб., 2007. — 25 с.

Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы в психологии. — М.: Большая наука, 1984.

Лукиянов В.В. Взгляд на проблему исследования синдрома эмоционального выгорания у врачей-наркологов // Вестник психотерапии. — 2006. — № 17. — С. 54–61.

Лукиянов В.В. Влияние стажа профессиональной деятельности и уровня эмпатии на структуру синдрома выгорания у врачей-наркологов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2007. — № 1. — С. 18–19.

Лукиянов В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. — СПб., 2007. — 53 с.

Лукиянов В.В. Особенности синдрома «выгорания» у психиатров-наркологов // Матер. юбилейной науч. сессии «Психоневрология в совре-

менном мире». — СПб.: Санкт-Петербургский психоневрол. науч.-исслед. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2007. — С. 189.

Лукьянов В.В. Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): Сб. науч. ст. / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. — Курск: КГУ, 2007. — 169 с.

Лукьянов В.В. Синдром «эмоционального выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов // Наркология. — 2007. — № 10. — С. 45–51.

Лукьянов В.В. Синдром выгорания и совладающие механизмы у психиатров-наркологов // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. — 2008. — Т. XL. — Вып. 1. — С. 103–104.

Лукьянов В.В., Ежеленко С.В. Исследование синдрома выгорания у психиатров-наркологов // Матер. науч.-практ. конф. «Ананьевские чтения – 2007» / Под ред. Л.А. Цветковой. — СПб.: Издательство СПбГУ, 2007. — С. 459–461.

Лукьянов В.В., Игумнов С.А. Психодинамический подход к исследованию синдрома «выгорания» у психиатров-наркологов // Психотерапия и клиническая психология. — 2007. — № 2 (21). — С. 32–33.

Львова Ю.Л. Творческая лаборатория учителя: книга для учителя. — М.: Просвещение, 1992.

Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ — восточная версия. — М., 2002. — 157 с.

Макмихаэл Э. Дж. Личность, поведение и ситуационные изменения при адаптации к профессиональным стрессам // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия / Сост. А.Б. Леонова, О.Н. Чернышева. — М.: Изд-во Радикс, 1995.

Мальцева Н.В. Проявления синдрома психического выгорания в процессе профессионализации учителя в зависимости от возраста и стажа работы: Дис. ...канд. психол. наук. — Екатеринбург, 2005. — 212 с.

Маничев С.А. Критические жизненные события и профессиональное выгорание // Психологические проблемы самореализации личности. — СПб.: Изд. СПбГУ, 2001. — Вып. 5. — С. 192.

Маркова А.К. Психология профессионализма. — М.: Знание, 1996. — 308 с.

Маркова А.К. Психология труда учителя. — М.: Просвещение, 1993. — 192 с.

Масленникова Н.В. Особенности восприятия учителя старшими подростками с задержкой психического развития: Дис. ... канд. психол. наук. — Н. Новгород, 2004. — 253 с.

Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. — М.: «Просвещение», 1985. — 319 с.

Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: Медицина, 1997. — С. 202.

Менегетти А. Клиническая онтопсихология. — М., 1997.

Менегетти А. Пять уроков онтопсихологии. — М., 1997.

Мильруд Р.П. Формирование эмоциональной регуляции поведения учителя // Вопросы психологии. — 1987. — № 6.

Минаков В.Ф., Куценко Г.И., Сошников Е.И. и др. Труд и здоровье медицинских работников / Под ред. В.К. Овчарова. — М.: Медицина, 1985. — 216 с.

Митина Л.М. Психология труда и профессионального развития учителя. — М.: Академия, 2004. — 320 с.

Митина Л.М. Учитель как личность и как профессионал. Психологические проблемы. — М., 1994. — 216 с.

Митина Л.М., Асмаковец Е.С. Эмоциональная гибкость учителя: психологическое содержание, диагностика, коррекция. — М.: Изд-во Флинта, 2001.

МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 1994. — 208 с.

Моросанова В.И., Коноз Е.М. Стилевая саморегуляция поведения человека // Вопросы психологии. — 2000. — № 2. — С. 118–127.

Мотовилина И.А. Профессиональный стресс в условиях организационных изменений: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2003.

Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. — 1997. — № 5. — С.20–30.

Наследов А.Д., Тарасов С.Г. Применение математических методов в психологии: Учеб. пособие. — СПб.: Изд. СПбГУ, 2001. — 208 с.

Никифоров Г.С. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. — СПб., 2001. — 448 с.

Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2002. — 256 с.

Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. — СПб.: Речь, 2006. — 352 с.

Нуллер Ю.Л. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз.; Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб: Адис, 1994. — 304 с.

Окусов А.П. Чиновник. — Ростов н/Д, 2004. — 198 с.

Орёл В.Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. — Ярославль, 1999. — С. 76–97.

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

Орёл В.Е., Герасимова А.А. Общие закономерности и специфика структурной организации интеллекта под воздействием психического выгорания // Ярославский психологический вестник. — М., Ярославль: Изд-во «Российское психол. об-во», 2005. — Вып. 17. — С. 65–68.

Орёл В.Е., Рукавишников А.А. Адаптация методики диагностики феномена психического выгорания // Общество, образование, человек. — Ярославль: ЯГПУ, 1999. — С. 164–166.

Орёл В.Е., Рукавишников А.А. Исследование влияния факторов рабочей среды на феномен психического выгорания в профессиях социальной сферы // Социальная психология XXI век. — Ярославль, 1999. — Т. 2. — С. 164–167.

Орёл В.Е. Синдром психического выгорания личности. — М.: Институт психологии РАН, 2005. — 330 с.

Петраш М.Д., Бойков А.А., Федоров П.Н. Синдром «эмоционального выгорания» как вид эмоциональной истощенности и редуцированной работоспособности в профессиональной деятельности медперсонала скорой помощи // Скорая медицинская помощь. — 2003. — Т. 4. — №3. — С.17–20.

Поварёнков Ю.П. Введение в психологию труда: Учебное пособие для студ. вузов. — Киров: Изд-во ВятГГУ, 2006. — 134 с.

Поварёнков Ю.П. Психологическое содержание профессионального становления человека. — М., 2002. — 175 с.

Повереннова А. Обучающая программа для волонтеров подросткового «Телефона Доверия» // Практика телефонного консультирования: Хрестоматия / Ред.-сост. А.Н. Моховиков. — М.: Смысл, 2001. — С.325–328.

Подымов Н.А. Психологические барьеры в педагогической деятельности. — М.: Прометей, 1998.

Пономаренко В.А. Психология духовности. — М.: Магистр, 1998.

Пономаренко В.А. Психология жизни и труда летчика. — М., 1992. — 246 с.

Прохоров А.О. Психические состояния школьников и учителя в процессе их взаимодействия на уроке // Вопросы психологии. — 1990. — № 6. — С. 68–74.

Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний. — М.: Изд-во ИП РАН, 1998.

Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей // Вопросы психологии. — 1997. — № 1.

Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. — М.: Наука, 1979.

Робертс Г.А. Профилактика выгорания // Обзор современной психиатрии. — 1998. — № 1. — С. 39–46.

Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. — 2002. — Т. 23. — № 3. — С. 85–95.

Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб.: Питер, 2000. — 384 с.

Рукавишников А.А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: Дисс. ...канд. психологических наук. — Ярославль, 2001. — 173 с.

Рукавишников А.А. Опросник психического выгорания для учителей. Руководство. — Ярославль, 2001. — 14 с.

Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — 560 с.

Рыбина О.В. Методические подходы к диагностике профессионального стресса у врачей-психиатров // Медицинская психология в практическом здравоохранении: Сб. работ. — СПб.: Изд-ий дом СПбМАПО, 2003. — С. 68–72.

Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — СПб., 2005. — 22 с.

Рыбина О.В., Соколовская Т.В. Характеристика защитно-совладающего поведения врачей-психиатров и врачей хирургических специальностей // Актуальные вопросы клинической психологии и психофизиологии. — СПб., 2004. — С. 263–267.

Самоукина Н.В. Управление персоналом: российский опыт. — СПб., 2003.

Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / Под ред. П.И. Сидорова. — М.: Медпрессинформ, 2006. — 586 с.

Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. — 2005. — № 43.

Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Синдром профессионального выгорания: Учеб. пособие / Под ред. П.И. Сидорова. — Архангельск: Северный гос. мед. университет, 2007. — 176 с.

Сили М.Ф. Горячие линии: Американские перспективы // Практика телефонного консультирования: Хрестоматия / Ред.-сост. А.Н. Моховиков. — М.: Смысл, 2001. — С. 9–123.

Симонов П.В. Эмоциональный мозг. — М.: Медицина, 1981. — 215с.

Синельников В.В. Тайны подсознания. — М., 2006.

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

Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья: Автореф. дисс. ...канд. психол. наук. — Минск, 2003.

Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья // Белорусский медицинский журнал. — 2002. — № 2. — С. 12–18.

Собчик Л.Н. Психодиагностика в профориентации и кадровом отборе. — СПб., 2002. — 66 с.

Соловейчик М. Профилактика профессионального «выгорания» // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Матер. юбилейной конф., посвященной 50-летию Городской психиатрической больницы № 4 г. Санкт-Петербурга. — СПб.: Фонд «Содружество», 2005. — С. 80–88.

Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. Учебное пособие. — М.: Планета детей, 1997. — С. 235–245.

Старченкова Е.С. Профессиональные стрессы и синдром «выгорания» // Менеджмент и культура: Сб. науч. тр. — СПб, 1998.

Старченкова Е.С. Психологические факторы профессионального «выгорания» (на примере деятельности торгового агента). Автореф. ...дисс. канд. психол. наук. — СПб., 2002.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М.: «Когито-Центр», 2005. — 376 с.

Сыманюк Э.Э. Психология профессионально-обусловленных кризисов. — М: Изд-во МПСИ, 2004. — 320 с.

Тернопол В.Я. Структурно-психологические закономерности субъектных детерминант профессиональной адаптации: Дисс. канд. психол. наук. — 2001. — 223 с.

Толочек В.А. Организационная психология и стили профессиональной деятельности государственных служащих. — М., 2003. — 155 с.

Тонков В.В. Беседы о сверхсознательном. — СПб, 1994.

Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В. Методика оценки уровня психического здоровья // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сб. науч. тр. — СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. — 2001. — Т. 137. — С. 353–361.

Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В., Бродская Е.В. Я-структурный тест Аммона: Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: Пособие для психологов и врачей. — СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. — 1998. — 70 с.

Турчинов А.И. Профессионализация и кадровая политика. — М., 1998. — 271 с.

Улыбина О.В. Особенности взаимоотношения педагога и детей с задержкой психического развития в зависимости от стиля педагогического общения: Дис. ... канд. психол. наук. — Н. Новгород, 2004. — 233 с.

Урбанович А.А. Психология управления: Учебн. пособие. — Минск, 2004.

Филина С.В. Как «не стореть» на работе // Вестник практической психологии образования. — 2005. — № 2/3. — С. 58–62.

Филина С.В. О «синдроме профессионального выгорания» и технике безопасности в работе педагогов и других специалистов социальной сферы // Школьный психолог. — 2003. — № 36. — С. 18–19.

Филиппченкова С.И. Особенности преодоления стресса в профессиональной деятельности сотрудников дорожно-патрульной службы: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — Тверь, 2002. — 28 с.

Фонарев А.Р. Психология становления личности профессионала. — М.: Изд-во Московского психол.-соц. ин-та; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2005.

Фонарёв А.Р. Формы становления личности в процессе её профессионализации // Вопросы психологии. — 1997. — № 2.

Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. — 1994. — № 6. — С. 57 – 64.

Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1974. — С. 268–269.

Хахалкина У.В. Особенности эмоционального восприятия учителя учащимися школы VIII вида: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — Н. Новгород, 2007. — 24 с.

Чазова А.А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: Дисс. ... д-ра мед. наук. — Бишкек: Республиканский центр непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников, 1998. — 414 с.

Чехов А.П. Палата № 6 // Избранное: Рассказы. Повести. Пьесы. Воспоминания писателей о Чехове. — М.: Из-во Эксмо, 2003. — С. 229.

Чулкова В.А. Синдром профессионального «сгорания» в работе медицинских сестер // Матер. VI ежегодной Российской онкологической конференции. — М., 2002.

Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А.Я. Гриненко. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.

Шадриков В.Д. Введение в психологическую теорию профессионального обучения. — Ярославль, 1981. — 243 с.

Шадриков В.Д. Деятельность и способности. — М., 1994. — 190 с.

Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. — М.: Наука, 1982. — 185 с.

Шульц Д., Шульц С. Психология и работа. — 8-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 560 с.

Юрьева Л.Н. Влияние религиозного мировоззрения врачей-психиатров на их профессиональную деятельность // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сб. науч. работ ХМАПО и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, Р.Б. Брагина. — Харьков, 2006. — Т. 4. — С. 125–126.

Юрьева Л.Н. Врачи-психиатры в зеркале эрологии // Вісник асоціації психіатрів України. — 2004. — № 1-2. — С. 14–24.

Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.

Юрьева Л.Н. Некоторые характеристики ментальности и эмоционального состояния врачей-психиатров // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — № 5. — С. 106–109.

Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. — Киев: Сфера, 2004. — 272 с.

Юрьева Л.Н. Профилактика и коррекция синдрома выгорания у работников психиатрических служб // Архів психіатрії. — 2005. — Т. 11. — № 4 (43). — С. 17–20.

Юрьева Л.Н. Распространенность и выраженность синдрома выгорания у врачей психиатров Украины // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 184–185.

Юрьева Л.Н. Распространенность синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-психиатров и причины его формирования // Психическое здоровье. — 2006. — № 9. — С. 23–25.

Юрьева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния. — Киев: 1996. — 146 с.

Юрьева Л.Н. Синдром выгорания — предиктор суицидального поведения // Актуальные вопросы социальной психиатрии: Сб. науч. тр. — М., 2004. — С. 18–22.

Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — № 4. — С. 91–97.

Юрьева Л.Н. Социально-психологические проблемы врачей-психиатров Украины (по данным социологических исследований) // Вісник асоціації психіатрів України. — 1998. — № 1. — С.9–14.

Юрьева Л.Н., Каракчеева В.Е. К вопросу о профилактике суицидального риска среди врачей-психиатров // Суїцидологія: Теорія і практика: Зб. наук. пр. — Київ, 1998. — С.44–47.

Юрьева Л.Н., Семенихина В.Е. Синдром «эмоционального выгорания» у лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья: диагностика, профилактика и психокоррекция // Укр. вкн. психоневрологии. — 2002. — Т. 10. — Вип. 1 (30). — С. 155–156.

Юрьева Л.Н., Юрьев А.Е. Динамика религиозного мировоззрения врачей-психиатров Восточной Украины // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сборник научных работ ХМАПО и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, Р.Б. Брагина. — Т.4. — Харьков, 2006. — С. 126–129.

Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика / Пер. с англ. — М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 576 с.

Яценко Т.С. Активная социально-психологическая подготовка учителя к общению с учащимися: Кн. для учителя. — Киев: ОСВІТА, 1993. — 208 с.

Яценко Т.С. Психологические основы активной подготовки будущего педагога к общению с учащимися: Автореф. дисс. ... д-ра, психол. наук. — Киев, 1989. — 48 с.

Ackerley G.D. Burnout Among Licensed Psychologists // *Professional Psychology: Research and Practice*. — 1988. — Vol. 19. — P. 624–631.

Adler G. Helplessness in the helper // *British Journal of Medical Psychology*. — 1972. — № 45. — P. 315–326.

Allen I. Doctors and their Carers. — London: Policy Studies Institute, 1988.

Anderson M.B.G., Iwanicki E.F. The burnout syndrome and its relationship to teacher motivation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. — Los Angeles, 1981.

Appels A., Schouten E. Burnout as a risk factor for coronary heart disease // *Behav. Med.* — 1991. — V.17. — № 2. — P. 53–59.

Aspinwall L.G., Taylor S.E. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping // *Psychological Bulletin*. — 1997. — Vol. 121. — P. 417–436.

Aveline M. Occupational stress and performance in mental health workers // *Current Opinion in Psychiatry* — 1995. — № 8. — P. 73–75.

Baens M. Medicine, illness and creativity // *Journal of the South Carolina Medical Association*. — 1992. — № 88 — P. 307–317.

Balint M. The doctor, his patient and the illness. — London: Pitman Medical, 1957. 2nd edition (1964, reprinted 1986) Edinburgh. Churchill Livingstone.

Balint-Edmunds E. The doctor-patient relationship in the 1980s // *Journal of the Balint Society*. — 1981 — № 9. — P. 12–19.

Beehr T.A. Human stress and cognition in organizations. — N. Y.: John Wiley and Sons, 1985.

Bennet L., Kelaher M., Ross M.W. Quality of life in health care professionals: Burnout and its associated factors in HIV/AIDS related care // *Psychology and Health*. — 1994. — V. 9 (4). — P. 273–283.

Bordin E.S. Research strategies in psychotherapy. — N.Y., 1974. — 272 p.

Branch W.T., Arky R.A., Woo B. et al. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students // *Annals of Internal Medicine*. — 1991. — № 114. — P. 482–489.

Brock C.D. Balint groupleadership by a family physicianina residency program // *Family Medicine*. — 1985. — V. 17 — № 1. — P. 61–63.

Brock C.D., Johnson A.H. Balint group observations: the white knight and other heroic physician roles // *Family Medicine* — 1999. — V. 31— № 6. — P. 404–408.

Brock C.D., Stock R.D. A survey of Balint group activities in US family practice residency programs // *Family Medicine*. — 1990. — V. 22 — № 1. — P. 33–37.

Buhler Ch. *Meaningful Living in the Mature Years* // *Ahinh and Leisure*. — N.Y., 1961. — 345 p.

Burisch M. *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschoepfung*. — Springer, 1989.

Burish M. In search of theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout // *Professional burnout: Recent developments in the theory and research* / Ed. W.B. Schaufeli, C.Maslach, T. Marek. — Washington: Taylor & Francis, 1993. — P. 75–93.

Burke R.J., Greengalass E.A Longitudinal study of psychological burnout in teachers // *Human Relations*. — 1995. — Vol. 48 (2). — P. 187–202.

Buunk B.P., Schaufeli W.B. Burnout: A perspective from social comparison theory // *Professional burnout: Recent developments in the theory and research* / Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. — Washington DC: Taylor & Francis, 1993. — P. 53–69.

Capel S.A. A longitudinal study of burnout in teachers // *British Journal of Educational Psychology*. — 1991. — V. 61 (1). — P. 36–45.

Caplan R.P. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers // *British Medical Journal*. — 1994. — № 309. — 1261–1263.

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.

Chambers R. Avoiding burn-out in general practice // *British Journal of General Practice*. — 1993. — № 43.

Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study // *Journal of organizational behavior*. — 1992. — V. 13(1). — P. 1–11.

Cherniss C. *Staff burnout: job stress in the human service*. — Beverly Hills (CA): Sage, 1980. — P. 18–43.

Cherniss C., Dantzig S.A. Preventing and managing job-related stress // *Professionals in distress: issues syndrome and solutions in psychology* / R.C. Kilburg, P.E. Nathan, R.W. Thoreson (Eds.). — Washington (DC): American Psychological Association, 1986. — P. 24–41.

Cheuk W.H., Wong K.S. Stress preparation, coping style, and nurses' experience of being spurned by patients // *Journal of Social Behavior and Personality*. — 1997. — V. 12. — № 4.

Cole M., Walker S. *Teaching and stress*. — Vilton Keynes, U.K.: Open University press, 1983.

Cooper C.L., Dewe P.J., O'Driscoll M.P. Organizational stress: a review and critique of theory, research, and applications. — Thousand Oaks, Calif.: Sage, 2001.

Corey G. Issues and Ethics in Helping Professions. — Pacific Grove: Brooks/Cole, 1993.

Courtenay M.J.F. The place of Balint-work in medicine: looking back – looking forward // *Journal of the Balint Society*. — 1984. — № 12. — P. 8–11.

Coyne J.C., Racioppo M.W. Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research // *American Psychologist*. — 2000. — V. 55. — P. 655–664.

De Rijk A.E., Le Blanc P.M., Schaufeli W.B. Active coping and need for control as moderators of the job-demand control model: Effects on Burnout // *British Journal of psychology*. — 1998. — V. 87(1).

Dierendonck D.V., Schaufeli W.B., Buunk B.P. Towards a process model of burnout: results from the secondary analysis // *European journal of work and organizational psychology*. — 2001. — V. 10.

Dierendonck D.V., Garssen B., Visser A. Burnout prevention through personal growth // *International Journal of Stress Management*. — 2005. — V. 12. — № 1.

Diez J.A., Vicens P.T., Saiz L.S. The burnout syndrome in mental health workers // *X World Congress of Psychiatry*. — Madrid, 1996. — V.2. — P. 356.

Donham G.W., Ludenia K., Sands M. M., Holzer P. D. Personality correlates of health locus control with medical inpatients // *Psychological reports*. — 1983.

Duequette A., Kerouac S., Sandhu B.K., Ducharme F., Saulner P. Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing // *International Journal of Nursing Studies*. — 1995. — V. 32.

Edelwich J., Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. — N. Y.: Human Science Press, 1980. — 218 p.

Etsion D., Pines A. Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. A social psychological perspective // *Journal of Cross-Cultural Psychology*. — 1986. — V. 17.

Evans T.D., Villavisanis R. Encouragement Exchange: Avoiding Therapist Burnout // *Counseling and Therapy for Couples and Families*. — 1997. — V. 5. — № 4. — P. 342–345.

Evans T.D., Villavisanis R. Encouragement Exchange: Avoiding Therapist Burnout // *Counseling Therapy Couples Families*. — 1997. — V. 5. — № 4. — P. 342–345.

Eysenck H.J. The effects of psychotherapy. — International Science Press, N. Y., 1966. — 99 p.

Farber B. Stress and burnout: Implications for teacher motivation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, — N. Y., 1982.

Farber B.A. Clinical psychologists perceptions of psychotherapeutic work // *The Clinical Psychologist*. — 1985. — № 1. — P. 10–13.

Felton J.S. Burnout and clinical entity – its importance in health care workers // *Occupational Medicine*. — 1998. — V. 48. — P. 237–250.

Fisher H.J. A psychoanalytic view of burnout // *Stress and Burnout in the Human Service Professions* / ed. B.A. Farber. — N. Y.: Pergamon, 1983. — P. 40–45.

Freisen P., Saros J.C. Sources of Burnout among Educators // *J. Organizational Behavior*. — 1989. — V. 10. — P. 179–188.

Freud S. The dynamics of transference // *Complete Psychological Works*. — 1958. — V. 12. — P. 97–108.

Freudenberger H.J. Staff burnout // *Journal of social Issues*. — 1974. — V. 30. — P. 159–165.

Garden A.-M. Depersonalization: A valid dimension of burnout? // *Human Relations*. — 1987. — V. 40(9). — P. 545–560.

Garden A.-M. Relationship between burnout and performance // *Psychological Reports*. — 1991. — V. 68(3, Pt. 1). — P. 963–977.

Gill C.H. Tensions in general practice // *Journal of the Balint Society*. — 1985. — № 13. — P. 10–16.

Golembiewski R.T., Boudreau R.A., Munzenrider R.F., Luo H. *Global Burnout: A Worldwide Pandemic Explored by the Phase Model*. — Greenwich, CT: JAI Press, 1996.

Golembiewski R.T., Munzenrider R. Efficacy of three versions of one burn-out measure: MBI as total score, sub-scale scores, or phases? // *Journal of Health and Human Resources Administration*. — 1981. — P. 228–246.

Golembiewski R.T., Munzenrider R., Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariates // *Journal of Applied Behavioral Science*. — 1983. — V. 19. — P. 461–481.

Golembiewski R.T. Burnout has also gone global, it seems: Mounting worldwide evidence based on the phase model // *Current topics in management* / Ed. M.A. Rahim, R.T. Golembiewski et al. — Jai Press, Inc, Greenwich, CT, USA, 1997. — V. 2. — P. 45–60.

Gonzalez-Roma V., Schaufeli W.B., Bakker A.B., Lloret S. Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? // *Journal of Vocational Behavior*. — 2006. — V. 68. — P. 165–174.

Green D.E., Walkey F.H., Taylor A.J. The three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory: A multicultural, multinational confirmatory study // *Journal of Social Behavior and Personality*. — 1991. — V. 6 (3). — P. 453–472.

Greenglass E.R. Proactive coping // E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. — London: Oxford University Press, 2002. — P. 37–62.

Greenglass E.R., Schwarzer R., Taubert S. The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument. [On-line publication]. Available at: <http://www.psych.yorku.ca/greenglass>, 1999.

Gundersen L. Physician burnout // *Annals of internal medicine*. — 2001. — V. 135. — № 2. — P. 145–148.

Guy J.D., Liaboe G.P. Personal Therapy for Experienced Psychologist: A Discussion of Usefulness and Utilization // *Clinical Psychologist*. — 1986. — V. 39. — P. 20–23.

Harrison W.D. A social competence model of burnout // *Stress and Burnout in the Human Service Professions* / Ed. B.A. Farber. — N.Y.: Pergamon, 1983. — P. 29–39.

Hart A.D. Stress and Burnout // *Refresh, Renew, Revive: How to encourage your spirit, strengthen your family, and energize your ministry* / Ed. H.B. London. — Colorado Springs, CO: Focus on the Family Publishing, 1996.

Hellesoy O., Gronhaug K., Kvitastein O. Profiling the high hazards perceivers: An exploratory study // *Risk Analysis*. — 1998. — V. 18(3). — P. 253–259.

Herrera C.R., Frankos A.D., Martin J.J. et al. The burnout in workers of a general hospital // *X World Congress of Psychiatry*. — Madrid, 1996. — V. 2. — P. 356.

Hirschman A.O. *Shifting Involvements, Private interest and Public Action*. — Princeton (NJ): Princeton University Press, 1982. — P. 82–98.

Hobfoll S.E. *Stress, Culture and Community*. — N.Y., 1998.

Hobfoll S.E., Dunahoo C.L., Ben-Porath Y., Monnier J. Gender and coping: the dual-axis model of coping // *American journal of community psychology*. — 1994. — V. 22 (1).

Holland J.L. Explorations of a theory of vocational choice // *J. Appl. Psychol.* — 1968. — V. 52. — № 1.

Holland J.L. *Making vocational choice: A theory of careers*. — N.Y., 1973. — 220 p.

Holland J.L. Some exploration of a theory of vocational choice // *Psychol. Monogr.* — 1962. — V. 545. — № 26.

Hook J. The role of psychodynamic psychotherapy in a modern general psychiatry service // *Advanced Psychiatric Treatment*. — 2001. — V. 7. — P. 461–468.

Huebner E.S. Burnout among school psychologists: An exploratory investigation into its nature, extent, and correlates // *School Psychology Quarterly*. — 1992. — V. 7(2). — P. 129–136.

Jackson S.E. Participation in decision-making as a strategy for reducing job-related strain // *J. Applied Psychology*. — 1983. — V. 68. — P. 3–19.

Jenkins R. Defining the problem: stress, depression and anxiety — causes, prevalence and consequences // *Promoting mental health policies in the workplace* / R. Jenkins, D. Warman (Eds.). — London: HMSO, 1993. — P. 32–49.

Johnson A., Nease D., Milberg L., Addison R. Essential Characteristics of Effective Balint Group Leadership // *Family Medicine*. — 2004. — V. 36. — № 4. — P. 253–259.

Johnson A.H., Brock C.D. Exploring triangulation as the foundation for family systems thinking in the Balint group process // *Families, Systems and Health*. — 2000. — V. 18. — № 4. — P. 469–478.

Johnson A.H., Brock C.D., Hamadeh G., Stock R. The current status of Balint groups in US family practice residencies: a 10-year follow-up study, 1990–2000 // *Family Medicine*. — 2001. — V. 33 — № 9. — P. 672–677.

Jones E., Salinsky J. Assessing the effect of a Balint weekend // *Postgraduate Education for General Practice*. — 1993. — № 4. — P. 111–116.

Kalliath T.J., O'Driscoll M.P., Gillespie D.F. The relationship between burnout and organizational commitment in two samples of health professionals // *Work & Stress*, — 1998. — V. 12(2). — P. 179–185.

Kalliath T.J., O'Driscoll M.P., Gillespie D.F., Bluedorn A.C. A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals // *Work & Stress*. — 2000. — V. 14(1). — P. 35–50.

King M. *Stress Management in General Practice: (Occasional Paper, OP61)*. — London: Royal College of General Practitioners, 1993. — 34 p.

Kosa B. Teacher-coach burnout and coping strategies // *Physical Educator*. — 1990. — V. 47 — № 3.

Kyriacou C. Teacher stress and burnout: An international review // *Educational Research*. — 1987. — V. 29.

Langelaan S., Bakker A.B., Lorenz van Doornen J.P., Schaufeli W.B. Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? // *Personality and Individual Differences*. — 2006. — V. 40. — P. 521–532.

Laux L., Vossel G. *Theoretical and methodological issues in achievement related stress and anxiety research // Achievement, stress and anxiety*. — Washington: American Psychological Assoc., 1982.

Lauzon L. *Coping strategies, burnout, and intent to leave among critical care nurses*. Unpublished masters' dissertation. — Canada: Dalhousie University, 1991.

Lazarus R.S. *Emotion and adaptation*. — London: Oxford University Press, 1991.

Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. — N.Y.: Springer, 1984.

Leiter M.P. Burnout is a developmental process: Considerations of models // *Professional burnout: Recent development in theory and research / Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek*. — Washington DC: Taylor & Francis, 1993. — P. 237–250.

Leiter M.P., Durup M.J. Work, home and in-between: A longitudinal study of spillover // *Journal of Applied Behavioral Science*. — 1996. — V. 32(1). — P. 29–47.

Leiter M.P., Harvie P., Frizzel C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout // *Social Science & Medicine*. — 1998. — V. 47(10). — P. 1611–1617.

Leiter M.P., Harvie P.L. Burnout among mental health workers: a review and a research agenda // *The international journal of social psychiatry*. — 1996. — V. 42. — № 2. — P. 90–101.

Leithwood K., Menzies T., Jantzi D., Leithwood J. School restructuring, transformational leadership and amelioration of teacher burnout // *Anxiety, Stress and Coping: An International J.* — 1996. — V. 9(3). — P. 199–215.

Lipsitt D.R. Michael Balint's Group Approach: The Boston Balint Group // *Group*. — 1999. — V. 23. — № 3–4. — P. 187–201.

Maher E.L. Burnout and commitment: A theoretical alternative // *Personnel and Guidance Journal*. — 1983. — V. 61. — P. 390–393.

Main T. Some medical defences against involvement with patients // *Journal of the Balint Society*. — 1978. — № 6. — P. 3–11.

Malach-Pines A. Unconscious Determinants of Career Choice and Burnout: Theoretical Model and Counseling Strategy // *J. Employment Counseling*. — 2001. — Vol. 38. — P. 170–184.

Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon // *Job Stress and Burnout* / Ed. W.S. Paine. — Beverly Hills: Sage, 1982.

Maslach C. What have we learned about burnout and health? // *Psychology and Health*. — 2001. — V. 16(5). — P. 607–611.

Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives // *Applied & Preventive Psychology*. — 1998. — V. 7. — P. 63–74.

Maslach C., Jackson S.E. Burnout in organizational settings. — Beverly Hills, CA: Sage, 1994.

Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual. — Palo Alto, California: Consulting Psychological Press Inc., 1996.— 52 p.

Maslach C., Leiter M.P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about it. — San Francisco, CA: Jossey-Bass publishers, 1997. — 186 p.

Maslach C., Pines A. Burnout: The loss of human caring // *Experiencing Social Psychology* / Ed. A. Pines, C. Maslach. — N.Y.: Knopf, 1979. — P. 246–252.

Maslach C., Schaufeli W.B. Historical and conceptual development of burnout // *Professional burnout: Recent developments in the theory and research* / Ed. W.B. Schaufeli, Cr. Maslach, T. Marek. — Washington DC: Taylor & Francis, 1993. — P. 1–16.

Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout // *Annual review of psychology*. — 2001. — V. 52. — P. 397–422.

Maslach C., Leiter M.P. Preventing Burnout and Building Engagement: A Complete Program for Organizational Renewal. — San Francisco, CA: Jossey – Bass, 2000.

Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective // Professional burnout: Recent developments in the theory and research / Ed. W.B. Shaufeli, Cr. Maslach and T. Marek. — Washington DC: Taylor & Trancis, 1993. — P. 19–32.

Mazur P.J., Lynch M.D. Differential impact of administrative, organizational and personality factors on teacher burnout // Teaching and Teacher Education. — 1989. — V. 5(4). — P. 337–353.

McKnight J.D., Glass D.C. Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: a replication and extension // J. Consult Clin Psychol. — 1995. — V. 63. — № 3. — P. 490–494.

Meir E.I., Melamed S., Abu F.A. Vocational, avocational, and skill utilization congruencies and their relationship with well-being in two cultures // Journal of Vocational Behavior. — 1990. — V. 36(2). — P. 153–165.

Melges F.T. Time and the Inner Future. A Temporal Approach to Psychiatric Disorders. — N.Y.: Wiley, 1982. — 345 p.

Meyerson D.E. Interpretations of stress in institutions: The cultural production of ambiguity and burnout // Administrative-Science-Quarterly. — 1994. — V. 39(4). — P. 629–653.

Mills L.B., Huebner E.S. A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burnout among scholl psychology practitioners // J. of School Psychology. — 1998. — V. 36 (1). — P. 103–120.

Mischel W., Schoda Y. A cognitive-affective system of theory of personality // Psychological Review. — 1995. — V. 102.

Moos R.H., Swindle R.W. Stressful life circumstances: concepts and measures. Special Issue: II-IV. Advances in Measuring Life Stress // Stress Medicine. — 1990. — V. 6. — № 3.

Moser U. ZurpsychoanalytischenTheorie der Berufswahl:Sublimierung, Identifizierung undberufliche identitat // Psychologie. Schweirerische Zeitschrift fur Psychologie. — 1963. — № 1. — P. 47–72.

Oktay J.S. Burnout in hospital social workers who work wigh AIDS patients // Social-Work. — 1992. — V. 37(5). — P. 432–439.

Olkinuora M., Asp S., Juntunen J. et al. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 1990. — № 25. — P. 81–86.

Perlman B., Hartman E.A. Burnout: summary and future research. // Human relations. — 1982. — V. 35(4).

Pines A.M. Helpers' motivation and the burnout syndrome // Basic processes in helping relationships / Ed. T.A. Wills. — N. Y.: Academic Press, 1982. — P. 453–457.

Pines A.M. Burnout: An existential perspective // Professional burnout: Recent developments in the theory and research / Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. — Washington DC: Taylor & Francis, 1993. — P. 33–51.

Pines A.M., Aronson E. Burnout: from tedium to personal growth. — N.Y., 1981. — 229 p.

Pines A.M., Aronson E. Career burnout: causes and cures. — N. Y.: Free Press, 1988.

Poulin J., Walter C. Social worker burnout: A longitudinal study // Social Work Research and Abstracts. — 1993. — V. 29 — № 4.

Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders / World Health Organization. — Geneva: 1998. — 112 p.

Prosser D., Johnson S., Kuipers E. Et al. Mental health, burnout and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff // British Journal of Psychiatry. — 1996. — V. 169. — P. 334–337.

Quick J.C. Preventive stress management in organizations / Ed. J.C. Quick et al. — Washington, DC: American Psychological Association, 1997.

Ray E.B., Miller K. Social support, home/work stress, and burnout: Who can help? // Journal of Applied Behavioral Science. — 1994. — V. 30. — № 3.

Roberts G.A. Prevention of burn-out // Advances Psychiatric Treatment. — 1997. — V. 3. — P. 282–289.

Roe A. The psychology of occupations. — N.Y.: Wiley, 1956. — 130 p.

Samuel O. How doctors learn in Balint groups // Family Practice. — 1989. — № 6. — P. 108–113.

Schaufeli W.B., Bakker A.B. Burnout and engagement at work as a function of demands and control // Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. — 2001. — V. 27. — P. 279–286.

Schaufeli W.B., Enzmann D. The burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and interventions. — Washington DC: Taylor & France, 1998. — 220 p.

Schaufeli W.B., Salanova M., Gonzalez-Roma V, Bakker A.B. The measurement of engagement and burnout and: A confirmative analytic approach // Journal of Happiness Studies. — 2002. — V. 3. — P. 71–92.

Schaufeli W.B., van Dierendonck D. van Gorp K. Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model // Work & Stress. — 1996. — V. 10(3). — P. 225–237.

Scheingold L. Balint work in England: lessons for American family medicine // Journal of Family Practice. — 1988. — V. 26. — № 3. — P. 315–320.

Schiff A., Schiff J. «Passivity» // Transactional Analysis Journal. — 1971. — № 1. — P. 71.

Schutte N., Toppinen S., Kalimo R., Schaufeli W. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational

groups and nations // *Journal of Occupational & Organizational Psychology*. — 2000. — Vol. 73(1). — P. 53–66.

Schwab J. How to avoid burnout in medical practice // *KMA Journal*. — 1995. — V. 93. — P. 23–25.

Schwab R.L., Iwanicki E.F. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout // *Educational Administration Quarterly*. — 1982. — V. 18. — P. 60–74.

Schwarzer R. Manage stress at work through preventive and proactive coping // *The Blackwell handbook of principles of organizational behaviour* / Ed. E.A. Locke. — Oxford, UK: Blackwell, 2000. — P. 342–355.

Shaufeli W.B., Maslach C., Marek T. Professional burnout: Recent developments in the theory and research / Ed. W.B. Shaufeli, C. Maslach, T. Marek. — Washington DC: Taylor & Francis, 1993. — 299 p.

Shirom A., Westman M., Shamai O., Carel R.S. // Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees // *J. Occup Health Psychol.* — 1997. — V. 2. — № 4. — P. 275–288.

Skovholt T.M. The resilient practitioner: burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals. — Boston, MA: Allyn and Bacon, 2001.

Soderfeldt M., Soderfeldt B., Wag L.E. Burnout in social work // *Social Work*. — 1995. — V. 40(5). — P. 638–646.

Spitzer W.J., Burke L. A critical-incident stress debriefing program for hospital based health care personnel // *Health Social Work*. — 1993. — Vol. 18. — P. 149–156.

Storm K., Rothmann I. The relationships between personality dimensions, coping and burnout in a pharmacy group // *SA Journal of Industrial Psychology*. — 2003. — Vol. 29(4). — P. 35–42.

Super D.E. Vocation development. — N.Y., 1957. — 190 p.

Thaomina L.T. Approaches to preventing burnout effects of personal stress management and organizational socialization // *Journal of Nursing management*. — 2000. — V. 8. — № 2.

Thompson M.S., Page S.L., Cooper C.L. A test of Carver and Schein's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses // *Stress Medicine*. — 1993. — V. 9. — P. 221–235.

Thornicroft G., Tansella M. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. — Cambridge: University Press, 1999. — P. 177–195.

Thornton P.I. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers // *Journal of Psychology*. — 1992. — V. 126. — № 3. — P. 261–271.

Varhama L.M., Bjorkqvist K. Conflicts, workplace bullying and burnout problems among municipal employees // *Psychological Reports*. — 2004. — V. 94. — P. 1116–1124.

Vredenburgh L.D. Burnout in Counseling Psychologists: Type of Practice Settings and Pertinent Demographics // *Counseling Psychology Quarterly*. — 1999. — V. 12. — № 3. — P. 293–302.

Wade D.C., Saviski V. A longitudinal study of burnout // *Children and Youth Services Review*. — 1986. — V. 8.

Wainwright D., Calhan M. *Work stress: the making of a modern epidemic*. — Philadelphia: Open University Press, 2002.

Warr P. A conceptual framework for the study of work and mental health // *Work and Stress*. — 1994. — V. 8. — № 2.

Weber A., Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? // *Occupational medicine*. — 2000. — V.50(7). — P. 512–517.

Williams S., Cooper L. *Managing workplace stress: a best practice blueprint*. — Chichester: Wiley, 2002.

Winnubst J.A.M., Buunk B.P., Marselissen F.H.G. Social support and stress: Perspectives and processes // *Handbook of life stress, cognition and health* / Ed. S. Fisher, J. Reason. — 1988. — P. 511–530.

Winwood P.C., Winefield A.H. Comparing Two Measures of Burnout Among Dentists in Australia // *International Journal of Stress*. — 2004. — Vol. 11., — № 3. — P. 282–289.

Yur'yeva L. Burnout syndrome among Ukrainian psychiatrists // XIII World Congress of Psychiatry. Abstract Book. — Egypt, 2005. — P. 150.

Yur'yeva L. Mentality of Ukrainian Psychiatrists // *Mental Health Reforms*. Netherlands. — 1988. — № 3. — P. 6–8.

Yur'yeva L. Peculiarities of psychoemotional states of psychiatrists // XI World Congress of Psychiatry (Abstract Book), 1999. — V. 2. — P. 188.

Yur'yeva L. Syndrom wypalenia (burn-out syndrom) u lekarzy psychiatrow – rozpowszechnie, przyczyny objawy, profilaktyka // *Psychiatria Polska*. — 2004. T. 38. — № 3. — P. 106.

Yur'yeva L., Yur'yev A. Programmes of prevention and correction of suicidal behaviour among psychiatry services staff // The 11-th European Symposium on Suicide Behaviour: Abstracts, 2006. — V. 18. — Suppl. 1. — P. 92–93.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ



**Борисова Мария Владимировна** — кандидат психологических наук, преподаватель кафедры педагогической психологии Ярославского государственного педагогического университета им. К.Д. Ушинского, специалист отдела социально-психологического сопровождения образовательного процесса городского центра развития образования мэрии г. Ярославля. Автор учебно-методического пособия «Диагностика и профилактика профессионального выгорания», проводит тренинги по профилактике выгорания у педагогов и психологов образования, социальных работников, менеджеров, руководителей МВД. Адрес для переписки: 152300 Ярославская область, г. Тутаев, проспект 50-летия Победы, д. 3, кв. 18. Контакты: т.д. (4852) 73-40-86, м. (4852) 90-57-73, т.р. (4852) 30-25-74, E-mail: [BMV76@yandex.ru](mailto:BMV76@yandex.ru)



**Величковская Софья Борисовна** — кандидат психологических наук, сотрудник кафедры психологии и педагогической антропологии Московского государственного лингвистического университета, занимается научно-практической разработкой проблем анализа стрессовых состояний и методов их профилактики в профессиональной деятельности педагогов высшей и средней школы, а также вопросами психологических основ профессиональной коммуникации.



**Виданова Юлия Игоревна** — аспирант факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Адрес для переписки: 198504, Санкт-Петербург, Петродворец, ул. Халтурина, д. 15/2, к. 28. Контакты: 8-905-261-79-50.  
E-mail: [gem-u@mail.ru](mailto:gem-u@mail.ru)



**Водопьянова Наталия Евгеньевна** — кандидат психологических наук, доцент факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Область научных интересов: синдром выгорания и его превенция, стресс-менеджмент, психология менеджмента, технологии психологических тренингов. Адрес для переписки: 191186, Санкт-Петербург, ул. Казанская, д. 8, кв. 92. Контакты: (812) 312-46-39, E-mail: [vodop@mail.ru](mailto:vodop@mail.ru)



**Доценко Ольга Николаевна** — психолог-консультант, соискатель Института психологии РАН, член Российского психологического общества. Окончила МГТУ имени Н.Э. Баумана, Высшую школу психологии, прошла 3-годичное повышение квалификации на факультете психологического консультирования МГППУ. Работала психологом сборной женской команды России по дзюдо. Ведущий телесно-ориентированных тренингов, направленных на профилактику выгорания, раскрытие творческого потенциала. Адрес для переписки: 129164, г. Москва, ул. Кибальчича, д.2, корп.1, кв. 76. Контакты: 8-903-777-21-88, (495) 682-94-12, E-mail: [odotcenko@mail.ru](mailto:odotcenko@mail.ru)



**Дук Ирина Александровна** – медицинский психолог Республиканской клинической психиатрической больницы, Минск, Беларусь.  
E-mail: [irin\\_duk@yahoo.com](mailto:irin_duk@yahoo.com)



**Игумнов Сергей Александрович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и основ права Белорусского государственного медицинского университета, Государственный медицинский судебный эксперт-психиатр, Минск, Белоруссия. Адрес для переписки: Беларусь, 220116 Минск, пр. Дзержинского, 83, Белорусский государственный медицинский университет.

E-mail: [sergey\\_igumnov@tut.by](mailto:sergey_igumnov@tut.by)



**Иноземцева Ольга Викторовна** — выпускница факультета психологии и аспирант государственного университета гуманитарных наук, Москва. Сфера научных интересов: феномены выгорания и увлеченности работой у представителей профессий социономического типа. Работает менеджером по оценке и мотивации персонала (сеть ресторанов, г. Москва). Контакты: д.т. (495) 412-36-01, м. 8-926-285-22-54, E-mail: [olinz@mail.ru](mailto:olinz@mail.ru)



**Кузнецова Людмила Вениаминовна** — выпускница кафедры клинической психологии МГУ им. Ломоносова, кандидат психологических наук, профессор кафедры специальной психологии. Автор более 60 учебно-методических научных публикаций. Учебно-методическое пособие «Основы специальной психологии» под редакцией Л.В. Кузнецовой, начиная с 2002 года, выдержало 5 изданий. В 1998 году организовала и возглавила работу кафедры специальной психологии в Московском городском педагогическом университете, как член УМО возглавляла рабочую группу по подготовке госстандартов ВПО по специальной психологии; входила в состав международной экспертной группы по Temprus-проекту (In Focus-CD\_JEP-16012-2001), является

членом редколлегий научных журналов «Специальная психология» и «Специальное образование и реабилитация», Скопье, Македония. Лауреат конкурса «Грант Москвы» в области гуманитарных наук 2002, 2006 г.г. Награждена медалью Университета Св. Кирилла и Мефодия (Скопье, Македония) «За вклад в развитие философского факультета», 2005. E-mail: [lkproect@orc.ru](mailto:lkproect@orc.ru)



**Кузнецова Ольга Александровна** — врач анестезиолог-реаниматолог и медицинский психолог в отделении «Медико-психолого-социальной реабилитации и правовой помощи» в Санкт-Петербурге. В настоящее время обучается в магистратуре факультета психологии СПбГУ. В 1994 году закончила Крымский медицинский институт. В 2006 получила квалификацию «Медицинский (клинический) психолог» на кафедре медицинской психологии Санкт-Петербургской МАПО. В 2006 году закончила факультет психологии СПбГУ, бакалавр. Адрес: 190120, Санкт-Петербург, ул. Бумажная, д. 10, кв. 9. Контакты: т.д. (812) 786-26-89, м. 8-921-771-41-74, E-mail: [okdoksev@gmail.com](mailto:okdoksev@gmail.com)



**Лепёхин Николай Николаевич** — кандидат психологических наук, доцент кафедры эргономики и инженерной психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Специализируется в области организационной психологии, личного консультирования, тренингов коммуникативных, лидерских и управленческих умений. Адрес: 195256, Санкт-Петербург, ул. С. Ковалевской, д. 20, кв. 248. Контакты: т.д. (812) 296-68-16, м. 8-901-318-43-96.  
E-mail: [Lepeshin-n@homeuser.ru](mailto:Lepeshin-n@homeuser.ru)



**Лозинская Евгения Игоревна** — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.  
E-mail: [lozevg@rambler.ru](mailto:lozevg@rambler.ru)



**Лукьянов Владимир Викторович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры коррекционной психологии и педагогики дефектологического факультета Курского государственного университета, Курск.  
E-mail: [lukjan@kursknet.ru](mailto:lukjan@kursknet.ru)



**Обознов Александр Александрович** — специалист в области инженерной психологии, психологии труда и эргономики. Заведующий лабораторией инженерной психологии и эргономики Института психологии Российской академии наук, доктор психологических наук, Академик Международной Академии человека в аэрокосмических системах. Автор более 80 научных трудов, в том числе монографии «Психическая регуляция операторской деятельности» (2003 г.). В своих трудах последовательно проводит тезис о центральной роли процессов психической регуляции при решении вопросов психологического обеспечения профессиональной деятельности. Профессор Московского гуманитарного университета, заведующий кафедрой Высшей школы психологии. Подготовил 4-х кандидатов наук. E-mail: [zobo@psychol.ras.ru](mailto:zobo@psychol.ras.ru)



**Орёл Валерий Емельянович** — доктор психологических наук, профессор кафедры психологии труда и организационной психологии факультета психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Адрес для переписки: 150000, Ярославль, ул. Волкова, д. 2/4, кв.11. Контакты: д. (4852) 72-83-31, р. (4852) 47-88-93, E-mail: [voryol@univ.uniyyar.ac.ru](mailto:voryol@univ.uniyyar.ac.ru)  
[rukav@bio.uniyyar.ac.ru](mailto:rukav@bio.uniyyar.ac.ru)



**Орлов Дмитрий Николаевич** — ассистент кафедры психотерапии ФПК Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, психиатр, психотерапевт, нарколог. В 2005 году окончил Алтайский государственный медицинский университет по специальности «лечебное дело». Работает психиатром в Санкт-Петербургской городской Мариинской больнице. E-mail: [divan\\_gorlo@list.ru](mailto:divan_gorlo@list.ru)



**Петраш Марина Дмитриевна** — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и дифференциальной психологии Санкт-Петербургского государственного университета, психолог Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Городская станция скорой медицинской помощи», Городского территориального центра медицины катастроф. Адрес: 197372, Санкт-Петербург, ул. Камышовая, д. 52, корп. 1, кв. 6. Контакты: р.т. (812) 595-37-44, д.т. (812) 341-25-86, м. (812) 995-60-53. E-mail: [mp.07@bk.ru](mailto:mp.07@bk.ru)



**Подсадный Сергей Александрович** — в 1986 г. окончил Днепропетровский медицинский институт. В 1995 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Использование видеотехники в психотерапии больных неврозами». С 2003 г. заведующий кафедрой психотерапии факультета повышения квалификации Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. Сфера научных интересов: организационные аспекты развития отечественной психотерапии, развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, история развития психотерапии в России XIX – XX в.в., этические вопросы психотерапии, проблемы выгорания в психотерапии, супервизия в психотерапии. Контакты: р.т. (812) 567-33-04, E-mail: [podsadnyi@mail.ru](mailto:podsadnyi@mail.ru)



**Поварёнков Юрий Павлович** — доктор психологических наук, профессор, заведующий лабораторией общего и профессионального развития личности кафедры общей психологии Ярославского государственного педагогического университета им. К.Д. Ушинского, действительный член Международной академии психологических наук. Адрес для переписки: 150000, Ярославль, ул. Республиканская, д. 108, кафедра общей психологии. Контакты: р. (4852) 32-92-87, д. (4852) 56-54-33, факс: (4852) 30-55-96, E-mail: [pov@yspu.yar.ru](mailto:pov@yspu.yar.ru)



**Склема Владимир Николаевич** – главный врач Республиканской клинической психиатрической больницы, Минск, Беларусь.



**Скугаревская Марина Михайловна** — кандидат медицинских наук, заведующая 27 психиатрическим отделением Республиканской клинической психиатрической больницы в г. Минске, Беларусь. В 1999 г. закончила с отличием Белорусский государственный медицинский университет, врач-психиатр. В 2003 году защитила кандидатскую диссертацию, посвященную синдрому эмоционального выгорания среди работников сферы психического здоровья. Адрес для переписки: Беларусь, 220090, г. Минск, Логойский тракт, д. 27, кв. 2. Контакты: р. (00375-17) 289-81-22, д. (00375-17) 237-56-64.

E-mail: [skugarevsky@tut.by](mailto:skugarevsky@tut.by)



**Старченкова Елена Станиславовна** — в 1998 г. закончила факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета. В 2002 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Психологические факторы профессионального выгорания (на примере деятельности торгового агента)». Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологического обеспечения профессиональной деятельности факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Сфера научных интересов: психология стресса и выгорания, копинг-поведение, стресс-менеджмент, управление персоналом, организационное консультирование.



**Феофанов Василий Николаевич** — старший преподаватель кафедры специальной педагогики и методик обучения Оренбургского государственного педагогического университета. Соавтор пособий «Основы психолого-педагогической коррекции» (2004), «Современные технологии сохранения и укрепления здоровья детей» (2005), «Практикум по психологии здоровья» (2005). В 2007 г. закончил аспирантуру Московского городского педагогического университета по специальности 19.00.10 «Коррекционная психология».



**Филина Светлана Владимировна** — заместитель директора Ярославского городского центра профориентации и психологической поддержки «Ресурс», старший преподаватель кафедры психологии Ярославского государственного педагогического университета им. К.Д. Ушинского, кандидат психологических наук; занимается профессиональным и психологическим консультированием, исследованием познавательных и экстрасенсорных способностей человека. Адрес для переписки: 150040, г. Ярославль, ул. Свердлова, д. 46, кв. 62. Контакты: т.р. (4852) 72-74-58, м. 8-903-820-20-58, E-mail: [root@resurs.edu.yar.ru](mailto:root@resurs.edu.yar.ru)



**Юрьева Людмила Николаевна** — заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, академик Академии наук Высшей школы и Украинской Академии наук, главный психиатр Управления здравоохранения Днепропетровской областной государственной администрации. Автор более 230 научных трудов, в том числе 7 монографий и 19 учебно-методических пособий и рекомендаций. Член проблемной комиссии Министерства здравоохранения и Академии медицинских наук Украины по специальности «Психиатрия», член редакционных советов международных и отечествен-

ных научных специализированных журналов; член правления Ассоциации психиатров Украины; лауреат премии им. Е.А. Шевалева; внесена в международный биографический справочник «Who is Who in Science and Engineering». Область научных интересов – социальная психиатрия.

E-mail: [lyuryeva@a-teleport.com](mailto:lyuryeva@a-teleport.com) [www.psychiatry.dp.ua](http://www.psychiatry.dp.ua)

*Научное издание*

*Современные проблемы исследования синдрома выгорания  
у специалистов коммуникативных профессий*

**Редактор Р.В. Головина**

**Подписано в печать 15.08.08.**

**Формат**

**Бумага офсетная. Печать офсетная.**

**Усл. печ.л. 22,3. Тираж 1000.**

**Курский госуниверситет  
305000, г. Курск, Радищева, 33**

---

Отпечатано в лаборатории  
информационно-методического обеспечения КГУ