

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова

На правах рукописи

**БОЛЬШАКОВА**  
**Татьяна Валентиновна**

**ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ  
ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ  
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Специальность: 19.00.03 – психология труда;  
инженерная психология и эргономика

**ДИССЕРТАЦИЯ**  
на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Научный руководитель:  
кандидат психологических наук, доцент  
**ОРЕЛ Валерий Емельянович**

Ярославль - 2004

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1</b>	
<b>ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ</b>	
<b>СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ.....</b>	<b>12</b>
1.1. Проблемы влияния профессиональной деятельности на личность.....	12
1.2. Становление проблемы психического "выгорания" в психологии.....	23
1.3. Понятие психического выгорания и его структура.....	26
1.4. Обзор исследований роли различных факторов в формировании феномена "психического выгорания".....	47
<b>ГЛАВА 2</b>	
<b>СПЕЦИФИКА ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И</b>	
<b>ВЫГОРАНИЕ.....</b>	<b>60</b>
2.1. Специфика врачебной деятельности .....	60
2.2. Личностные особенности врача как детерминанты возникновения «психического выгорания».....	75
<b>ГЛАВА 3</b>	
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ И</b>	
<b>ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА</b>	
<b>ВОЗНИКНОВЕНИЕ СИНДРОМА «ПСИХИЧЕСКОГО</b>	
<b>ВЫГОРАНИЯ» У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....</b>	<b>87</b>
3.1. Процедура и методы исследования.....	87
3.2. Изучение личностных особенностей, влияющих на возникновение феномена психического выгорания.....	97
3.2.1. Связь психического выгорания с личностными чертами.....	98
3.2.2. Взаимосвязь психического выгорания и механизмов психологической защиты.....	117
3.3. Влияние организационных факторов на формирование феномена психического выгорания.....	125
3.4. Совокупное влияние структуры внешних и внутренних факторов на возникновение психического выгорания.....	131
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>136</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ.....</b>	<b>145</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>168</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Диссертационная работа посвящена изучению формирования феномена психического выгорания, выявлению социально-психологических и личностных факторов, способствующих его становлению у медицинских работников.

Актуальность темы исследования обусловлена все возрастающими требованиями со стороны общества к личности, здоровью врача и качеству оказываемой им медицинской помощи. Необходимо подчеркнуть, что профессия врача обладает огромной социальной важностью, так как на врача ложится большая ответственность не только за физическое здоровье пациента, доверившего ему свою жизнь, но и за его психическое здоровье и социально-психологическую адаптацию. В настоящее время ряд специалистов высказывает обеспокоенность в отношении того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Это может проявляться в виде разочарования в профессии, деморализации, нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию, а также ухудшению психического здоровья врачей, снижению устойчивости браков, развитию склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя. По данным зарубежных источников наркомания у врачей встречается в 30 раз чаще, чем в среднем у остального населения, а самоубийств – в 2-3 раза чаще, чем у других профессионалов [208]. Согласно отечественной статистике врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов [3].

Высокая патогенность медицинской работы для практикующих врачей волнует исследователей и в связи с тем, что их здоровье жизненно важно для безопасности и качества их профессиональной деятельности. Действие многочисленных эмоциогенных факторов, как объективных, так и субъективных, вызывает нарастающее чувство неудовлетворенности, накопление усталости, что ведет к кризисам в работе, истощению и выгоранию.

Профессия врача относится к классу профессий типа "субъект-субъект", которые наиболее подвержены влиянию психического выгорания. Исключительное значение для выявления причин, приводящих к возникновению психического выгорания, имеет изучение личностных особенностей врача, а также специфики организационной культуры врачебного коллектива. Исходя из этого, изучение причин появления "выгорания" у медицинских работников и его последствий приобретает особую актуальность, так как грамотная диагностика, коррекция и профилактика развития "выгорания" могут помочь в приостановке начавшегося процесса "выгорания" или предупредить его возникновение, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала. В связи с этим исследование феномена "выгорания" на примере профессии врача нам кажется правомерным и необходимым как с теоретических, так и с практических позиций. Оценка склонности к психическому выгоранию имеет большое значение для анализа процесса профессионального становления личности врача, для планирования его профессиональной карьеры.

Несмотря на очевидную актуальность данной проблемы, проведенный анализ литературы позволил выявить обширный круг зарубежных работ, посвященных изучению феномена психического "выгорания" и одновременно не разработанность теоретической базы данной проблемы в отечественной психологии. В отечественной науке психическое выгорание как самостоятельный феномен практически не изучалось. На данный момент имеются лишь единичные исследования [20,34,69,87,88,89,128,129].

Анализ зарубежной литературы показывает, что в настоящее время не существует единого понимания сущности психического выгорания и его структуры. Многие определения противоречат друг другу. Некоторые исследователи считают, что выгорание возникает лишь в профессиях типа «субъект-субъект». Другие считают, что выгорание может встречаться и в других профессиях, или вообще в не профессиональной сфере [217,224]. Не

смотря на имеющиеся разногласия, в последние годы исследователи пришли к единому соглашению по операциональному определению психического выгорания. В настоящее время общепринятым и наиболее употребляемым является определение выгорания, данное С. Maslach и S. Jackson, которые определили выгорание как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и уменьшения личностных достижений, возникающее у индивидов, работающих с людьми. Большинство авторов, рассматривая процесс выгорания, отмечают, что он начинается с напряжения, которое является результатом противоречия между ожиданиями, намерениями, идеалами индивида и противоречиями повседневной реальности. Результатом такого дисбаланса являются стрессы, которые постепенно развиваются и могут осознаваться индивидом, либо долгое время оставаться неосознанными [157,222].

Несмотря на многообразие подходов к изучению процесса возникновения феномена выгорания в большинстве из них отмечается, что выгорание возникает при наличии сильной изначальной мотивации, обуславливается затяжным стрессом, фрустрирующей рабочей средой и его развитие поддерживается вследствие использования неадекватных стратегии преодоления стресса и психологических защит. При этом мало внимания уделяется личностным характеристикам и мало эмпирических подтверждений.

В ряде работ основное внимание сфокусировано на факторах рабочей среды как главных источниках выгорания. Психическое выгорание рассматривается как негативное организационное поведение, которое влияет не только на индивида, но и на организацию в целом.[88,158,106].

Таким образом, исследование факторов влияющих на возникновение синдрома "психического выгорания" у медицинских работников является важным как с теоретической, так и с практической точки зрения.

Выше изложенное обусловило тему нашего исследования: "Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников".

Цель исследования - комплексное изучение влияния личностных детерминант и организационных факторов на возникновение психического выгорания. Она конкретизирована через решение следующих задач:

1. На основе проведенного теоретического анализа уточнить сущность понятия психического выгорания, его структуру и психологические проявления у медицинских работников.
2. Провести психологический анализ деятельности врача, выявить те ее особенности, которые способствуют развитию феномена психического выгорания.
3. Раскрыть роль личностных факторов в формировании феномена психического выгорания у медицинских работников.
4. Раскрыть роль социально-психологических и организационных факторов в формировании феномена психического выгорания у медицинских работников.

Объект исследования – личность врача в контексте профессионального становления

Предмет исследования - явление психического выгорания у медицинских работников, личностные детерминанты и организационные факторы его обуславливающие.

Гипотеза исследования состоит в предположении, согласно которому генезис психического выгорания медицинского работника детерминирован структурой субъективных и организационных факторов и оказывает негативное влияние на психическое здоровье врачей, а также на его способность эффективно справляться с профессиональной деятельностью. Эта общая гипотеза исследования конкретизируется в ряде частных экспериментальных гипотез.

1. Феномен "психического выгорания" представляет собой симптомо-комплекс, в структуре которого существуют закономерные взаимосвязи между его компонентами.

2. Ведущими личностными детерминантами возникновения психического выгорания являются: сдержанность в межличностных контактах; низкий уровень мыслительных способностей, доминантность, импульсивность, смелость, мятежность, высокая тревожность, агрессивность, направленность ее на других.

3. Возникновение выгорания детерминировано закономерностями структурной организации личностных качеств.

4. Использование человеком во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как замещение, компенсация и интеллектуализация влияет на развитие психического выгорания.

5. Ведущими социально-экологическими детерминантами психического выгорания являются: включение в деятельность, сплоченность коллектива, свобода действий и самостоятельность в принятии решений, рабочий пресс, потребность инновации, физический комфорт.

Методологическую основу исследования составили: субъектно-деятельностный подход (С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, К.К. Платонов, Е.А. Климов, К.А. Абульханова-Славская, В.В. Знаков, Д.Н. Завалишина); системно – структурный подход к исследованию психических явлений и процессов (В.А. Барабанщиков, А.В. Карпов, Б.Ф. Ломов, М.С. Роговин, В.Д. Шадриков), теоретические работы по вопросам анализа социально-психологических явлений (В.В. Новиков, Б.Д. Парыгин); современные концепции профессионального становления личности и его феноменов (А.К.. Маркова, Ю.П. Поваренков, Н.С. Пряжников, Н.П. Фетискин); теоретические и практические исследования по проблеме исследования феномена психического выгорания (С. Maslach, А. Pines, С. Cherniss, W. Schaufeli, M. Burisch, L. Hallsten, J. Winnubst, Т.В. Форманюк, В.Е. Орел, А.А. Рукавишников).

Методы исследования. При сборе данных в работе использовались общепсихологические методы проведения исследования: теоретический анализ проблемы, внешнее наблюдение, устный и письменный опрос, личностный опросник Р. Кеттелла 16PF, Опросник Психического Выгорания (ОПВ), тест Ч. Спилбергера – STAXI, методика LSI (Индекс жизненного стиля), модифицированный и психометрически проверенный вариант "Шкала Рабочей Среды". При обработке данных применялись психометрические и математико – статистические процедуры, обязательные для проведения любого психометрического исследования, а также, корреляционный анализ и определение достоверности различий в уровне исследуемого признака. Интерпретация и описание проводились с помощью методов знаково-символического представления (графики, таблицы).

Исследование проводилось в несколько этапов:

I этап (2001-2002 гг.) - теоретико-аналитический - обоснование и теоретическое осмысление темы исследования. На этом этапе изучалась научно-методическая литература по проблеме, определялись исходные позиции исследования, его методология и методика, концептуальный аппарат, рабочая гипотеза, логика и организация исследования.

II этап (2002- 2003 гг.) - эмпирический - проведено исследование влияния личностных детерминант и объективных факторов на формирование психического выгорания у медицинских работников, в процессе которого проверялась рабочая гипотеза.

III этап (2004 г.) - интерпретационный - проводилось теоретическое осмысление эмпирических данных, их анализ и интерпретация, обобщение и систематизация результатов экспериментальной работы, литературное оформление диссертации.

Экспериментальной базой исследования явились медицинские работники в возрасте от 23 до 65 лет г. Ярославля и Ярославской области, г.г. Костромы, Вологды, Череповца и др. В исследовании приняли участие 262 врача

различных специальностей, все с высшим медицинским образованием, на 70 % это были мужчины.

Достоверность результатов исследования обеспечивалась всесторонним анализом проблемы при определении исходных теоретико-методологических позиций, комплексом эмпирических и теоретических методов адекватных задачам и целям исследования, сочетанием количественного и качественного анализа материала, применением методов математической статистики.

Научная новизна работы заключается в следующем:

На основе теоретического анализа проблемы конкретизировано понятие "психическое выгорание", раскрыта его сущность, выявлена структура и специфика у медицинских работников. Доказано общее негативное влияние и выявлены конкретные формы воздействия феномена психического выгорания на психическое здоровье врача и его способность эффективно справляться с профессиональной деятельностью. Эмпирически исследована и концептуально раскрыта роль личностных детерминант и организационных факторов в формировании феномена психического выгорания у медицинского работника, что позволяет расширить представление о его сущности, динамике, качественном и индивидуальном своеобразии.

Теоретическая значимость состоит в следующем:

Определены ведущие личностные, деятельностные и экологические детерминанты генезиса феномена "психического выгорания" у медицинских работников. Раскрыта сложная диалектическая картина динамики детерминант психического выгорания в комплексе взаимодействия внутренних и внешних факторов. В работе обосновано положение о детерминации выгорания структурой личностных характеристик. Показано качественное своеобразие структур личностных характеристик и вариативность степени организации данных структур в подгруппах испытуемых, дифференцированных по степени сформированности синдрома психического выгорания. Структурное изучение личностных детерминант психического выгорания расширяет представление о

той системной организации личностных характеристик, которая лежит в основе формирования выгорания у медицинских работников. Таким образом, проведенный структурный анализ дополняет разработки, выполненные в рамках системно-структурного подхода к личности.

Практическая значимость исследования состоит в том, что результаты, полученные в ходе исследования адекватны для использования в психологическом консультировании врачей, а также в психокоррекционной и психотерапевтической работе с ними. Кроме того, полученные данные позволяют разработать учебные программы по профилактике психического выгорания для студентов медицинских вузов.

В целом, результаты работы направлены на раннюю диагностику вероятности возникновения феномена психического выгорания, улучшение психического здоровья медицинских работников и повышение эффективности их профессиональной деятельности.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Выгорание - симптомокомплекс, действие которого охватывает все основные структурные уровни личности: социально – психологический, отражающий изменение межличностных отношений; личностный - изменение личностных черт; мотивационный - качественное и содержательное изменение мотивации; регулятивно-ситуационный, отражающий изменение состояний и эмоциональных отношений.

3. Ведущими личностными детерминантами возникновения психического выгорания являются: сдержанность в межличностных контактах; низкий уровень мыслительных способностей, доминантность, импульсивность, смелость, мятежность, высокая тревожность, агрессивность, направленность ее на других.

4. На формирование психического выгорания влияет степень организованности структуры личностных качеств.

5. Использование человеком во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как замещение, компенсация и интеллектуализация

влияет на развитие психического выгорания.

6. Ведущими социально-экологическими детерминантами психического выгорания являются: включенность в деятельность, сплоченность коллектива, свобода действий и самостоятельность в принятии решений, рабочий пресс, потребность инновации, физический комфорт.

Апробация и внедрение результатов исследования:

Содержание исследовательской части работы представлено в материалах, международного конгресса "Социальная психология - XXI век" (Ярославль, 2002); межрегионального Фестиваля «Здоровая жизнь» секции «Развитие программ по профилактике стрессов и психических заболеваний (Вологда, 2003); всероссийской научной конференции, посвященной 200-летию Ярославского Государственного университета им. П.Г. Демидова. ( Ярославль, 2003); заседании кафедры психологии труда и организационной психологии Ярославского государственного университета имени П.Г. Демидова.

Результаты исследования внедрены в учебный процесс лечебного и педиатрического факультетов, факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов здравоохранения ЯГМА, в работу Ярославского областного центра медицинской профилактики.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения. Текстовая часть изложена на страницах машинописного текста. Список литературы содержит наименований, из которых - на иностранном языке.

## ГЛАВА 1

### ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

Феномен "психического выгорания" тесно связан с профессиональным становлением личности. Как отмечает большинство авторов, процесс профессионализации - это восхождение человека к профессионализму, это процесс становления профессионала [50,57,76,93,134]. Результатом этого процесса может быть как формирование профессионала высокого класса, так и развитие профессиональных деструкций, одной из которых является психическое выгорание. Прежде чем перейти к рассмотрению этих негативных последствий профессионального воздействия на личность кратко остановимся на проблеме влияния профессии на личность.

#### 1.1. Проблемы влияния профессиональной деятельности на личность.

Проблема формирования личности в профессиональной деятельности была актуальной во все времена. Значительный багаж научно-технических представлений в этой области был накоплен еще в дореволюционный период. [82]. В 1926 году М.Я. Басов писал: «Каждая профессия имеет в своей основе определенный рабочий процесс, как нечто постоянное в ее структуре и наиболее характерное ее качество. Другими словами каждая профессия в основе своей опирается на определенный функциональный аппарат личности, который всегда приводится в действие в тот момент, когда личность «вступает в русло» своих профессиональных обязанностей...» [10, с. 8].

Необходимо отметить, что проблема влияния профессии на личность, традиционно рассматривалась в отечественной психологии в русле деятельностного подхода (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Б.Г. Ананьев, А.А. Смирнов, Б.М. Теплов). Согласно этого подхода, сознание, психика, не только проявляются, но и формируются в деятельности. Деятельность человека

обуславливает формирование его сознания, его психических процессов и свойств, которые, осуществляя регуляцию человеческой деятельности, являются условием ее адекватного выполнения. Субъектом такой деятельности является человек, индивид, личность в неразрывной связи с другими людьми[105].

Личность, в трактовке Рубинштейна, будучи предпосылкой деятельности, выступает, вместе с тем, и ее результатом. Единство сознания и деятельности, объединяющей многообразие действий и поступков, состоит в единстве ее исходных мотиваций и конечных целей, которые являются мотивацией и целями личности. Таким образом, изучение психологической стороны деятельности - есть изучение психологии личности в ходе ее деятельности [35].

Итак, именно в деятельности личность формируется, становится индивидуальностью, вырабатывает систему отношений к миру, к обществу, к себе. Среди множества всех видов деятельности, особое место занимает профессиональная, образующая основную форму активности субъекта. Ей посвящена значительная часть жизни человека. «Для подавляющего большинства людей именно этот вид деятельности предоставляет возможность удовлетворить всю гамму их потребностей, раскрыть свои способности, достигать определенного социального статуса» [80, с. 86]. То есть, в профессиональной деятельности изменение личности происходит особенно интенсивно, так как она концентрирует на себе основную активность субъекта. Анализ литературы показывает, что эти изменения затрагивают все сферы личности и проявляются на всех уровнях ее организации [8,10,35,80,82].

Процесс профессионального становления и профессиональной саморегуляции является одним из наиболее важных составляющих в общей жизнедеятельности человека [65,66,94,132]. Профессиональное развитие личности становится активным только тогда, когда человек принимает его как жизненную задачу, т.е. проблемы, связанные с профессией, включаются в систему жизненных планов и целей, в структуру жизненной перспективы личности. Существенно, что влияние профессионального становления на человека может быть настолько сильным, что может привести практически к полной перестройке его образа жизни. Эти изменения могут проявляться в появлении новых привычек, критериев, оценок

и отношений. Можно сказать, что типичный профессионал "вырабатывается" в результате приспособления некоторых индивидуальных психологических свойств к определенным требованиям, предъявляемым профессией. Например, профессия оказывает влияние на избирательность восприятия, на когнитивную сферу личности, выдвигаются предположения и о возможности перестройки у профессионала отдельных психических процессов и т.д.

В зарубежной и отечественной психологии проблема профессионального становления личности связывается с концепцией ее жизненного пути, основные идеи которой заложены в трудах Ш. Бюллер [5], П. Жане [5], , Б.Г. Ананьева [5], К.А. Альбухановой-Славской [5].

Анализ литературы по проблеме взаимоотношения личности и профессии показал, что существует два основных методологических подхода к рассмотрению вопроса о взаимодействии личности и профессии [91].

Представители первого подхода считают, что личность отбирается профессией. При таком подходе внимание исследователей сконцентрировано на результативной стороне развития личности профессионала. Исходной выступает гипотеза о том, что "каждый человек предназначен для какого-то определенного вида деятельности". Тем самым признается, что индивид от рождения обладает специфическим набором способностей и дело психолога выявить их и указать человеку наиболее подходящую для его природной психофизиологической организации область труда [222]. Основной акцент исследователи делают на адаптации личности к требованиям профессии, на подравнивании к заданному образцу, якобы единственно возможному в каждой профессии, на выработке профессионально значимых черт, т.е. данный подход заостряет внимание на том, что к моменту профессионального выбора у человека сформировались основные жизненные ориентации и в ходе дальнейшего развития они остаются неизменными [132]. К этой группе можно отнести теорию "черт и факторов" Ф. Парсона, "профессионального выбора" Дж. Холланда. [222,229].

Второй, более близкий нашей точке зрения подход к взаимодействию личности и профессии построен на предположении о том, что профессия выбирается исходя из наличия определенных качеств и установок личности, но в то

же время каждая профессия накладывает специфический отпечаток на психический облик человека [6,93]. С точки зрения данного подхода, профессиональное становление личности рассматривается как процесс самоактуализации. Этот подход широко представлен в зарубежной психологии (E.Gincberg, D. Super A. Roe) [62,85,229].

D. Super рассматривает профессиональное развитие человека как процесс развития и реализации его Я-концепции. D. Super описал многоступенчатую модель профессионального развития. Процесс профессионального становления индивидуально своеобразен, неповторим так же, как неповторимы те конкретные условия, в которых он протекает [62,85,229].

Следуя данному подходу, процесс профессионального становления является частью жизненного пути, в ходе которого происходит трансформация особенностей личности. Данное положение находит свое подтверждение и в отечественной психологии. В работах Е.А. Климова проводится мысль о наличии разнотипных моделей образа мира у профессионалов [56,57].

«...Актуализируемые профессионалами представления универсума, реального целостного мира, существенно и не случайно различаются в зависимости от типа профессии, выделяемого по признакам предметной системы, с которой имеет дело профессионал как субъект деятельности ..."делатели" профессионалы по разному представляют и объективную и субъективную реальность." [56, с.251-252].

К этой группе теорий также можно отнести и концепцию профессионального становления Т.В.Кудрявцева. В рамках его теории профессионализация также рассматривается как целостный процесс профессионального становления личности, приобретения ею социальной зрелости. Профессиональное становление 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 [65].

По мнению Поваренкова Ю.П. процессом профессионализации называется целостный и непрерывный процесс становления личности специалиста, начинающийся с момента выбора профессии, длящийся в течении всей профессиональной жизни человека и завершающийся при прекращении деятельности [94].

Трущева А.А. в процессе профессионализации выделяет следующие этапы [96]:

1. Формирование профессиональных намерений. Выбор личностью профессии осуществляется на основе учета человеком своих индивидуально-психологических особенностей, их соответствие выбираемой профессии. Определяются первичные профессиональные цели и пути их достижения, происходит ориентация и самоопределение в мире профессионального труда.

2. Профессиональная подготовка. Осваиваются системы профессиональных знаний, умений, навыков, формируются профессионально важные качества личности, положительное отношение и интерес к деятельности. Этот этап включает несколько уровней - психологический, интеллектуальный, социальный.

3. Профессионализм. Адаптация, приобретение и усвоение личностью профессионального опыта, развитие качеств и свойств личности, необходимых для квалифицированного выполнения профессиональной деятельности.

4. Мастерство. Формируется творческий подход к деятельности, происходит интеграция сформировавшихся профессионально важных качеств личности в индивидуальный стиль деятельности, постоянное совершенствование методик и технологий деятельности.

Маркова А.К в становлении профессионала выделяет следующие уровни [74]:

1. Допрофессионализм. Человек осуществляет некоторую работу и виды труда, еще не обладая качествами необходимыми профессионалу, не овладев нормами и правилами профессии, не достигая творческих результатов.

2. Профессионализм. Человек последовательно овладевает качествами профессионала, формирует навыки профессиональной деятельности. По мере развития мотивационной сферы, человек все более сознательно повышает свое

профессиональное мастерство, осознавая себя в профессии, развивая себя средствами профессии.

3. Суперпрофессионализм. Этот уровень характеризует профессиональную деятельность в ее высоких достижениях и творческих успехах. Главная особенность: творческое обогащение ее своим личным вкладом.

4. Послепрофессионализм. На этом уровне специалист может быть советчиком, экспертом в своей сфере. Этот уровень помогает человеку обрести новые грани профессионализма, состоящие в помощи людям и их обогащении.

5. Псевдопрофессионализм. Характеризуется отсутствием необходимых знаний и умений. На этом уровне человек осуществляет достаточно «кипучую» деятельность, но при этом наблюдается деформация в становлении его профессионализма.

Таким образом, большинство ученых сходятся на том, что профессиональное развитие - это целостный, непрерывный процесс становления личности специалиста и профессионала, который начинается с момента выбора профессии и длится в течение всей профессиональной жизни человека и завершается, когда человек прекращает свою профессиональную деятельность. Этот процесс зависит, во-первых, от внешних условий: в течение жизни человека изменяется сама профессия, требования общества к ней; во-вторых, от внутренних условий: изменяются представления человека о профессии, критерии оценки человеком самой профессии, профессионализма в ней, а также критерии оценки профессионала в себе.

По мнению большинства авторов, профессионалом можно считать человека, который овладел нормами профессиональной деятельности, профессионального общения и осуществляет их на высоком уровне, добиваясь профессионального мастерства, соблюдая профессиональную этику, следуя профессиональным ценностным ориентациям; который изменяет и развивает свою личность и индивидуальность средствами профессии, который стремится внести творческий вклад в профессию, способствует повышению веса и престижа своей профессии в обществе, гибко учитывает новые запросы общества к профессии [74].

Обобщая описанные в литературе данные изучения профессионального

становления личности, можно выделить некоторые общие психологические закономерности становления профессионала.

Становление профессионала обычно опирается на общее психическое развитие, осуществляется на его фоне. Становление человека как профессионала тесно связано с его развитием как личности. Профессионализация становится активной только тогда, когда, человек принимает ее как жизненную задачу, т.е. проблемы, связанные с профессией, включаются в систему жизненных планов и целей, в структуру жизненной перспективы личности. Личностные особенности человека обычно оказывают позитивное влияние на выбор профессии, на ход профессиональной адаптации, поддерживают профессиональное мастерство, стимулируют профессиональное творчество, побуждают к смене профессии, оберегают от профессионального старения и деформации.

В отечественной и зарубежной психологии накоплен обширный материал, показывающий положительное влияние профессиональной деятельности на личность [94,134,135].

Поскольку процесс профессионального становления является одной из наиболее важных составляющих в общей жизнедеятельности человека, то именно в профессиональной деятельности наиболее интенсивно и происходит изменение личности. Литература, посвященная этому вопросу [88,93,98] показывает, что эти изменения затрагивают все сферы личности и проявляются на различных уровнях ее организации. Профессиональная деятельность человека во многом как бы задает направление развития личности. Многолетнее участие людей в сходной деятельности приводит к тому, что формируются сходные особенности личности. Большое количество проведенных эмпирических исследований во многом подтверждает это предположение.

Исследователи пишут о влиянии профессии на когнитивную сферу личности, в частности, на мышление. К.К. Платонов подчеркивает: «Предметы и явления, которые воспринимает человек в различных видах труда и на которые он воздействует, в свою очередь, воздействуют на него, формируют у данного лица не только профессиональные понятия, но и профессиональный склад мышления» [35, с. 26].

Профессия накладывает свой отпечаток на избирательность восприятия. В этом плане наиболее разработана проблема социальной перцепции. Так, в исследованиях показано, что продавцы-профессионалы склонны по-разному оценивать изображенных на фотографиях людей в зависимости от того «покупатели» это или «просто люди». Студенты-медики, характеризуя человека по первому впечатлению, очень много внимания уделяют качествам, влияющим на легкость установления контакта с ними, поскольку для них установление контакта с пациентом часто является довольно сложной задачей из-за их статуса в клинике [120].

Многими исследователями был выявлен интересный феномен, так называемое «компенсаторное профессиональное приспособление». Н.А. Вигдорчик отмечает, что в любой профессии есть лица с удивительно низким уровнем зрения, сохраняющие полную работоспособность. Так же он отмечает, что существуют явления сознательного волевого приспособления. Он пишет: «Мы видели удивительные образцы сознательного, волевого приспособления у телефонисток, у педагогов, у юристов, у ответственных работников: поразительная уравновешенность на работе и полная дезорганизация нервной системы во вне рабочее время» [30, с. 217].

Л.П.Урванцев [122] описывает несколько характерных особенностей влияния профессии на личность:

1. В процессе выполнения профессиональной деятельности формируется профессиональная избирательность восприятия, вычлняющая из окружающего мира значимые, с точки зрения профессионала, свойства и стороны.
2. Происходит осознание и оценка тех психических особенностей, которые необходимы для успешной работы.
3. Развиваются и совершенствуются ПВК, взаимосвязи между которыми изменяются с приобретением опыта.
4. Компенсаторное профессиональное приспособление позволяет специалисту успешно выполнять работу даже при снижении показателей некоторых функций (например, какого-либо анализатора).
5. Различные психические свойства и процессы приобретают своеобразную

“парциальность” и по-разному проявляются при решении профессиональных и непрофессиональных задач.

6. Овладение саморегуляцией профессиональной деятельности влияет на проявление свойств нервной системы и темперамента.

Все выше перечисленные особенности влияния профессии на личность накладывают специфический отпечаток на облик человека. Решение типовых задач на протяжении многих лет не только совершенствует профессиональные знания, умения и навыки, но и формирует профессиональные привычки, определенный склад мышления и стиль общения, профессиональные стереотипы.

Таким образом, анализ литературы показывает, что профессиональная деятельность человека обуславливает формирование его сознания, психических процессов и свойств, а так же личностных качеств и черт. Она может способствовать развитию человека, быть предпосылкой для формирования творческих способностей и, следовательно, индивидуального стиля деятельности. Но, также профессиональная деятельность, при определённых обстоятельствах, может вызвать обратный эффект, то есть блокирование личностного роста профессионала.

По мнению Э.Ф. Зеер [43], многолетнее выполнение одной и той же профессиональной деятельности приводит к появлению профессиональной усталости, обеднению репертуара способов выполнения деятельности, утрате профессиональных умений и навыков, снижению работоспособности. На определенной стадии профессионализации может происходить развитие профессиональных деструкций [43]. “Профессиональные деструкции – это постепенно накопившееся изменение сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса, а также на развитие самой личности” (там же, с.149).

А.К. Маркова выделяет основные тенденции развития профессиональных деструкций [74]:

- отставание, замедление профессионального развития по сравнению с возрастными и социальными нормами

- дезинтеграция профессионального развития, распад профессионального сознания и как следствие - нереалистические цели, ложные смыслы труда, профессиональные конфликты
- свертывание ранее имевшихся профессиональных данных, уменьшение профессиональных способностей, ослабление профессионального мышления
- искажение профессионального развития, появление ранее отсутствовавших негативных качеств, отклонение от социальных и индивидуальных норм профессионального развития, меняющих профиль личности
- появление деформаций личности (например, эмоционального выгорания, ущербной профессиональной позиции и т.п.)
- прекращение профессионального развития из-за профессиональных заболеваний или потери трудоспособности.

В самом общем виде профессиональные деструкции – это не только нарушение уже усвоенных способов действия, но и изменения связанные с переходом к последующим стадиям профессионального становления, а также изменения связанные с возрастом, физическими и нервными истощениями [96].

Любая профессиональная деятельность уже на стадии освоения деформирует личность. Многие качества человека остаются невостребованными. По мере профессионализации успешность выполнения деятельности начинает определяться ансамблем профессионально важных качеств, которые годами “эксплуатируются “. Отдельные из них постепенно трансформируются в профессионально нежелательные качества; одновременно развиваются профессиональные акцентуации – чрезмерно выраженные качества и их сочетания, отрицательно сказывающиеся на деятельности и поведении специалиста.

Преодоление профессиональных деструкций сопровождается психической напряженностью, психологическим дискомфортом, кризисными явлениями. Деструкции, вызванные многолетним выполнением одной и той же профессиональной деятельности, порождают профессионально нежелательные качества, изменяют профессиональное поведение человека. Это и есть “профессиональные деформации”; это как болезнь, которую вовремя не смогли

обнаружить, и которая оказалась запущенной; незаметно для себя и сам человек смиряется с этой деструкцией [96].

С точки зрения Зеер Э.Ф. на формирование профессиональных деструкций влияют следующие факторы [43]:

- объективные, связанные с социально – профессиональной средой (социально-экономическая ситуация, имидж и характер профессии, профессионально - пространственная среда);
- субъективные, обусловленные особенностями личности и характером профессиональных взаимоотношений;
- объективно - субъективные, порождаемые системой и организацией профессионального процесса, качеством управления, профессионализмом руководителей.

Пряжников Н.С. выделяет следующие уровни профессиональных деструкций [96]:

1. Общепрофессиональные деструкции, типичные для работников данной профессии. Например, для врачей – “синдром сострадательной усталости” (эмоциональная индифферентность к страданиям больных); для работников правоохранительных органов – синдром “асоциальной перцепции” (когда каждый воспринимается как потенциальный нарушитель); для руководителей – синдром “вседозволенности” (нарушение профессиональных и этических норм, стремление манипулировать подчиненными).

2. Специальные профессиональные деструкции, возникающие в процессе специализации. Например, в медицинских профессиях: у терапевтов – стремление ставить “угрожающие диагнозы”, у хирургов – цинизм, у медсестер – черствость и равнодушие.

3. Профессионально-типологические деструкции, обусловленные наложением индивидуально-психологических особенностей личности на психологическую структуру профессиональной деятельности. В результате складываются профессионально и личностно обусловленные комплексы: 1) деформации профессиональной направленности личности (искажение мотивов, перестройка ценностных ориентаций, пессимизм, скептическое отношение к

нововведениям); 2) деформации, развивающиеся на основе каких-либо способностей – организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и др. (комплекс превосходства, нарциссизм); 3) деформации, обусловленные чертами характера (ролевая экспансия, властолюбие, доминантность, индифферентность). Все это может проявляться в самых разных профессиях.

4. Индивидуальные деформации, обусловленные особенностями работников самых разных профессий, когда отдельные профессионально-важные качества, как впрочем, и нежелательные качества, чрезмерно развиваются, что приводит к возникновению сверх качеств, или акцентуаций. Например, сверхответственность, суперчестность, трудовой фанатизм, навязчивая педантичность и др.

Одним из проявлений профессиональных деструкций личности является феномен “психического выгорания” (burnout).

Поскольку проблема психического выгорания является новой для нашей психологической науки, недостаточно исследованной теоретически и практически, мы в своей работе предприняли попытку анализа сущности понятия "психическое выгорание", изучения его структуры, личностных детерминант и организационных факторов, способствующих возникновению данного феномена. Перейдем к теоретическому анализу данного конструкта.

## 1.2. Становление проблемы психического "выгорания" в психологии

Проблема психического «выгорания» впервые появилась в США как социальная проблема, а не как исследовательский конструкт.

Одним из основоположников идеи выгорания был американский психиатр Н.Л. Freudenberger [181]. Он в 1974 году описал феномен, который наблюдал у работников психиатрических учреждений (деморализация, разочарование и крайняя усталость) и назвал его запоминающейся метафорой - "выгорание" (burnout). Им же была разработана новая модель для рассмотрения дистресса и функциональных нарушений связанных с работой.

Другой основоположник идеи выгорания социальный психолог С. Maslach несколько позднее опубликовала ряд работ, в которых ею были представлены

результаты исследования того, как люди справляются с эмоциональным возбуждением на работе. Она изучала процесс потери интереса к работе и проявление негуманного отношения к клиентам и обнаружила, что как эмоциональное возбуждение, так и данные явления оказывали влияние на профессиональную идентификацию и поведение индивида на работе. С. Maslach назвала этот процесс "выгоранием" [221]. Она определила это понятие как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам.

Реакцией на появление нового термина был огромный поток публикаций практиков в различных профессиональных областях. В основном это были представители профессий "человек-человек", от которых требовалась в работе эмоциональная вовлеченность. Зарубежные исследования работы врачей, социальных работников, учителей, полицейских и юристов показали, что эти профессии в большей степени подвержены влиянию феномена выгорания [109].

В исследовании данного феномена можно условно выделить два этапа. На первоначальной стадии исследования данного феномена выгорание было определено в терминах клинических описаний. Первые исследования были представлены с точки зрения клинического подхода (использовалось не-стандартизированное интервью, наблюдение, анализ, разбирались симптомы выгорания).

Литература о "выгорании" необычна тем, что подавляющая часть из более тысячи книг и статей, написанных на эту тему с 1974 года, представляет собой краткие рассказы о случаях, написанные практикующими врачами, а не учеными. Исследования носили главным образом описательный и эпизодический характер. Обзор литературы показал, что в основном они содержали идеи и предложения о различных причинах выгорания и работе с ним. Отсутствие эмпирических данных не позволяло сравнивать результаты разных авторов между собой.

Некоторые из авторов (King, 1993) возражали против термина "выгорание" из-за его неопределенности и частичного совпадения с родственными понятиями, например, посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией, либо

рассматривали как странную психиатрическую химеру (Morrow, 1981). Другие устанавливали связь с существующими моделями, например теорией общего стресса (Hobfoll, Freedy, 1993), приобретенной путем научения беспомощностью (Meier, 1983) и психодинамикой беспомощности у представителей помогающих профессий (Adler, 1972), моделью самоэффективности и компетентности Bandura (Cherniss, 1993) и компульсивным оказанием помощи при “синдроме помогающих профессий” (Malan, 1979). С точки зрения определения стрессового процесса Selye (1956) “выгорание” пытались приравнять к третьей стадии (истощение), которой предшествует стойкий и неподдающийся контролю уровень возбуждения (Roberts, 1997). [115,140,157,197,201,208,226,233]

Неправомерное расширение смысла термина породило опасность потери всякого смысла вообще [255,261], вследствие чего многие противники указывали на необходимость отказаться от этого понятия полностью.

Трудности исследования синдрома до 1980-х годов связаны не только с неопределенностью и многокомпонентностью его описательных характеристик, но и с отсутствием соответствующего измерительного инструментария.

Позднее, на второй (эмпирической) стадии акцент сместился на систематическое исследование и измерение показателей этого явления. В 80-х годах прошлого века началось конструктивное, целенаправленное экспериментальное исследование феномена «выгорания». Появление в 1980 году шкалы «Staff Burnout Scale for Health Professionals» (J. Jones) и издание в 1982 году опросника «Maslach Burnout Inventory» (C. Maslach, S. Jackson) дали возможность стандартизировать проводимые исследования и привели к тому, что изучение проблемы “выгорания” приобрело на Западе практически массовый характер. Разнообразные научные идеи стали дополняться научными методами исследования. Разработка стандартизированных измерений выгорания позволила исследователям использовать более точные определения и методические инструменты. Следствием этого стало увеличение количества публикаций о выгорании, оно стало активно изучаться не только в США, но и в Канаде, Голландии, Польше и др.

Однако теоретическое обеспечение этих исследований было еще очень

слабым. Часто не наблюдалось концептуальной модели выгорания, на основании которой выдвигались и проверялись гипотезы. Выбор переменных нередко был случайным. Все это вело к проблемам интерпретации получаемых результатов.

В настоящее время теоретические и практические разработки проблемы выгорания активно прогрессируют. Этому способствовало возникновение единого соглашения по операциональному определению выгорания, появление валидных методик оценки выгорания, что позволяет интерпретировать знания о выгорании в контексте определенной концепции выгорания и планировать исследование в рамках теории выгорания.

В последние годы проблема изучения психического выгорания как феномена отрицательного влияния профессиональной деятельности на личность привлекла внимание отечественной психологии (Т.В. Форманюк, 1994, Н.В. Гришина, 1997; В.Е. Орёл, 1997, 1998, 1999, 2001; А.А. Рукавишников 1998, 1999, 2001). [37,84,85,86,106,107,108,128]

Однако, несмотря на большое количество теоретических и эмпирических исследований в мировой, особенно зарубежной, науке, не существует единого понимания сущности психического выгорания и его механизмов. Поэтому необходимо рассмотреть основные существующие подходы к понятию психического выгорания и его структуре, вскрыть причины его возникновения, рассмотреть его проявления в разных профессиональных областях.

### 1.3. Понятие психического выгорания и его структура

В настоящее время общепринятым является определение выгорания данное С. Maslach, S.E. Jackson (1984). Согласно современным данным, под «психическим выгоранием понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы». Этот синдром включает в себя три составляющих: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [222].

Под *эмоциональным истощением* понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Оно проявляется в снижении эмоционального тонуса, утрате интереса к окружающему или

эмоциональном перенасыщении, в агрессивных реакциях, вспышках гнева, появлении симптомов депрессии.

*Деперсонализация* предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. Это развитие негативных, черствых, безразличных установок по отношению к людям. Она проявляется в деформации (обезличивании) отношений с другими людьми: повышении зависимости от других или, напротив, негативизма циничности установок и чувств по отношению к реципиентам (пациентам, подчиненным, ученикам).

Наконец, *редукция профессиональных достижений* представляет собой возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Предложенная С.Maslach трехфакторная модель выгорания в какой то степени отражают специфику той профессиональной среды, в которой впервые был обнаружен этот феномен. Исследования последних лет не только подтвердили правомерность этой структуры, но и позволили существенно расширить сферу ее распространения, включив профессии, не связанные с социальной сферой. Это привело к некоторой модификации понятия «выгорания» и его структуры. Психическое выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в процессе ее. Такое понимание несколько видоизменило и его основные компоненты. Структура теперь включает: эмоциональное истощение, цинизм, профессиональную эффективность. С этих позиций понятие деперсонализации имеет более широкое значение и означает отрицательное отношение не только к клиентам, но и к труду и его предмету в целом [222].

Японские исследователи считают, для определения выгорания к трехфакторной модели С.Maslach следует добавить четвертый фактор "Involvement" (зависимость, вовлеченность), который характеризуется головными болями, нарушением сна, раздражительностью и др., а также наличием химических зависимостей (алкоголизм, табакокурение) [34].

Согласно одномерной модели, «выгорание» - это состояние физического психического, и прежде всего эмоционального, истощения, вызванного

длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях общения (А. Pines и Е. Aronson, 1988). Данная трактовка близка пониманию «выгорания» как синдрома «хронической усталости».

- Физическое истощение характеризуется низким энергетическим уровнем, слабостью, хронической бессонницей и широким рядом физических и психосоматических жалоб.

- Эмоциональное истощение включает чувство беспомощности, безнадежности и обманутости, которое в экстремальной степени может привести к эмоциональному взрыву.

- Психическое истощение - это развитие негативных установок по отношению к себе, своей работе и жизни в целом. Так как чрезмерные эмоциональные требования не ограничиваются службами, связанными работой с людьми, то выгорание также возникает и в других профессиональных группах (менеджмент) а также вне работы, в любви и супружестве, в политической активности.

Следовательно, с их точки зрения необходимо включить физические симптомы и не ограничивать рассмотрение возникновения выгорания службами, работающими с человеком [246].

А. Shirom (1989) считает «выгорание» комбинацией физического, эмоционального и когнитивного истощения или утомления, при этом главным фактором является эмоциональное истощение. Дополнительные компоненты выгорания являются следствием поведения (купирование стресса), ведущего к деперсонализации или собственно когнитивно - эмоционального выгорания, которое выражается в редуцировании персональных достижений. Авторы одномерного подхода не ограничивают «выгорание» определенными группами специалистов.[262]

Другая, двухфакторная модель выгорания принадлежит голландским исследователям D.V. Diredonck, W.B. Schaufeli (1994), согласно ей в синдром «выгорания» входят:

- Эмоциональное истощение – «аффетивный» фактор, относится к

сфере жалоб на плохое самочувствие, нервное напряжение;

- Деперсонализация – «установочный» фактор, проявляющийся в изменении отношений к пациентам или к себе.[257]

Менее известное определение выгорания было предложено Р. Brill (1984). Он считает, что причина выгорания - неосуществимые ожидания. Определение Brill не допускает возможности возникновения выгорания вне профессиональной деятельности и выгорания среди лиц, страдающих психическими расстройствами (например, депрессией) [145].

Он выделяет три элемента, которые касаются симптоматики, этиологии и области выгорания:

- дисфорические симптомы - больше включают эмоциональное, чем психическое истощение. К ним также относятся негативные установки по отношению к другим, уменьшение продуктивности и эффективности деятельности;
- несоответствие между ожиданиями и эмоциональными требованиями, предъявляемыми работой, играют главную роль в развитии выгорания;
- выгорание рассматривается как состояние связанное с работой, возникающее у "нормальных" индивидов, которые не страдают психопатологией и ранее функционировали на адекватном уровне.

Выше перечисленные авторы рассматривают выгорание как состояние. Однако, имеется и другая точка зрения, в которой выгорание рассматривается как процесс.

Так, С. Cherniss (1980) определил выгорание, как "процесс, в котором профессиональные установки и поведение изменяются негативным образом в ответ на напряжение на работе" [156, с. 17]. В этом процессе он выделяет три стадии: 1-я стадия включает дисбаланс между ресурсами и требованиями (стресс); 2-я стадия - это непосредственное, краткосрочное эмоциональное напряжение, утомление и истощение; 3-я стадия состоит из целого ряда изменений в установках и поведении, таких как механическое (бездушное) обращение с клиентами и т.д.

На основе этого, С. Cherniss вводит новый элемент этиологии выгорания -

индивидуальный способ преодоления стресса. В случае если индивид использует адекватный способ преодоления стрессовой ситуации, то вероятность возникновения психического выгорания уменьшается. Использование неадекватного способа преодоления стрессовой ситуации ведет к формированию феномена психического выгорания [156].

Как процесс увеличивающегося разочарования описали выгорание J. Edelwich и R. Brodsky. Они определили выгорание как "прогрессирующую потерю идеальных ожиданий, энергии и цели, как результат воздействия условий работы, связанных с помощью людям" [171].

Выгорание также рассматривается как продолжительно протекающая, едва узнаваемая и по большей части отрицаемая неудача взаимодействия между личностью и средой, являющаяся источником медленного и скрытого процесса психологической эрозии. Процесс эрозии может продолжаться довольно долго и незаметно. D. Etzion отмечает, что выгорание - это медленно развивающийся процесс, который начинается без предупреждения и развивается почти неощутимо до какого-то времени. Внезапно и неожиданно человек начинает ощущать общее истощение и не способен объяснить эти негативные изменения предшествующим стрессовым воздействием [85].

Таким образом, большинство авторов, рассматривая процесс выгорания, отмечают, что он начинается с напряжения, которое является результатом противоречия между ожиданиями, намерениями, желаниями и идеалами индивида и требованиями суровой повседневной реальности. Результатом такого дисбаланса являются стрессы, которые постепенно развиваются и могут осознаваться индивидом, либо долгое время оставаться неосознаваемыми. Путь, по которому индивид справляется с этими стрессами, является критическим для развития выгорания.

В отечественной литературе также имеются некоторые данные о "сгорании" (термин аналогичного содержания), существующем среди людей профессий типа "человек-человек" (по классификации Е.А. Климова) [57]. В данном случае "сгорание" определяется через симптомы физического утомления и эмоциональной истощенности в ответ на действия производственного стрессора,

но, что важно отметить - связанного с межличностными отношениями. Будучи зафиксированным, явление "сгорания" в нашей стране активно не изучалось. Однако в последние годы в отечественной литературе вновь появилось понятие "выгорания" [14,55,85,128,129]. Процесс выгорания возникает на отдельных периодах профессионального развития и в большинстве случаев рассматривается как "болезнь общения". Так, А.А. Китаев-Смык считает, что такая болезнь общения, как "выгорание" возникает вследствие душевного переутомления. Это своего рода плата за сочувствие, когда в профессиональные обязанности входит отдача душевного тепла, эмоциональное «выкладывание». По его мнению, проявления "выгорания" таковы: приглушение эмоций, исчезновение остроты чувств и переживаний, возникновение конфликтов с партнерами по общению в результате переноса раздражения на окружающих; потеря человеком представлений о ценности жизни, безразличие [55]. Несмотря на некоторое сужение понятия "выгорание", такое его определение не противоречит пониманию содержания явления, и отражает основные его характеристики, о которых говорилось ранее: эмоциональное истощение, отдаление от окружающих, потеря личностных смыслов.

Интересный подход к рассмотрению выгорания как процессуального феномена представлен в работах Бойко В.В.. Он рассматривает "выгорание" как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. [14].

Рассматривая симптомы, характерные для синдрома выгорания S. Kahill предложил выделять 5 ключевых групп симптомов: 1) эмоциональные, 2) физические, 3) поведенческие, 4) когнитивные и 5) социальные [206].

Е. Maher в своем обзоре обобщает другой перечень симптомов выгорания : а) усталость, утомление, истощение; б) психосоматические недомогания; в) нарушения сна; г) негативное отношение к клиентам; д) негативное отношение к своей работе; е) скудность репертуара рабочих действий; ж) злоупотребление химическими агентами (кофе, табаком, алкоголем, наркотиками, лекарствами); з)

переедание или отсутствие аппетита; и) негативная Я-концепция; к) агрессивные чувства (раздражительность, напряженность, тревожность, беспокойство, взволнованность, гнев); л) упаднические настроения и связанные с ними эмоции (пессимизм, чувство безнадежности, апатия) [219].

Таким образом, анализ имеющихся определений психического выгорания и сопутствующих ему симптомов позволяет сделать вывод о том, что выгорание - это устойчивое, прогрессирующее, негативно окрашенное психологическое явление, характеризующееся психоэмоциональным истощением, развитием дисфункциональных установок и поведения на работе, потерей профессиональной мотивации, проявляющееся в профессиональной деятельности у лиц не страдающих психопатологией.

Нельзя не обратить внимание на тот факт, что разнообразие случаев "выгорания", симптоматики, определений и последствий данного явления зачастую порождает непонимание специфичности феномена "психического выгорания". Выгорание приравнивается к стрессу, разочарованию работой, депрессии, посттравматическому стрессовому расстройству, к синдрому хронической усталости. Во избежание подобных затруднений попытаемся развести понятие "выгорания" и сходных феноменов.

### **Выгорание и рабочий стресс.**

Некоторые исследователи склонны рассматривать психическое выгорание как длительный рабочий стресс. Стресс определяется Г. Селье как «неспецифический ответ организма на воздействие стрессоров, психический или соматический аффект»[115]. Формулировка такого определения базируется на объективных индикаторах, таких, как телесные и биохимические изменения, появляющихся в ответ на любое воздействие. Согласно данной теории, стресс характеризуется наличием трех основных этапов: нервное напряжение, резистенция (сопротивление) и истощение (исчерпание психофизиологических ресурсов). Некоторые исследователи пытались приравнять “выгорание” к третьей стадии стресса (истощение), которой предшествует стойкий и неподдающийся контролю уровень возбуждения.

Главное отличие стресса и "выгорания", несмотря на сходство третьей фазы

стресса и симптомов "выгорания" состоит в том, что стресс - реакция неспецифического характера, тогда как "выгорание" происходит лишь в определенных случаях. Соотношение между выгоранием и стрессом может быть рассмотрено с позиций временного фактора и успешности адаптации. Различие между стрессом и выгорание кроется, прежде всего, в длительности этого процесса. Выгорание представляет собой длительный, «растянутый» во времени рабочий стресс. С точки зрения Селье, стресс представляет собой адаптивный синдром, который мобилизует все стороны психики человека, выгорание же является срывом в адаптации. По определению выгорание является длительным процессом, поэтому относительное различие этих двух процессов можно сделать, если рассмотреть их в процессе развития во времени. Оба понятия могут быть определены ретроспективно, если адаптация успешно достигнута - это рабочий стресс, если произошло ухудшение адаптации - это выгорание [115]

Другим отличием стресса и выгорания является то, что выгорание характерно для людей, имеющих высокий уровень достижений. Стресс не обязательно может быть причиной выгорания. Люди прекрасно могут работать в стрессовых условиях, если считают, что их работа важна и значима [88].

Таким образом, хотя и существует некоторая общность между стрессом и выгоранием, однако последний можно считать относительно самостоятельным феноменом.

### **Синдром психического выгорания и синдром хронической усталости (СХУ)**

Оба эти синдрома являются содержательными характеристиками профессиональной деформации и, несмотря на видимую схожесть симптомов, существуют значительные отличия. СХУ связан с изначальным принятием готовых форм знаний о мире, себе и других людях, приобретением функционального подхода к другому человеку (отношение как к объекту), а следовательно, и к себе. Синдром же психического выгорания приобретают профессионалы, которые изначально обладают большим творческим потенциалом, ориентированные на другого человека, фанатично преданные своему делу.

Кроме того, утомление возникает в самых различных ситуациях, тогда как

выгорание чаще всего проявляется при работе с людьми как результат неудовлетворения эмоциональных, душевных потребностей человека.

Отличие заключается еще и в том, что СХУ может возникнуть и у детей, тогда как психическое выгорание может сформироваться только в условиях профессиональной деятельности [79].

В медицине синдром хронической усталости рассматривается как заболевание, определена его вирусная природа и способы его лечения. Синдром же психического выгорания заболеванием не является. Все психовегетативные и психосоматические проблемы, наблюдаемые при этом, выступают следствием возникновения психического выгорания.

Оба этих феномена различаются и по длительности течения и периодичности возникновения. СХУ длится в течение 6 месяцев, после чего в организме человека могут возникнуть необратимые изменения и при неоказании соответствующей помощи привести к инвалидизации человека. После лечения симптомы СХУ могут исчезнуть, но никто не застрахован от их повторения при несоблюдении соответствующих превентивных мероприятий. Выгорание же представляет собой длительный, «растянутый» во времени рабочий стресс [88], каких либо данных за периодичность его возникновения нет.

Следовательно, вывод многих авторов о совпадении (перекрытии) понятий синдрома психического выгорания и синдрома хронической усталости не верен, и выгорание можно считать самостоятельным феноменом.

Несмотря на то, что в настоящее время существует относительно единая точка зрения на сущность синдрома психического выгорания, механизмы выгорания описываются с разных позиций. Для объяснения феномена психического выгорания в зарубежной литературе существуют три основных подхода: индивидуальный, интерперсональный и организационный [106].

Представители интерперсональных подходов считают причиной выгорания асимметрию отношения между работниками и клиентами, т.е. подчеркивается важность межличностных взаимоотношений в возникновении «выгорания». Однако представители данного подхода высказывают разные мнения о причинах выгорания.

К этому подходу можно отнести работы С. Maslach (С. Maslach, 1976,1978, 1982, 1993), которые рассматривают выгорание как негативный индивидуальный опыт, вплетенный в контекст межличностных взаимоотношений на работе. Она считает, что основной причиной выгорания являются напряженные взаимоотношения профессионала и реципиента. Выгорание в данном случае есть результат эмоциональной перегрузки, вызванной взаимоотношениями между профессионалом и его клиентом. Психологическая опасность таких взаимоотношений заключается в том, что профессионалы имеют дело, прежде всего с людскими проблемами, несущими в себе отрицательный эмоциональный заряд, которые тяжелым бременем ложатся на их плечи. Такая ситуация переживается работником как длительно воздействующий стресс и проявляется в изменении отношения к себе и другим [221,222,223,224,225]. Поэтому первоначально она рассматривала выгорание только в профессиях, связанных с помощью другим: медики, учителя, полицейские и т.д. В своих более поздних работах она высказывает мысль о том, что этот феномен может возникать не только в профессиях связанных с работой с людьми [224].

Интересной является точка зрения D.H. Harrison (1983), который рассматривает выгорание как феномен, связанный с восприятием индивидом собственной социальной компетентности и эффективности в межличностных взаимоотношениях с клиентом. Автор рассматривает "социальную компетентность", как ощущение своей способности успешно взаимодействовать с другими и, таким образом, влиять на социальную среду. В основе этой модели лежит мотивация профессионала на оказание помощи другим. Если профессионал теряет ощущение своей способности быть полезным для других, возникает выгорание. Однако одной мотивации на помощь недостаточно для того, чтобы быть успешным и эффективным в достижении профессиональных целей, для этого необходимы благоприятные условия профессиональной среды и определенные личностные характеристики [195].

По мнению Hochschild A. (1983) в основе выгорания лежит степень идентификации личности. Он предлагает различать два типа эмоциональных усилий, которые может проявлять человек:

- 1) поверхностные эмоциональные усилия, когда индивид симулирует эмоции, которые в действительности испытывает, используя вербальные и невербальные сигналы
- 2) глубокие эмоциональные усилия как попытка действительно почувствовать эмоции, которые от тебя ожидают.

В обоих случаях - возможны негативные последствия. В первом случае конфликт между истинно испытываемой эмоцией и требуемой эмоцией ведет к выгоранию, так как уменьшаются эмоциональные ресурсы индивида (эмоциональное истощение) и усиливается цинизм, отчуждение (деперсонализация).

Во втором случае может возникнуть самоотчуждение, так как человек боится потерять свое "Я". Это приводит к тому, что теряется способность испытывать истинные эмоции, так как глубокие эмоции требуют чрезмерной энергии, а это уменьшает энергетические ресурсы индивида.

По мнению Hochschild и при низкой идентификации как в первом случае, и при чрезмерной идентификации - может возникнуть выгорание [106].

Голландские социальные психологи E. Buunk и W. Schaufeli (1993) попытались рассмотреть проблему выгорания с позиций социального сравнения. Главным их тезисом является то, что выгорание развивается как следствие межличностных отношений на работе и чтобы понять его развитие необходимо обратить внимание на то, каким образом индивид воспринимает, интерпретирует поведение других [256]. Они выделили два аспекта процесса социального взаимодействия, которые относятся к выгоранию: социальное сравнение и симптом заражения. Оба эти аспекта рассматривались ими как самостоятельные подходы к пониманию процесса выгорания.

Механизмом возникновения выгорания они считают усиление тенденции к аффилиации в условиях стресса. Под воздействием стрессовых факторов работники стремятся быть в обществе других людей и оценивать свою деятельность, исходя из ее сравнения с результатами других. Процесс социального сравнения внутри рабочих объединений способствует развитию выгорания. Причем степень выраженности выгорания примерно одинакова у всех членов

группы. Ими предлагается несколько механизмов «заражения» выгоранием. Один из них – это феномен «групповой поляризации», который описывает тенденцию члена группы изменять свое отношение к проблеме на негативное, если большинство членов данной группы относятся к ней негативно, что способствует развитию выгорания.

Другой механизм заключается в том, что коллеги являются своеобразной моделью для имитации симптомов выгорания. В условиях стресса люди начинают воспринимать симптомы выгорания коллег как своеобразную норму поведения и начинают ей соответствовать. Наличие вербальной коммуникации не обязательное условие для эмоционального заражения. Здесь немаловажную роль играют предшествующие выгоранию негативные эмоциональные состояния.

Выдвинув положение о том, что восприятие симптомов выгорания у коллег способствует развитию его у работников, авторы отнюдь не утверждают, что все люди находятся под одинаковым влиянием симптомов, воспринимаемых в других. Чувствительность к выгоранию будет зависеть от ряда личностных особенностей и мотивационных факторов [88].

Таким образом, общим для всех подходов данного направления является рассмотрение выгорания как следствие сильного эмоционального напряжения, возникающее в процессе межличностного взаимодействия на работе.

В исследованиях относящихся к индивидуальному подходу основное внимание обращается на симптомы, которые испытывают индивиды, подвергнувшиеся выгоранию. В качестве главной причины выгорания рассматриваются фрустрированные ожидания и цели. Часто авторы пытаются анализировать выгорание с точки зрения традиционных психологических теорий, таких, как психодинамическая теория, когнитивно-психологическая или теория научения, или менее распространенных, к которым можно отнести теорию сохранения ресурсов или теорию деятельности. (Н. Freudenberger, 1974; J. Edelwich и А. Brodsky, 1980; S.T. Meier, 1983; S. Hobfoll и J. Freedy, S. Hobfoll и А. Shirom, 1993 и др.). Большинство из этих моделей выгорания не подтверждены эмпирическими данными.

Так, например, работа Н. Freudenbrger не содержит непосредственно

психологического объяснения выгорания. Он приводит случаи психического здоровья и нездоровья. Согласно Н. Freudenbrger (1980), выгорание - это состояние утомления или фрустрации, которое было вызвано беззаветной преданностью делу, стилем жизни или способом взаимоотношений, которые не привели к ожидаемому и предполагаемому вознаграждению [181, с. 13]. По мнению авторов, выгорание развивается, когда индивиды свято верят в идеализированный образ своего "Я" как динамичной, не истощаемой и суперкомпетентной личности. В результате они теряют контакт с другой "реальной" частью своей личности. Выгоревший индивид слишком долго, слишком неистово преследует чрезмерно идеализированный Я-образ, что ведет к истощению всех его энергетических ресурсов.

J. Edelwich и A. Brodsky (1980) рассматривают выгорание как процесс четырехэтапного прогрессирующего разочарования:

1) Энтузиазм. Вначале профессионал полон энергии, усердно трудится и работа занимает важное место. На этом этапе человек является энтузиастом, который обладает большими надеждами и нереалистичными ожиданиями.

2) Стагнация. Высокие ожидания значительно уменьшаются. Вместо сверхидентификации с реципиентами акцент переносится на удовлетворение собственных потребностей. Становятся более важными вопросы денег и продолжительность рабочего дня.

3) Фрустрация. Из-за возрастающей беспомощности возникает фрустрация. Идеалистичные ожидания первой стадии не оправдались, а также не удовлетворены многие личные потребности второй стадии. На этой стадии внешние факторы, такие как низкая зарплата, недостаточная поддержка руководства, конфликты в организации - играют сокрушительную негативную роль. Обычно на этой стадии наблюдается проявление аффективных, когнитивных и физических симптомов.

4) Апатия. Профессионал физически и умственно отходит от работы. Временами наблюдаются прогулы, уменьшается количество социальных контактов с коллегами, в то же время на психическом уровне отмечается эмоциональная отчужденность, цинизм и безразличие.

Основная идея этого подхода заключается в том, что внутренние идеалистические ожидания личности фрустрируются повседневной реальностью. В результате этого возникает процесс выгорания.

Описанием этих четырех стадий J. Edelwich и A. Brodsky внесли свой вклад в понимание выгорания, как динамического процесса, который развивается во времени постепенно. Движущая сила этого процесса - противоречие между мечтами и реальным миром [171]. Эта модель также интуитивна и не подкреплена эмпирическим материалом.

В русле индивидуального подхода интересна модель выгорания предложенная H.J. Fischer (1983). Он рассматривает выгорание как нарцисстическое личностное расстройство. Индивиды, которые чрезмерно идеализируют свою работу и сталкиваются с постоянным разочарованием, могут выйти из затруднительного положения либо уменьшив свои идеалы, либо оставив эту работу. Однако некоторые люди, кандидаты на выгорание, вместо того, чтобы уменьшить свои идеалы или искать новую работу, удваивают свои усилия для того, чтобы достичь своих нереалистичных целей. Это нарцисстическая иллюзия своего превосходства и исключительности, по мнению H.J. Fischer, может привести к выгоранию [106]. H.J.Fischer не согласен с теорией J.Edelwich и A. Brodsky, которые рассматривают выгорание как потерю идеала. Напротив, он считает, что вместо того, чтобы отказаться от идеала, выгоревшая личность тщательно пытается его сохранить и дорого за это платит.

S.T. Meier (1983) в рамках когнитивно-бихевиорального подхода рассматривает выгорание как результат целого набора неверных ожиданий, которые не соответствуют настоящей рабочей ситуации. Выделяют три вида ожиданий: ожидание подкрепления, ожидание результата, ожидание эффективности. Этот подход, основанный на теории научения, иллюстрирует на теоретическом уровне, что различные виды ожиданий могут играть различную роль в возникновении выгорания. Эта модель также не подкреплена эмпирическим материалом [228].

Еще одним представителем индивидуального подхода является A. Pines (1983). Опираясь на экзистенциальную психологию A. Pines предложила

мотивационный подход к выгоранию. Она рассматривает выгорание как состояние физического и психологического истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. Главной причиной выгорания является неудачный поиск смысла жизни в профессиональной сфере, в котором главную роль играет потребность индивида к смыслу и значению. Автор считает, что выгорание с наибольшей вероятностью возникает у работников профессий социальной сферы с высоким уровнем притязаний. Когда высоко мотивированные специалисты, отождествляющие себя со своей работой и считающие ее высокосмысленной и общественно полезной, терпят неудачи в достижении своих целей и чувствуют, что не способны внести весомый вклад, они в наибольшей степени подвержены выгоранию [245]. Работа, которая была смыслом жизни для индивида, вызывает у него разочарование, развитие которого и приводит к выгоранию (А. Pines, Е. Aronson, 1988) [246]. Главная идея этой модели заключается в том, что выгоранию могут подвергаться только индивиды с высокой первоначально мотивацией. Личность без этой внутренней мотивации может испытывать стресс, одиночество, депрессию, экзистенциальный кризис или усталость, но не выгореть.

Таким образом, экзистенциальный подход рассматривает выгорание как конечный результат постепенного процесса разочарования. Источником выгорания является чувство недостижимости, незначимости своей работы, незначительности своих усилий.

Экзистенциальный подход к источникам выгорания является довольно перспективным и находит своих сторонников в отечественной психологии (Гришина Н.В., 1997) [37]. Проведенное В.Е. Орлом с сотрудниками исследование на профессионалах, работающих в систем ИТК УВД, показывает наличие связи между «эмоциональным выгоранием» и «работоголизмом», что подтверждает положения экзистенциального подхода [88].

В рамках индивидуального подхода S. Hobfoll и J. Freedy (1993) рассматривают психическое выгорание с точки зрения теории "Сохранения ресурсов" (COR). Согласно этой теории люди имеют глубоко укоренившуюся мотивацию обладать, сохранять и защищать то, что они ценят. Те объекты,

предметы, возможности и т.д., которые они ценят, называются ресурсами. По мнению S. Hobfoll и J. Freedy, выгорание чаще возникает когда ресурсы тратятся или их не получают. В этом случае, чтобы восстановить ресурсы или предотвратить их потерю индивид вовлекается в активное преодоление этой ситуации. Если индивид эффективно справляется со стрессовой ситуацией, то срабатывает позитивная обратная связь, улучшается здоровье и индивид приобретает новые ресурсы. Если не справляется, возникает затянувшийся стресс или выгорание - "процесс истощения и изнашивания энергии личности или комбинация физических жалоб, эмоционального истощения и когнитивное изнашивание, которое развивается постепенно во времени" [198].

Попыткой применения психодинамической концепции К.Г. Юнга к выявлению источников выгорания являются работы А. – М. Garden (1991). Она считает, что выгорание связано с соответствием работы типу личности по Юнгу [185]. Она является одной из немногих исследователей, кто не согласен с трехкомпонентной структурой выгорания, предложенной С. Maslach. Напротив А. – М. Garden считает, что только эмоциональное истощение является внутренней составляющей выгорания, в то время как деперсонализация- артефакт выборки профессий социального обслуживания [185]. Вторым моментом ее концепции является тезис о том, что выгорание есть специальное развитие в психике динамических процессов для восстановления равновесия и/или роста личности. Таким образом, она считает, что выгорание – это не столько негативный, сколько позитивный, развивающий личность процесс [185]. Хотя первое положение автора частично и подтверждается исследованиями, но в целом подход не имеет достаточного эмпирического обоснования.

Таким образом, главным, что объединяет между собой все приведенные выше подходы, является то, что они рассматривают необходимым условием возникновения выгорания наличие сильных сознательных или бессознательных мотивов. Если существует несоответствие между намерениями профессионала и реальностью то возникает стресс, а применение личностью неадекватных стратегий преодоления или истощение ресурсов индивида или организации приводит к выгоранию.

В работах, относящихся к организационному подходу, основное внимание сфокусировано на факторах рабочей среды как главных источниках выгорания. Сторонники данного подхода рассматривают выгорание как негативное организационное поведение, которое влияет не только на индивида, но и на организацию в целом.

Одним из наиболее популярных является подход С. Cherniss (1980,1992,1995), который выдвинул предположение, что понятие самоэффективности может служить как унифицированная концепция для интеграции большинства исследований по проблеме выгорания. Согласно С. Cherniss, самоэффективность заключается в чувстве своей компетентности и уверенности индивида в том, что он способен контролировать те события, которые влияют на его жизнь. Успешность и независимость в достижении поставленных целей повышают чувство самоэффективности, а неудачи - ведут к психологическому неукладу, снижению самоэффективности и, наконец, к выгоранию. С. Cherniss вводит понятие "профессиональной самоэффективности", под которой понимает способность личности хорошо справляться с выполнением профессиональных ролей. С. Cherniss (1992) выделяет три различных компонента профессиональной самоэффективности: профессиональное мастерство как уровень выраженности профессиональных умений и навыков; способность устанавливать хорошие взаимоотношения с другими в своей деятельности; способность оказывать влияние на политику внутри организации. С. Cherniss особенно отмечает важность третьего компонента, так как возможность влиять на социальные и политические вопросы деятельности организации часто игнорируется.

Источником подхода С. Cherniss послужили лонгитюдинальные исследования по изучению профессионалов различных областей социальной сферы, только начинающих свою профессиональную карьеру. Он установил, что основная причина выгорания у новичков кроется в том шоке, который они испытывают, когда их идеальные представления о работе, их ожидания и стремления сталкиваются с реальностью, с той обстановкой, которая сложилась в организации. Предложенная им модель начального этапа профессионального

становления выделяет восемь факторов рабочей среды, которые продуцируют стресс или способствуют возникновению выгорания. Наличие или отсутствие этих факторов в работе может приводить или не приводить к "шоку реальности" и выгоранию [158].

Данный подход представляет собой своеобразную промежуточную ступень между интерпесональными концепциями выгорания, индивидуальным подходом и организационными концепциями. С одной стороны, он предполагает, что низкая оценка своей эффективности по трем компонентам профессиональной самооценки будет способствовать возникновению выгорания. Данное положение делает его концепцию довольно близкой экзистенциальному подходу, изложенному выше. С другой стороны, подчеркивается важность организационных составляющих, что делает его подход довольно близким к организационным.

J. Winnubst в своих работах анализирует взаимосвязь между организационной структурой, социальной поддержкой и выгоранием. Он выделяет две основные организационные структуры: бюрократическую и профессиональную [106]. Каждая из этих организационных структур создает особую организационную культуру. Так, бюрократическая структура организации, которая характеризуется стандартизацией работы и формализмом, увеличивает конформизм. Профессиональная структура, которая характеризуется стандартизацией навыков и слабой формализацией, имеет тенденцию к увеличению творчества и автономии. Согласно J. Winnubst, система социальной поддержки тесно связана с организационной структурой. Поскольку при бюрократической структуре организации иерархия и авторитет играют важную роль и большинство коммуникаций - вертикальные, то выгорание вызывается эмоциональным истощением из-за рутины, монотонности и недостатка внимания со стороны руководства. В профессиональной же структуре организации главными принципами являются работа команды и хорошее руководство. В ней имеются как вертикальные, так и горизонтальные взаимодействия, поэтому причиной выгорания будет скорее потеря четкой структуры и продолжительная борьба, конфликты внутри данной организации (ролевые проблемы) [106].

Другим подходом в этой области является подход к выгоранию как вирулентному процессу (R.T. Golembiewski и др., 1986, 1988, 1996). Авторы делают особый акцент на опасных последствиях этого феномена, который приводит к ухудшению здоровья и соматическим заболеваниям, снижению продуктивности деятельности. Он считает, что феномен выгорания присущ практически всем профессиям. R.T. Golembiewski рассматривает выгорание как процесс, который включает 8 фаз. Причем эти фазы не демонстрируют динамику развития выгорания, а скорее классифицируют людей по степени отрицательного влияния выгорания на них. Динамику развития процесса “выгорания” определяет взаимовлияние стрессоров работы. В целом все это ведет к ухудшению здоровья и снижению продуктивности деятельности, неся негативные последствия не только для индивида, но и для организации в целом [88]. Важным моментом этой концепции является то, что выгорание обусловлено плохими условиями рабочей среды и негативно отражается на организации.

Несмотря на большие различия, эти подходы сходны в том, что на возникновение процесса психического выгорания оказывают большое влияние организационные факторы. Все они отмечают, что выгорание имеет негативный эффект не только для индивида, но и для организации.

Многочисленные исследования факторов, влияющих на выгорание, не дали ответа на вопрос о том, что же является главным в возникновении этого явления. Какова основная его причина - личностные черты или характеристики деятельности, особенности взаимодействия с клиентами или факторы рабочей среды? Все это - отражение общего методологического вопроса о взаимодействии личности и профессии. Определенной попыткой ответа на этот вопрос стало появление нескольких новых подходов к понятию выгорания, среди которых следует остановиться на подходе С. Maslach и М. Leiter [222]. Он основан на идее рассмотрения взаимодействия личностных и ситуационных факторов в возникновении выгорания.

Основная идея подхода, предложенного С. Maslach и М. Leiter, заключается в том, что выгорание - результат несоответствия между личностью и работой. Увеличение этого несоответствия повышает вероятность возникновения

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. Несоответствие между требованиями, предъявляемыми к работнику, и его ресурсами. Основным является предъявление повышенных требований к личности и ее возможностям. Выгорание может привести к ухудшению качества работы и разрыву взаимоотношений с коллегами.

2. Несоответствие между стремлением работников иметь большую степень самостоятельности в своей работе, определять способы достижения тех результатов, за которые они несут ответственность, и жесткой и нерациональной политикой администрации в организации рабочей активности и контролем за ней. Результат этой активности - возникновение чувства бесполезности своей деятельности и отсутствие ответственности за нее.

3. Несоответствие работы и личности ввиду отсутствия вознаграждения, что переживается работником как непризнание его труда.

4. Несоответствие личности и работы ввиду потери чувства положительного взаимодействия с другими людьми в рабочей среде. Люди процветают в сообществе и лучше функционируют, когда они получают одобрение, утешение, поддержку, радость, хорошее настроение от тех людей, которых они любят и уважают. К сожалению, в некоторых видах деятельности работники изолированы друг от друга или имеют формальные социальные контакты. Однако наиболее деструктивным элементом в обществе являются постоянные и не решаемые конфликты между людьми. Они продуцируют постоянное чувство фрустрации и враждебности и уменьшают вероятность социальной поддержки.

5. Несоответствие между личностью и работой может возникнуть при отсутствии представления о справедливости на работе. Справедливость обеспечивает признание и закрепление самооценки работника.

6. Несоответствие между этическими принципами и принципами личности и требованиями работы. Например, человека обязывают вводить кого-то в заблуждение, говорить что-то, не соответствующее действительности и т.п. [222].

Данный подход представляется перспективным, поскольку позволяет найти совокупное влияние различных факторов в каждом конкретном случае выгорания.

В ряде работ ставилась проблема взаимодействия разных групп факторов, вызывающих выгорание. Так, J. Carool и W. White высказывали мысль об интегральном подходе к исследованию выгорания, которое рассматривается как экологическая дисфункция, вызванная интегральным взаимодействием личностных факторов и факторов окружающей среды [152].

Таким образом, анализ литературы по проблеме психического выгорания позволяет констатировать, что нет единого теоретического подхода, который бы охватил весь комплекс аспектов выгорания. Каждый из этих трех подходов затрагивает отдельную сторону изучения процесса возникновения феномена выгорания и в то же время они переплетаются между собой. Так, во всех подходах отмечается, что выгорание возникает при наличии сильной и изначальной мотивации, обуславливается влиянием затяжного стресса, фрустрирующей рабочей среды и его развитие поддерживается вследствие использования неадекватных стратегий преодоления стресса. Однако, в этих подходах мало внимания уделяется личностным характеристикам, способствующим развитию выгорания, а также много гипотетических предположений о влиянии того или иного фактора на процесс выгорания было выдвинуто без подтверждения их эмпирическими исследованиями.

Что касается отечественной психологии, то данный феномен как самостоятельный практически не изучался. Имеется небольшое количество работ, в которых он либо обозначался, либо рассматривался в контексте более широкой проблематики [14,37,91,143].

Подводя итог анализу источников психического выгорания, можно отметить, что обилие подходов и направлений при рассмотрении этого феномена обусловлено воздействием большого числа факторов, его вызывающих. В связи с этим важным аспектом при изучении психического выгорания является рассмотрение конкретных исследований, посвященных анализу взаимосвязи выгорания и внешних и внутренних факторов, проявляющихся в профессиональной деятельности.

#### 1.4. Обзор исследований роли различных факторов в формировании феномена "психического выгорания".

Анализ конкретных работ по изучению синдрома «психического выгорания» показывает, что основные усилия исследователей были направлены на выявление факторов, вызывающих «выгорание». Традиционно эти факторы группировались в два больших блока: особенности профессиональной деятельности и индивидуальные характеристики самих профессионалов [167,255]. Некоторые авторы выделяют и третью группу факторов, рассматривая содержательные аспекты деятельности как самостоятельные [167]. Рассмотрим результаты исследований указанных выше факторов в их связи с феноменом психического выгорания.

В некоторых работах подчеркивается доминирующая роль **особенностей профессиональной деятельности** в возникновении выгорания [167,218,264]. Группа организационных факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности, является представительной в области исследования выгорания.

При изучении влияния условий работы основной упор был сделан преимущественно на временные параметры деятельности и объема работы. Практически во всех исследованиях этого направления показано, что повышенные нагрузки в деятельности, сверхурочная работа стимулируют развитие выгорания [148,230,268]. Аналогичные результаты получены и между продолжительностью рабочего дня и выгоранием [268]. Перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень выгорания, но этот эффект носит временный характер: уровень выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели [86].

Анализ работ, посвященных роли *содержания труда* в возникновении выгорания показал, что эта группа факторов включает в себя количественные и качественные аспекты работы с клиентом: количество клиентов, частота их обслуживания, степень глубины контакта с ними. Данные относительно взаи-

модействия между выгоранием и количеством клиентов, обслуживаемым за определенный период неоднозначны. Ряд исследований подтверждает наличие положительной связи между этими переменными [187,226], но в некоторых такой связи не было обнаружено [240]. Можно предположить, что отсутствие связи может опосредоваться и другими факторами, в частности, продолжительностью этого контакта. Так, в работе Р. Vierick показано, что продолжительный контакт с одним клиентом в течение рабочего периода может способствовать развитию выгорания [273].

Более определенную тенденцию обнаруживает сопоставление *глубины контакта с клиентами и остроты их проблем*. Близкий контакт с клиентами, острота их проблем обычно способствуют возникновению выгорания. Наиболее ярко проявляется влияние этих факторов в тех видах профессиональной деятельности, где острота проблем клиентов сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения. Это работа с хроническими больными или людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак и некоторые др.) и т.д. [165,220,238].

Важным фактором, взаимодействующим с выгоранием является *степень самостоятельности и независимости профессионала* в своей деятельности и *возможность самостоятельно принимать важные решения*. Указанные переменные отрицательно коррелируют с выгоранием [148,164,218,238].

Среди *социально-психологических факторов*, рассматриваемых в контексте выгорания, наиболее важными являются взаимоотношения в организации, как по вертикали, так и по горизонтали. Решающую поддержку в этом плане играет социальная поддержка коллег и лиц, стоящих выше по своему профессиональному и социальному положению. В большинстве исследований выявлена отрицательная зависимость между выгоранием и социальной поддержкой у представителей практически всех профессий, связанных с оказанием профессиональной помощи людям [143,186,197,230,269,272].

Наиболее значимой для работников является поддержка от супервизоров и администрации, что отмечается рядом авторов [189,197,272]. Более того, некоторые исследователи подчеркивают, что конфликты по горизонтали в группе

работников гораздо менее психологически опасны, чем конфликты с людьми, занимающими более высокое профессиональное положение [168,273].

Тем не менее, социальная поддержка от коллег и других референтных групп, хотя и в меньшей степени, также является важным фактором в предотвращении выгорания [147,189]. Ряд исследований показывает, что инструментальная, информационная и эмоциональная поддержки, особенно в условиях ролевого конфликта и большого объема работы, имеют более тесную связь с выгоранием [197].

Есть ряд исследований, которые посвящены изучению влияния стиля руководства на тенденцию к выгоранию у подчиненных [226,230]. Отмечается незначительная корреляция между этими двумя переменными, причем демократический стиль руководства в меньшей степени способствует возникновению выгорания.

Анализ взаимодействия между социально-психологическими отношениями работников к объекту их труда и выгоранием проводился в двух направлениях: позиции работников по отношению к своим реципиентам и особенностей поведения самих реципиентов (учеников, больных, клиентов и т.д.).

Практически все работы, связанные с изучением позиции работников, по отношению к своим реципиентам, показывают наличие взаимосвязи между данной характеристикой и выгоранием, а также то, что тактика отстранения от клиентов в виде самоотчуждения или отсутствия значимости в своей работе у социальных работников и у медицинского персонала дает низкие или средние значения выгорания [217,231]. Данная зависимость может быть обусловлена спецификой самой деятельности. Так, медицинский персонал, работающий в сообществах и имеющий тесный непосредственный контакт с пациентами и их эмоциональными проблемами, более подвержен влиянию стрессовых факторов, чем медицинский персонал больниц, основными функциями которого являются профессиональные контакты и надзор за больными. Учителя, характеризующиеся наличием опекающей идеологии во взаимоотношениях с учениками, а также не использующие репрессивную и ситуационную тактики, демонстрировали высокий уровень выгорания [244].

Существует ряд работ, в основном в сфере образования, свидетельствующих о том, что атмосфера в коллективе учащихся и их отношение к учителю и учебному процессу могут провоцировать возникновение выгорания у педагогов. В частности, отмечается, что апатия учеников и неблагоприятная атмосфера в классе могут привести к эмоциональному истощению у учителей [148,182]. Например, показано, что типичные способы активного сопротивления учителю в виде негативного поведения учеников вызывают выгорание у учителей, в то время как пассивная тактика дает отрицательную корреляцию. При этом обнаружены гендерные различия: выгорание у мужчин в большей степени вызывается невнимательностью учеников, а у женщин - их непочтительностью [182].

Приведенные исследования подчеркивают важность такого фактора, как *обратная связь*, отсутствие которой соотносится со всеми тремя компонентами выгорания, приводя к повышению уровня эмоционального истощения и деперсонализации, снижая профессиональную самооценку [230,255].

Рассматривая взаимосвязь *стимулирования* работников, т.е. вознаграждения работников за их труд - материальное и моральное, в виде одобрения со стороны администрации и благодарности реципиентов, большинство исследователей отмечают, что недостаточное вознаграждение или его отсутствие способствуют возникновению выгорания [161,263]. При этом некоторые исследователи отмечают, что для работников в предотвращении выгорания важно не абсолютное количество вознаграждения, а его соотношение с собственным затраченным трудом и трудом своих коллег, что в данном контексте обозначается как *справедливость* [223,269]. Есть работы, показывающие, что дополнительное вознаграждение за выполнение определенной работы повышает чувство профессиональной эффективности, в то время как наказание приводит к развитию деперсонализации [161].

Вклад в развитие выгорания вносят также *ролевой конфликт* (противоречие между функциями, которые выполняет работник) и *ролевая амбивалентность* (отсутствие значимой информации для эффективного выполнения деятельности).

Во всех исследованиях, посвященных данному аспекту проблемы, подчеркивается положительная связь между указанными характеристиками и

эмоциональным истощением и деперсонализацией, а также отрицательные корреляции с профессиональной эффективностью [148,161, 194, 263,274].

Среди **индивидуальных факторов** вызывающих выгорание традиционно выделяют социально-демографические характеристики (возраст, пол, уровень образования, стаж работы и т.д.) и личностные особенности (выносливость, локус контроля, стиль преодоления фрустрирующей ситуации, самооценка и т.д.).

Влияние *социально-демографических характеристик* на вероятность возникновения феномена выгорания довольно подробно изучалось в зарубежной психологии [222].

Многочисленными исследованиями подтверждается тесная связь возраста и выгорания [166,202,238,268]. Обнаруживается наличие отрицательной корреляционной связи возраста и выгорания [166,268]. В работах С. Maslach показано, например, что средний медицинский персонал психиатрических клиник "выгорает" через 1.5 года после начала работы, а социальные работники начинают испытывать данный симптом через 2-4 года [221].

В некоторых исследованиях подтверждается и чувствительность старшего возраста к данному синдрому. В частности, в исследовании, проведенном на среднем персонале военных медицинских учреждений, отмечалось, что наиболее чувствительными к выгоранию являются не только молодые люди (19-25 лет), но и более старшие (40-50 лет) [268].

Склонность более молодых по возрасту к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто несоответствующей их ожиданиям [210]. Специфика влияния возраста на эффект выгорания тоже неоднозначна. Наиболее тесная его связь обнаруживается с эмоциональным истощением и деперсонализацией, менее - с редукцией профессиональных достижений.

Взаимоотношения между *полом* и выгоранием не однозначны. В ряде исследований отмечается, что мужчины в большей степени подвержены процессу выгорания, чем женщины [146, 237], в то время как другие исследователи приходят к совершенно противоположным заключениям [162,191]. Примирением данных противоположных точек зрения, по-видимому, будет рассмотрение этой

проблемы с позиций специфики влияния пола на компоненты выгорания и наличия опосредующих факторов, таких, как поло-ролевые ориентации [255].

Установлено, что у мужчин более высокие баллы по деперсонализации, а женщины в большей степени подвержены эмоциональному истощению [146,162,186,191,237]. Это связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувство отчуждения от своих клиентов [186,237]. Риск подвергнуться выгоранию зависит от того, насколько выполняемые работниками функции соответствуют их поло-ролевой ориентации. Так, в исследовании установлено, что мужчины оказались более чувствительными к воздействию стрессоров в тех ситуациях, которые требовали от них демонстрации истинно мужских качеств, таких, как физические данные, мужская отвага, эмоциональная сдержанность, показ своих достижений в работе. В то же самое время женщины оказались более чувствительны к стрессовым факторам при выполнении тех обязанностей, которые требовали от них сопереживания, воспитательных умений, подчинения [267].

В качестве другого объяснения предлагается тезис о том, что работающая женщина испытывает более высокие рабочие перегрузки (по сравнению с мужчинами) из-за дополнительных домашних и семейных обязанностей [255].

Данные о взаимосвязи между *стажем работы* по специальности и выгоранием также довольно противоречивы. В большинстве исследований отмечается отсутствие значимых корреляций между указанными переменными [166, 194] и только отдельные работы выявляют отрицательную зависимость между ними [235]. В частности, отмечается незначительная отрицательная корреляция между общим стажем работы и стажем работы в данном лечебном учреждении и выгоранием у психиатров [235].

Имеются исследования, свидетельствующие о наличии связи между *семейным положением* и выгоранием. В них отмечается более высокая степень предрасположенности к выгоранию лиц (особенно мужского пола), не состоящих в браке. Причем холостяки в большей степени предрасположены к выгоранию

даже по сравнению с разведенными мужчинами. Вероятнее всего, это может быть обусловлено одновременным действием других факторов [222].

Существуют некоторые данные о положительной связи между *уровнем образования* и степенью психического выгорания. Причиной этого могут быть завышенные притязания у людей с более высоким уровнем образования. Однако такая тенденция наблюдается только в отношении деперсонализации, а эмоциональное истощение не зависит от данного фактора [222]. Редукция же профессиональных достижений дает совершенно обратную картину, имея наибольшие значения у испытуемых со средним, нежели высшим образованием. Причина такого дифференцированного влияния уровня образования на компоненты выгорания, скорее всего - в наличии связи между уровнем образования и конкретным содержанием труда [255].

В гораздо меньшей степени изучалось влияние *этнической и расовой принадлежности, места жительства, социально-экономического статуса, уровня зарплаты* на выгорание [242].

Изучение *личностных особенностей* в их взаимодействии с выгоранием представляется нам более важной областью изучения данного феномена. Некоторые исследователи придерживаются мнения, что личностные особенности вносят гораздо больший вклад в развитие выгорания, не только по сравнению с демографическими характеристиками, но и с факторами рабочей среды.

Довольно популярным направлением исследований является выявление связи между выгоранием и *индивидуальными стратегиями преодоления фрустрирующей ситуации*. Обзор работ, посвященных данной теме, показывает, что высокий уровень выгорания тесно связан с пассивными тактиками сопротивления стрессу; и наоборот, люди, активно противодействующие стрессу, имеют низкий уровень выгорания [186, 201, 213, 244].

Многие авторы отмечают связь между выгоранием и «личностной выносливостью», которая определяется в зарубежной психологии как способность личности быть высокоактивной каждый день, осуществлять контроль за жизненными ситуациями и гибко реагировать на различного рода изменения. Обнаружена тесная связь между выносливостью и всеми компонентами

выгорания. [236,244].

Обнаружена тесная связь между психическим выгоранием и *"локусом контроля"*, который традиционно подразделяется на внешний и внутренний. Люди с преобладанием внешнего *"локуса контроля"* склонны приписывать все происшедшее с ними или свои успехи случайным обстоятельствам или деятельности других людей, в то время как индивиды с внутренним *"локусом контроля"* считают свои достижения и все происшедшее с ними собственной заслугой, результатом своей активности, способностей или готовности к риску. Практически в большинстве работ этой тематики отмечается положительная корреляционная связь между внешним *"локусом контроля"* и составляющими выгорания, особенно с эмоциональным истощением и деперсонализацией [148,183]. Что касается профессиональной эффективности, то отмечается положительная связь между внутренним *"локусом контроля"* и высокой оценкой профессиональной эффективности, правда, данная тенденция подтверждается только для мужской выборки [186].

Во многих исследованиях была обнаружена отрицательная корреляция между компонентами выгорания и самооценкой [148,252]. Однако, как справедливо отмечает W.B. Schaufeli, низкая самооценка, хотя и предрасполагает субъектов к выгоранию, но сама может быть отражением факторов окружающей среды или даже отражением воздействия самого выгорания [255].

Найдены положительные корреляции между *поведением типа А* и составляющими выгорания, прежде всего с эмоциональным истощением. Люди, демонстрирующие этот тип поведения, предпочитают бурный темп жизни, преодоление трудностей, конкурентную борьбу, сильную потребность держать все под контролем [217, 236, 248], поэтому они более подвержены влиянию стрессовых факторов и, как отмечается в ряде работ, в большей степени - заболеваниям нейрогенной природы [231]. Отмечается также и наличие половых различий. У женщин связь между поведением типа А и показателями выгорания выражена сильнее, чем у мужчин [248].

Существуют ряд исследований, которые показывает наличие положительной связи между выгоранием и *агрессивностью*, между выгоранием и *тревожностью*

[235,270]. Кроме того, выявлено наличие отрицательной связи выгорания с *чувством групповой сплоченности* [235, 270]. Есть данные, которые демонстрируют зависимость выгорания от *эмоциональной сенситивности*. Наличие положительной связи между данной чертой личности и выгоранием подтверждено рядом исследований, подчеркивается опосредующая роль эмоциональной сенситивности на предсказание выгорания [185].

Что касается других личностных характеристик, то их связь рассматривается с позиций их комплексного влияния, в русле какой-либо определенной концепции личности. Многие исследования используют пятифакторную модель личности, предложенную P.Costa и R. McCrae. Согласно этой модели структура личности представлена пятью основными личностными характеристиками: нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность.

Ряд исследований демонстрируют тесную связь параметров пятифакторной модели личности и компонентами выгорания [89,106,232,235,243]. Зарубежные исследователи отмечают, что наиболее тесные связи со всеми характеристиками выгорания имеет шкала нейротизма, особенно с эмоциональным истощением и фактором открытости опыту [243].

W. Schaufeli, проведя дополнительный статистический анализ, обнаружил связь остальных составляющих выгорания с личностными характеристиками. Так деперсонализация наиболее тесно положительно связана с нейротизмом и отрицательно - с сотрудничеством, а персональная эффективность - с 4-я из 5-ти факторов "Большой Пятерки", а именно, нейротизмом, экстраверсией, открытостью и добросовестностью [255], а это говорит о том, что последняя компонента выгорания в большей степени является личностной характеристикой, чем реакцией индивида на стрессовую ситуацию [256].

В отечественных исследованиях [89] также показано, что наиболее тесную положительную связь выгорания имеют со шкалой нейротизма и отрицательную – со шкалой добросовестности [106].

Есть ряд исследований, в которых для изучения связи личностных характеристик и выгорания используют личностный опросник Кеттелла 16-PF [69,70,117].

В этих работах была получена значимая прямая положительная зависимость между выгоранием и такими личностными чертами как эмоциональная неустойчивость, тревожность, конформность, робость, подозрительность, склонность к чувству вины, консерватизм, импульсивность, интроверсия.

Проведенное нами исследование взаимосвязи личностных характеристик и психического выгорания у врачей хирургического профиля показало наличие взаимосвязи между выгоранием и сниженными показателями коммуникативности, наивностью, конформностью, тревожностью и подверженностью групповому давлению [17,18].

Исследование взаимосвязи между личностными характеристиками и выгоранием в русле пятифакторной модели личности и других, основанных на теории черт, является довольно перспективным, поскольку другие подходы к изучению данной проблемы не давали положительных результатов, например, попытки использовать типологический подход [179,185].

Рассматривая взаимоотношения между личностными особенностями и выгоранием, мы сталкиваемся с проблемой интерпретации корреляционных зависимостей этих переменных. Проблема заключается в том: то ли личностные особенности, синдромы, способствуют развитию феномена психического выгорания, то ли выгорание провоцирует развитие определенных личностных черт. Эта проблема требует своего разрешения.

Переход с уровня анализа отдельных факторов, влияющих на выгорание, к более обобщенному уровню предполагает анализ различий в степени выгорания у представителей различных профессий и работников разных видов деятельности внутри одной профессии. Данные относительно уровня выгорания у представителей различных профессий приведены в табл. 1 [86].

Из приведенной таблицы видно, что к наиболее склонным к выгоранию относятся представители педагогической сферы, социальные работники и медики, что подтверждается и рядом исследований [162,264].

Средние значения основных характеристик выгорания у представителей различных профессиональных групп (в %).

Компоненты выгорания Профессиональная группа	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная эффективность
Учителя школ	21.25	11.0	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

Внутрипрофессиональные различия в выгорании также представляются интересными. Установлено, что уровень обучения и специфика преподаваемой дисциплины дают разную степень выгорания. Например, учителя начальных классов имеют более высокий уровень выгорания, чем их коллеги из более старших классов [234], учителя музыки оказываются более склонными к выгоранию, чем преподаватели математики [199], а уровень выгорания у учителей физического воспитания ниже, чем у учителей-предметников [173].

Аналогичная картина наблюдается и в медицине, и сфере психического здоровья. Врачи и медсестры испытывают более сильное выгорание по сравнению с обслуживающим персоналом больниц, причем выше уровень наблюдается у медицинского персонала онкологических отделений [165]. Сравнительный анализ персонала, работающего за пределами больниц (например, врачи занимающиеся частной практикой) с психически больными людьми и в больницах, показывает, что первая группа работников наиболее подвержена выгоранию [240].

В социальной сфере наиболее подвержены выгоранию работники общественных агентств по сравнению с их коллегами, имеющими частную практику [205].

Сравнительный анализ выгорания у представителей разных профессиональных групп показывает, что выгорание обуславливается не отдельным фактором профессии, а целым ее комплексом. Поэтому можно предположить, что те спорные вопросы и проблемы, которые возникают при анализе влияния отдельных независимых факторов, могут быть отражением совокупного влияния профессии, ее социального статуса, престижа в обществе и других характеристик.

Таким образом, на основе анализа литературы нами были раскрыты сущность и структура понятия «психического выгорания», а также факторы, влияющие на формирование этого феномена с точки зрения различных психологических подходов, рассмотрены исследования выгорания у представителей разных профессиональных групп.

### **Выводы по 1 главе**

Таким образом, обзор существующей литературы по проблеме психического выгорания позволяет сделать следующие выводы:

1. «Психическое выгорание» является специфическим видом профессиональных деструкций людей, работающих в сфере «человек-человек», развитие выгорания негативно влияет на эффективность и качество труда профессионала. Оно является устойчивым, прогрессирующим, негативно окрашенным психологическим явлением и проявляется в профессиональной деятельности у лиц, не страдающих психопатологией.

2. Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы». Этот синдром включает в себя три составляющих: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и

редукцию профессиональных достижений.

3. На формирование психического выгорания влияют организационные факторы и индивидуальные характеристики самих профессионалов.

4. Анализ исследований выгорания у представителей разных профессиональных групп показал, что наиболее склонными к выгоранию являются представители педагогической сферы, социальные и медицинские работники. Несмотря на актуальность изучения психического выгорания у врачей, до сих пор мало изученной остается специфика врачебной деятельности с точки зрения ее влияния на формирование выгорания у медицинских работников, роль организационных факторов профессиональной врачебной деятельности и личностных особенностей медицинских работников в возникновении синдрома «психического выгорания».

## ГЛАВА 2

### СПЕЦИФИКА ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЫГОРАНИЕ

Труд медицинских работников относится к числу сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, требует большого объема оперативной и долговременной памяти, наличия определенного уровня здоровья, содержит элементы творчества и тесно связан с ответственностью за здоровье и жизнь других людей. Выраженность этих качеств обеспечивает высокую профессиональную эффективность труда, но в то же время сопряжена с высокой физиологической стоимостью нервных процессов для организма самих медицинских работников.

В 17 веке голландским врачом Ван Туль-Пси была предложена символическая эмблема медицинской деятельности – горящая свеча. “Светя другим, сгораю сам” – этот девиз предполагает высокое служение, самоотверженную отдачу всего себя профессии и другим людям, приложение всех своих физических и нравственных сил. Причем «сгорание» здесь не означает опустошение, исчезновение этих сил, они постоянно возобновляются при получении удовлетворения от своего дела, осознания своего места в профессии, при повышении мастерства и постоянном собственном личностном развитии.

Большинство авторов рассматривают профессиональный стресс в качестве основного этиологического фактора, тем или иным путем влияющего на развитие синдрома выгорания [32,116]. В качестве конкретных причины выгорания работников выделяют наличие некоторых личностных особенностей, специфику работы и организационные факторы учреждения. Исходя из целей нашего исследования, рассмотрим эти факторы последовательно.

#### 2.1. Специфика врачебной деятельности

В настоящее время, ряд специалистов высказывает обеспокоенность в отношении того, что сама по себе специальность врача способствует развитию

болезненных состояний. Это может проявляться в виде разочарования в профессии, деморализации, нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию, а также ухудшению психического здоровья врачей, снижению устойчивости браков, развитию склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя. Высокая патогенность медицинской работы для практикующих врачей волнует исследователей и в связи с тем, что их здоровье жизненно важно для безопасности и качества их профессиональной деятельности.

При сравнительном анализе трудовой деятельности различных категорий медицинского персонала Е.М. Bates и В.Н. Moore [142] показали наибольшую вероятность развития стрессов у врачей. Причина их – конфликты, большая ответственность и личный риск, функциональные перегрузки. Авторы подчеркивают недостаточную подготовленность врачей к нагрузкам, присущим их работе, к возможным внутренним конфликтам из-за служебных, профессиональных и семейных интересов, а так же необходимость эмоциональной разрядки после общения со старшими, более опытными коллегами, с ближайшими родственниками больных.

Провести точную оценку распространенности феномена психического выгорания во врачебной среде весьма трудно, поскольку она зависит от взаимодействия различных организационных, внешних и индивидуальных факторов. Тем не менее, в зарубежных исследованиях указывается, что выгорание наблюдается у 40% врачей в степени, достаточной для нарушения личного благополучия и профессиональной деятельности [197].

В литературе описаны результаты эмпирического исследования распространенности психического выгорания среди различных врачебных специальностей.

Так, например, в одном из самых крупных исследований 2671 финских врачей симптомы выгорания и суицидальных мыслей были изучены с помощью опросника [240]. Среди мужчин наиболее высокие показатели синдрома выгорания были выявлены у специалистов в области общей медицинской практики и профессиональной патологии, общей и детской психиатрии,

внутренних болезней, онкологии, пульмонологии, дерматологии и венерологии. Среди женщин они были выявлены у специалистов в области общей медицинской практики и профессиональной патологии, радиологии, внутренних болезней, неврологии, пульмонологии, дерматологии и венерологии.

Синдром психического выгорания был изучен в США в репрезентативной выборке 1840 врачей, специализировавшихся в области инфекционных болезней [164]. Высокую степень эмоционального истощения отмечали у себя 43% этих врачей, а значительный уровень деперсонализации - 40.3%. Несмотря на наличие синдрома сгорания, количество баллов, оценивающих собственные успехи, у них оставалось высоким, 91.8% отмечали высокий уровень достижений в работе. Синдром выгорания оказался весьма распространенным и среди врачей общего профиля. Например, врачи общей практики из Южной Австралии (n = 966), заполняя опросник, предоставили информацию по трем симптомам синдрома выгорания, в частности эмоциональному истощению, деперсонализации, оценке достижений.[275]

Синдром сгорания был описан и у психотерапевтов: предполагается, что 2-6% психотерапевтов проявляют признаки этого состояния [173], и проблема чаще касается врачей, работающих в стационарных учреждениях.

В исследовании, проведенном среди врачей-психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов (n=271) Республики Беларусь [116] было выявлено, что почти 80 % имеют различную степень выраженности признаков выгорания, а 7,8 % имеют резко выраженный уровень психического выгорания, ведущий к нарушению личного благополучия и профессиональной деятельности.

Ларенцова Л.И. с коллегами изучали распространенность психического выгорания у врачей – стоматологов [67] (n=272) и показали, что 8,1 %, из обследованных, имеет высокие показатели психического выгорания

Существует классификация профессий по «критерию трудности и вредности» деятельности (по А.С. Шафрановой) [110]:

1. Профессии высшего типа - по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой (просвещение, искусство, медицина).

2. Профессии среднего (ремесленного) типа – подразумевают работу только над предметом.
3. Профессии низшего типа – после обучения не требуют работы ни над собой, ни над предметом.

Профессия врача относится к профессиям высшего типа, так как она требует постоянной рефлексии на содержание предмета своей деятельности.

Анализ литературы [9,15,20,32,45,75,136,138] свидетельствует о том, что профессиональный труд врача отличается высокой эмоциональной загруженностью и имеется большое количество эмоциогенных факторов, как объективных, так и субъективных, которые оказывают негативное воздействие на труд врача, вызывая сильное эмоциональное напряжение и стресс.

Серьезный психологический кризис у врача может быть связан с неблагоприятным течением заболевания у пациента, в том числе с летальным исходом. Медицинские работники часто переживают эмоциональный стресс, сталкиваясь лицом к лицу со смертью. Она может выступать для него в трех формах: [110]

1. Реальная (бесполезность реанимационных мероприятий, смерть на столе хирурга...)
2. Потенциальная (когда от результатов деятельности врача, от его профессионализма зависит жизнь больного). Смерть как угроза, как потенциальная возможность вызывает сильнейшее эмоциональное напряжение.
3. Фантомная (в виде ее могут выступать жалобы на состояние здоровья мнительного человека, страх и тревога хронического больного, взаимоотношения с родственниками тяжелобольных ...).

В каждом из этих случаев для врача существует проблема невключения своих чувств в ситуацию, что далеко не всегда удается.

В медицинской практике неблагоприятное течение заболевания, летальные исходы даже на фоне адекватного лечения, а тем более как следствие врачебной ошибки являются психической травмой.

Спецификой деятельности медицинских работников является то, что велика цена ошибки, которую может совершить врач. Ни один человек, даже при

самом добросовестном исполнении своих обязанностей, в любой профессии и специальности, не свободен от ошибочных действий и суждений. Но ошибки врача в его диагностической и лечебной работе существенно отличаются от ошибок представителя любой другой специальности. Именно от правильности его работы зависит здоровье, а иногда и жизнь больного.

Накопился большой фактический материал, свидетельствующий о том, что врач не только благо, но и нередко - большое зло, что действия дезадаптивного врача не только улучшают и спасают жизнь, но иногда делают ее невыносимой или даже отнимают ее [136,122,123]. Рассматривая причины возникновения врачебных ошибок можно условно разделить их на две большие группы: объективные, т.е. не зависящие от самого врача и степени его профессиональной подготовки и субъективные, которые прямо зависят от подготовленности врача к медицинской деятельности и его личностных особенностей. Одна из причин возникновения ошибок заключается в том, что врач имеет дело с самым сложным творением природы – человеком. Происходящие в организме человека очень сложные физиологические процессы еще не изучены до конца. Кроме того, сам диагностический процесс можно сравнить с решением многофакторной математической задачи, уравнения со многими неизвестными, причем алгоритма для решения такой задачи не существует. К этому можно добавить, что в ряде случаев у врача мало времени для принятия решения. По мере развития медицинской науки число диагностических ошибок, возможно, будет уменьшаться. Вместе с тем, уменьшить количество и качество ошибок, обусловленных недостаточной квалификацией врача, можно только при значительном повышении качества подготовки врачей в медицинских вузах и на постдипломном этапе, при самостоятельной работе каждого врача над повышением своих профессиональных теоретических знаний и практических умений. Необходимость постоянного развития и совершенствования обусловлена тем, что медицина это быстро развивающаяся наука. На каком бы этапе жизненного и профессионального пути не находился врач, он не может считать свою профессиональную подготовку окончательно завершённой. В современных условиях есть много экономических, административных и бытовых препятствий

для постоянного совершенствования врача как профессионала, что, на наш взгляд, также не может не являться стрессовым фактором. Осознание недостаточности знаний о болезнях и отсутствия возможности их излечения так же может служить источником разочарования и самобичевания [68]

В психологической и медицинской литературе активно обсуждается вопрос о ятрогениях как неблагоприятных последствиях деятельности врачей. Краткий словарь современных понятий и терминов (1991) определяет ятрогении как «психогении, обусловленные неосторожными высказываниями или поведением медработников, которые создают у человека представление о наличии у него какого-либо заболевания или об особой тяжести имеющейся у него болезни». Т.е. ятрогении это отрицательное психологическое воздействие врача. Во многом ятрогенность поведения врача зависит от сложившегося стереотипа отношения к больным. Шапошников [136] рассматривает 4 типа: административно-бюрократический («не мой больной»), аппаратно-технологический («больной как прибор, подлежащий ремонту»), социально-экономический («деньги - здоровье»), морально-этический. К сожалению, первые три типа, наиболее часто встречающиеся у врачей с профессиональной деформацией, являются предпосылками для ятрогенного поведения. Помимо того, причинами ятрогений могут быть: не информирование больного и его родственников о его состоянии и заболевании; ложная информация; чрезмерное раскрытие информации больному или его окружению; вербальная и невербальная демонстрация отрицательного отношения к больному.

Неблагоприятные последствия деятельности врача, вред, причиненный им больному, - нож обоюдоострый. Все, что происходит с пациентом, не может в той или иной степени не отражаться на враче. Все это так же является эмоциогенными факторами, которые влияют как на врача, так и на качество оказываемой им медицинской помощи.

При этом возникает не всегда обоснованное чувство вины. Такие психические травмы могут приводить к серьезным психологическим последствиям, к различным психосоматическим заболеваниям, а возможно и к психическим

нарушениям, к суицидальным попыткам. (С.И. Ашбель, 1967; В.Ф.Кириллов 1982; А.П. Зильбер 1998).

По мнению исследователей, выгорание чаще всего наблюдается у представителей профессий, связанных с оказанием непосредственной помощи людям и осуществлением ухода, хотя не ограничивается ими. Возможно, самым важным фактором в этом случае является потребность в чувстве эффективности своей работы, поскольку именно действенность помощи другим является одной из основных целей деятельности, общей для всех медицинских работников. В исследованиях показано, что характер работы с хроническими, неизлечимыми и умирающими пациентами - такими как психические больные [196] или пациенты со СПИДом [252], особенно часто ведет к развитию синдрома выгорания. Важными факторами здесь являются: «неспособность помочь клиенту в состоянии острого горя» и «отсутствие видимого прогресса при работе с клиентами»[172].

В ряде исследований были выявлены полярные отличия между «специалистами с высокими уровнями выгорания», работа которых связана с хроническими больными, неизлечимыми или умирающими пациентами (например, в области онкологии, пульмонологии или психиатрии) и «специалистами с низким уровнем выгорания», чаще сталкивающимися с излечимыми болезнями и благоприятными прогнозами (например, в акушерстве и гинекологии, оториноларингологии, офтальмологии) [172,196,252].

Высоко эмоционально загруженным и стрессогенным периодом для медицинского работника является вхождение в профессию. Интересен подход к процессу становления молодого врача с точки зрения «архетипического» подхода. [38,133,137]

«Профессиональная (социальная, продуктивная) деятельность человека, особенно в части наиболее распространенных профессий, не может не иметь архетипической подоплеки. Все виды специализированной деятельности «растут» из зерен повседневных занятий человека. Момент осознания важности специальных знаний и умений в той или иной области деятельности не может не вызвать удивления и интереса современников и они очень часто дают меткие, образные характеристики народившемуся» [38]. Так, например, для обсуждения

проблем профессионализации врача А. Гуггенбюль-Крейг вводит архетип «раненого целителя» (отталкиваясь от образа кентавра Хирона, учителя и покровителя медицины в Древней Греции Асклепия – в латинской транскрипции Эскулапа). Важно, что сам Хирон страдал от не заживаемой раны, которая одновременно служила источником непрекращающегося страдания и сопутствующей этому мудрости. «Медиков привлекают архетипические противоположности здоровья и болезни ... К сожалению не все из тех, кто становится врачами, в состоянии длительное время переносить сосуществование двух полюсов архетипа «раненого целителя» – целителя и больного. Иллюстрацией сказанному могут служить студенты медицинского факультета, которые в период своего обучения переживают стадию страха перед перспективой заболеть всеми изученными ими болезнями. Например, ознакомившись с симптомами туберкулеза, они начинают подозревать, что больны этим опасным заболеванием. Соприкоснувшись во время практики с пациентами, страдающими раком, студенты пугаются, что заболеют раком сами и т.п. Данный психологический феномен зачастую понимается как невротический. Бывалые врачи смеются над мнительными студентами и с благодушием вспоминают, как сами переживали подобное, однако не придают этому никакого значения. Тем не менее именно так называемая невротическая стадия обучения студентов медицинского факультета оказывается для последних своего рода распутьем и ставит их перед внутренним выбором. В этот момент студенты начинают понимать, что все изучаемые болезни заложены в них, поскольку врач тоже человек. Тем самым студенты становятся «ранеными целителями». Зачастую ноша для них невыносима, и они вытесняют полюс болезни. Однако студенты могут найти в себе силы, необходимые для того, чтобы ощутить собственную уязвимость, интегрировать ее и стать истинными «ранеными целителями» [38, С. 70-71].

Если же, по А.Гуггенбюль-Крейгу, происходит «расщепление» архетипа и «целитель» теряет контакт со своей «раненой» частью ипостаси (избегая тем самым страдания, дискомфорта), то мы можем наблюдать один из главных

феноменов профессиональной деформации: «влияние» врача на пациента (клиента) трансформируется во «властные» притязания.

Врач начинает испытывать переживание абсолютного превосходства над больным, одновременно лишая себя возможности взаимодействия по ходу лечения. К сожалению, инфантилизированные пациенты часто провоцируют этот процесс, отказывая себе в возможности активно сопротивляться заболеванию. Отсюда следует и поддерживаемый рядом врачей-практиков псевдологический вывод о невозможности объяснить пациенту характер лечебных процедур, за этим следует сокрытие диагнозов, засекречивание медицинской документации...

В социально-психологическом плане эта проблема остро предстает в требованиях безоговорочной передачи власти по тому или иному вопросу «неким профессионалам», которые, в свою очередь, призваны решать эти важнейшие вопросы за большинство остальных, соответственно, «непрофессионалов»[124]. Все это проявления профессиональной деформации медицинских работников.

В связи с вышеизложенным в современных условиях достаточно остро стоит проблема готовности врачей к работе в условиях «новой» модели отношений «врач-больной». Существует две модели отношений «врач-пациент», которые можно обозначить как три «Р»: physician-prescription-patient (врач - рецепт-пациент),- и три «С»: consultant-contract-client (консультант -контракт-клиент) [40]. Современные врачи начинают работать в условиях второй модели, когда человек, пришедший за профессиональной медицинской консультацией (помощью) становится активным участником (соучастником) терапевтического процесса. В этих условиях человек не должен быть пассивным объектом в руках врача, не должен надеяться только на вмешательство извне (то есть на то, что ему предпишет врач, а сам оставаться в бездействии). Согласно такой модели взаимоотношений, больной подписывает с врачом некий «контракт» о том, что будет сотрудничать с врачом и добровольно придерживаться определенной дисциплины, но в остальном за свою жизнь он несет ответственность сам и становится, таким образом, равноценным партнером врача. Клиентом он становится вследствие принятия на себя ответственности, что требует определенной смелости, а также исключительной добровольности в принятии

решения лечиться. От выполнения контракта зависит с одной стороны здоровье пациента, а с другой - размер материального вознаграждения врача. Ни система подготовки в медицинских Вузах, ни российский врачебный менталитет не готовят будущих врачей к работе в новых условиях, что приводит к еще большим профессиональным стрессам.

Благодаря прогрессу медицины в борьбе с острыми заболеваниями картина смертности значительно изменилась. В настоящее время доминируют хронические заболевания (такие как коронарные нарушения и рак), которые и являются частой причиной смерти. Хронические заболевания не могут эффективно лечиться только с помощью традиционных методов. Напротив, главную роль здесь будут играть образ жизни и поведение человека. Характерно, что образ жизни, пагубно сказывающийся на здоровье (курение, алкоголизация, нарушения питания) чаще встречается у взрослых и корректируется с трудом. Эффективная работа в сфере профилактики связана с тремя вопросами: изучение мотивов, провоцирующих рискованное (в отношении здоровья) поведение; во-вторых, психологическая подготовленность в части умений эффективного лечебно-профилактического воздействия; в третьих, воспитание модели здорового поведения. В этом случае от медицинского работника требуется выполнение не только роли врача, но и роли «советника по жизни» или учителя, который грамотно, с учетом особенностей пациента объяснит, как жить в новых условиях, как помочь самому себе снизить риск осложнений своего состояния. В этом случае возникает ролевой конфликт, т.е. противоречие между функциями работника. К сожалению, в подготовке врачей в медицинских вузах и на факультетах повышения квалификации подготовка врачей к такой деятельности отводится очень мало времени. Кроме того, до сих пор нет сформировавшейся программы формирования культуры здорового образа жизни российских граждан. В этих условиях врач, сам не всегда ведущий здоровый образ жизни (в силу того, что у самого не сформирована культура здоровья и недостатка времени для заботы о себе), и отчасти поэтому тоже больной, должен пропагандировать здоровый образ жизни среди своих пациентов. Возникает так называемая ролевая амбивалентность, когда у врача отсутствует значимая информация для эффективного выполнения деятельности.

Все это является дополнительным стрессогенным фактором медицинской деятельности.

Эмоциогенным фактором медицинской деятельности является двусмысленность, неоднозначность требований к работе. В основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан подавляющее число статей посвящено охране прав пациента. Врач должен выполнять свою работу в соответствии с этими статьями на благо пациента и несет за это определенную юридическую ответственность. Кроме того, существуют многочисленные приказы местного, федерального уровня, давление со стороны страховых компаний, руководства учреждений, в которых трудится врач. Если он не подчиняется необоснованным порой требованиям или выполняет их не должным образом, то его наказывают. Следовательно, врач постоянно находится в тисках медико – экономических стандартов, тех требований к объему медицинской помощи и диагностических вмешательств, которые он должен выполнять по отношению к пациенту. Однако финансирование здравоохранения не соответствует этому объему, и врач становится заложником несоответствия декларации и реальности, в которой он действует и которая заставляет его выходить за рамки закона. Кроме того, в современных условиях медицинский работник часто вынужден пренебрегать потребностями клиентов при предпочтительном соблюдении административных, финансовых и бюрократических интересов самого учреждения. Все это в целом приводит к ограничению свободы действий и использования имеющегося потенциала врачей, что тоже может быть эмоциогенными факторами.

Для российского врача эмоциогенным фактором является посвящение большей части времени «бумажной» работе: выписка рецептов и назначений, записи в истории болезни и амбулаторной карте, написание эпикризов и выписок из истории болезни, написание различных отчетов и т.п. Ведение медицинской документации вменено в обязанности врача. Нередко она выполняется во внерабочее время, т.к. в основное время врач должен лечить пациентов. За неправильное оформление или не заполнение документов в срок в медицинских учреждениях над врачом постоянно висит риск штрафных санкций (выговор, лишение премий, отказ в подтверждении или повышении врачебной категории,

увольнение и пр.). Кроме того, медицинская документация часто является одним из важнейших документов, которые фигурируют в судебных инстанциях в случае судебного преследования.

К дополнительным эмоциогенным факторам медицинской деятельности можно отнести и факторы рабочей ситуации и организации, имеющие место в службах здравоохранения. Недостаточность финансирования современной медицины приводит к тому, что физические условия в которых вынуждены работать врачи в большинстве государственных медицинских учреждениях могут не отвечать санитарно-гигиеническим нормам. Отсутствие физического комфорта в рабочих кабинетах, помещений для отдыха, нехватка самого необходимого для работы ( бумаги, ручек, халатов, лампочек...) являются дополнительным стрессом для врачей. Кроме того, отсутствие необходимого оборудования и медикаментов, мест в стационарах, недостаток узких специалистов приводит к невозможности оказания в должном объеме помощи больным по независящим от медицинского персонала причинам. Все это усиливает эмоциональную и физическую нагрузку профессиональной деятельности врача и как следствие провоцирует выгорание у врачей.

В некоторых зарубежных исследованиях было показано, что наиболее подвержены выгоранию врачи государственных медицинских учреждений по сравнению с их коллегами, имеющими частную практику [205,239]. Вместе с тем, следует учесть, что различия могли быть обусловлены личностными характеристиками специалистов, решившихся заняться частной практикой, различиями психосоциальных аспектов частной практики и общественных служб, а также составом обслуживаемых клиентов, ибо клиенты частных агентств вряд ли могут оказаться бедными, безработными, престарелыми или с низким образовательным цензом.

Для большинства медицинских специальностей характерна однообразность и монотонность работы. Однообразное и многократное повторение одних и тех же трудовых действий при перегруженности пациентами и недостатке времени для выполнения работы приводит к возникновению утомления врача. При этом наблюдаются изменения в субъективной стороне работоспособности: ухудшается

настроение, чаще возникают отрицательные эмоции, появляются жалобы на сонливость, усталость и скуку. Все это отрицательно влияет на эффективность врачебной деятельности, на удовлетворенность медиков своим трудом, может приводить к мотивационной и эмоциональной неустойчивости и являться одной из предпосылок для возникновения синдрома выгорания у врачей.

К эмоциогенным факторам деятельности врача можно отнести и то, что в современных условиях имеется недостаточное вознаграждение материальное и моральное за их труд. С одной стороны, оплата труда врача не компенсирует физических и психических затрат их деятельности, она не позволяет вести им достойный образ жизни и приходится искать дополнительные источники доходов (работа на полторы ставки, ночные дежурства, совмещение в других учреждениях и др.), что ведет еще к большей перегрузке. С другой стороны, недостаточно разработанные системы морального поощрения, в виде одобрения со стороны администрации и благодарности пациентов и их родственников, при наличии целого списка разнообразных штрафных санкций может приводить к неудовлетворенности врачами своим трудом, к еще большим эмоциональным перегрузкам. Многие исследователи отмечают, что недостаточное вознаграждение или его отсутствие способствуют возникновению выгорания [161,263].

Разные медицинские специальности отличаются по уровню эмоциональной загруженности профессиональной деятельности. Психологический анализ деятельности и изучение литературных источников показали, что наиболее стрессогенным является труд врачей хирургического профиля. Деятельность специалистов хирургического профиля (хирургов, акушеров-гинекологов, анестезиологов) сопряжена с высокой степенью ответственности, необходимостью рисковать здоровьем и жизнью других людей, самостоятельным приемом срочных решений, обусловленных дефицитом времени. Одновременно с этим специфика этой работы требует от врача физической силы, выносливости, высокого индивидуального мастерства и связана со значительной нагрузкой на различные анализаторы, опорно-двигательный аппарат, кардиореспираторную систему и т.д.[9].

По классификации ВОЗ профессия хирурга относится к разряду социально опасных, так как хирургу разрешено наносить «повреждения» телу человека, как с согласия больного, так и без его согласия в особых случаях.

Особенностью хирургии как отрасли медицины является то, что основным методом лечения, не применяемый в других отраслях медицины – операция, т.е. «ручное вмешательство в патологический процесс с целью устранения или исправления».

Молодые врачи - хирурги в течение первых лет работы находятся в стрессовых условиях, т.к. 2 года подготовки – это недостаточный срок, чтобы накопить необходимый опыт. Ряд специалистов хирургов пишут, что становление хирурга в нашей стране «залито потом хирурга и кровью пациентов»[9].

Работа хирурга ответственна и напряженна, в ней не может быть главного и второстепенного, значимого и малоценного – вся его деятельность, от первой встречи с больным до напутственного слова после выздоровления – есть единый процесс возвращения здоровья, нередко и жизни, возможности активно и творчески трудиться.

Отличительными моментами работы специалистов хирургического профиля являются:

1. Хирург постоянно сталкивается с необходимостью решать (и порой в считанные минуты) сложнейшие проблемы, за которыми стоят, прежде всего, жизнь и здоровье человека. Это не только диагностика, но и определение степени риска операции, целесообразности тех или иных дополнительных диагностических и лечебных манипуляций, получение согласия больного и его родственников на срочное хирургическое вмешательство. Принятие таких решений требует большого напряжения моральных сил, мобилизации опыта и знаний, глубокого понимания степени ответственности перед больным, коллективом учреждения, в котором он работает. Сложность положения хирурга усугубляется и тем, что он не может гарантировать абсолютного успеха и в то же время должен найти возможности снижения операционного риска, а в случае, когда такой риск превышает риск самой болезни, иметь мужество сказать об этом.

2. Гуманизм профессии хирурга требует исключительного, внимательного отношения к крайне тяжелым больным или умирающим. Именно им в первую очередь оказывается неотложная медицинская помощь, которая далеко не всегда приводит к желаемому результату.

3. В процессе работы врачей хирургического профиля отмечается воздействие ряда неблагоприятных факторов:

- Ненормированный рабочий день с неравномерным распределением рабочей нагрузки в течение рабочей недели и года;
- Сочетание ночных дежурств с активной операционной деятельностью и работой в дневное время;
- Неоптимальный климат в рабочей зоне хирурга ведущий к сильному тепловому облучению и влагопотерям;
- Вынужденность рабочей позы хирурга, вызывающая мышечные перегрузки и изменения со стороны опорно - двигательной системы;
- Применение анестетиков во время операции и их накопление в организме в течение рабочей недели;
- Радиационное облучение при выполнении диагностических и лечебных мероприятий.

По степени напряженности группа врачей хирургического профиля относится к 4 группе (тяжелая). Кроме того, врачи хирургического профиля по характеру трудовой деятельности могут быть отнесены к группе повышенного риска относительно ИБС, гипертоническая болезнь [52]

Таким образом, проведенный психологический анализ деятельности врача и анализ имеющихся литературных источников позволяет сделать вывод о том, что труд медицинских работников относится к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Профессиональная деятельность врача отличается высокой эмоциональной загруженностью и имеется большое количество эмоциогенных факторов, как объективных, так и субъективных, которые оказывают негативное воздействие на труд врача, вызывая сильное

эмоциональное напряжение и стресс. Все это создает условия для высокого риска формирования синдрома психического выгорания у медицинских работников.

## 2.2. Личностные особенности врача как детерминанты возникновения психического выгорания у врачей

G. Roberts выделяет следующие признаки и симптомы выгорания у врачей:

«Изменения в поведении - врач часто смотрит на часы; усиливается его сопротивление выходу на работу; откладывает встречи с больными; 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); теряет способность удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья; подвержен несчастным случаям.

Изменения в чувствах - 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; бессилие; снятие стресса, а не творческая деятельность.

Изменения в мышлении - 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.

Изменения в здоровье - нарушенный сон; частые, длительно текущие незначительные недуги; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; утомляемость - усталость и истощение в течение целого дня; ускорение нарушений психического и соматического здоровья».[101]

Основные усилия исследователей (медиков, психологов) направлены на

выявление факторов, влияющих на формирование психического выгорания у врачей. Нам кажется, что исследование особенностей личности в их взаимоотношениях с выгоранием – важная область изучения данного феномена.

Предполагается, что личностные особенности некоторых медицинских работников делают их более уязвимыми к развитию синдрома выгорания. В частности, оно может быть связано с невротической тревогой, нереалистическими целями и ожиданиями и низкой самооценкой. Другой важной характеристикой, влияющей на стрессовые реакции, является гибкость; гибкие люди склонны тяжелее переживать стресс, связанный с ролевыми конфликтами, чем ригидные, поскольку именно первым бывает трудно устанавливать границы и отвечать отказом на дополнительные требования [109].

Одно из проведенных исследований касалось вопроса о том, связана ли тенденция к выгоранию у врачей с определенными долговременными дезадаптивными личностными тенденциями, имеющимися у них еще до поступления в медицинские учебные заведения, и дальнейшим столкновением со стрессовыми факторами, свойственными медицинской практике [109]. Объектом исследования были 440 практикующих врачей, личностные черты и психологическая адаптация которых незадолго до поступления в медицинский институт оценивалась с помощью Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММРІ). Спустя 25 лет испытуемым по почте разослали опросники, позволяющие оценить наличие и степень выраженности симптомов сгорания. Результаты показали, что более высокие его показатели достоверно положительно коррелировали с рядом стандартных и специальных шкал ММРІ, предназначенных для измерения снижения самооценки, чувства неадекватности, дисфории или навязчивой тревоги, пассивности, социальной тревоги и замкнутости.

В другом исследовании, касавшемся 49 психиатров, появление симптомов сгорания положительно коррелировало с тревогой и тенденцией особой чувствительности к проблемам и отрицательно соотносилось с приобретенной в результате профессионального опыта изобретательностью [235].

Исследование влияния личностных характеристик на развитие синдрома психического выгорания у работников сферы психического здоровья республики

Беларусь [117], с использованием опросника 16- PF, показало высокую корреляцию с показателями выгорания таких личностных черт как низкая эмоциональная устойчивость, конформность, интровертированность, робость, подозрительность, склонность к чувству вины, импульсивность, тревожность.

Испанские авторы при анализе выгорания среди врачей службы скорой помощи показали важность таких личностных черт как тревожность, эмоциональная неустойчивость, подозрительность, робость [153].

В ряде зарубежных исследований [117,224,258] также выявлено, что лица, принимающие ответственность за события своей жизни на себя, объясняя их своим поведением, способностями, чертами личности, т.е. интерналы, более устойчивы к развитию выгорания.

В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности молодой врач, в стремлении как можно лучше помочь больному, переживает повышенную ответственность за свои действия вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, настороженность в отношении возможных последствий, приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам.

Особенность психологии труда медицинских работников заключается прежде всего в том, что объектом его является больной (страдающий) человек, психика которого изменена в связи с имеющимися заболеваниями. Успешность профессиональной деятельности врача во многом зависит от того, как складываются его отношения с больными. Сложность отношений между врачом и пациентом заключается в том, что личность больного нередко претерпевает неблагоприятные изменения под влиянием физического или психического страдания [68].

Работа в условиях постоянного контакта с больными людьми, склонными к разнообразным, не всегда адекватным психологическим реакциям, предъявляет к медицинским работникам не только профессиональные, но и высокие психологические требования. Поэтому для успешной деятельности в области

большинства медицинских специальностей, помимо квалификации, требуется наличие определенных личностных качеств и черт. Систематизируя материалы своих наблюдений, Р. Конечный и М. Боухал [63] пришли к выводу, что «... основы возникновения доверия между врачом и больным заключаются в свойствах личности врача». Анализируя высказывания философов и самих медиков о требованиях, предъявляемых к врачу, Н.В. Эльштейн [138] приходит к заключению, что в первую очередь ему необходимы знания медицины и доброжелательность к людям.

Многие исследователи пишут об эмпатии как профессионально важном качестве медицинских работников [63,122]. Эмпатия – это сопереживание, умение поставить себя на место другого, способность человека к произвольной эмоциональной отзывчивости в ответ на переживания других людей. Эмпатия способствует сбалансированности межличностных отношений. Она делает поведение человека социально обусловленным. Развитая у человека эмпатия – ключевой фактор успеха в медицине, где требуется вчувствование в мир пациента. Проявление эмпатии в общении врача – это общая установка на понимание не столько формальной стороны сказанного, сколько вчувствование во внутренний смысл его, в состояние пациента, отражаемое всеми невербальными средствами: интонацией, позой, жестами. [14,29,60,68,118,122].

В процессе профессиональной адаптации молодого врача должны вырабатываться навыки определения той степени эмоциональной «включенности», которая необходима в каждом конкретном случае. Это связано с эмпатией, с «дозированием» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с пациентами. [58]

По Конечному и Боухалу, профессиональное выгорание постепенно развивается из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для врача. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, несколько (а порой и достаточно сильно) притупляется

Авторы пишут, что склонность к профессиональной деформации наблюдается у определенных профессий, «представители которых обладают

трудно контролируемой и трудно ограничиваемой властью. Естественно, врач обладает известной властью над больным, от него зависит здоровье (физическое и душевное) и жизнь других людей, их свобода... и их достоинство» [63].

Есть исследования, которые доказывают [75,122,123] что для успешной профессиональной деятельности врачей важным является эмоциональная толерантность (устойчивость) т.е. владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Не все пациенты вызывают у врача позитивные чувства. Но независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач. Некоторые исследователи [58,68] пишут о необходимой коммуникативной толерантности врача. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления.

Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения. В связи с этим важно наличие у врача такой характеристики, как тревожность, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль. Тревога – это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом, что характерно для медицинской деятельности. Легкая степень тревоги – обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию, мобилизуя человека для более эффективного противостояния возможной опасности. Тревожность в качестве свойства личности

позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры. Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую функцию, мешает адекватно оценить ситуацию и выбрать наиболее правильное решение. Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его [58].

Другой характеристикой врача, снижающей его профессиональную эффективность, является депрессивность. Депрессия связана с переживаниями прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить изменения в состоянии пациента и адекватно на них среагировать, а, напротив, «заразить» его тоскливой безнадежностью [там же]. Вместе с тем, сама врачебная деятельность создает условия для возникновения депрессии у медицинских работников.

Установление необходимых отношений с пациентами и их родственниками затрудняет глубокая интровертированность врача. Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами и переживаниями, обнаруживает беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии. Выраженная интравертированность затрудняет установление психологического контакта с больными, взаимодействие с ними, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки [58,68].

Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с пациентами, их родственниками, медицинским персоналом. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Умение общаться, или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Хорошие коммуникации врач – пациент являются «краеугольным камнем

хорошей медицинской практики» [122,125,139]. Это может быть подтверждено результатами исследований, в которых было обнаружено, что 60-80% диагностических решений принимаются на основании информации, полученной лишь в ходе медицинского интервью; такая же пропорция отмечается и при принятии терапевтических решений. Основой же медицинского интервью являются коммуникации, а само по себе медицинское интервью служит основой всей медицинской практики. Эффективные коммуникации вносят свой вклад и в клиническую компетентность врача, влияют на удовлетворенность пациента оказываемой медицинской помощью и повышают чувство уверенности в себе врача и удовлетворенность его своим трудом. Это в свою очередь препятствует формированию синдрома психического выгорания у врачей.

Особую значимость коммуникативные навыки ( по определению ВОЗ – это продвинутые коммуникативные навыки) приобретают в ситуациях лечения специальных групп расстройств ( слепые, глухие и немые пациенты, умственно отсталые и больные в терминальных состояниях и др.); при работе со специальными проблемами, связанными с личностью ( несотрудничающие, враждебные, сверхзависимые пациенты); в специальных клинических ситуациях (передача плохих известий, подготовка к опасным диагностическим и лечебным процедурам, работа с родственниками умирающих пациентов и пр.).

Коммуникативная компетентность позволяет не только психологически правильно строить отношения с больными, но и быть способным в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Несмотря на высокую значимость общения в профессиональной деятельности врача, подготовка медицинских работников к общению с людьми – очень уязвимое место в процессе их обучения. Высшие учебные заведения больше озабочены академической подготовкой, а не личностным ростом будущих врачей [58,101,122,125,139].

Профессионально-важным качеством многих медицинских специальностей является устойчивость к неопределенности. В медицине появление какого-либо события, стимула является неопределенным (например, осложнения могут появиться или нет). Неопределенными могут быть качественные и количественные

характеристики стимула (например, проявляющиеся симптомы, могут относиться к различным заболеваниям, могут быть «симптомы-миражи» и «болезни – хамелеоны»). Такая ситуация имеет место в медицинской диагностике, в планировании лечения, в прогнозировании долговременных последствий болезни. Неготовность врача работать в таких условиях может приводить к снижению функционального тонуса человека, к определенным отклонениям в его эмоциональной сфере, к чувству неуверенности, что вызывает понижение и умственных возможностей человека. В этих условиях врачу необходимо наличие устойчивости к фактору неопределенности, от врача требуется способность успешно действовать в условиях неполноты информации. [20,104]

Работа в условиях повышенных физических и психических нагрузок требует от врача хорошей личностной выносливости. Для эффективного выполнения своей профессиональной деятельности врач должен обладать способностью быть высокоактивным каждый день, осуществлять контроль за жизненными ситуациями и гибко реагировать на различного рода изменения. Но трудные условия деятельности, конфликты, предвосхищения неблагоприятного развития болезней могут приводить к ощущению дискомфорта, тревоги, фрустрации к возникновению состояния психической напряженности. Хроническая эмоциональная напряженность может вызывать такие негативные черты личности как высокая тревожность, интравертированность, агрессивность, нейротизм, сворачивание межличностных контактов и как следствие приводить к возникновению психического выгорания у врачей.[236,244].

Существуют исследования, которые доказывают, что склонная к стрессу (тип А), напористая, «стресс-зависимая» личность представляет собой «одну из моделей процесса выгорания» [101,171]. В качестве своей первой стадии она имеет так называемый «идеалистический энтузиазм». Общепринятой является точка зрения, что именно оказывающий помощь и преданный человек является наиболее уязвимым. У них есть тенденция к идеалистическим, а не реалистическим ожиданиям, они становятся свержувлеченными своей работой и им трудно оторваться от нее. Они могут быть созависимыми и испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми, значимыми, ценимыми

[101]. Кроме того, заметно их стремление рвать связи с обычными знакомыми и родственниками, при общении с которыми могут проявиться их потребности и уязвимость. Поэтому они уединяется 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 [246], что практически не компенсируется поддержкой со стороны. Именно их «трудоголизм» и активная увлеченность своей профессиональной деятельностью способствует развитию симптомов выгорания. Важным фактором в предотвращении выгорания явилась бы социальная поддержка от коллег и других референтных групп. Но одна из проблем современной медицины как раз и заключается в недостаточности социального взаимодействия и поддержки, как между членами врачебного коллектива, так и лицами, стоящими выше по своему профессиональному и социальному положению [109].

Еще одна особенность врачебной профессии – отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем. « Люди, работающие в медицинских учреждениях, часто подвержены значительному личностному стрессу... Им трудно раскрыться перед кем-нибудь » [101, с. 43]. Развитию этого состояния способствуют определенные личностные особенности – высокий уровень эмоциональной лабильности, высокий самоконтроль, особенно при выражении отрицательных эмоций со стремлением их подавить, склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта» и блокированием в себе негативных переживаний, ригидная личностная структура [101]. Все это также может служить предпосылкой для возникновения выгорания у врачей.

Несмотря на то, что личностные качества влияют на возникновение профессиональных деструкций (и психического выгорания как одной из его форм) до сих пор не существует системы профессионального отбора и профессионального подбора в медицинских ВУЗах. Кроме того, существующая система подготовки в

медицинских ВУЗах плохо готовит студентов к реальности врачебной практики и не в состоянии поддерживать преданность специальности, моральное состояние, здоровье и энтузиазм. Студентов много учат теории и практике медицины, но почти не учат тому, как заботиться о себе и справляться с неизбежными профессиональными стрессами. Часто учащимся предлагаются идеалистические, а не реалистические модели, которые, в конечном счете, не пригодны для работы. Древний образ «чудесного целителя» противоречит образу «мужественного медика» или делового практикующего врача. Возможно, обыденное представление о том, что стресс равнозначен слабости, неудаче вызывает основанное на чувстве вины стремление к отрицанию стресса, что в свою очередь, и приводит к тому, что врачу трудно признаться, поделиться своими проблемами и решить их.

Профессиональная социализация врача во многом предопределяется структурой программы высшего образования, где на психологию в сумме отводится не более полутора процентов времени. Желая стать врачом, должен «присвоить» все стороны социальной роли и сформировать «врачебную идентичность», ассимилировав врачебную культуру. В этой роли студент-медик должен объединить специальные знания, профессиональный язык, психомоторную и коммуникативную готовность, специальное ролевое поведения, принять нормы и ценности врачебного дела. И при всем этом ему остается задача реализовывать индивидуальные представления о сущности врача.[101,124,125]

В свете вышеизложенного, проблема изучения причин проявления и последствий «выгорания» у врачей приобретает особую важность, так как грамотная диагностика, коррекция и профилактика развития «выгорания» могут помочь в остановке начавшегося процесса или предупредить угрозу его возникновения, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала.

Таким образом, проведенный анализ особенностей личности медицинских работников в их взаимоотношении с выгоранием показал, что личностные особенности некоторых медицинских работников при отсутствии специального тренинга делают их более склонными к развитию синдрома выгорания.

**Выводы по 2 главе:**

1. Проведенный психологический анализ врачебной деятельности и анализ имеющихся литературных источников позволяет сделать вывод что труд медицинских работников относится к числу сложных и ответственных видов деятельности человека и существует высокая вероятность возникновения психического выгорания у медицинских работников.

2. Возникновение психического выгорания обусловлено совокупным влиянием внешних и внутренних факторов. Среди внешних условий врачебной деятельности, влияющих на возникновение психического выгорания у медицинских работников, можно выделить следующие:

- Организационный фактор (нечеткая организация и планирование труда, рабочие перегрузки, конфликтность ролей и др.)
- Хронический характер воздействия психоэмоциональных стрессов (эмоциональные и нервные перегрузки, интенсивное общение, психологическая трудность контингента).
- Неблагополучная психологическая атмосфера (недостаточная социальная поддержка, конфликтность).

В качестве внутренних предпосылок к «выгоранию» выступают:

- Интенсивная интериоризация, восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности, ведущая к быстрому истощению эмоционально энергетических ресурсов.
- Фрустрация значимых мотивов профессиональной деятельности.
- Наличие некоторых личностных особенностей у врачей, затрудняющих эффективное выполнение ими своей профессиональной деятельности.

3. Анализ немногочисленных исследований выгорания у медицинских работников показал, что в большинстве работ делается упор на анализ роли отдельных факторов в его возникновении. Но до настоящего времени не изучено совокупное влияние организационных факторов профессиональной

врачебной деятельности и личностных особенностей медицинских работников на возникновение синдрома «психического выгорания».

4. Изучение всего комплекса причин появления "выгорания" у медицинских работников приобретает особую актуальность, так как грамотная диагностика и профилактика развития "выгорания" могут помочь в приостановке начавшегося процесса "выгорания" или предупредить его возникновение, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала.

### Г Л А В А 3

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФЕНОМЕНА «ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ» У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Настоящая глава нашей работы посвящена описанию эмпирического исследования личностных особенностей и организационных факторов, которые влияют на возникновение психического выгорания у медицинских работников.

**Цель** эмпирического этапа нашего исследования: раскрыть роль личностных детерминант и организационных факторов, влияющих на формирование феномена «психического выгорания» у врачей.

Для осуществления этой цели были поставлены следующие **задачи**:

- изучить роль личностных особенностей, механизмов психологической защиты, способствующих развитию психического выгорания;
- изучить роль организационных факторов в развитии психического выгорания.

### 3.1. Процедура и методы исследования

В исследовании приняло участие 262 врача различных специальностей г. Ярославля и Ярославской области, г.г. Костромы, Вологды, Череповца, на *70 % это были мужчины*. Возрастной диапазон колебался от 23 до 65 лет, все с высшим медицинским образованием.

Исходя из поставленных перед эмпирическим исследованием задач, нами был проведен подбор психодиагностической батареи, который бы позволил достичь поставленной цели. При отборе психодиагностических методик мы исходили из следующих требований:

- 1) методики должны быть направлены на решение поставленных задач исследования;

- 2) методики должны пройти психометрическую проверку, быть надежными, валидными, стандартизированными;
- 3) методики должны быть достоверными, с возможностью получения объективных числовых показателей.

В соответствии с задачами и гипотезами исследования нами были использованы: «Опросник Психического Выгорания» (Рукавишников А.А.), личностный опросник Р.Кеттелла – 16 PF, тест Ч. Спилбергера – STAXI, методика LSI (Индекс жизненного стиля), методика-Шкала рабочей среды.

### **«Опросник психического выгорания» ОПВ (Рукавишников А.А.)**

Для диагностики психического выгорания нами был использован «Опросник психического выгорания», разработанный А.А. Рукавишниковым [107]. Опросник состоит из 72 вопросов. Испытуемому предъявляется инструкция. Для обработки полученных данных используется ключ. Полученные сырые баллы переводятся в стандартные оценки по шкале стенов.

Опросник содержит 3 шкалы:

*Психоэмоциональное истощение (ПИ)* – процесс истощения эмоциональных, физических и энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми. Оно проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

*Личностное отдаление (ЛО)* – специфическая форма социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми. Проявляется в уменьшении количества контактов, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям.

*Профессиональная мотивация (ПМ)* – уровень рабочей мотивации и энтузиазма по отношению к работе альтруистического содержания.

Сложив результаты по трем шкалам, получаем общий уровень психического выгорания или Индекс Психического Выгорания (ИПВ).

### **Личностный опросник Р. Кеттелла – 16 PF**

Для изучения личностных характеристик, способствующих возникновению феномена психического «выгорания» нами был использован многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 16 PF (форма А) (адаптация Научно-производственного центра «Психодиагностика», г.Ярославль) [95]. Данный опросник позволяет получить количественную оценку по таким переменным как : теплота (фактор А), интеллект (фактор В), «сила Я» (фактор С), доминантность (фактор Е), импульсивность (фактор F), групповая конформность (фактор G), смелость (фактор Н), сензитивность (фактор I), подозрительность (фактор L), воображение (фактор М), проницательность (фактор N), склонность к чувству вины (фактор О), радикализм (фактор Q<sub>1</sub>), самоудовлетворенность (фактор Q<sub>2</sub>), способность сдерживать тревожность (фактор Q<sub>3</sub>), «свободно плавающая тревожность» (фактор Q<sub>4</sub>).

Методика позволяет подробно описать личностную структуру, вскрыть взаимосвязь отдельных характеристик личности.

#### **Тест Ч. Спилбергера – STAXI.**

Для оценки уровня личностной и ситуационной агрессивности был использован тест Ч. Спилбергера – STAXI (адаптирован на русскоязычной выборке С.Л. Соловьевой, на базе Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, кафедра психиатрии) [111]. В основе опросника лежит разработанная Ч. Спилбергером концепция агрессивности.

Методика направлена на изучение ситуационного и личностного уровней агрессивности, характера проявлений этого свойства, а также направленности и степени контроля над проявлениями агрессии. Методика Ч. Спилбергера представляет собой опросник, состоящий из 44 вопросов.

В первой части опросника испытуемому необходимо оценить свое состояние на момент его заполнения, во второй части – обычный способ реагирования в эмоциональных ситуациях и в третьей части – способ поведения в состоянии гнева или ярости.

Обработка осуществляется в соответствии с ключами.

Тест STAXI состоит из 7 шкал:

1. Агрессия как состояние
2. Агрессия как черта личности
3. Агрессия как свойство темперамента
4. Агрессия как реакция в различных ситуациях;
5. Агрессия, направленная внутрь (аутоагрессия);
6. Агрессия, направленная вовне (гетероагрессия);
7. Контроль агрессии.

### **Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI).**

Для диагностики преобладающих защитных механизмов личности была использована методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) (адаптация Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева) [99]. Основной функцией защитных механизмов является снятие тревожности, напряженности фрустрации. Следовательно, можно предположить, что между ними (уровнем тревожности и использованием защитных механизмов) должна существовать связь. Причем эта связь должна представлять собой некий оптимум. Недостаточное или чрезмерное использование защитных механизмов, скорее всего, может приводить к высокому уровню тревожности. Между этими крайностями и находится оптимум взаимосвязи, когда успешное использование защитных механизмов ведёт к снижению тревожности и повышению стрессоустойчивости личности.

Под термином "защитный механизм" понимают любую когнитивную операцию, которая функционирует для защиты индивида от разрушительного влияния чрезмерной тревожности. Они помогают поддерживать эмоциональную уравновешенность, повышать удовлетворённость жизнью, увеличивать личную и профессиональную эффективность.

Исходя из роли защитных механизмов в жизни человека, мы поставили перед собой задачу изучения их взаимосвязи с феноменом психического выгорания. Для выявления психологических защит, используемых индивидом, нами была взята методика LSI (Индекс жизненного стиля), созданная на основе психозволюционной теории R.Plutchik и структурной теории личности

H.Kellerman. Она является наиболее удачным диагностическим инструментом, позволяющим диагностировать основные психологические механизмы защиты. Положительным моментом этой методики является ее теоретическая обоснованность, валидность и простота в использовании. Методика представлена 97 вопросами и позволяет диагностировать восемь механизмов психологической защиты.

Отрицание (А). Механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицается какой-либо внутренний импульс или сторона самого себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью.

Вытеснение (В). Фрейд считал этот механизм главным способом защиты инфантильного "Я", неспособного сопротивляться соблазну. В опроснике в эту шкалу авторы включили и вопросы относящиеся к менее известному механизму психологической защиты - "изоляции". При "изоляции" психотравмирующий и эмоционально подкрепленный опыт индивида может быть осознан, но на когнитивном уровне, изолированно от аффекта тревоги.

Регрессия (С). В классических представлениях она рассматривается как механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо. При этой форме защитной реакции личность, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет общий (потенциально возможный) арсенал преобладания конфликтных ситуаций.

Компенсация (D). Этот механизм нередко объединяют с "идентификацией". Он проявляется в попытках найти подходящую замену ре-

ального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности.

Проекция (E). В основе "проекции" лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и таким образом фактом сознания становятся как бы вторичными.

Замещение (F). Распространенная форма психологической защиты, которая в литературе нередко обозначается понятием "смещение". Действие этого защитного механизма проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

Интеллектуализация (G). Этот защитный механизм часто обозначают понятием "рационализация". Авторы методики объединили эти два понятия, хотя сущностное их значение несколько отличается. Так, действие интеллектуализации проявляется в основанном на фактах чрезмерно "умственном" способе преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Так же в шкалу интеллектуализации - рационализации была включена и сублимация как механизм психологической защиты, при котором вытесненные желания и чувства гипертрофированно компенсируются другими, соответствующими высшим социальным ценностям, исповедуемым личностью.

Реактивные образования (H). Этот вид компенсации нередко отождествляется с гиперкомпенсацией. Личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность.

### **Методика «Шкала рабочей среды».**

Для исследования организационных факторов рабочей среды нами был использован опросник « Шкала рабочей среды» (адаптация А.А.Рукавишникова) [88]

Социально-психологические факторы играют важную роль в формировании поведения индивида. Поэтому комбинированная оценка социальной среды с измерением способностей (самоэффективности и др.) и личностных характеристик может способствовать повышению предсказания поведения индивида в различных ситуациях. Учет характеристик социальной среды может также быть полезен при прогнозировании поведения индивида в различных ситуациях. Однако, влияние средовых факторов на личность не может проявляться однотипно. Все люди по-разному реагируют на средовые факторы, они выбирают и структурируют ситуацию в соответствии со своими личностными особенностями. Существуют также реципрокные взаимодействия, или транзакции, между личностью и средой, при которых личность не только испытывает влияние среды, но и сама влияет на нее. Так, Rudolf H. Moos и другие направили свои усилия на разработку методов для анализа их динамичных, двухсторонних взаимодействий. Они стремились понять и оценить окружающую человека среду. В конце концов, они пришли к выводу, что оценка "личностной" среды и ее влияние на функционирование индивида может быть описана в трех широких параметрах:

- природа и интенсивность личностных взаимоотношений;
- личностный рост и повышающие собственную ценность влияния;
- система сохранения и изменения.

В общем, люди более удовлетворены и чувствуют себя комфортно, менее раздражительны, депрессивны и имеют более высокую самооценку в среде, которую они воспринимают как высоко ориентированную на взаимоотношения. Rudolf H. Moos подчеркивал, что анализ среды, по этим трем параметрам, может привести к формированию критерия идеальной среды и оптимальных методов для ее измерения и изменения. Для оценки этих трех параметров, он

сконструировал ряд шкал Социального Климата. Каждая из которых содержит от 90 до 100 пунктов, и состоит из 7 - 10 диагностических шкал, перекрывающих все три параметра. Время заполнения составляет в среднем 15-20 минут.

Rudolf H. Moos и другие создали измерительные инструменты для следующих социальных сред: школьный класс, семья, армия, студент, работа и др. Имеются различные формы этих инструментов, которые измеряют: Восприятие Актуальной Социальной Среды (форма R), Восприятие Идеальной Социальной Среды (форма I), а также ожидания личности в отношении отдельной социальной среды (форма E). Имеется также краткая форма S, что требует на выполнение 5-10 минут.

Учитывая важность для нашего исследования восприятия социальной среды, мы выбрали форму R (Восприятие Актуальной Социальной Среды). Данная форма Шкала Рабочей Среды (Work Environment Scale), разработанная как уже было сказано Rudolf H. Moos, прошла адаптацию на отечественной выборке. Шкала состоит из 90 утверждений и измеряет десять параметров условий работы, представленных тремя "измерениями":

- природа и интенсивность личностных взаимоотношений;
- личностный рост или ориентация на цель;
- систематическая поддержка (сохранение) и изменение.

Первые три параметра, измеряемые ШРС - это параметры личностных взаимоотношений. Они оценивают насколько работники преданы своей работе, насколько они дружелюбны, насколько они поддерживают друг друга, и насколько их поддерживает руководство. Это параметры:

- включение (ВКЛ), отражающий стремление врачей думать о лечебном процессе, стремление использовать плодотворно рабочее время, стремление добровольно и продуктивно выполнять какую-либо работу добровольно, относиться с интересом к своей работе;
- показатель сплоченности (ПС), измеряет стремление коллектива помочь адаптироваться новому врачу, оценивает насколько врачи проявляют интерес

друг к другу, насколько что-то совместно они делают во вне рабочее время, насколько доверительные и теплые взаимоотношения в коллективе;

- поддержка руководства (ПР), оценивает взаимоотношения врачей и руководства, насколько администрация больницы поддерживает и защищает врачей, принимает во внимание их точку зрения, советуется с врачами.

Вторые три параметра, это параметры личностного роста или ориентация на цель. Они фокусируют свое внимание на подчеркивании независимости при выполнении работы и требованиях работы. Это подшкалы:

- автономия (А), оценивает насколько врачам поручается выполнение действительно важных обязанностей, предоставляется достаточная свобода действий при выполнении, насколько поощряется самостоятельное принятие решений, проявление инициативы, отражает стремление врачей быть неординарными, насколько поощряется образование врачей, даже если оно напрямую не связано с выполняемой деятельностью;
- ориентация на задачу (ОЗ), отражает стремление к выполнению работы, не откладывая ее на завтра, ориентация на высоко эффективную работу;
- пресс работы (РП), отражает стремление администрации оказывать на врачей постоянное давление, для того чтобы работа была выполнена быстрее, требование администрации выполнения дополнительной работы срочно и обязательно, отражает необходимость выполнения дополнительной работы в нерабочее время.

Все три подшкалы вносят вклад в описание ориентации профессионала на достижение цели работы. Подшкалы А и ОЗ измеряют также параметр личностного роста.

Третья группа подшкал, параметры системы сохранения и системы изменения, оценивает влияние на деятельность окружающей среды, подчеркивая определенность выполняемой роли и способа выполнения задания, а также разнообразие в деятельности и наличие инноваций; измеряется также оценка физической среды. Четыре подшкалы включают сферы:

- определенность (О), отражает уровень организации труда, наличие тщательного планирования, четкость, определенность и однозначность выполняемых врачами обязанностей, постоянство правил и норм;
- контроль (К), отражает стремление руководства осуществлять контроль над выполнением установленных норм и правил, относящихся как к лечебной деятельности, так и к поведению в больнице;
- инновации (ИНН), оценивает насколько администрация поощряет нетрадиционные идеи и методы работы, насколько они внедряются в практику;
- физический комфорт (Ком), отражает условия работы врача (освещение, интерьер, уют, наличие необходимого оборудования в больнице и др.).

При выборе психодиагностических методик мы исходили из того, что данный инструментарий является надежным, валидным и адекватным поставленным целям.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке. Для решения поставленных задач мы проранжировали всех испытуемых по уровню индекса психического выгорания и, используя метод полярных групп, выделили 27% лиц с высоким показателем индекса психического выгорания и 27% лиц с низким уровнем психического выгорания. Таким образом, были сформированы 2 группы: «выгоревших» и «невыгоревших» врачей, между которыми в дальнейшем проводилось сравнение.

Обработка результатов включала в себя количественный и качественный анализ полученных данных на двух уровнях: аналитическом и структурном.

На аналитическом уровне, после проведения всех вышеперечисленных методик для того, чтобы выявить достоверность различий по всем показателям между двумя группами, нами был применен непараметрический критерий Манна-Уитни.

Структурный анализ данных предполагал установление закономерностей на уровне общей организации личностных структур. С этой целью была осуществлена обработка полученных данных посредством вычисления матриц интеркорреляций. На их основе было произведено выделение базовых качеств, а

так же устанавливалась степень интегрированности и дифференцированности полученных структур качеств. Использована процедура обработки и анализа структур разработана А.В.Карповым и была неоднократно эмпирически апробирована [49]. Индекс когерентности структур индивидуальных качеств (ИКС) определяется как функция числа положительных значимых связей в структуре и меры их значимости, индекс дивергентности определяется как функция числа и значимости отрицательных связей в структуре, индекс общей организованности (ИОС) – определялся как разность величин ИКС и ИДС:  $ИОС = ИКС - ИДС$ . При этом, связям значимым при  $p \leq 0,01$  приписывается весовой коэффициент 3 балла, связям значимым при  $p \leq 0,05$  приписывается весовой коэффициент 2 балла.

Для сравнение полученных коррелограмм по их гомогенности – гетерогенности использовался метод  $\chi^2$ . Данный метод требует подсчета структурного веса каждого качества и на этой основе ранжирования качеств. Затем вычисляются корреляционные коэффициенты между количественными характеристиками структуры, полученными таким способом. Структуры считаются разнородными при отсутствии значимых положительных корреляций

Для выделения комплекса сходных личностных особенностей, объединенных в факторы, нами был использован метод факторного анализа. Была использована техника «главных компонент» с последующим их «варимакс-вращением».

Для решения вопроса направленности детерминационных связей между коррелируемыми переменными нами было определено корреляционное отношение ( $\eta$ ) между изучаемыми переменными.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартного пакета статистических программ “Statistic 5.0” на персональном компьютере IBM PC IT.

### 3.2. Изучение личностных особенностей, способствующих возникновению феномена психического «выгорания» синдром психического выгорания

Первым шагом нашего исследования было: 1) установление связи индекса психического выгорания с личностными чертами; 2) выявление личностных характеристик, которые характерны для лиц с высоким уровнем психического выгорания; 3) выявление структуры личностных качеств врачей с различной степенью психического выгорания; 4) выявление личностных черт, влияющих на развитие психического выгорания. Для решения данных задач нами были использованы следующие методики: личностный опросник Р.Кеттелла – 16 PF, тест Ч. Спилбергера – STAXI, методика «Индекс жизненного стиля» (LSI).

### 3.2.1. Связь психического выгорания с личностными чертами

Для изучения личностных характеристик, способствующих возникновению феномена психического «выгорания», нами был использован многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 16 PF (форма А), тест STAXI.

Проведя методику 16- PF на обеих группах испытуемых, мы подвергли полученные результаты статистической обработке.

Для обработки результатов применялись процедуры описательной статистики и метод построения корреляционных матриц. Интерпретация полученных результатов проводилась на двух уровнях: аналитическом и структурном.

При интерпретации на аналитическом уровне подсчитывались и подвергались анализу средние значения и дисперсии по всем шкалам 16-PF для каждой группы испытуемых. Таким образом был получен «усредненный портрет» личностных особенностей «выгоревших» и «невыгоревших» индивидов.

Сравнив средние по каждому фактору (см. табл.2) у «выгоревших» и «невыгоревших» врачей обнаружили что, «выгоревшие» врачи отличаются от «невыгоревших» самыми низкими показателями по факторам: А (М=10,2), С (М=13,5), G (М=11,3), N (М=9,3), и самыми высокими – по факторам : М (М=11,7), О (М=14,1), Q2 (М=11,9), Q4 (М=15,7).

## Средние арифметические и дисперсии шкал опросника

## 16-PF для обеих групп

Группы Фактор	Выгоревшие		Невыгоревшие	
	М	D	М	D
A	10,2	3,92	11,8	2,77
B	8,6	2,37	9,3	2,20
C	13,5	4,41	15,2	4,16
E	12,6	4,43	12,8	3,88
F	10,7	5,62	9,9	5,23
G	11,3	3,16	13,5	2,49
H	12,3	5,59	11,3	4,24
I	10,6	4,12	10,2	4,08
L	10,7	3,10	10,2	2,84
M	11,8	3,07	10,6	3,10
N	9,3	3,61	10,3	2,37
O	14,1	5,02	11,4	4,29
Q <sub>1</sub>	9,7	3,09	9,5	2,87
Q <sub>2</sub>	11,1	3,72	9,6	3,23
Q <sub>3</sub>	11,9	3,25	12,7	2,42
Q <sub>4</sub>	15,7	5,04	10,6	4,77

Графически данные *представлены* в диаграмме 1.

Наиболее существенные отличия группы «выгоревших» наблюдается по факторам A, C, G, M, N, O<sub>2</sub>, Q<sub>4</sub>, что свидетельствует о большей сдержанности в межличностных отношениях (A-), меньшей проницательности (N-, «слабости Я», эмоциональной неустойчивости (C-), низкой силой «супер-эго», недостаточным принятием моральных стандартов группы (G-), более высоким воображением (M+), о большей озабоченности (O+), о более высоком уровне самоудовлетворенности (Q<sub>2</sub>+), о тревожности (Q<sub>4</sub>+).

Для определения достоверности различий по факторам между двумя группами был подсчитан U-критерий Манна-Уитни. Данные представлены в таблице 3.

Полученные данные показывают что имеются значимые различия между двумя группами по фактору A.

Это говорит о том, что выгоревшие врачи отличаются сдержанностью в межличностных контактах, стремлением «уйти в себя», ригидностью, критичностью, недоверчивостью, склонностью к обидам и угрюмости.

Диаграмма 1.

Профиль личности по средним значениям факторов  
личностного опросника Р. Кеттелла в группах.

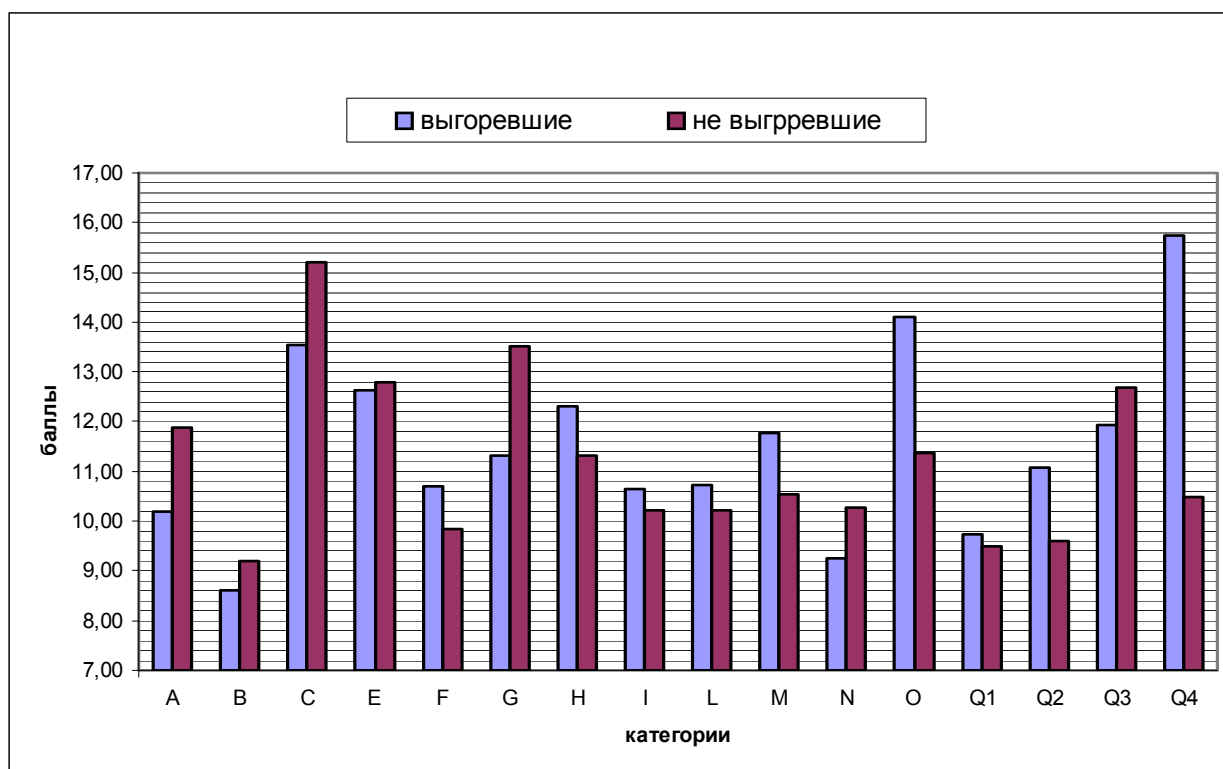


Таблица 3.

Значения U-критерия Манна-Уитни.

	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
U	1935*	2213	1865,5*	2316	2308,5	1475,5*	2249	2366	2191,5	2041,5	1841,5*	1635*	2384,5	1942,5	2123,5	1126,5*

Другим фактором, по которому различаются эти две выборки, является фактор N, что свидетельствует о том, что выгоревшие врачи отличаются наивностью, неуклюжестью в социальных контактах, отсутствием самопроницательности и слабой проницательностью по отношению к мотивам и поступкам других людей.

Значимые различия между группами по фактору С говорят о том, что выгоревшие врачи отличаются «слабостью Я», эмоциональной неустойчивостью, легко расстраиваются, беспокоятся, они склонны легко сдаваться в сложных ситуациях и уходить от ответственности, часто попадают в сложные ситуации и имеют трудности в приспособлении к жизни.

Значимые различия по фактору G свидетельствуют о том, что для выгоревших профессионалов характерно недостаточное принятие моральных стандартов группы, легкомысленность, непостоянство, беспринципность, недисциплинированность.

Значимые различия между группами по фактору О говорят о том, что выгоревшие врачи склонны к чувству вины, тревожные, озабоченные, часто пребывают в плохом настроении, чувствительны к критике со стороны окружающих.

Значимые различия по фактору Q4, говорят о том, что выгоревшие врачи отличаются высоким напряжением, раздражительностью, высоким и плохо управляемым чувством тревоги.

Таким образом, межгрупповое сравнение выборочных средних значений каждого фактора показало, что из 16 качеств в группах выгоревших и невыгоревших значимо различны уровни развития лишь шести качеств (то есть 35 % от их общего количества. Это – качества, соотносимые с факторами А, N, С, G, О, Q4 по методике 16 PF. Однако, такого сравнения явно недостаточно, чтобы оценить меру качественного своеобразия личности медицинских работников с различной степенью психического выгорания. Вероятно, что наряду с определенной зависимостью психического выгорания от уровня развития отдельных личностных качеств, существует ее зависимость от каких-либо других личностных причин, детерминант. Эти детерминанты должны быть, однако, тесно связаны со всей совокупностью личностных качеств, и выступать как производные от них. Можно предположить, что в роли этих дополнительных и сильных детерминант формирования психического выгорания могут выступать структурные характеристики системы личностных качеств. Поэтому дальнейший анализ данных проводился на структурном уровне.

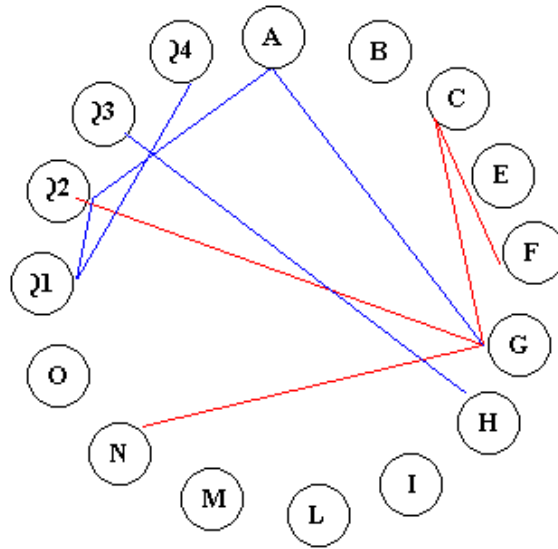
При интерпретации данных на более обобщенном структурном уровне анализировались матрицы интеркорреляции и структурограммы личностных качеств. Матрицы интеркорреляций личностных качеств представлены в Приложении 2. Структурограммы личностных качеств – см. рис. 1-4.

Анализ представленных структурограмм требует учета следующего важного положения. Матрицы интеркорреляций (и, соответственно, коррелограммы личностных качеств), согласно теоретическим представлениям, являются отображениями их целостных структур. Эти структуры носят конкретный характер, поскольку сочетание метода матриц интеркорреляций и метода «полярных групп» предполагает использование какого-либо вполне определенного внешнего критерия. Он, в свою очередь, непосредственно показывает то, в отношении какого внешнего параметра (то есть обеспечения какого именно результата) определена та или иная структура личностных качеств. В проведенном исследовании внешним критерием являлась степень сформированности синдрома психического выгорания. Следовательно, структура личностных качеств, выявленных по данному критерию, характеризует целостные структуры личностных качеств, обеспечивающих ту или иную степень выгорания субъекта.

Визуальный анализ структурограмм позволил нам сделать предположение о качественном различии представленных структур, что затем было подтверждено статистически. Использование метода  $\chi^2$  показало наличие значимых различий в представленных на рисунках структурах ( $\chi^2_{\text{эмп}} = 74,23 > \chi^2_{\text{крит.}} = 30,74$ ).

Применение метода показало статистически достоверную (при  $p=0,01$ ) разнородность структур личностных характеристик обеих групп испытуемых. Это математически свидетельствует о том, что структуры личностных качеств, в группе выгоревших и невыгоревших являются качественно различными – гетерогенными.

## Структурограмма личностных качеств (факторов по методике Р. Кеттелла) выгоревших врачей



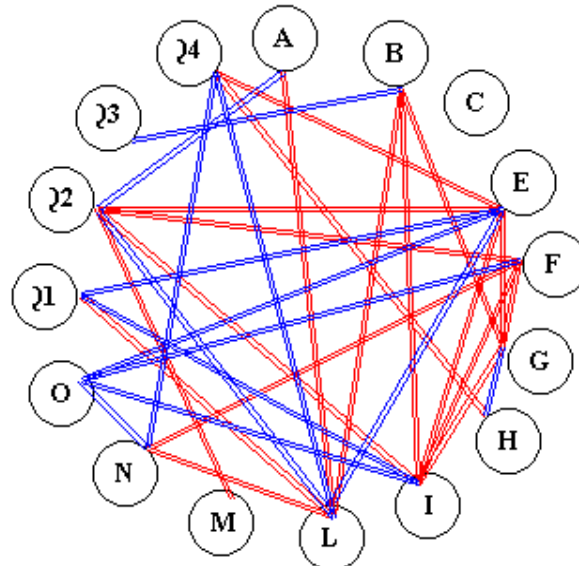
Примечание:

положительные связи при  $p \leq 0,05$



отрицательные связи при  $p \leq 0,05$

Рис 2.

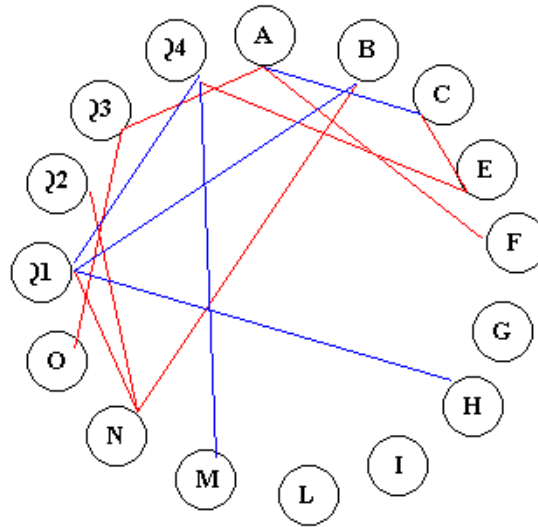
Структурограмма личностных качеств (факторов по методике Р. Кеттелла)  
выгоревших врачей



Примечание:

	положительные связи при $p \leq 0,01$
	отрицательные связи при $p \leq 0,01$

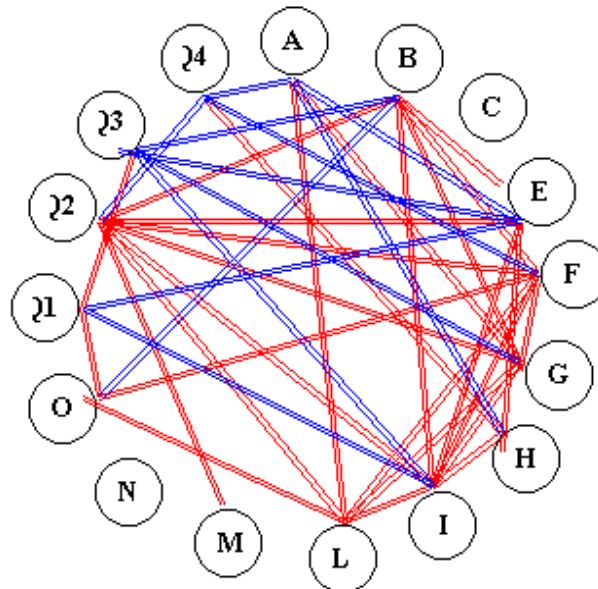
Структурограмма личностных качеств (факторов по методике Р. Кеттелла)  
невыгоревших врачей



Примечание:

<span style="color: red;">—</span>	положительные связи при $p \leq 0,05$
<span style="color: blue;">—</span>	отрицательные связи при $p \leq 0,05$

Структурограмма личностных качеств (факторов по методике Р. Кеттелла)  
невыгоревших врачей



Примечание:

<span style="color: red;">==</span>	положительные связи при $p \leq 0,01$
<span style="color: blue;">==</span>	отрицательные связи при $p \leq 0,01$

Этот результат со всей очевидностью показывает, что между группами «выгоревших» и «невыгоревших» врачей есть значимые различия в плане личностных детерминант психического выгорания, эти различия обусловлены закономерностями структурной организации личностных качеств.

Для ответа на вопрос о том, в чем же конкретно заключаются наиболее значимые и общие из этих различий, каков их психологический смысл, необходимо обратиться к разработанным в общей и прикладной психологии способам анализа и интерпретации матриц интеркорреляций и коррелограмм [49,50].

Процедура анализа матриц интеркорреляций и коррелограмм структур личностных качеств обеих групп испытуемых включает следующие этапы: подсчет индекса когерентности (ИКС), дивергентности (ИДС) и общей организованности (ИОС) структуры; подсчет весовых коэффициентов каждого личностного качества в структуре; анализ функциональной роли каждого качества. Индексы организованности коррелограмм, базовые качества приведены в таблице 4. Весовые коэффициенты каждого качества приведены в таблице 5.

Таблица 4.

Мера организованности коррелограмм, базовые качества

индексы группы	ИКС	ИДС	ИОС	Базовые Качества
Выгоревшие	64	55	9	G,E,I, L, Q2
Невыгоревшие	103	46	57	I, F, Q2

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

Структурный вес личностных качеств

Группы Фактор	Выгоревшие				Невыгоревшие			
	Е+	Е-	Е <sub>0</sub>	Ранг	Е+	Е-	Е <sub>0</sub>	Ранг
А	3	4	7	14	10	11	21	8
В	9	3	12	11	17	8	25	4,5
С	4	0	4	15	2	2	4	16
Е	12	9	21	3,5	16	9	25	4,5
F	14	3	17	7,5	23	3	26	2,5
G	18	15	33	1	21	3	24	6,5
Н	3	5	8	12,5	9	5	14	6,5
I	15	6	21	3,5	21	6	27	1
L	12	9	21	3,5	18	0	18	11,5
M	3	0	3	16	9	3	12	14
N	8	6	14	9,5	6	0	6	15
O	2	15	17	7,5	11	3	14	13
Q <sub>1</sub>	5	15	20	6	8	12	20	9
Q <sub>2</sub>	14	7	21	3,5	23	3	26	2,5
Q <sub>3</sub>	0	8	8	12,5	7	12	19	10
Q <sub>4</sub>	6	8	14	9,5	5	13	18	11,5

ИКС является наиболее важной и показательной характеристикой развитости структуры профессионально-важных качеств. Именно когерентность, являющаяся показателем синтезированности качеств в целостные структуры, выступает одной из основных предпосылок обеспечения эффективности профессиональной деятельности в целом и ее отдельных компонент. Кроме того, в ряде работ [49,50] высказывается предположение о том, что когерентность - это один из механизмов обеспечения деятельности.

Анализ полученных нами результатов показывает, что ИКС в группе невыгоревших (103) значительно выше, чем в группе выгоревших (64). Кроме того, у лиц с низким уровнем выгорания ИДС ниже, чем у лиц с высоким уровнем выгорания (соответственно 46 к 55). Все это в целом, по-видимому, обеспечивает более высокую организованность и эффективность структуры личностных качеств невыгоревших врачей при решении общеадаптационных задач.

Известно, что эффективность достижения любого внешнего критерия напрямую связана с мерой организованности релевантной структуры

субъективных характеристик. Рассмотрим каждую группу с точки зрения эффективности в профессиональной деятельности и в жизни.

Практика показывает, что выгорание прежде всего характеризуется уменьшением эффективности профессиональной деятельности и ухудшением качества исполнения работы. Выгоревший профессионал, как правило, на работу старается приходить как можно позже, уходя рано, при первой возможности старается остаться дома, чтобы поболеть, на работе часто смотрит на часы, чрезмерно сопротивляется переменам, у него увеличивается чувство безразличия к своей профессиональной деятельности. В процессе выгорания уменьшается профессиональная мотивация, отмечается потеря энтузиазма и интереса к работе.

Отмечается увеличение употребления стимуляторов, таких как кофе, табак, алкоголь, а также могут использоваться транквилизаторы, барбитураты. Они используются для снятия напряжения, вызванного работой. Однако, эта стратегия не эффективна, так как подрывает здоровье и может привести к постоянному злоупотреблению и как следствие снизить эффективность жизни таких людей.

У выгоревших врачей наблюдается склонность к проявлению агрессивности или даже насильственному поведению, так как контроль над импульсами ослаблен. Это может породить конфликты, как на работе, так и дома. Кроме того, есть тенденция к социальной изоляции и уходу. Выгоревшие профессионалы физически и психически отдаляются от социальных контактов, и возникает опасность их изоляции от людей.

Невыгоревшие врачи, как правило, отличаются высокой профессиональной мотивацией, выраженным энтузиазмом и интересом к работе и жизни в целом.

Таким образом, положение о том, что эффективность достижения любого внешнего критерия напрямую связано с мерой организованности релевантной структуры субъективных характеристик, подтверждено и на примере проведенного исследования. Эмпирически наблюдаемая эффективность невыгоревших профессионалов также согласована со степенью организованности структуры личностных качеств.

Для описания качественного своеобразия структур наряду с анализом структурных индексов важно проанализировать содержание базовых для данной

структуры качеств, тех элементов структуры, которые имеют максимальное число связей с другими элементами, т.е. обладают наибольшим структурным весом. Базовые качества играют наибольшую роль при структурировании всей системы качеств. Все остальные качества синтезированы вокруг них. Вся структура в значительной степени складывается на базе этих качеств, а они выступают как ее интегратор. Как указывает А.В. Карпов, смысл базовых качеств состоит в том, что они являются структурообразующими в плане синтеза всех иных качеств [49]. При этом базовые качества могут быть и не связаны непосредственно с внешним критерием. Связь этих качеств с результативными показателями более сложна и опосредована. Они, объединяя всю структуру, оказывают влияние и на результат, и что гораздо важнее для нашего исследования, на формирование психического выгорания. При анализе базовых качеств необходимо учитывать тот факт, что общий «вес» качеств складывается из положительных и отрицательных связей. Их роль в структурировании системы различна, противоположна.

Если какое-либо качество имеет большой структурный «вес» и характеризуется большим числом связей, но среди них доминируют положительные связи, то оно содействует объединению системы. Это качество выполняет функцию структурирования, обеспечивает целостность системы качеств. Оно должно быть рассмотрено как *позитивное* базовое качество. Но личностные качества могут иметь большой структурный «вес», складывающийся из большого числа отрицательных связей. Такие качества не перестают быть тоже базовыми, но они «работают» уже не на синтез, а на дезинтеграцию системы, обуславливая ее аморфность и «рыхлость». Такие базовые качества являются *негативными* для структурирования системы всех иных качеств.

Для выгоревших врачей базовыми являются такие качества как «сила сверх - Я» (G), «доминантность» (E), «эмоциональная чувствительность» (I), «подозрительность» (L), «самоудовлетворенность» (Q2). Таким образом, выгоревшие профессионалы отличаются высоким чувством ответственности, обязательностью, добросовестностью, стойкостью моральных принципов; они доминантны, любят демонстрировать свое превосходство над другими,

агрессивны, самонадеянны и эгоистичны, с некоторой долей тревожности по отношению к себе и ипохондричностью.

Для невыгоревших врачей базовыми являются такие качества как «эмоциональная чувствительность» (I), «беспечность» (F), «самоудовлетворенность» (Q2). Можно предположить, что структура личности «невыгоревшего врача» подразумевает тип работника, отличающегося умеренной сензитивностью, снисходительностью к себе и другим, активные, имеющие оптимистичный характер, самостоятельные и независимые.

Для подтверждения данных, относительно структуры, способствующих возникновению выгорания личностных качеств, полученных путем корреляционного анализа, нами был проведен факторный анализ результатов эмпирического исследования. В результате факторизации корреляционных матриц были получены следующие основные количественные данные, представленные в таблицах 6, 7.

По результатам, представленным в табл. 6 видно, что структура личностных характеристик в группе «выгоревших» распадается на 6 факторов. Самым мощным фактором является фактор, объединяющий в себе параметры: склонность к чувству вины (O+), тревожность (Q4+), эмоциональная неустойчивость (C-), пессимистичность, озабоченность, вялость (F-). Данный фактор можно охарактеризовать *«как фактор нейротизма, тревожности»*.

Второй фактор объединяет следующие параметры: доминантность (E+), неуклюжесть в социальных взаимоотношениях (N-) робость, застенчивость (H-). Этот фактор можно охарактеризовать как *«фактор трудности в межличностных отношениях»*.

Следующий фактор объединяет всего два параметра: групповая зависимость (Q2), доверчивость, склонность к сотрудничеству (A+). Этот фактор можно условно назвать - *«зависимость от других людей»*.

Четвертый фактор включает в себя следующие параметры: ответственность - добросовестность (G+), способность к самоконтролю (Q3+). Условно его можно назвать как фактор *«добросовестности»*.

## Факторный анализ результатов в группе «выгоревших» врачей.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
A	-,088382	,225020	<b>,807990</b>	,026422	,175040	-,266050
B	-,155119	,054304	,021276	,208311	<b>-,795576</b>	,019154
C	<b>-,789305</b>	,171442	,026725	,352247	-,066516	-,026642
E	,052399	<b>,890456</b>	,011647	,079202	-,176576	,098723
F	<b>-,590254</b>	,321681	,446605	-,280456	-,014950	,123095
G	,194244	,059823	,158315	<b>,775936</b>	-,176342	,218543
H	-,467990	<b>,624245</b>	,345642	,180603	,226234	,074140
J	,502039	,125541	,302592	-,302759	,034365	<b>-,566426</b>
L	,216303	,027921	,047425	-,012147	,007582	<b>,777202</b>
M	,006049	,411807	,129641	-,438999	<b>-,587246</b>	-,040358
N	,232949	<b>-,749505</b>	,065645	,214086	,030889	,030041
O	<b>,894987</b>	-,162234	,034691	,049286	-,045993	-,041343
Q1	-,249916	,367422	-,095313	,051798	,004771	<b>,653819</b>
Q2	-,027077	,164039	<b>-,847414</b>	-,038177	,239275	-,109755
Q3	-,316595	-,018533	-,078159	<b>,769880</b>	,051166	-,093191
Q4	<b>,828673</b>	,117752	-,068976	,056123	,189712	,061954

Прим.: выделение соответствует значимым связям

Пятый фактор в этой группе объединяет также два параметра: низкий уровень мыслительных способностей (B-), бедность фантазии и не склонность к творческой деятельности (M-). Его можно назвать как «фактор приземленности, практичности, отсутствия креативности».

И, наконец, шестой фактор включает в себя следующие параметры: подозрительность (L+), мятежность, готовность «затоптать любого, кто мешает в преобразованиях» (Q1+), эмоциональная холодность (I -). Этот фактор можно охарактеризовать как «враждебность во взаимоотношениях с другими».

По результатам, представленным в таблице 7 видно, что структура личностных характеристик в группе «невыгоревших» распадается на 5 факторов. Самым мощным фактором является фактор, объединяющий в себе параметры: эмоциональная устойчивость (C +), склонность к чувству вины (O -) , низкое напряжение, нефрустрированность (Q4 -), экстравертированность (Q2 -) , теплосердечность (A+), ответственность, добросовестность (G+),

либерализм (Q1 +). Данный фактор можно охарактеризовать «как фактор стабильности и социальной открытости».

Таблица 7.

Факторный анализ результатов в группе « невыгоревших» врачей.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
A	<b>,524137</b>	,299497	-,097650	,479890	,029949
B	,088352	,114557	,015814	-,016988	<b>,850773</b>
C	<b>,836888</b>	-,029223	,066841	,191898	,264224
E	,035507	<b>,776007</b>	,347287	,130047	,125985
F	,274845	<b>,537107</b>	,485360	,158265	-,255725
G	<b>,467538</b>	-,350907	,353550	-,142861	,257289
H	<b>,656348</b>	,245375	,351445	,264249	-,255101
J	,052109	,206449	<b>,763472</b>	,114390	,038904
L	,015782	<b>,639190</b>	,240363	-,165547	,228285
M	-,063222	-,006870	,010357	<b>,923764</b>	,002432
N	-,239254	-,026120	<b>,846132</b>	-,103734	,058738
O	<b>-,771977</b>	,104420	,128296	,255599	,056081
Q1	<b>,475205</b>	,436442	,078219	,332794	,359420
Q2	<b>-,610357</b>	-,309295	,138773	,228302	,450081
Q3	,186487	<b>-,801054</b>	,204883	,016269	,055273
Q4	<b>-,752037</b>	,223303	,371871	,137923	-,054354

Прим.: выделение соответствует значимым связям

Второй фактор объединяет следующие параметры: недостаточный самоконтроль и нерасчетливый подход к жизни(Q3-), доминантность в отношении с другими (E+), подозрительность, завистливость (L+), импульсивность, беспечность (F+) . Этот фактор можно назвать как «непосредственность в межличностных взаимодействиях».

Третий фактор из этой группы объединил в себе два параметра: проницательность (N+), эмоциональная чувствительность (I +). Его можно условно назвать как « проницательность в межличностных отношениях».

Остальные два фактора в порядке их значимости отражают отдельные личностные качества: воображение, склонность к творчеству (M+) и высокий интеллект, проницательность (B+).

Таким образом, в группе невыгоревших выделяются пять относительно самостоятельных факторов, а в группе выгоревших - четыре фактора. При этом в группе невыгоревших основную нагрузку по параметрам (включает больше

личностных качеств) несут первые два фактора. В то время когда в группе выгоревших такой закономерности не прослеживается. Поэтому общая факторная размерность в группе выгоревших больше, чем в группе невыгоревших. Это свидетельствует о большей степени организованности структур личностных качеств в группе невыгоревших врачей.

Обобщение данных, полученных методом факторного анализа и их сопоставление с данными, полученными на основе нахождения матриц интеркорреляций личностных качеств, позволяет сделать вывод о том, что оба метода приводят к сходным результатам. А именно – свидетельствуют о значимо большей организованности личностных качеств в группе выгоревших. Кроме того, оба эти метода согласованно указывают и на значимые различия по степени дивергентности личностных качеств в обеих группах. Факторный анализ указывает на это через большую «факторную размерность» в группе выгоревших. Следовательно, структура личностных качеств является у них менее интегрированной. Аналогичный результат получен и посредством метода матриц интеркорреляций, где он проявляется в большем значении индекса дивергентности структур качеств в группе выгоревших.

Кроме того, содержательное объяснение результатов факторного анализа позволяет сделать вывод о том, что на формирование психического выгорания влияют факторы: нейротизма, тревожности, зависимость от других людей, добросовестности, трудности в межличностных отношениях, враждебность во взаимоотношениях с другими, практичность и отсутствие способности к творчеству.

Рассматривая вопрос о взаимосвязи выгорания и личностных особенностей, мы отмечали, что эта взаимосвязь может быть двусторонней. С одной стороны личностные черты могут обуславливать выгорание, а с другой стороны личность может ставить себя в такие ситуации, которые провоцируют выгорание, что приводит к мысли о влиянии выгорания на личностные особенности. Корреляционный анализ не позволяет ответить прямо на данный вопрос, поскольку фиксирует только статистическую связь между переменными. Для решения данной проблемы нами был использован метод корреляционных отношений, который показывает направленность связи [67]. Полученные данные

представлены в таблицах 8,9. Полученные коэффициенты корреляционных отношений показывают, что эта связь двусторонняя, однако, влияние личностных характеристик на составляющие выгорания неизмеримо более мощное, нежели обратный эффект.

Таблица 8.  
Влияние личностных  
особенностей на выгорание  
(при  $P=0,01$ )

Фактор	К
А	0,34**
В	0,29
С	0,41
Е	0,41**
F	0,45**
G	0,21
Н	0,42**
I	0,32
L	0,3
М	0,38
N	0,3
О	0,54
Q1	0,43**
Q2	0,42
Q3	0,11
Q4	0,61**

Таблица 9.  
Влияние выгорания  
на личностные особенности  
(при  $P=0,01$ )

К	Фактор
0,29	А
0,25	В
0,41	С
0,35	Е
0,36	F
0,33	G
0,23	Н
0,38**	I
0,35	L
0,4	М
0,38**	N
0,52	О
0,33	Q1
0,4	Q2
0,32	Q3
0,56	Q4

На формирование психического выгорания влияют такие личностные черты как: (А) теплота, (Е) доминантность, (F) импульсивность, (Н) смелость, (Q1) мятежность, (Q4) тревожность.

Сам процесс выгорания оказывает влияние на (I) эмоциональную чувствительность, (N) проницательность.

Таким образом, степень взаимодействия между выгоранием и особенностями личности имеет двусторонний характер, однако, влияние личностных черт на выгорание значительно более сильное, чем обратный эффект. Данный факт позволяет утверждать, что именно личностные черты являются основными внутренними детерминантами выгорания.

Нами была высказана гипотеза о наличии связи между выгоранием и агрессивностью [219,235,270]. Для исследования агрессивности нами был использован **тест STAXI**. Проведя методику на обеих группах испытуемых, мы подвергли полученные результаты статистической обработке.

При интерпретации на аналитическом уровне подсчитывались и подвергались анализу средние значения и дисперсии по всем шкалам для каждой группы испытуемых. Полученные данные представлены в табличной форме (см. табл. 10) и графической (см. диаграмма 2).

Таблица 10.

Средние арифметические и дисперсии шкал опросника STAXI  
для обеих групп.

Группы Фактор	Выгоревшие		Невыгоревшие	
	М	D	М	D
1	12,2	6,43	10,9	4,90
2	19,7	3,73	17,7	3,25
3	7,7	2,61	7,0	2,43
4	8,6	4,28	7,7	4,86
5	18,4	4,37	15,3	3,51
6	16,4	4,47	13,7	4,70
7	22,9	15,38	24,5	9,79

Для определения достоверности различий по шкалам между двумя группами был подсчитан U-критерий Манна-Уитни. Данные представлены в таблице 11.

Таблица 11.

Значения U-критерия Манна-Уитни.

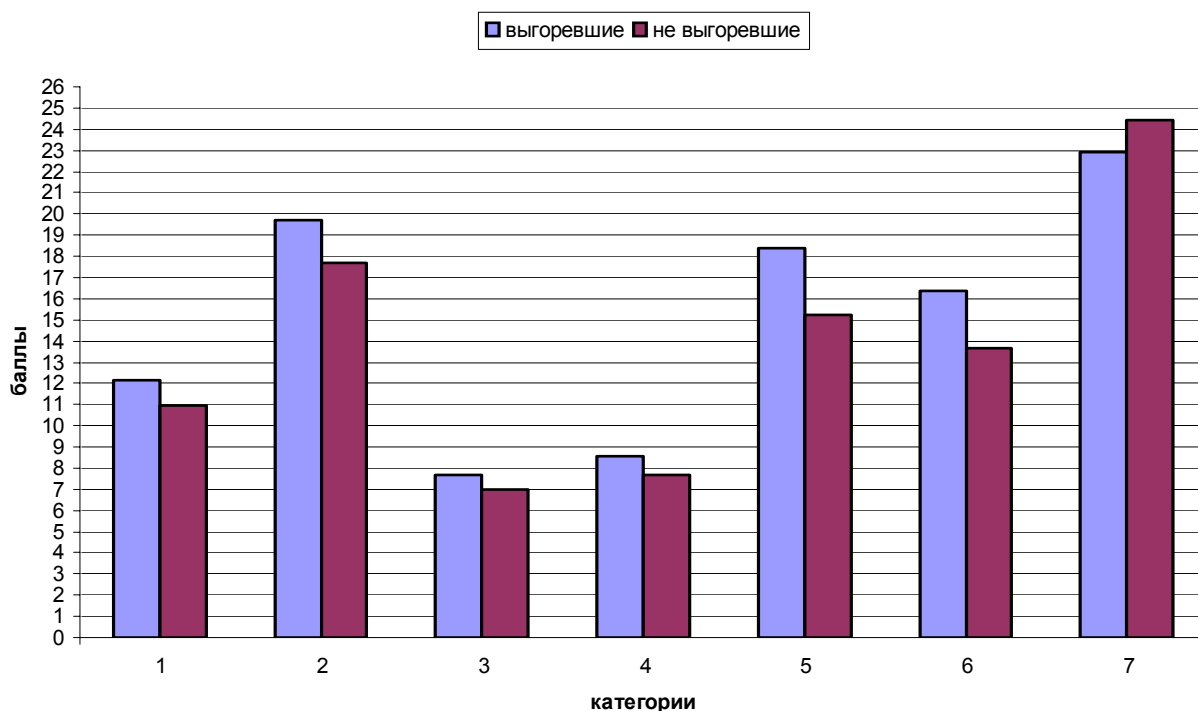
	1	2	3	4	5	6	7
U	1669*	2022	2172,5	1999,5	1443,5*	1554,5*	1972,5

Полученные данные свидетельствует, что имеются значимые различия между выгоревшими и невыгоревшими врачами по шкалам:

- 1 (агрессия как состояние),
- 5 (аутоагрессия) выгоревшие врачи склонны направлять агрессию на себя.

Это дезадаптивная, деструктивная форма агрессии.

Профили агрессивности по средним значениям параметров по методике STAXI в группах.



По данным Соловьевой С.Л. сердечно-сосудистые больные характеризуются большей склонностью к аутоагрессии, что согласуется с представлениями психосоматической медицины об этиопатогенезе ИБС (ишемической болезни сердца) [111]. Поэтому врачи более склонны к заболеванию ИБС. Полученные данные согласуются с данными зарубежной статистики о том, что среди врачей высокий уровень суицидов, заболеваемости алкоголизмом.

3. 6 (гетероагрессия) означают, что «выгоревшие» чаще, чем «невыгоревшие» направляют агрессию во вне. Выгорание приводит к тому, что врачи начинают цинично относиться к больным, появляется повышенная раздражительность, конфликтность с коллегами и пациентами.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что «выгоревшие» врачи более агрессивны, чем «невыгоревшие». Для них характерна агрессия как состояние, причем она может быть направлена как на себя, так и на других.

Рассмотрев, по каким параметрам агрессии различаются индивиды с высоким и низким уровнем психического выгорания, перейдем к установлению факта влияния агрессивности на процесс развития этого феномена у медицинских работников. Для решения этой задачи нами был использован способ определения корреляционного отношения ( $\eta$ ) между изучаемыми переменными. Полученные данные представлены в таблицах 12,13. Полученные коэффициенты корреляционных отношений показывают, что эта связь двусторонняя.

Табл. 12.  
Влияние параметров  
агрессивности на выгорание  
(при  $P=0,01$ )

Фактор	К
1	0,23
2	0,49
3	0,47**
4	0,42
5	0,32
6	0,42**
7	0,37

Табл.13.  
Влияние выгорания  
на параметры агрессивности  
(при  $P=0,01$ )

К	Фактор
0,06	1
0,47	2
0,4	3
0,55**	4
0,41**	5
0,39	6
0,5**	7

Во-первых, на формирование психического выгорания влияет агрессивность (шкала 3), направленная вовне (шкала 6).

Во-вторых, психическое выгорание приводит к агрессивным реакциям в различных ситуациях (шкала 4). При этом резко снижается контроль агрессии, усиливается аутоагрессивность (шкалы 7,5).

Таким образом, наличие агрессивности, направленность ее на других, оказывает влияние на формирование психического выгорания. Психическое выгорание снижает контроль агрессивных проявлений, приводит к аутоагрессии.

### 3.2.2. Взаимосвязь психического выгорания и механизмов психологической защиты.

Для диагностики преобладающих защитных механизмов личности была использована методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) Основной функцией защитных механизмов является снятие тревожности, напряженности фрустрации. Следовательно, можно предположить, что между ними (уровнем тревожности и использованием защитных механизмов) должна существовать связь. Причем эта связь должна представлять собой некий оптимум. Недостаточное или чрезмерное использование защитных механизмов, скорее всего, может приводить к высокому уровню тревожности. Между этими крайностями и находится оптимум взаимосвязи, когда успешное использование защитных механизмов ведёт к снижению тревожности и повышению стрессоустойчивости личности.

Проведя методику LSI на обеих группах испытуемых, мы подвергли полученные результаты статистической обработке.

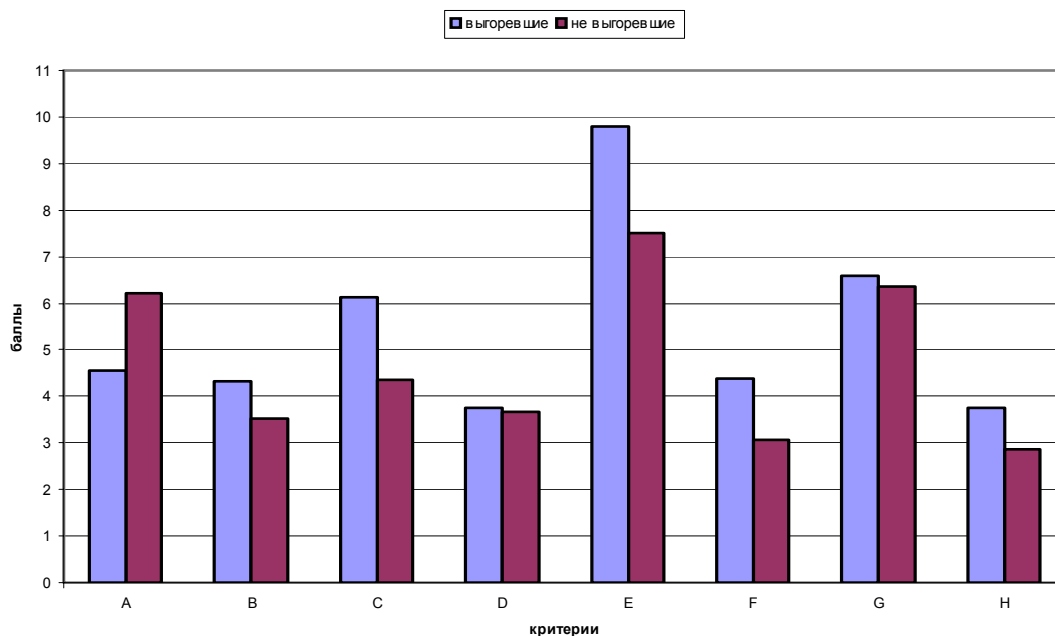
При интерпретации на аналитическом уровне подсчитывались и подвергались анализу средние значения по всем психологическим защитам для каждой группы испытуемых. Полученные данные представлены в табличной (см. табл.14) и графической (см. диаграмму 3) форме.

Таблица 14.

Средние арифметические и дисперсии шкал опросника  
LSI для обеих групп.

Группы Фактор	Выгоревшие		Невыгоревшие	
	М	D	М	D
A	4,7	2,73	6,2	2,67
B	4,3	2,31	3,5	2,03
C	6,1	2,70	4,4	2,96
D	3,7	2,16	3,7	2,39
E	9,8	2,49	7,5	2,62
F	4,4	2,16	3,1	2,41
G	6,6	2,36	6,4	2,23
H	3,7	2,00	2,9	2,45

Профиль психологических защит по средним значениям факторов  
по методике LSI в группах.



Для определения достоверности различий по факторам между двумя группами был подсчитан U-критерий Манна-Уитни. Данные представлены в таблице 15.

Таблица 15.

Значения U-критерия Манна-Уитни.

	A	B	C	D	E	F	G	H
U	1570,5*	1897,5*	1483,5*	2259,5	1162*	1575*	2334,5	1714*

Полученные данные свидетельствует, что имеются значимые различия между двумя группами по таким психологическим защитами как вытеснение (B), регрессия (C), проекция (E), замещение (F), реактивные образования (H). При этом «выгоревшие» врачи меньше отрицают (A) некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства.

С этих позиций индивиды с высоким уровнем психического выгорания, прибегающие к психологической защите Замещение (F), могут быть охарактеризованы как стремящиеся в стрессовой ситуации переадресовывать

гнев и раздражение с более угрожающего объекта на менее угрожающий. За счет такого переноса происходит разрядка напряжения, созданного неудовлетворенной потребностью.

Другой характерный для выгоревших врачей механизм защиты Вытеснение (В) представляет собой процесс удаления из сознания мыслей, чувств, причиняющих страдания. В результате индивиды не осознают своих вызывающих тревогу конфликтов, но освобождение от тревоги путем вытеснения не проходит бесследно. Фрейд считал, что вытесненные мысли и импульсы не теряют своей активности в бессознательном, и для предотвращения их прорыва в сознание требуется постоянная трата психической энергии. Эта непрерывная трата ресурсов «Эго» может серьезно ограничивать использование энергии для более адаптивного, творческого поведения.

Следующий, наиболее связанный с выгоранием, механизм психологической защиты (МПЗ) Регрессия (С). Посредством этого МПЗ личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо. Подвергнувшись действию фрустрирующих факторов, врач заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно простые и доступные в сложившейся ситуации. Использование простых и привычных поведенческих стереотипов существенно снижает потенциально возможный арсенал преобладания конфликтных ситуаций.

Выгоревшие врачи склонны использовать и такой МПЗ как Проекция (Е). В основе "проекции" лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и таким образом фактом сознания становятся как бы вторичными.

И, наконец, для выгоревших врачей характерно использование в качестве механизма психологической защиты Реактивные образования (Н). В этом случае личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы

трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность.

Таким образом, повышение уровня психического выгорания напрямую связано с психологическими защитами индивида в ответ на стрессовые условия его функционирования.

При интерпретации данных на более обобщенном структурном уровне анализировались матрицы интеркорреляции и структурограммы механизмов психологических защит. Матрицы интеркорреляций психологических защит представлены в Приложении 4, структурограммы - см. рис. 5,6. Индексы организованности коррелограмм, базовые качества приведены в таблице 16. Весовые коэффициенты каждого качества приведены в таблице 17.

Таблица 16.

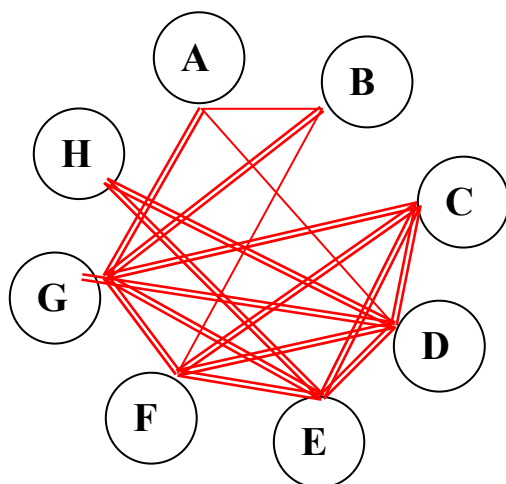
Мера организованности структурограмм, базовые МПЗ

индексы группы	ИКС	ИДС	ИОС	Базовые
Выгоревшие	88	0	88	G,D, E
Невыгоревшие	148	0	148	C,D,E

При анализе степени организованности структур психологических защит, мерой которых является индекс организованности структуры (ИОС) видно, что индекс организованности структуры имеет наибольшее значение у невыгоревших (см. табл. 16). Следовательно, структура психологических защит у «невыгоревших» врачей более организована, чем у «выгоревших».

Использование метода  $\chi^2$  показало наличие значимых различий в структурах психологических защит ( $\chi^2_{\text{эмп}} = 74,23 > \chi^2_{\text{крит.}} = 30,572$ ). Применение метода, показало статистически достоверную (при  $p=0,01$ ) разнородность структур психологических защит обеих групп испытуемых. Это математически свидетельствует о том, что структуры психологических защит в группе выгоревших и невыгоревших являются качественно различными – гетерогенными.

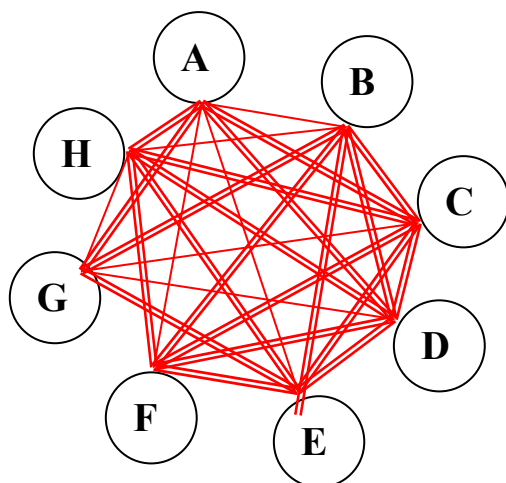
Структурограмма механизмов психологических защит  
выгоревших врачей



Примечание:

	положительные связи при $p \leq 0,05$
	положительные связи при $p \leq 0,01$

Структурограмма механизмов психологических защит  
невыгоревших врачей



Примечание:

	положительные связи при $p \leq 0,05$
	положительные связи при $p \leq 0,01$

Структурный вес личностных качеств

Группы Фактор	Выгоревшие		Невыгоревшие	
	Вес	Ранг	Вес	Ранг
A	8	6,5	18	6
B	8	6,5	19	4,5
C	12	5	20	2
D	17	2	20	2
E	15	3	20	2
F	14	4	17	7
G	18	1	15	8
H	6	8	19	4,5

Этот результат со всей очевидностью показывает, что между группами «выгоревших» и «невыгоревших» врачей есть значимые различия в плане детерминант психического выгорания, эти различия обусловлены закономерностями структурной организации психологических защит.

Можно предположить, что во фрустрирующих ситуациях невыгоревшие врачи имеют тенденцию прибегать к психологическим защитам с целью снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизующего поведения. В итоге обеспечивается регуляция, направленность поведения, редуцируется тревога и эмоциональное поведение и это в целом препятствует развитию выгорания.

Анализ содержания базовых качеств в обеих группах показал, что есть определенное сходство базовых МПЗ. И в группе выгоревших, и в группе невыгоревших наибольший структурный вес имеют такие МПЗ как Проекция (E) и компенсация (D). Различия между группами в базовых МПЗ в следующем: у невыгоревших самый большой структурный вес у регрессии (C), а у выгоревших - у интеллектуализации (G).

Можно предположить, что во фрустрирующих ситуациях невыгоревшие врачи более склонны к разрядке своих импульсов вовне, а выгоревшие врачи – к стремлению контролировать окружающую среду и себя, они пресекают переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией, при помощи логических установок и манипуляций, прибегая к «умственному»

способу преодоления фрустрирующей или конфликтной ситуации без переживаний.

Рассмотрев наличие корреляционной связи между Психическим Выгоранием и Психологическими защитами, мы поставили задачу проанализировать влияет ли психическое выгорание на формирование свойственных выгорающей личности психологических защит. Для решения этой задачи нами был использован способ определения корреляционного отношения ( $\eta$ ) между изучаемыми переменными. Полученные результаты представлены в таблицах 18-19.

Таблица 18.  
Влияние психологических защит  
на выгорание  
(при  $P=0,01$ )

Фактор	К
А	0,35
В	0,19
С	0,32
Д	0,49**
Е	0,51
F	0,56**
G	0,47**
Н	0,36

Таблица 19.  
Влияние выгорания  
на психологические защиты  
(при  $P=0,01$ )

К	Фактор
0,36	А
0,3**	В
0,31	С
0,12	Д
0,47	Е
0,42	F
0,29	G
0,43**	Н

Как видно из таблицы, имеется влияние психического выгорания на формирование психологических защит. Особенно следует отметить влияние психического выгорания на формирование таких психологических защит как Вытеснение (В) и Реактивные образования (Н), т.е. при развитии феномена психического выгорания индивид прибегает в первую очередь к использованию этих психологических защит.

Таким образом, выгоревшие профессионалы, используя МПЗ Вытеснение (В) удаляют из сознания мысли, чувства, причиняющие страдания. В результате индивиды не осознают своих, вызывающих тревогу, конфликтов, но освобождение от тревоги путем вытеснения не проходит бесследно, т.к. вытесненные мысли и

импульсы не теряют своей активности в бессознательном, и для предотвращения их прорыва в сознание требуется постоянная трата психической энергии. Эта непрерывная трата ресурсов «Эго» может серьезно ограничивать использование энергии для более адаптивного, творческого поведения. Кроме того, выгоревшие врачи, используя в качестве МПЗ Реактивные образования (Н), предотвращают выражение неприятных или неприемлемых для них мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность.

Из таблицы видно, что есть и обратное влияние психологических защит на психическое выгорание. Использование человеком во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как Замещение (F), Компенсация (D) и Интеллектуализация (G) влияет на развитие психического выгорания. Таким образом, склонность разряжать напряжение в стрессовой ситуации за счет переадресовки гнева на менее угрожающий объект, стремление компенсировать недостатки или нестерпимые чувства с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, поведенческих характеристик другой личности, стремление контролировать окружающую среду и себя, пресечение переживаний, вызванных неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией, при помощи логических установок и манипуляций, прибегая к «умственному» способу преодоления фрустрирующей или конфликтной ситуации без переживаний, приводит к психическому выгоранию.

Рассмотрев связь психического выгорания с личностными характеристиками, исходя из поставленных перед исследованием задач, необходимо оценить роль организационных факторов, влияющих на процесс выгорания у медицинских работников.

### 3.3. Влияние организационных факторов на формирование феномена психического выгорания

Для того, чтобы посмотреть различия в восприятии социальной среды у выгоревших и невыгоревших врачей, мы провели методику ШРС в обеих группах испытуемых. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

При интерпретации на аналитическом уровне подсчитывались и подвергались анализу средние по всем шкалам методик ШРС для каждой группы испытуемых. Полученные данные представлены в таблице 20 и диаграмме 4.

Таблица 20.

Средние арифметические и дисперсии шкал опросника ШРС  
для обеих групп

Группы Фактор	Выгоревшие		Невыгоревшие	
	М	D	М	D
ВКЛ	3,9	1,63	6,0	1,89
ПС	4,5	1,75	6,3	2,09
ПР	2,6	2,28	3,4	2,59
А	4,9	2,30	5,3	1,63
ОЗ	5,2	1,41	5,4	2,02
РП	5,5	2,27	4,5	1,83
ОКР	4,3	2,01	4,6	2,21
К	5,4	2,58	5,5	2,01
ИНН	2,4	1,82	4,3	2,43
КОМ	2,0	1,74	3,8	2,41

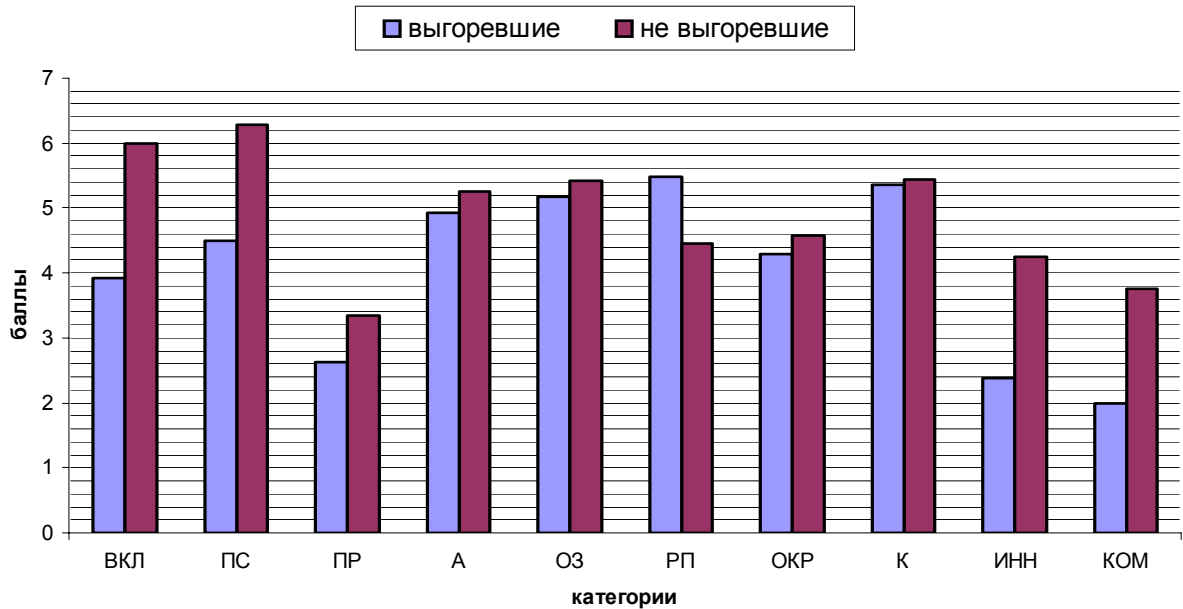
Для определения достоверности различий по шкалам между двумя группами был подсчитан U-критерий Манна-Уитни. Данные представлены в табл.21

Таблица 21.

Значения U-критерия Манна-Уитни.

	ВКЛ	ПС	ПР	А	ОЗ	РП	ОКР	К	ИНН	КОМ
U	1015,5*	1285,5*	2079,5	2099,5	2405	1750,5*	2308	2378,5	1349*	1433*

Профиль параметров рабочей среды по средним значениям факторов  
по методике ШРС в группах.



Мы получили достоверные различия между группами по таким шкалам: ВКЛ (включение), ПС (показатель сплоченности), РП (рабочий пресс), ИНН (Инновации), КОМ (Физический комфорт).

Это свидетельствует о том, что «выгоревшие» врачи относятся к своей работе без интереса, не стремятся добровольно и продуктивно выполнять какую-либо работу (ВКЛ); оценивают свой коллектив как не сплоченный, где нет доверительных и теплых взаимоотношений (ПС); считают, что руководство стремится оказывать давление на врачей, загружать их дополнительной работой (РП); думают, что администрация не поощряет нетрадиционные идеи и методы (ИНН); отрицательно оценивают физический комфорт на рабочем месте (КОМ).

Можно предположить, что чем более врачебный коллектив будет включен в деятельность, чем выше будет сплоченность коллектива, чем меньше будет давление на врачей со стороны руководства, чем более будут определенными требования к врачам, чем больше будет инноваций и более комфортными будут

условия работы, тем меньше будет вероятность возникновения психического выгорания врачей в данном коллективе.

При интерпретации данных на более обобщенном структурном уровне анализировались матрицы интеркорреляции и структурограмм параметров рабочей среды. Матрицы интеркорреляций параметров рабочей среды представлены в Приложении 6, структурограммы – см. рисунки 7,8. Индексы организованности коррелограмм, базовые качества приведены в таблице 22. Весовые коэффициенты каждого качества приведены в таблице 23.

Таблица 22.

Мера организованности структурограмм, базовые параметры рабочей среды

индексы группы	ИКС	ИДС	ИОС	Базовые
Выгоревшие	178	0	178	Инн,А,ОЗ
Невыгоревшие	165	0	165	ПС,ОЗ,Инн

Таблица 23.

Структурный вес личностных качеств

Группы Фактор	Выгоревшие		Невыгоревшие	
	Вес	Ранг	Вес	Ранг
ВКЛ	18	5	24	1
ПС	18	5	19	4
ПР	18	5	18	5,5
А	23	1,5	4	10
ОЗ	23	1,5	20	2,5
РП	13	9	11	9
ОКР	20	7	17	7
К	14	8	18	5,5
ИНН	22	3	20	2,5
КОМ	9	10	14	8

При анализе степени организованности структур параметров рабочей среды, мерой которой является индекс организованности структуры (ИОС) видно, что индекс организованности структуры имеет наибольшее значение у

выгоревших. Следовательно, структура параметров рабочей среды у «выгоревших» врачей более организована чем у «невыгоревших».

Использование метода  $\chi^2$  показало наличие значимых различий в структурах психологических защит ( $\chi^2_{\text{эмп}} = 74,23 > \chi^2_{\text{крит.}} = 47,55$ ). Применение метода показало статистически достоверную (при  $p=0,01$ ) разнородность структур параметров рабочей среды обеих групп испытуемых. Это математически свидетельствует о том, что структуры параметров рабочей среды в группах выгоревших и невыгоревших являются качественно различными – гетерогенными.

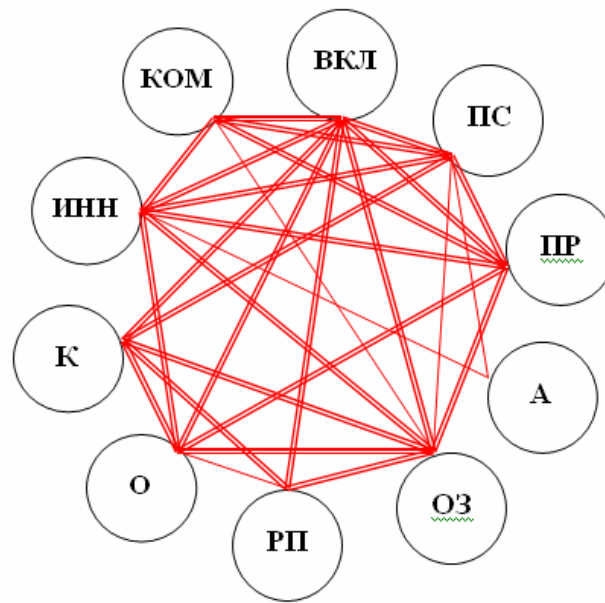
Этот результат со всей очевидностью показывает, что между группами «выгоревших» и «невыгоревших» врачей есть значимые различия в плане детерминант психического выгорания, эти различия обусловлены закономерностями структурной организации параметров рабочей среды.

Большая интегрированность структуры параметров рабочей среды в группе «выгоревших» свидетельствует о том, что выгоревшие врачи субъективно (а сама методика предполагает именно субъективную оценку рабочей среды) склонны оценивать отрицательно условия своей работы в целом, они оказывают на них более «давящее» действие.

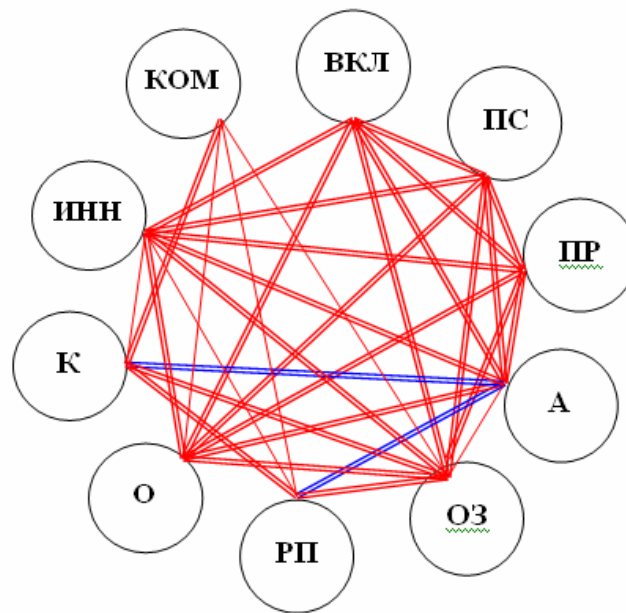
Анализ содержания базовых параметров рабочей среды в обеих группах показал, что есть определенное сходство базовых параметров. И в группе выгоревших, и в группе невыгоревших наибольший структурный вес имеют такие параметры как Инновации (ИНН) и ориентация на задачу (ОЗ). Различия между группами в базовых параметрах Автономии (А) (у выгоревших) и Показателе Сплоченности (ПС) (у невыгоревших).

Рассмотрев наличие корреляционной связи, между психическим выгоранием и организационными факторами, мы поставили задачу установить, оказывают ли влияние эти факторы работы на развитие феномена психического выгорания. Для этого на той же выборке, на которой был проведен корреляционный анализ, нами был использован способ определения корреляционного отношения между изучаемыми переменными. Полученные результаты представлены в таблицах 24,25.

Структурограмма параметров рабочей среды невыгоревших врачей



Структурограмма параметров рабочей среды выгоревших врачей



Примечание:

	положительные связи при $p \leq 0,05$
	положительная связь при $p \leq 0,01$
	отрицательные связи при $p \leq 0,01$

Таблица 24.  
Влияние факторов  
рабочей среды на выгорание  
(при  $P=0,01$ )

Фактор	К
ВКЛ	0,32**
ПС	0,31**
ПР	0,31
А	0,46**
ОЗ	0,29
РП	0,44**
ОКР	0,25
К	0,37
ИНН	0,32**
КОМ	0,33**

Таблица 25.  
Влияние выгорания  
на факторы рабочей среды  
(при  $P=0,01$ )

К	Фактор
0,16	ВКЛ
0,16	ПС
0,43**	ПР
0,41	А
0,31**	ОЗ
0,35	РП
0,26	ОКР
0,4**	К
0,21	ИНН
0,16	КОМ

Мы обнаружили, что не все параметры рабочей среды оказывают влияние на формирование феномена психического выгорания.

Из таблицы видно, что параметры Включения (Вкл), Показатель Сплоченности (ПС), Автономии (А), Рабочего Пресса (РП), Инновации (Инн), Физического Комфорта (Ком) оказывают влияние на формирование выгорания у работников. Таким образом, отсутствие стремления плодотворно использовать рабочее время, отсутствие интереса к работе, безразличное отношение к лечебному процессу, отсутствие достаточной свободы действий при выполнении работы, не поощрение самостоятельного принятия решений, проявления инициативы, запрет на различные нововведения, отрицательное отношение к нетрадиционным методам работы, отсутствие доброжелательной, доверительной обстановки в лечебном коллективе, отсутствие нормальных условий труда, постоянное давление на врачей со стороны руководства, завышенные требования к выполнению дополнительной работы во вне рабочее время оказывает значимое влияние на формирование психического выгорания.

И наоборот, психическое выгорание приводит к тому что врачи думают, что в их коллективе нет поддержки со стороны руководства (ПР), они оценивают

взаимоотношения врачей и руководства отрицательно, считают, что администрация больницы не поддерживает и не защищает врачей, не принимает во внимание их точку зрения, не советуется с врачами; у них нет стремления к своевременному выполнению работы и ориентации на высоко эффективную работу (ОЗ). Кроме того, они думают, что руководство слишком контролирует выполнение установленных норм и правил, относящихся как к лечебной деятельности, так и к поведению в больнице (К).

### 3.4.Совокупное влияние структуры внешних и внутренних факторов на возникновение психического выгорания

Анализ результатов эмпирического исследования показал, что на возникновение синдрома «психического выгорания» оказывают совокупное влияние организационные факторы профессиональной врачебной деятельности и личностные особенности самих медицинских работников.

Степень взаимодействия между выгоранием и особенностями личности имеет двусторонний характер, однако, влияние личностных черт на выгорание значительно более сильное, чем обратный эффект. Данный факт позволяет утверждать, что именно личностные черты являются основными внутренними детерминантами выгорания. На формирование психического выгорания влияют такие личностные черты как: сдержанность в межличностных контактах; доминантность, импульсивность, смелость, «мятежность», тревожность, агрессивность, направленность ее на других. Сам же процесс выгорания оказывает влияние на эмоциональную чувствительность, проницательность.

Результаты факторного анализ позволяют сделать вывод о том, что на формирование психического выгорания влияют факторы, охарактеризованные нами как: нейротизм - тревожность, зависимость от других людей, добросовестность, трудность в межличностных отношениях, враждебность во взаимоотношениях с другими, практичность и отсутствие креативности.

Наряду с определенной зависимостью степени психического выгорания от уровня развития отдельных личностных качеств существует ее зависимость от других личностных детерминант, связанных со всей совокупностью личностных качеств и выступающих как производные от них. В качестве этих сильных и дополнительных детерминант психического выгорания выступают структурные характеристики системы личностных качеств. Они обусловлены закономерностями структурной организации личностных качеств. Большая степень организованности структур личностных качеств препятствует формированию психического выгорания.

Исследование агрессивности позволяет сделать вывод о том, что «выгоревшие» врачи более агрессивны, чем «невыгоревшие». На формирование психического выгорания влияет наличие агрессивности, направленность ее на других. Психическое выгорание снижает контроль агрессивных проявлений, приводит к аутоагрессии.

Основной функцией защитных механизмов является снятие тревожности, напряженности, фрустрации. Следовательно, можно предположить, что между ними (уровнем тревожности и использованием защитных механизмов) должна существовать связь. Причем эта связь должна представлять собой некий оптимум. Недостаточное или чрезмерное использование защитных механизмов, скорее всего, может приводить к высокому уровню тревожности. Между этими крайностями и находится оптимум взаимосвязи, когда успешное использование защитных механизмов ведёт к снижению тревожности и повышению стрессоустойчивости личности.

Нами было получено, что использование человеком во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как замещение, компенсация и интеллектуализация влияет на развитие психического выгорания. Следовательно, склонность разряжать напряжение в стрессовой ситуации за счет переадресовки гнева на менее угрожающий объект, стремление компенсировать недостатки или нестерпимые чувства с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, поведенческих характеристик другой личности, стремление контролировать окружающую среду и себя, пресечение переживаний, вызванных неприятной или

субъективно неприемлемой ситуации при помощи логических установок и манипуляций, прибегая к «умственному» способу преодоления фрустрирующей или конфликтной ситуации без переживаний приводит к психическому выгоранию.

Кроме того, между группами «выгоревших» и «невыгоревших» врачей есть значимые различия в плане детерминант психического выгорания, эти различия обусловлены закономерностями структурной организации психологических защит. Структура психологических защит у «невыгоревших» врачей более организована, чем у «выгоревших». Можно с большой долей вероятности предположить, что во фрустрирующих ситуациях невыгоревшие врачи имеют тенденцию прибегать к психологическим защитам с целью снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизирующего поведения. В итоге обеспечивается регуляция, направленность поведения, редуцируется тревога и эмоциональное поведение и это в целом препятствует развитию выгорания.

Кроме внутренних факторов на формирование феномена психического выгорания влияют и внешние факторы, а именно следующие параметры рабочей среды: включение в деятельность, сплоченности врачебного коллектива, возможность свободы действий и самостоятельного принятия решений, давление на врачей со стороны руководства, поощрение инновации, наличие физического комфорта.

Структура параметров рабочей среды у «выгоревших» врачей более организована, чем у «невыгоревших». Этот результат со всей очевидностью показывает, что между группами «выгоревших» и «невыгоревших» врачей есть значимые различия в плане детерминант психического выгорания, эти различия обусловлены закономерностями структурной организации параметров рабочей среды.

Большая интегрированность структуры параметров рабочей среды в группе «выгоревших» свидетельствует о том, что выгоревшие врачи субъективно (а сама методика предполагает именно субъективную оценку рабочей среды)

склонны оценивать отрицательно условия своей работы в целом, они оказывают на них более «давящее» действие.

Таким образом, проведенное эмпирическое исследование показало, что возникновение психического выгорания медицинского работника детерминировано:

✓ во-первых, структурой субъективных факторов, а именно: сдержанность в межличностных контактах, доминантность, импульсивность, смелость, мятежность, высокая тревожность, агрессивность, направленность агрессии на других; тенденция использовать во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как замещение, компенсация и интеллектуализация;

✓ во-вторых, структурой организационных факторов таких как: включение в деятельность, сплоченности врачебного коллектива, возможность свободы действий и самостоятельного принятия решений, давление на врачей со стороны руководства, поощрение инновации, наличие физического комфорта. Все это в целом оказывает негативное влияние на психическое здоровье врачей, а также на его способность эффективно справляться с профессиональной деятельностью. Грамотная диагностика и профилактика развития "выгорания" могут помочь в приостановке начавшегося процесса "выгорания" или предупредить его возникновение, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала.

### **Выводы по 3 главе**

1. Результаты эмпирического исследования позволили выявить следующие основные личностные факторы, влияющие на формирование и развитие феномена психического выгорания: сдержанность в межличностных контактах, доминантность, импульсивность, смелость, «мятежность», высокая тревожность, агрессивность, направленность агрессии на других.

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

3. Взаимосвязь психического выгорания и механизмов психологической защиты носит двусторонний характер. Использование человеком во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как замещение, компенсация и интеллектуализация влияет на развитие психического выгорания.

Процесс формирования психического выгорания приводит к чрезмерному использованию таких механизмов психологических защит как вытеснение и реактивные образования.

4. Генезис психического выгорания обусловлен не только используемыми во фрустрирующих ситуациях защитными механизмами, но и спецификой их структурной организации.

5. В результате эмпирического исследования были выявлены основные организационные факторы, оказывающие влияние на формирование и развитие феномена психического выгорания: включение в деятельность, сплоченность коллектива, свобода действий и самостоятельность в принятии решений, рабочий пресс, потребность инновации, физического комфорта.

6. Специфика структурной организации параметров рабочей среды оказывает существенное влияние на развитие психического выгорания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше диссертационное исследование было посвящено изучению феномена психического выгорания, выявлению социально-психологических и личностных факторов, способствующих его становлению у медицинских работников.

В современной социально-экономической обстановке все более возрастают требования со стороны общества к личности, здоровью врача и качеству оказываемой им медицинской помощи. Все возрастающие требования со стороны общества выдвигают на первый план проблему психического здоровья, как врача, так и пациента.

Одной из проблем, связанной с психическим здоровьем, является проблема формирования «феномена психического выгорания». Действие многочисленных объективных и субъективных эмоциогенных факторов вызывает нарастающее чувство неудовлетворенности, накопление усталости, ведет к кризисам в работе, истощению и выгоранию. Исходя из этого, изучение причин появления "выгорания" у медицинских работников и его последствий приобретает особую актуальность, так как грамотная диагностика, коррекция и профилактика развития "выгорания" могут помочь в приостановке начавшегося процесса "выгорания" или предупредить его возникновение, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала. Оценка склонности к психическому выгоранию имеет большое значение для анализа процесса профессионального становления личности врача, для планирования его профессиональной карьеры.

Несмотря на очевидную актуальность данной проблемы, проведенный анализ литературы позволил выявить обширный круг зарубежных работ, посвященных изучению феномена психического "выгорания" [85,87] и одновременно не разработанность теоретической базы данной проблемы в отечественной психологии [85,87]. В отечественной науке психическое

выгорание как самостоятельный феномен практически не изучалось. На данный момент имеются лишь единичные исследования [37,85,87,128].

Проведенный нами анализ зарубежной литературы показал, что в настоящее время не существует единого понимания сущности психического выгорания и его структуры. Многие определения противоречат друг другу. Некоторые исследователи считают, что выгорание возникает лишь в профессиях субъект-субъект. Другие считают, что выгорание может встречаться и в других профессиях, или вообще в не профессиональной сфере [217,224]. Общепринятым и наиболее употребляемым является определение выгорания, данное С. Maslach и S. Jackson, согласно которому, выгорание - это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и уменьшения личностных достижений, возникающее у индивидов, работающих с людьми [157,222].

Анализ теоретических определений, моделей и результатов эмпирических исследований «выгорания» позволили нам остановиться на следующем понимании феномена психического выгорания: психическое выгорание является специфическим видом профессиональных деструкций, развитие выгорания негативно влияет на эффективность и качество труда профессионала. Оно является устойчивым, прогрессирующим, негативно окрашенным психологическим явлением и проявляется в профессиональной деятельности у лиц, не страдающих психопатологией. Синдром психического выгорания включает в себя три составляющих: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений.

«Выгорание» развивается вследствие воздействия с одной стороны стрессоров рабочей среды (внешние источники «выгорания»), с другой стороны при наличии ряда внутренних предпосылок – характеристик личности, особенностей самооценки и мотивации профессионала (внутренние источники «выгорания»).

Анализ исследований выгорания у представителей разных профессиональных групп показал, что наиболее подвержены влиянию

психического выгорания представители профессий типа "субъект-субъект", к которым относится и профессия медицинского работника.

Психологический анализ врачебной деятельности показал, что труд медицинских работников относится к числу сложных и ответственных. Существует высокая вероятность возникновения психического выгорания у медицинских работников, которое обусловлено совокупным влиянием внешних и внутренних факторов. Среди внешних условий врачебной деятельности, влияющих на возникновение психического выгорания у медицинских работников, можно выделить следующие: хронический характер воздействия психоэмоциональных стрессов, нечеткая организация и планирование труда, рабочие перегрузки, конфликтность ролей, недостаточная социальная поддержка и др. В качестве внутренних предпосылок к «выгоранию» выступают: интенсивная интериоризация, восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности, ведущая к быстрому истощению эмоционально энергетических ресурсов; фрустрация значимых мотивов профессиональной деятельности; наличие некоторых личностных особенностей у врачей, затрудняющих эффективное выполнение ими своей профессиональной деятельности.

В большинстве работ делается упор на анализ роли отдельных факторов в его возникновении. Но до настоящего времени не изучено совокупное влияние организационных факторов профессиональной врачебной деятельности и личностных особенностей медицинских работников на возникновение синдрома «психического выгорания».

Нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на выявление личностных детерминант и организационных факторов, способствующих формированию феномена «психического выгорания» у медицинских работников с использованием большого психодиагностического аппарата.

Первым шагом нашего исследования было выявление личностных черт,

влияющих на развитие психического выгорания.

Данные исследования показывают, на формирование психического выгорания влияют такие личностные черты как: (А) сдержанность в межличностных контактах, (Е) доминантность, (F) импульсивность, (Н) смелость, (Q1) мятежность, (Q4) тревожность.

Структурное исследование личностных детерминант выгорания свидетельствует о значимо большей организованности личностных качеств в группе «выгоревших». Кроме того, метод матриц интеркорреляций и метод факторного анализа согласованно указали и на значимые различия по степени дивергентности личностных качеств в обеих группах. Факторный анализ показал это через большую «факторную размерность» в группе выгоревших. Следовательно, структура личностных качеств является у них менее интегрированной.

Следовательно, наряду с определенной зависимостью степени психического выгорания от уровня развития отдельных личностных качеств существует ее зависимость от других личностных детерминант, связанных со всей совокупностью личностных качеств и выступающих как производные от них. В качестве этих сильных и дополнительных детерминант психического выгорания выступают структурные характеристики системы личностных качеств. Они обусловлены закономерностями структурной организации личностных качеств.

Содержательное объяснение результатов факторного анализа позволил сделать вывод о том, что на формирование психического выгорания влияют факторы: нейротизма - тревожности, зависимости от других людей, добросовестности - ответственности, трудность в межличностных отношениях, враждебность во взаимоотношениях с другими, практичность и отсутствие креативности.

Использование метода корреляционных отношений показало, что степень взаимодействия между выгоранием и особенностями личности имеет двусторонний характер, однако, влияние личностных черт на выгорание значительно более сильное, чем обратный эффект. Данный факт позволяет утверждать, что именно личностные черты являются основными внутренними

детерминантами выгорания.

Исследование агрессивности показало, что «выгоревшие» врачи более агрессивны, чем «невыгоревшие». На формирование психического выгорания влияет наличие агрессивности, направленность ее на других. Психическое выгорание снижает контроль агрессивных проявлений, приводит к аутоагрессии.

Изучение взаимосвязи психического выгорания и используемых врачами психологических защит показало, что эта взаимосвязь носит двусторонний характер. Использование человеком во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как Замещение (F), Компенсация (D) и интеллектуализация (G) влияет на развитие психического выгорания. Следовательно, склонность разряжать напряжение в стрессовой ситуации за счет переадресовки гнева на менее угрожающий объект, стремление компенсировать недостатки или нестерпимые чувства с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, поведенческих характеристик другой личности, стремление контролировать окружающую среду и себя, пресечение переживаний, вызванных неприятной или субъективно неприемлимой ситуацией, при помощи логических установок и манипуляций, прибегая к «умственному» способу преодоления фрустрирующей или конфликтной ситуации без переживаний, приводит к психическому выгоранию. Процесс формирования психического выгорания приводит к чрезмерному использованию таких механизмов психологических защит как вытеснение (В) и реактивные образования (Н).

Структурное исследование показало, что между группами «выгоревших» и «невыгоревших» врачей есть значимые различия в плане детерминант психического выгорания, эти различия обусловлены закономерностями структурной организации психологических защит. Причем, структура психологических защит более организована – развита у невыгоревших врачей. Можно с большой долей вероятности предположить, что во фрустрирующих ситуациях невыгоревшие врачи имеют тенденцию прибегать к психологическим защитами, с целью снижения эмоциональной напряженности и предотвращения

дезорганизирующего поведения. В итоге обеспечивается регуляция, направленность поведения, редуцируется тревога и эмоциональное поведение и это в целом препятствует развитию выгорания.

Поскольку формирование психического выгорания связано не только с личностными особенностями медицинских работников, но и с влиянием социально-психологических факторов, нами было проведено исследование средовых факторов, сопутствующих психическому выгоранию врача. Полученные данные показывают, что имеется двусторонняя связь между индексом психического выгорания и параметрами рабочей среды, измеренными с помощью методики ШРС (Шкала рабочей среды). Основные организационные факторы, влияющие на формирование и развитие психического выгорания, следующие: Включения (Вкл) , Показатель Сплоченности (ПС), Автономии (А), Рабочего Пресса (РП), Инновации (Инн), Физического Комфорта (Ком).

Следовательно, отсутствие стремления плодотворно использовать рабочее время, отсутствие интереса к работе, безразличное отношение к лечебному процессу, отсутствие достаточной свободы действий при выполнении работы, не поощрение самостоятельного принятия решений, проявления инициативы, запрет на различные нововведения, отрицательное отношение к нетрадиционным методам работы, отсутствие доброжелательной, доверительной обстановки в лечебном коллективе, отсутствие нормальных условий труда, постоянное давление на врачей со стороны руководства, завышенные требования к выполнению дополнительной работы во внерабочее время оказывают значимое влияние на формирование психического выгорания.

И наоборот, психическое выгорание приводит к тому, что врачи думают, что в их коллективе нет поддержки со стороны руководства (ПР), они оценивают взаимоотношения врачей и руководства отрицательно, считают, что администрация больницы не поддерживает и не защищает врачей, не принимает во внимание их точку зрения, не советуется с врачами; у них нет стремления к своевременному выполнению работы и ориентации на высоко эффективную работу (ОЗ). Кроме того, они думают, что руководство слишком контролирует

выполнение установленных норм и правил, относящихся как к лечебной деятельности, так и к поведению в больнице (К).

Структурное исследование показало, что между группами «выгоревших» и «невыгоревших» врачей есть значимые различия в структурной организации параметров рабочей среды. Большая интегрированность структуры параметров рабочей среды в группе «выгоревших» свидетельствует о том, что выгоревшие врачи склонны субъективно (а сама методика предполагает именно субъективную оценку рабочей среды) оценивать отрицательно условия своей работы в целом, они оказывают на них более «давящее» действие.

Таким образом, в результате проведенного исследования нами было показано совокупное влияние организационных факторов профессиональной врачебной деятельности и личностных особенностей медицинских работников на возникновение синдрома «психического выгорания».

Практическая значимость проделанной работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования адекватны для использования в психологическом консультировании врачей, а также в психокоррекционной и психотерапевтической работе с ними. Кроме того, полученные данные позволяют разработать учебные программы по профилактике психического выгорания для студентов медицинских вузов.

В целом, результаты работы направлены на раннюю диагностику вероятности возникновения феномена психического выгорания, улучшение психического здоровья медицинских работников и повышение эффективности их профессиональной деятельности.

На наш взгляд перспективным направлением в исследовании проблемы психического выгорания будет изучение копинг- стратегий в их взаимосвязи с выгоранием, что позволит выйти на разработку психокоррекционных программ для медицинских работников.

Проведенное нами исследование позволило сформулировать следующие основные **выводы:**

1. Психическое выгорание является специфическим видом профессиональных деструкций, негативно влияющим на эффективность и качество труда. Оно является устойчивым, прогрессирующим, негативно окрашенным психологическим феноменом и проявляется в профессиональной деятельности у лиц, не страдающих психопатологией.

2. Психическое выгорание – целостный симптомокомплекс взаимосвязанных механизмов и эксплицирующих их феноменов, синтезирующих три базовых структурных компонента, которые являются необходимыми и достаточными для исследования феномена психического выгорания (эмоциональное истощение, личностное отдаление, снижение мотивации).

3. Психологический анализ врачебной деятельности показал, что труд медицинских работников относится к числу сложных и ответственных. Существует высокая вероятность возникновения психического выгорания у медицинских работников, которое обусловлено совокупным влиянием внешних и внутренних факторов. Среди внешних условий врачебной деятельности, влияющих на возникновение психического выгорания у медицинских работников можно выделить следующие: хронический характер воздействия психоэмоциональных стрессов, нечеткая организация и планирование труда, рабочие перегрузки, конфликтность ролей, недостаточная социальная поддержка и др. В качестве внутренних предпосылок к «выгоранию» выступают: интенсивная интериоризация, восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности, ведущая к быстрому истощению эмоционально энергетических ресурсов; фрустрация значимых мотивов профессиональной деятельности; наличие некоторых личностных особенностей у врачей, затрудняющих эффективное выполнение ими своей профессиональной деятельности.

4. Результаты эмпирического исследования позволили выявить следующие основные личностные факторы, влияющие на формирование и

развитие феномена психического выгорания: сдержанность в межличностных контактах, доминантность, импульсивность, смелость, «мятежность», высокая тревожность, агрессивность, направленность агрессии на других.

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

6. Взаимосвязь психического выгорания и механизмов психологической защиты носит двусторонний характер. Использование человеком во фрустрирующих ситуациях таких психологических защит как замещение, компенсация и интеллектуализация влияет на развитие психического выгорания.

Процесс формирования психического выгорания приводит к чрезмерному использованию таких механизмов психологических защит как вытеснение и реактивные образования.

7. Процесс психического выгорания обусловлен не только используемыми во фрустрирующих ситуациях защитными механизмами, но и спецификой их структурной организации.

8. В результате эмпирического исследования были выявлены основные организационные факторы, оказывающие влияние на формирование и развитие феномена психического выгорания: включение в деятельность, сплоченность коллектива, свобода действий и самостоятельность в принятии решений, рабочий пресс, потребность инновации, физического комфорта.

9. Специфика структурной организации параметров рабочей среды оказывает существенное влияние на развитие психического выгорания.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Альбуханова-Славская К.А. Проблема личности в психологии /Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории. - М., 1997. - С. 270-373.
2. Альбуханова-Славская К.А. Диалектика человеческой жизни. М.,1977. - 287 с.
3. Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Врачи-заложники смерти (Почему врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов). – М., 2000.- 227 с.
4. Аминов Н.А. Психофизиологические и психологические предпосылки педагогических способностей // Вопросы психологии, 1988. - № 5. – С. 18-20.
5. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. - М., 1977. – 305 с.
6. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. - Л., 1969.- 339 с.
7. Андронов В.П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача. // Вопросы психологии, 1991.- № 4.- С. 73-78.
8. Анциферова Л.И. Психологические закономерности развития личности взрослого человека и проблема непрерывного образования // Психологический журнал, 1980.- № 2.- С .11-17.
9. Ашбель С.И., Пенкович А.А., Хиль Р.Г. Сердечно-сосудистая система хирургов и влияние на нее профессиональной деятельности // Гигиена труда.1967.- N1. - С.23-29
- 10.Басов М.Я. Личность и профессия. - М.-Л., 1926.-64 с.
- 11.Батрак Г.Е. Аспекты, средства и методы формирования личности врача. – Днепропетровск, 1969.- 123 с.
- 12.Бедрин Л.М., Урванцев Л.П. Психология и деонтология в работе врача. – Ярославль,1988. - 80 с.
- 13.Бодров В.А. Психологические исследования проблемы профессионализации личности / Психологические исследования проблемы формирования личности профессионала (под ред. В.А.Бодрова и др.). - М., 1991.- С. 3-26.

- 14.Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других.- Л.,1991.- С. 80.
- 15.Большакова Т.В. Психическое «выгорание»: врачи как группа риска // Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 200-летию Ярославского Государственного университета им. П.Г. Демидова.- Ярославль, 2003.- С.186-191.
16. Большакова Т.В. Проблемы профилактики психического выгорания у врачей хирургического профиля // Научный поиск. Вып.3. Сб. научных работ студентов, аспирантов и молодых преподавателей. – Ярославль, 2002.- С.303-313.
17. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников // Ярославский психологический вестник. - Вып.11, 2004. – С.96-99.
18. Большакова Т.В., Орел В.Е. Исследование личностных характеристик и психического выгорания у врачей хирургического профиля // Социальная психология XXI столетия. Материалы конгресса. Т.1.- Ярославль, 2002.- С.112 – 114.
19. Большакова Т.В., Орел В.Е. Психическое выгорание у врачей, возможности его профилактики и психологической коррекции // Материалы X съезда медицинских и фармацевтических работников Ярославской области: Сборник научных трудов. Ч.II.- Ярославль, 2003. – С.191- 196.
20. Большакова Т.В., Дегтярев А.А., Урываев В.А. Исследование нервно-психического напряжения врачей хирургического профиля // Ярославский психологический вестник. Вып.5 – М.- Ярославль, 2001. – С.93 - 95 .
- 21.Борисова Е.М., Логинова Н.И. Индивидуальность и профессия. -М.,1991.- 78 с.
- 22.Борисова Е.М. О роли профессиональной деятельности в формировании личности / Психология формирования и развития личности. / Ред. Л.И. Анцыферова. М., 1981.- С. 23-41.
- 23.Братусь Б.С. К проблеме развития личности в зрелом возрасте // Вестник МГУ, Психология. Сер. 14, 1980.- № 12.- С. 21-25

24. Бугаева Т.К. Интеграция личностной и профессиональной готовности медиков к труду в системе здравоохранения: Автореф. дис. ... док. псих. наук.- М., 1996.- 35 с.
25. Бухарина Т.Л., Косарев И.И. О выборе профессии врача.- Оренбург, 1981. – 125 с.
26. Вагнер Е.А., Ростовский А.А. О самовоспитании врача.- Пермь, 1976. – 73 с.
27. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезисе психологической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 1988.- № 1.- С. 33-34.
28. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. -СПб.,1998.- 48 с.
29. Василькова А.П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов – медиков: Автореф. ... канд. психол. наук. -СПб., 1998. – С. 2 – 18.
30. Вигдорчик Н.А. Компенсаторное профессиональное приспособление / История советской психологии труда. Тексты (20-30-е годы XX века). М., 1983.- С. 127-133.
31. Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психиатрический журнал, 1998.- № 1. – С.19-21.
32. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение // Гедеон Рихтер в СНГ.-2001.-№ 4.- С.23-25.
33. Витенко И.С. Проблема готовности молодежи к выбору профессии медицинского профиля // Психологические проблемы повышения эффективности и качества труда. Ч.2. –М., 1983. – С.232 - 291.
34. Водопьянова Н.Е. Синдром «выгорания» у врачей – стоматологов // Стоматолог. – 2002.- № 7.- С.35-39
35. Гальперин П.Я. Проблема деятельности в советской психологии // Тезисы докладов на V Всесоюзном съезде общества психологов. – М., 1977.- Ч.1. – С.23 – 28.

- 36.Геллерштейн С.Г. Психотехника. / История советской психологии труда. Тексты (20-30-е годы XX века). - М., 1983., -С. 137-142.
- 37.Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. СПб., 1997. -С. 143-156.
- 38.Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине. - СПб., 1997. –117 с.
- 39.Гуревич И.Н. Социально-психологические факторы эффективности врачебной деятельности. Дис. ... канд. психол. наук.- Л., 1981. – 160 с.
- 40.Досталова О. Как сопротивляться раку. СПб., 1994.- 172 с.
- 41.Жукова М.И. Социально – психологические факторы успешности деятельности врача. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1990. –24 с.
- 42.Зеер Э.Ф. Психологический анализ профессиональных деформаций педагога // Материалы I Всероссийской науч. конференции по психологии «Психология сегодня». - М., 1996.- т. 2.- вып. 3.- С. 188-189.
- 43.Зеер Э.Ф. Психология профессий.- Екатеринбург, 1997.- 275с.
- 44.Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Кризисы профессионального становления личности // Психологический журнал, 1987.- Т. 5.- № 4.-С. 43-47.
- 45.Зильбер А.П. Синдром выгорания (надлома, привыкания) у специалистов МКС / Этика и закон в медицине критических состояний. – Петрозаводск, 1998.- С. 275-281.
- 46.Иванова Е.М. Психотехнология изучения человека в трудовой деятельности. - М., 1992. - 92 с.
- 47.Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттела.- СПб., 2001 .-112 с.
- 48.Караванов Г., Коршунов В.В. Индивидуально – психологические особенности личности врача – хирурга. – Львов., 1974. – 84 с.
- 49.Карпов А.В. Психология менеджмента. -М.- 1999.- 582 с.
- 50.Карпов А.В. Психология принятия управленческих решений. - М., 1998. - 440 с.

51. Кашапов М.М. Теория и практика решения педагогической ситуации. Ярославль, 1996.- 326 с.
52. Кириллов В.Ф. Гигиена труда врачей хирургического профиля.- М., 1982.- 160 с.
53. Кирьянова Е.Н. Психология формирования личности профессионала // Психологический журнал, 1995.- т. 16.- № 4.- С.147-149.
54. Киршбаум Э., Еремеева А. Психологическая защита. – М., 2000. – 179 с.
55. Китаев-Смык А.А. Психология стресса. - М., 1983.- 137 с.
56. Климов Е.А. О феномене профессиональной относительности образа мира // Вестник МГУ, 1995.- Серия 14.- Психология.- №1.- С. 3-11.
57. Климов Е.А. Психология профессионала. - М., 1996.- 203 с.
58. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского.- СПб., 2002.-895 с.
59. Ключева Н.В. Психологическое обеспечение аттестации педагогов // Проблемы психологической помощи семье и школе: Межвузовск. тематич. сборник / ред. С.Н. Батракова и др. - Ярославль, 1996. - С. 8 - 11.
60. Козина Н.В. Исследование эмпатии и ее влияние на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников: Автореф. ... к.псих.н. – СПб., 1998. - 30 с.
61. Козлов В.В. Социальная работа с кризисной личностью. – Ярославль, 1999. – 299 с.
62. Кондаков И.М., Сухарев А.В. Методологические основания зарубежных теорий профессионального развития // Вопросы психологии, 1989.- №5.- С. 151-167.
63. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.- Прага. ,1983.- 405 с.
64. Корнеева Л.Н. Профессиональная психология личности // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности. / Ред. Г.С. Никифоров, Спб., 1991.- С. 61-68.
65. Кудрявцев Т.В., Сухарев А.В. Влияние характерологических особенностей личности на динамику профессионального самоопределения // Вопросы психологии, 1985.- №1.- С. 86-93.

66. Кудрявцев Т.В., Шегуров В.Ю. Психологический анализ динамики профессионального самоопределения личности // Вопросы психологии, 1983.- №2.- С. 51-60.
67. Лакин Г.Ф. Биометрия. - М., 1990.- 351 с.
68. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология – М., 2003.- С.181-227.
69. Ларенцова Л.И. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов // Клиническая стоматология.-2003.-№4.-С.82-86.
70. Ларенцова Л.И., Максимовский Ю.М., Соколова Е.Д. Синдром «эмоционального выгорания» (burnout) у врачей-стоматологов // Новое в стоматологии.-2002.-№2.-С.97-99.
71. Лигер С.А. Формирование копинг-поведения студентов мед вуза и его влияние на личностные профессиональные качества. Автореф. ...к.псих.н. –Бишкек, 1997.- 30 с.
72. Ломов Б.Ф. Человек и техника.- М., 1966. –175 с.
73. Мазилев В.А. Парадигма практической психологии: методологические проблемы // Проблемы социальной психологии XXI столетия – Т.2, МАПН, 2002.- С. 142-146
74. Маркова А.К. Психология профессионализма. -М., 1996.- 308 с.
75. Минаков В.Ф., Куценко Г.И., Сошников Е.И. Труд и здоровье медицинских работников / Под. ред. В.К.Овчарова.- М., 1985.- 216 с.
76. Митина Л.М. Психологическая диагностика эмоциональной устойчивости учителя. - Кемерово, 1992. - 167 с.
77. Митина Л.М. Психология профессионального развития учителя. – М., 1998.- с. 204.
78. Мягер В.К., Головнева И.С. Психологическое исследование отношений «врач-больной» в различных клиниках // Психогигиена и психопрофилактика. – Л.,1983.- С.22 –38.
79. Никс В.А. Синдром хронической усталости: болезнь ли это?: Пер. с нем.- М., 2002. – 176 с.

- 80.Новиков Б.Д. Психологические особенности возникновения профессиональной деформации сотрудников исправительно-трудовых учреждений. Дис. ... канд. психол. наук. – М., 1989. –С. 21-89.
- 81.Новиков В.В. Социальная психология: феномен и наука. - М., 1998. – 447 с.
- 82.Носкова О.Г. История психологии труда в России. – М., 1997. – 328 с.
- 83.Орел В.Е. Исследование профессиональной деформации личности на уровне представлений о профессии // Актуальные проблемы естественных и гуманитарных наук: Психология: Тезисы юбилейной конференции, Ярославль, 1995.- С. 43-46.
84. Орел В.Е. Исследование обвинительной установки как феномена профессиональной деформации // Психология и практика: Ежегодник Российского-психологического общества. Ярославль, 1998.- Т. 4.- Вып. 1.- С.27-31
85. Орел В.Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. Ярославль, 1999.- С. 76-97.
- 86.Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: Эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал, 2001. - т. 22.- №1.- С. 90-101.
- 87.Орел В.Е. Синдром "психического выгорания" как дезадаптационный процесс // Ежегодник Российского психологического общества. Материалы III Всероссийского съезда психологов.- 2003.-т.6. - С.180-184
- 88.Орел 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.
- 89.Орел В.Е., Рукавишников А.А. Феномен «выгорания» как проявление воздействия профессиональной деятельности на личность // Психология субъекта профессиональной деятельности. Сборник научных трудов. М-Ярославль, 2001. - С.72-81.

90. Орел В.Е., Рукавишников А.А., Сенин И.Г. Опыт адаптации методики диагностики личностных характеристик / Психологический пульс Ярославля, 1998 .- 12 -15 с.
91. Орел В.Е., Шемет И.С. Исследование влияния содержания деятельности на удовлетворенность трудом / Психологические проблемы рационализации трудовой деятельности. - Ярославль, 1987.- С.109-116.
92. Пиняева С.Е., Андреев Н.В. Личностное и профессиональное развитие в период зрелости // Вопросы психологии, 1998.- №2 .- С. 3-10.
93. Поваренков Ю.П. Психологический анализ профессионализации // Психологические закономерности профессионализации. - Ярославль, 1991.- С. 95-109.
94. Поваренков Ю.П. Психология профессионального становления личности / Основы психологической концепции профессионализации. - Курск, 1991.- 130 с.
95. Пособие по применению личностного опросника Р.Кеттелла 16 PF / Составители Рукавишников А.А., Соколова М.В. -Ярославль, -1995.- 43 с.
96. Пряжников Н.С. Психологический смысл труда: Учеб. пособие. – М., Воронеж, 1997.- 351 с.
97. Психологические закономерности профессионализации: Межвузовский сб. науч. трудов. - Ярославль, 1995. - 70 с.
98. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб., 1991. - 152 с.
99. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей психологов).- СПб., 1998.- 48 с.
100. Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей. – М., 1997.- 53 с.
101. Робертс Г.А. Профилактика выгорания // Обзор современной психиатрии – 1998.- № 1.- С.39-46
102. Рогинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал.-2002.- том 23, № 3.- С.85-95.

103. Роговин М.С., Урванцев Л.П., Зимовский В.Ф. Психология в деятельности врача // Клиническая медицина. 1986.- №5. С.133-140
104. Родина О.Н. Диагностика эмоционально-личностных проявлений хронического утомления: Автореф. ... к.псих.н. -М., 1989.- 30 с.
105. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. - М., 1973.- 339 с.
106. Рукавишников А.А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: дисс. ... канд.псих.н – Ярославль, 2000.- 169 с.
107. Рукавишников А.А. Опросник психического выгорания для учителей. – Ярославль.- 80 с.
108. Рукавишников А.А. Опыт создания методики для диагностики феномена психического «выгорания» / Психология и практика. - Ярославль, 1998.- № 4.- вып. 1.- С.283-284.
109. Синдром сгорания / Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств.- М., 2002.- С.104-124
110. Синдром эмоционального выгорания у медработников / Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине : учебное пособие.- М., 1998.- С.231-244.
111. Соловьева С.Л., Меркурьева А.А., Ковалева М.В. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера // Сибирский психологический журнал, - Томск, 1998.- вып. 8. - С. 37-42.
112. Соловьева С.Л., Скворцова Н.Г., Побчева О.Е. Психологическая адаптация студентов мединститута и психокоррекционная работа с ними // Теория и практика медицинской психологии (Сб. статей). – СПб., 1994. –С.205-212
113. Субботина Л.Ю. Психологические защиты личности. – Ярославль, 2000.- 109 с..
114. Сук И.С. Врач как личность. – М.,1986.- 73 с.
115. Селье Г. Стресс без дистресса. - М., 1979.- 185 с.
116. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости.-2002.-№7.- С.3-9.

117. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья // Белорусский медицинский журнал.-2002.-№2.- С.14-19.
118. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами. - СПб., 1992. – 48 с.
119. Томашев В.В. Личностная и коллективная рефлексия как путь творческого роста человека // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент. Практика – Т.3 – Ярославль, 2000.- С. 152-156
120. Урванцев Л.П. Влияние профессиональной деятельности на психику: факты, гипотезы, проблемы / Психологические закономерности профессионализации.- Ярославль, 1991.- С. 6-14
121. Урванцев Л.П. Психологические аспекты оптимизации деятельности врача: проблемы и перспективы // Научные основы прикладной психологии. -М., 1989. – С.29-30.
122. Урванцев Л.П. Психология в работе врача. Учебное пособие.- Ярославль, 1993.- 80 с.
123. Урванцев Л.П., Ретнев В.М., Анисимова А.В. Психологическая характеристика личности санитарного врача и его удовлетворенность трудом // Гигиена труда и профессиональные заболевания. 1991.- №5.- С. 35-38.
124. Урываев В.А. О преимущественно «субъективном» характере кризисов профессионального становления (на примере профессиональной деятельности врача) // Вестник томского государственного педагогического университета. Вып.3 (31) . -Томск, 2002.- С.71-72.
125. Урываев В.А. Социально-психологические аспекты профессиональной подготовки врача // Социальная психология –XXI век.- Ярославль, 1999. – С.354-357.
126. Фонарев А.Р. Психологические основы становления профессионала // Материалы I Всероссийской научной конференции по психологии Российского психологического общества «Психология сегодня». - М., 1996.- т.2.- вып. 2.- С. 154-156.

127. Фонарев А.Р. Формы становления личности в процессе ее профессионализации // Вопросы психологии, 1997.- № 2.- С. 88-93.
128. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии, 1994.- №6.- С.57-64.
129. Форманюк Т.В. Синдром эмоционального сгорания учителя // Вопросы психологии, 1999.- № 6.- С.57-63
130. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. – Будапешт, 1988.- 338 с.
131. Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ / под ред. Г.В. Бурменской. - М., 1993. - 478 с.
132. Хяюрюнен Ю.П. Некоторые проблемы лонгитюдинального исследования жизненного пути и профессиональной карьеры / Психология личности и образ жизни / Под ред. Е.В. Шороховой.- М., 1987.- С. 167-172.
133. Хиллман Дж. Архетипическая психология: / Пер. с англ. - СПб., 1996. –157 с.
134. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности.- М., 1982.- 78 с.
135. Шадриков В.Д., Дружинин В.Н. Формирование подсистемы профессионально-важных качеств в процессе профессионализации / Проблемы индустриальной психологии. - Ярославль, 1979.- С. 3-18.
136. Шапошников А.В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия .- Ростов-на-Дону, 1998. - 168 с.
137. Юнг К.Г. Архетип и символ. / Пер. с англ.. - М., 1991. –304 с.
138. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине.- Таллин., 1975.-160 с.
139. Яковлева Н.В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в ВУЗе (на материале деятельности врача): Автореф. дис. ... канд. психол. наук.- Ярославль, 1994.- 35 с.
140. Adler G. Helplessness in the helper. British // Journal of Medical Psychology, 1972.- V 45.- P.315-326.

141. Aveline M. Occupational stress and performance in mental health workers // Current Opinion in Psychiatry, 1995.- V.8.- P. 73-75.
142. Bates E.M. Moore B.N. Stress of hospital personnel // Med. J. Aust., 1975. – V. 2. – P. 765 – 767.
143. Bennet G. The Wound and the Doctor. -London: Secker and Warberg. 1987.- P 312-325.
144. Branch W. T., Arky R.A., Woo B. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students // Annals of Internal Medicine, 1995.-V.114.-P. 482-489.
145. Brill P.L. The need for an operational definition of burnout // Family and Community Health, 1984.-V. 6, -P. 12-24.
146. Burke R.J., Greenglass E. A longitudinal study of psychological burnout in teachers // Human Relations. 1995.- V. 48 (2). -P. 187-202.
147. Burke R.J., Deszca G. Correlates of psychological burnout phases among police officers // Human Relations, 1986.- V.39.- P. 487-501.
148. Byrne B.M. The Maslach Burnout Inventory: Validating factorial and invariance across intermediate, secondary and university educators // Multivariate Behavioral Research. 1991.- V.26.- P. 583-605.
149. Byrne B.M. Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers // American Educational Research J. 1994.- V. 31 (3).- P. 645-673.
150. Caplan R.P. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers // British Medical Journal, 1998.- V.309.- P.1261-1263.
151. Caron C., Corcoran K.J., Simcoe F. Intrapersonal correlates of burnout: The role of locus of control and self-esteem // The Clinical Supervisor, 1983.- V.14.- P. 53-62.
152. Carroll J.F.X., White W.L. Theory building: Integrating individual and environmental factors within an ecological framework // Job stress and burnout:

Research, theory and intervention perspectives / Ed. W.S. Pain. Beverly Hills, London, New Dehli, 1982.- P. 41-60.

153. Cebria J., Segura J., Corbella S. Rasgos de personalidad y burnout en medicos de familia // Atencion Primaria.- 2001.- V.27.- №7.- P.459-468.
154. Crane M. Why burn-out doctors get suet more often // Medical Economics,1998.-V. 75(10).-P.210-212.
155. Chambers R. Avoiding burn-out in general practice // British Journal of General Practice, 1995.- P.40-41.
156. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services. Beverly Hills (CA): Sage, 1980.-P.227
157. Cherniss C. The role of professional self efficacy in the etiology and amelioration of burn-out. In Professional of Burn-out: Recend Developments in Theory and Research.- London: Taylor and Francis, 1993.-P.135-149
158. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study // J. of Organizational Behavior, 1992.- V.13.- P. 1—11.
159. Constable F, Russel D. W. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses // Journal of human stress. 1986.- V.12(1).- P. 20—26.
160. Cooper C.L., Marshall J. Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health // Journal of Occupational Psychology, 1976.- V.49.- P.11-28.
161. Cordes S.L., Dougherty T.W., Blum M. Patterns of bum-out among managers and professionals: A comparison of models // J. of Organizational Behavior, 1997.- V. 18(6).- P.685-701.
162. Daniel J., Shabo I. Physchological burnout in professional with permanent communication // Studia-Phy-schologica. 1993.- V. 35 (4-5). -P. 412-414.
163. Deckard G.J., Hicks L.L., Hammory B.H. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians // Journal of infectious diseases. 1992.- V.165. -P. 224—228.

164. De Jonge J., Schaufeli W.B. Job characteristics and employee well-being: A test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modelling // *J. of Organizational Behavior*. 1998.- V. 19 (4).- P.387-407.
165. De-Mercato R., Cantello G., Celentano U., Romano A. at all. Burnout syndrome in medical and non medical staff // *New Trend in Experimental and Clinical Psychiatry*. 1995. V. 11(1). -P. 43-45.
166. Dietzel L.C., Coursey R.D. Predictors of emotional exhaustion among nonresidential staff persons // *Psychiatric Rehabilitation J.* 1998. V. 21 (4). -P. 340-348.
167. Dion G. Le burnout chez les educatrices et garderie: proposition d'un modele theorique // *Apprentissage et Socialisation*. 1989. V. 12 (4). -P. 205-215.
168. Dolan S.L., Renaude S. Individual, organizational and social determinants of managerial burnout: A multivariate approach // *J. of Social Behavior and Personality*. 1992. V. 7(1). -P. 95-110.
169. Donaldson L. (1994) Sick doctors: a responsibility to act. *British Medical Journal*, 309, 557-558.
170. Duxbury M.L., Armstrong G.D., Drew D.J., et al (1984) Head nurse leadership style with staff nurse burn-out and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nursing Research* 33, 97-101.
171. Edelwich J. & Brodsky A. (1980) *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Profession*. New York: Human Sciences Press.
172. Farber B.A., Heifetz L.K.J. The process and dimension of burnout in psycho—therapists // *Professional psychology*. 1982. 13. -P. 293—301.
173. Fejgin N., Ephraty N., Ben-Sira D. Work environment and burnout of physical education teachers // *J. of Teaching in Physical Education*. 1995. V. 15 (1). -P. 64-78
174. Felton J. S. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers // *Occupational medicine*.- 1998. – vol. 48. - P.237-250.

175. Fimian M.J., & Blanton L. P. Stress, burnout, and role problems among teachers trainees and first year teachers. *Journal of Occupational Behavior*, 1987, 8, -P. 157-165.
176. Firth-Cozens J. (1994) Stress in doctors: not so simple solutions. *British Journal of Hospital Medicine*, 52, 435-436.
177. Firth H., McIntee J., & McKeown P., Maslach Burnout Inventory: Factor structure and norms for British nursing staff. *Psychological Reports*, 1985, 57,- P. 147-150.
178. Ford D.L., Murphy C.J., & Edwards K.L. Exploratory development and validation of a Perceptual Job Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 1983, 52, -P. 995-1006
179. Forey W.F., Christensen O.J., England J.T. Teacher burnout: A relationship with Holand and Adlerian typologies // *Individual Psychology J. of Adlerian Theory, Research and Practice*. 1994. V. 50 (1). -P. 3-17.
180. Forney D.S., Wallase-Schutzman F., & Wiggers T.T. Burnout among career development professionals: Preliminary findings and implications. *Personal & Guidance Journal*, 1982, 60, - P.435-439.
181. Freudenberger H.J. Staff burnout // *Journal of Social Issues*, 1974, 30, pp.159-165.
182. Friedman I.A. Student behavior patterns contributing to teacher burnout // *J. of Educational Research*. 1995. V. 88 (5). -P. 281-289.
183. Fuqua R., Couture K. Burnout and locus of control in child day care staff // *Child Care Quarterly*. 1986. V. 15 (2). -P.98-109.
184. Garden A.M. Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*. 1987, 40, -P. 545-560.
185. Gargen A.M. Teh purpose of burnout: A Jungian interpretation. Special Issue: Handbook on job stress // *J. of Social Behavior and Personality*. 1991. V. 6 (7). -P. 73-93.
186. Gerengais E.R., Burke R.J., Konarski R. The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model // *Work and Stress*. 1997. V. 11(3). -P. 267-278.

187. Gibson F., McGrath A., Reid N. Occupational stress in social work // *British J. of Social Work*. V. 19 (1). -P. 1-18.
188. Gold Y. The Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers. *Educational & Psychological Measurement*, 1984, 44, -P. 1009-1016.
189. Grengalass E.R., Burke R.J., Ondrack M. A gender role perspective of coping and burnout // *Applied Psychology An International Review*. 1990. V. 39 (1). -P. 5.
190. Grenglass E.R., Burke R.J., Konarsi R. Components of burnout, resources, and gender-related differences // *J. of Applies Social psychology*. 1998. V. 28 (12). -P. 1088-1106.
191. Gross G.R., Larson S.J., Urban G.D., Zupan L.L. Gender differences in occupational stress among correctional officers. Special issue: Personnel issues in criminal justice // *Americal J. of Criminal Justice*. 1994. V. 18 (2). -P.219-234.
192. Guze S.B. (1979) Can the pracpice of medicine be fun for a lifetime? *Journal of the American medical Association*, 241, 2021-2023.
193. Haack M., & Jones J.W. Diagnosing burnout using projective drawings. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 1983, 21, -P. 9-16.
194. Haddad A. Sources of social support among scholl counselors in Jordan and its relationship to burnout // *International J. for the Advancement of Counseling*. 1998. V.20(2).-P. 113-121.
195. Harrison D.H. A social competence model of burnout. In B. Farber (Ed.) *Stress and burnout in the human service professions* // New York: Pergamon Press, 1983, -P. 29-39.
196. Henderson G. Physician burnout // *Hospital physician*. 1984. 20. -P. 8-9.
197. Himie D.P., Jayaratne S., Thyness P.A. Buffering effects of four social support types on burnout among social workers // *Social Work Research and Abstracts*. 1991. V. 27 (1). -P. 22-27.
198. Hobfool S. E. & Freedy J. (1993) Conservation of resources: A general stress theory applied to burn-out. In *Professional Burn-out: Resent Developmens in*

Theory and Research (ed. W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek), -P. 115-129.  
London: Taylor and Francis.

199. Hodge G.M., Jupp J.J., Taylor A.J. Work stress, distress and burnout in music and mathematics teachers // *British J. and Educational Psychology*. 1994. V. 64 (1). - P.65-76.
200. Houston B.K. Viability of coping strategies, denial, and response to stress, *Journal of Personality*, 1973, 41, -P. 50-58.
201. Holt P., Fine M.J., Tollefson N. Mediating stress: Survival of the hardy // *Psychology in the Schools*. 1987. V. 24(1). -P. 51-58.
202. Huebner E.S., Mills L.B. Burnout in school psychology: the contribution of personality characteristics and role expectations // *Special Service in the School*. 1994. V. 8 (2). -P. 53-67.
203. Huebner E.S. Relationships among demographics, social support, job satisfaction and burnout among school psychologists // *School Psychology International*. 1994. V. 15 (2). -P. 181-186.
204. Iwanicki E.F., & Schwab R.L. A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational & Psychological Measurement*, 41, 1981, -P. 1167-1174.
205. Jayaratne S., Vinokur K.D., Chess W.A. The importance of personal control: A comparison of social workers in private practice and public agency settings // *J. of Applied Social Sciences*. 1995. V. 19 (1).- P. 47-59.
206. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence // *Canadian Journal of counseling review*.- 1988.- V.22 (3).-P. 310-342.
207. Keinan G., Melamed S. Personality characteristics and proneness to burnout: A study among internists.// *Stress Medicine*, 1987, 3, -P. 307-315.
208. King M.B., Cockcroft A., Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought // *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1992, v. 85, № 10, -P. 605-608.
209. Kondo K. Burnout syndrome // *Asian Medical Journal*, 1991. - №34 (II). – P. 49-57.

210. Kunzel R., Shulte D. "Burn-out" and praxisshock klinischer psychologen // Zeitschrift für Klinische Psychologie Forschung und Praxis. V. 15. -P. 303-320.
211. Lavanco G. Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily // Psychological Reports. V. 81(2).-P. 523-528.
212. Lazarus R. S. Psychological stress and coping in adaptation and illness // International Journal of Psychiatry in Medicine, 1974, 5, -P.321-333.
213. Lee R.T., Ashforth B.E. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout // J. of Applied Psychology. V. 81. -P. 123-133.
214. Lerman Y., Melamed S., Shragin Y. Et al. Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation // Psychosomatic Medicine.-1999.-vol.61.-P. 828-833.
215. Lavanco G. Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily // Psychological Reports. 1997.- V. 81(2). -P. 523-528.
216. Leiter M.P., Durup M.J. Work, home and in-between: A longitudinal study of spillover // J. of Applied Behavioral Science. 1996.- V. 32 (1). -P. 29-47.
217. Leiter M.P., Harvie P., Frizzel C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout // Social Science and Medicine. 1998-. V. 47 (10). -P. 1611-1617.
218. 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.
219. Maher E. The burnout syndrome // J. of Consulting and Clinical Psychology, 1983. - № 7. – P. 8-12.
220. Marguis S. Death of the nurse: Burnout of the Provider // Omega J. of Death and Dying, 1993. -V. 27 (1). -P.17-33.
221. Maslach C., Burnout: A multidimensional perspective // Professional burnout: Recent developments in the theory and research / Ed. W.B. Schaufeli, Cr. Maslach and T.Marek. Washington D.C: Taylor & Francis, 1993. -P. 19-32.
222. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual (Third Edition). Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996.

223. Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives // *Applied and Preventive Psychology*. 1998.- V. 7. -P. 63-74.
224. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M. P. Job Burnout // *Annual Review of Psychology*.- 2001.- Vol.52.- P. 397-422.
225. Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives // *Applied and Preventive Psychology*. 1998. -V. 7. -P. 63-74.
226. 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.
227. Meier S.T. The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 1984, 57, -P. 211-219.
228. Meier S. T. Toward a theory of burn-out.// *Human Relations*, 1983.- V.36.- P.899-910.
229. Melamed S., Kushnir T., Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases // *Behavioral Medicine*.- 1992.- №18.- P. 53-60.
230. Melchior M.E.W., Van den Berge A.A., Halfens R., Abu-Saad H.H. Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997.- V. 32 (3). -P. 158-164.
231. Miller T.Q., Smith T.W., Turner C.W., Guijarro M.L., Hallet A.J. A Meta-analytic review of research on hostility and physical health // *Psychological Bulletin*, 1996.- V. 119. -P.322-348.
232. Mills L.B., Huebner E.S. A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burnout among school psychology practitioners // *J. of School Psychology*. 1998. -V. 36 (1). -P. 103-120.
233. Morrow L. The burn-out of almost everyone. // *Time Magazine*, 1983. - 60 p.
234. Nagy S., Nagy M.C. Longitudinal examination of teachers' burnout in school district // *Psychological Reports*. 1992.- V. 71 (2). -P. 523-531.
235. Naisberg-Fenning S. et al. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists // *Stress medicine*. 1991.-№ 7. -P. 201—205.

236. Nowack KM. Type A, hardiness, and psychological distress // *J. of behavioral Medicine*. 1986.- V. 9 (6). -P. 537-548.
237. Ogus E.D., Greenglass E.R., Burke R.J. Gender-role differences, work stress and depersonalization // *J. of Social Behavior and Personality*. 1990. -V. 5 (5). -P. 387-398.
238. Oktay J.S. Burnout in hospital social workers who work with AIDS patients // *Social-Work*. 1992. -V. 37 (5). -P. 432-439.
239. Olkinuora M. et al. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1990.-V. 25.- P. 81—86.
240. Onyett S., Pillinger T., Muijen M. Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams // *J. of Mental Health (UK)*. 1997. -V. 6 (1).- P. 55-66.
241. Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing // *British J. of Medical Psychology*. 1994.- V. 67 (2).- P. 187-19.
242. Pedrabissi L., Rolland J.P., Santinello M. La sindrome del burnout in un campione di insegnanti italiani e francesi: in confronto cross-culturale // *Ricerche di Psicologia*. 1991.- V. 15 (2). -P. 37-48.
243. Piedmont R.L. A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions // *J. of Personality Assessment*. 1993.- V. 61 (3). -P. 457-473.
244. Pierce CM., Molloy G.N. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout // *British J. of Educational Psychology*. 1990.- V. 60 (1). -P. 37-51.
245. Pines A. Helpers motivation and the burnout syndrome. In T.H. Wills (Eds.) *Basic processes in helping relationships*. New York: Academic Press, 1982, -P. 453 - 475.
246. Pines A., Aronson E. *Career burnout: causes and cures*. New York, 1988.- 123 p.
247. Poulin J., Walter C. Social worker burnout: A longitudinal study // *Social Work Research and Abstracts*. 1993. -V. 29 (4). -P. 5-11.

248. Pradham M., Misra N. Gender differences in type A behavior patterns: Burnout relationship in medical professionals // *Psychological Studies*. 1996.- V. 41 (1-2). - P. 4-9.
249. Pruessner J.C., Hellhammer D.H., Kischbaum C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening// *Psychosomatic Medicine*.-1999. - V.61.-P.197-204.
250. Rafferty J.P., Lemkou J.P., Purdy R.R. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians // *Journal of Clinical Psychology*, 1996.- V.42.- P. 488-492.
251. Rosse J.G., Boss R.W., Johnson A.E. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process // *Group and Organization studies*, 1991.- V. 16 (4). -P.428-451.
252. Ross M. W., Seeger V. Determination of reported burnout in health professionals associated with the care of patients with AIDS // *AIDS*, 1988. -V.2.-P. 395—397.
253. Richman J. A., Flaherty J. A. Stress, coping resources and psychiatric disorders: alternative paradigms from a life cycle perspective // *Comprehensive Psychiatry*, 1985.- V.26.- P.456-465.
254. Sandoval J. Personality and burnout among school psychologists // *Psychology in the Schools*. 1998.- V.30 (4).- P.321-326.
255. Schaufeli W.B., Enzmann D. Girault N. Measurement of burnout: A review. In W. B. Schaufeli, C. Maslach T. Marek, *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, D.C.: Taylor Francis, 1993.- P. 199 - 215.
256. Schaufeli W.B., van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures // *J. of Organizational Behavior*, 1993.- V. 14.-P. 631-647.
257. Schaufeli W.B., Dierendonck D., Gorp K. Burnout and reciprocity: Towards a dual level social exchange model // *Work and Stress*, 1996.- V. 10 (n3).- P.225-237.
258. Schmitz N., Neumann W., Oppermanne R. Stress, burnout and locus of control in German nurses // *Int J Nurs Stud.*, 2000.- V.37.- № 2.- P. 95-99.
259. Shwab J. J. How to avoid burn-out in medical practice. // *KMA Journal*, 1995.- V.93.-P 23-27.

260. Schwab R.L., Jackson S.E. Schuler R.S. Educator burn-out: Sources and consequences // Educational Research Quarterly, 1986.- V. 10 (3).- P. 14-30.
261. Schwab R.L., Iwanicki E.F. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout. // Educational Administration Quarterly, 1982.- V.18.- P. 60-74.
262. Shirom A. Burnout in work organizations. In C.L. Cooper & I. Robertson (eds.), International review of industrial and organizational psychology. Chichester: John Wiley and Sons, 1989.- P. 25 - 48.
263. Siefert K., Jayaratne S., Chess W.A. Job satisfaction, burnout and turnover in health care social workers // Health and social work. 1991.-V. 16. -P. 193—202.
264. Soderfeldt M., Soderfeldt B., Wag L.E. Burnout in social work // Social Work, 1995.- V. 40 (5).- P. 638-646.
265. Spitzer W. J. Burke L. A critical-incident stress debriefing program for hospital based health care personnel // Health and Social Work, 1993.-V.18.- P.149-156.
266. Swanson V., Power K.G., Simpson R.J. Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors // J. of Occupational and Organizational Psychology, 1998.- V. 71 (3).- P. 237-260.
267. Tang C.S-K., Lau B.H-B. Gender role stress and burnout in Chinese human service professionals in Hong Kong // Anxiety, Stress and Coping: An International J, 1996.- V. 9 (3).- P. 217-227.
268. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job stress among military nurses // Military Medicine, 1997.- V. 162 (10).- P. 707-710.
269. Van Yperen N.W. Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy // J. of Occupational Psychology, 1998.- V. 71 (1).- P. 29-33.
270. Vealey R.S., Armstrong L., Comar W. Influence of perceived coaching behaviors on burnout and competitive anxiety in female college athletes // J. of Applied Sport Psychology, 1998.- V. 10 (2). -P. 297-318.
271. Verbeke W. Individual differences in emotional contagion of salespersons: Its effect on performance and burn-out // Psychology and Marketing, 1997.- V. 14 (6). -P.617-636.

272. Virginia S.G. Burnout and depression among Roman Catholic secular, religious, and monastic clergy // *Pastoral Psychology*, 1998.- V. 47 (1).- P. 49-67.
273. Vierick P. Burnout and work organization in hospital wards: A cross-validation study // *Work and Stress*, 1996.- V. 10 (3). -P. 257-265.
274. Von Emster G.R., Harrison A.A. Role ambiguity, spheres of control, burnout, and work-related attitudes of teleservice professionals // *J. of Social Behavior and Personality*, 1998.- V. 13 (2).- P. 375-385.
275. Winefield H.R., Anstey T.J. Job stress in general practice: practitioner age, sex and attitudes as predictors // *Family practice*, 1991.- V.8. -P. 140—144.
276. Weber A., Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? // *Occupational medicine*, 2000. – V. 50. - P.512-517.
277. Whiteman J.L., Young J.C., Fisher M.L. Teacher burnout and the perception of student behavior // *Education*, 1985.- V.105. -P. 299-305.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

## Условные обозначения личностных качеств.

№ п.п.	Условные обозначения	Название
1	A	теплота
2	B	интеллект
3	C	«сила я»
4	E	доминантность
5	F	импульсивность
6	G	групповая конформность
7	H	смелость
8	J	сензитивность
9	L	подозрительность
10	M	воображение
11	N	проницательность
12	O	склонность к чувству вины
13	Q1	радикализм
14	Q2	самоудовлетворенность
15	Q3	способность сдерживать тревожность
16	Q4	«свободно плавающая тревожность»

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

**Матрица интеркорреляционных связей личностных качеств  
выгоревших врачей**

	A	B	C	E	F	G	H	J	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
A																
B	107															
C	-016	045														
E	-191	160	175													
F	056	077	257**	131												
G	-216**	388***	235**	387***	273***											
H	002	-012	116	129	171	-292***										
J	-117	385***	051	473***	490***	581***	156									
Z	387***	431***	-170	-431***	018	-147	-201	-147								
M	-061	-132	047	-146	031	-066	184	-052	-176							
N	180	118	168	-012	384***	217**	-115	091	288***	035						
O	183	-140	003	-306***	-552***	-344***	152	-432***	047	-022	-394***					
Q1	118	-065	-102	-641***	-085	-530***	123	-559***	403***	127	-123	254**				
Q2	-232**	-132	091	293***	334***	242**	085	292***	-401***	268***	158	-191	-253**			
Q3	-102	-461***	-098	-045	074	-267***	-243**	-118	-066	018	-190	-089	-145	083		
Q4	-197	100	166	489***	-035	-023	333***	189	-293***	-028	-301***	086	-225**	132	091	

\* Нули и запятые опущены.

Условные обозначения: \*\* - уровень значимости  $p \leq 0,05$ ;

\*\*\* - уровень значимости  $p \leq 0,01$

**Матрица интеркорреляционных связей личностных качеств  
невыгоревших врачей**

	A	B	C	E	F	G	H	J	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
A																
B	-012															
C	-236**	096														
E	-413***	411***	254**													
F	229**	292***	156	114												
G	298***	265***	-045	182	484***											
H	-381***	172	145	352***	-177	018										
J	-081	489***	-030	529***	348***	493***	291***									
Z	280***	089	104	134	387***	513***	056	266***								
M	-043	093	148	084	554***	396***	-002	083	137							
N	131	261**	-022	155	140	139	-179	189	026	-015						
O	-038	-279***	013	-126	312***	165	151	145	510***	201	-042					
Q1	175	-213**	010	-551***	-019	-066	-240**	-325***	055	087	233**	285***				
Q2	-0,131	432***	261	508***	376***	356***	170	353***	268***	271***	251**	-034	-170			
Q3	256**	-283***	170	-330***	-036	-324***	-051	-485***	080	-136	204	245**	407***	-190		
Q4	-358***	-134	-011	217**	-496***	-211	325***	-116	-046	-238**	071	115	-247**	-272***	128	

\* Нули и запятые опущены.

Условные обозначения: \*\* - уровень значимости  $p \leq 0,05$ ;

\*\*\* - уровень значимости  $p \leq 0,01$

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3.****Условные обозначения индекса жизненного стиля.**

<b>№ п.п.</b>	<b>Условные обозначения</b>	<b>Название</b>
1	A	отрицание
2	B	вытеснение
3	C	регрессия
4	D	компенсация
5	E	проекция
6	F	замещение
7	G	интеллектуализация
8	H	реактивные образования

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4.**

**Матрица интеркорреляционных связей механизма психологической защиты  
выгоревших врачей**

	A	B	C	D	E	F	G	H
A								
B	317**							
C	035	204						
D	238**	165	623***					
E	027	-001	527***	460***				
F	-003	238**	630***	540***	483***			
G	314***	508***	353***	276***	409***	449***		
H	095	-019	172	360***	370***	174	104	

\* Нули и запятые опущены.

Условные обозначения: \*\* - уровень значимости  $p \leq 0,05$ ;

\*\*\* - уровень значимости  $p \leq 0,01$

**Матрица интеркорреляционных связей механизма психологической защиты  
невыгоревших врачей**

	A	B	C	D	E	F	G	H
A								
B	276**							
C	365***	441***						
D	351***	371***	546***					
E	256**	360***	510***	624***				
F	296**	340***	738***	674***	506***			
G	373***	364***	243**	274**	350***	216		
H	318***	252**	556***	488***	456***	596***	292**	

\* Нули и запятые опущены.

Условные обозначения: \*\* - уровень значимости  $p \leq 0,05$ ;

\*\*\* - уровень значимости  $p \leq 0,01$

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5.****Условные обозначения шкалы рабочей среды.**

<b>№ п.п.</b>	<b>Условные обозначения</b>	<b>Название</b>
1	ВКЛ	Включение
2	ПС	показатель сплоченности
3	ПР	поддержка руководства
4	А	Автономия
5	ОЗ	ориентация на задачу
6	РП	пресс работы
7	О	Определенность
8	К	Контроль
9	ИНН	Инновации
10	КОМ	физический комфорт

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6.

Матрица интеркорреляционных связей параметров рабочей среды  
невыгоревших врачей

	ВКЛ	ПС	ПР	А	ОЗ	РП	О	К	ИНН	КОМ
ВКЛ										
ПС	554***									
ПР	448***	461***								
А	146	233**	209							
ОЗ	383***	274**	563***	086						
РП	305***	222	-050	-089	391***					
ОКР	372***	148	465***	-052	756***	235**				
К	301***	330***	217	-127	566***	566***	560***			
ИНН	486***	505***	497***	261**	341***	080	396***	201		
КОМ	379***	369***	472***	178	236**	-146	194	-041	336***	

\* Нули и запятые опущены.

Условные обозначения: \*\* - уровень значимости  $p \leq 0,05$ ;

\*\*\* - уровень значимости  $p \leq 0,01$

Матрица интеркорреляционных связей параметров рабочей среды  
выгоревших врачей

	ВКЛ	ПС	ПР	А	ОЗ	РП	О	К	ИНН	КОМ
ВКЛ										
ПС	597***									
ПР	326***	381***								
А	361***	449***	544***							
ОЗ	614***	463***	348***	285**						
РП	169	-093	-108	-351***	472***					
ОКР	540***	601***	682***	678***	535***	-188				
К	048	037	-205	-494***	320***	655***	-114			
ИНН	430***	425***	433***	344***	523***	273**	413***	253**		
КОМ	070	031	121	-036	234**	262**	259**	511***	191	

\* Нули и запятые опущены.

Условные обозначения: \*\* - уровень значимости  $p \leq 0,05$ ;

\*\*\* - уровень значимости  $p \leq 0,01$