

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

С. Г. Буртылева

## ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СУБЪЕКТОВ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В статье рассматриваются проявления деструктивных эмоциональных изменений у работников образовательных и медицинских учреждений с различным стажем работы, влияние деструктивных состояний на формирование синдрома «эмоционального выгорания»

В исследовании содержания, структуры и динамики эмоциональных состояний особое внимание уделяется их деструктивным изменениям, разного рода расстройствам, причинам их возникновения, проявления и развития. Вместе с тем, большая часть деструкций и трансформаций связана со спецификой доминирующего состояния личности, не испытывающей (или пока не испытывающей) потребности в психокоррекционном воздействии. Изменения психических состояний далеко не всегда осознаются профессионалом как действительная причина неуспешной деятельности или поведения, конфликтного межличностного взаимодействия, психосоматических расстройств. Остаются недостаточно изученными социальные и социально-психологические причины динамики деструктивных состояний, потенции личности, позволяющие противостоять жизненным трудностям [4, 5].

Эффективная профилактика может быть обеспечена организацией научно обоснованной работы по формированию у субъектов профессиональной деятельности способности самостоятельно и осознанно выбирать конструктивный стиль взаимодействия, активно отрицая те способы поведения, которые вызывают неизбежный конфликт личности с микросоциумом.

Теоретико-методологическим основанием данного исследования явились идеи Б. Г. Ананьева, А. Н. Леонтьева, Б. Ф. Ломова, В. Н. Мясищева, В. Д. Петровского и зарубежных ученых о природе личности, потенциалах ее развития и устойчивости. Влияние среды на личность рассматривается нами в русле концепции отношений В. Н. Мясищева. Анализируя процесс социальной адаптации, В. Н. Мясищев отмечал, что у здорового человека при преодолении трудностей возникает напряжение, профессионалом соматически и психически пересматриваются личностные структуры, организм и личность мобилизуются, воз-

никает сложная динамика воздействия на окружение и приспособления к нему [3].

Признавая значение работ вышеназванных авторов, стоит отметить, что, несмотря на множество подходов к исследованию проблемы деструктивных эмоциональных состояний субъектов трудовой деятельности и работ по стабилизации психоэмоционального баланса специалистов различных областей профессиональной деятельности, проблема деструктивных изменений и их влияния на продуктивность деятельности в новых экономических условиях требует дальнейшего изучения.

Эмпирическую базу исследования составили материалы, посвященные изучению связей между возникновением деструктивных эмоциональных состояний и способами проявления. Исследовалось психическое состояние и личностные особенности работников сферы образования и медицины (349 чел. в возрасте от 23 до 59 лет, с различным уровнем образования, достаточно разнообразным профессиональным положением – от руководителей до молодых специалистов, стаж работы которых превышает два года).

Сравнение показателей нервно-психической устойчивости (НПУ) представителей двух сфер профессиональной деятельности позволяет отметить, что медицинские работники чаще и в большей степени испытывают стрессовые ситуации. В группе педагогов больше респондентов с высоким уровнем стрессоустойчивости, следовательно, у них меньше риск формирования профессиональной дезадаптации в условиях стресса, т. е. собственно педагогическая деятельность дозирована (урок – 45 мин.), тогда как оказание медицинской помощи невозможно завершить в строго ограниченный отрезок времени. Пока субъект остается адаптированным к профессиональной деятельности, нет оснований говорить об отклонении от так называемой нормы. Однако интенсивные переживания, ощущения напряжения и перенапряжения, вызываемые повышенной нагрузкой, дефицитом времени, коммуникативными помехами и барьерами, способствуют снижению уровня нервно-психической устойчивости специалиста сферы труда «человек–человек» [1]. При сравнении показателей НПУ субъектов разных сфер деятельности было установлено, что различия существенны между педагогами и медицинскими работниками, стаж работы которых менее 15 лет ( $t=2,265$  при  $p \leq 0,05$ ); 15 и более лет ( $t=3,471$  при  $p \leq 0,001$ ).

Изучение уровня НПУ среди работников образовательных и медицинских учреждений дает возможность определить, насколько специалист готов к работе в ситуации стресса, которая требует быстрой адекватной реакции, позволяющей добиться определенной эффективности в трудовой деятельности. Неспособность сохранить эмоциональный баланс при выполнении профессиональных действий, как правило, приводит к возникновению различных деструктивных изменений в личностной сфере, а также в межличностных отношениях.

45 % педагогов и 35 % медицинских работников, независимо от структуры профессиональной деятельности и места работы, отметили, что они умеют адекватно оценивать ситуацию. Наиболее тревожными

являются работники медицинских учреждений (высокий уровень присущ 35 %). Показатели по фактору «личностная тревожность» (ЛТ) выше в два раза и более у представителей обеих сфер профессиональной деятельности. Это проявляется в том, что специалист (педагог, акушер, медсестра, фельдшер, врач) беспокоится, нервничает даже тогда, когда нет реальной опасности. Подобный стереотип поведения соответствует принципу «лучше перестраховаться».

Работникам медицинских учреждений с повышенным уровнем личностной тревожности в большей степени, чем педагогам, присущи негативные изменения и по таким личностным характеристикам, как повышенная раздражительность, более низкий уровень стрессоустойчивости, выраженная интровертированность, свертывание межличностных контактов, желание выполнять определенные профессиональные действия молча, с наименьшим количеством взаимодействий. Для педагогов с различным стажем характерно увеличение процентного соотношения между уровнями личностной тревожности и стажем, тогда как уровневые показатели реактивной тревожности (РТ) практически равны, что подтверждено и математическими вычислениями. Для группы медицинских работников, стаж которых превышает 15 лет, характерно резкое увеличение количества высокотревожных специалистов. Различия между группами статистически значимы на уровне 0,1 % [4, с. 153].

Высокий уровень проявления депрессивности как психического состояния выявлен у 45 % педагогов и 58 % медицинских работников. Прослеживается тенденция: чем больше работает специалист в данной области, тем выше вероятность возникновения депрессивного состояния. Данное соотношение обусловлено неспособностью справиться со стрессогенными факторами самой профессии, нагрузками (по последним данным Министерства образования, некоторые педагоги имеют нагрузку 42 час. и более в неделю), несравненно большим объемом документации, которую необходимо вести параллельно с собственно профессиональной деятельностью. Срочные побочные дела, накладывающиеся друг на друга, способствуют формированию негативного эмоционального фона, который может вызывать комплекс неполноценности, служить причиной появления отвращения к профессии, к жизни [2].

Педагоги с преобладанием женского типа поведения более раздражительны ( $t = 4,11$  при  $p \leq 0,001$ ), агрессивны ( $t = 4,7$  при  $p \leq 0,001$ ), возбудимы ( $t = 5,14$  при  $p > 0,001$ ), испытывают потребность в увеличении формализованных контактов с окружающими ( $t = 4,72$  при  $p \leq 0,001$ ). Они чаще переживают состояние депрессии ( $t = 3,15$  при  $p \leq 0,001$ ), следствием которого может быть свертывание содержательных контактов с партнерами по общению ( $t = 5,33$  при  $p \leq 0,001$ ). Для медицинских работников, использующих разные стереотипы поведения, различия существенны по следующим факторам: нервно-психическая устойчивость (на уровне 5 %); депрессивность (0,01 %); интровертированность (0,01 %). Выявлены также положительные корреляционные связи между тремя параметрами (уровнями): реактивной тревожностью, нервозностью и агрессивностью специалиста; реак-

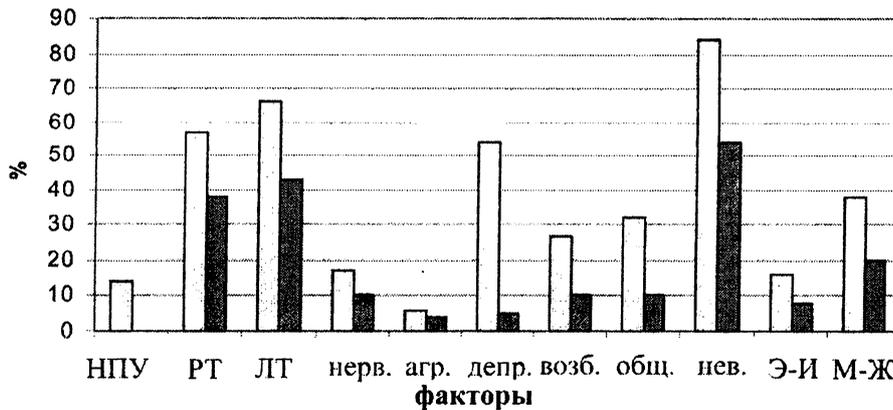
тивной тревожностью, нервозностью и стилем поведения; нервозностью, агрессивностью и стилем поведения.

У специалистов обеих сфер деятельности со сформированной второй фазой синдрома «эмоционального выгорания» выявлены высокий уровень личностной тревожности, депрессивности, потребности в успешности профессиональной деятельности, сформированность третьей фазы синдрома и его компонентов. 40 % и более респондентов со сформированной фазой «резистенция» имеют высокий уровень реактивной тревожности, общительности, напряжения, медицинские работники – еще и низкий уровень стрессоустойчивости. 1/3 респондентов отмечают у себя высокую возбудимость, интровертированность. Различия между педагогами и медработниками со сформированной фазой «резистенция» значимы на уровне 0,1 % по факторам: НПУ – 3,92; РТ – 3,48; ЛТ – 4,96; агрессивность – 7,75; на уровне 1 % по фактору «возбудимость» – 3,29.

Анализ корреляционных связей показал, что в группе педагогов связи между симптомами второй фазы более значимые, нежели в группе медработников. На формирование фазы «резистенция» у педагогов оказывают влияние уровень личностной тревожности и агрессивности. У медработников такими факторами являются низкий уровень стрессоустойчивости, реактивная и личностная тревожность. Если для педагогов характерна прямая зависимость между увеличением стажа и количеством специалистов со сформированной фазой «резистенция», то для медицинских работников показательна обратная.

Среди педагогов, стаж которых менее 15 лет, только 7 % имеют сформированную третью фазу синдрома «эмоционального выгорания», со стажем более 15 лет – 33 %. Для медиков характерно несколько иное формирование фазы «истощение». В подгруппе медработников со стажем до 15 лет этот показатель составил 41 %, 15 и более лет – 30 %. Следовательно, специалисты, работающие в медицинских учреждениях, в большей степени подвержены возникновению и развитию синдрома «эмоционального выгорания». У 86 % медсестер со сформированной фазой «истощение» выражен симптом «личностная отстраненность (деперсонализация)», что связано с возникновением равнодушного, негативного, циничного отношения к пациентам, которое проявляется в желании свести личные контакты с больными к минимуму. В их поведении все чаще наблюдается резкость, раздражительность, грубость.

Из этого следует, что наличие и степень формирования и проявления двух-трех фаз синдрома «эмоционального выгорания» одновременно зависит от того, какие функциональные обязанности выполняет профессионал, от степени включенности в межличностные отношения с больными, обучающимися, родителями, коллегами, от организации и режима рабочего времени. Выявлена следующая закономерность: чем больше стаж, тем у большего количества педагогов и медработников сформированы фазы синдрома «эмоционального выгорания». С увеличением стажа наблюдается рост числа специалистов со сформированной фазой «истощение» как среди педагогов, так и медицинских работников. Поскольку с возрастом биологические и



**Рис. 1. Показатели эмоциональных состояний группы педагогов до и после коррекционно-профилактических мероприятий**

■ – до коррекционных мероприятий

■ – после проведения коррекционных мероприятий

НПУ – нервно-психическая устойчивость, РТ – реактивная тревожность, ЛТ – личностная тревожность, нерв. – нервозность, агр – агрессивность, депр – депрессивность, возб – возбудимость, общ – общительность, нев. – невозмутимость, Э-И – интровертированность, М-Ж – мужественность, женственность.

адаптационные возможности человека снижаются, то для профилактики «выгорания» необходимо создавать определенные организационные условия на рабочем месте, способствующие сохранению и развитию личностных адаптационных способностей, особенно по мере увеличения возраста и стажа [2].

По окончании коррекционно-профилактической работы было проведено повторное психодиагностическое исследование. Показатели очень низкого уровня стрессоустойчивости изменились в сторону увеличения, следовательно, педагогам в большей степени стало удаваться контролировать свое эмоциональное состояние, адекватно реагировать на ситуации, связанные с выполнением определенных видов профессиональной деятельности. Резко снизился показатель по факторам депрессивности, общительности (рис. 1).

Однако увеличилось количество педагогов со средним уровнем по данным факторам, но их показатели можно отнести к верхней границе так называемой нормы. Нельзя утверждать, что результаты будут довольно стабильными, так как показатели, как правило, находятся на стыке двух уровней. Любая внештатная ситуация может спровоцировать возобновление определенных стереотипов поведенческих и эмоциональных реакций. Наибольшие изменения произошли в показателях сформированности синдрома «эмоционального выгорания» второй фазы – «резистенции».

Существенные различия на уровне 0,1 % выявлены по факторам личностной тревожности, депрессивности, возбудимости, об-

щительности, невозмутимости; различия на уровне 1 % – по фактору агрессивности. Значит, мероприятия, проведенные на базе ОУ, способствовали кардинальным изменениям личностных аспектов профессионалов.

Для группы медицинских работников характерны менее значимые изменения по факторам НПУ, нервозности, агрессивности, депрессивности, общительности. Наблюдается снижение показателей высокого уровня по второй фазе синдрома «эмоционального выгорания». Но уровень достоверности различий между двумя замерами, указывающий на эффективность коррекционно-профилактических мероприятий, установлен только по пяти параметрам: личностной тревожности, нервозности, агрессивности, возбудимости и общительности. Как и в группе педагогов, изменения на уровне значимости, равной 1% ( $t=3,258$ ), выявлены по фазе «резистенция» (рис. 2).

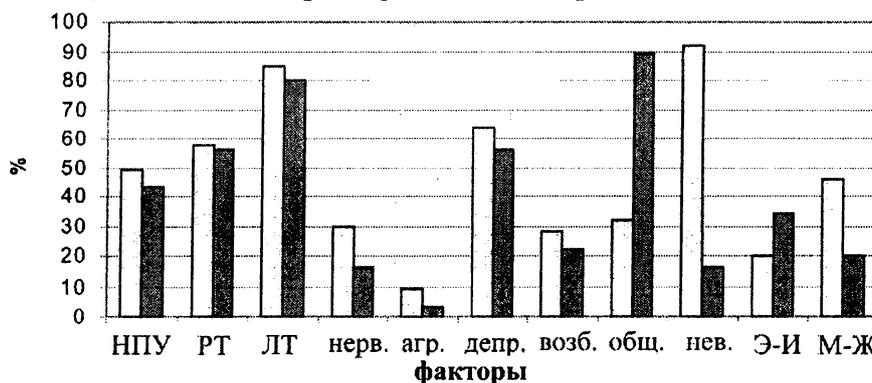


Рис. 2. Показатели эмоциональных состояний группы медработников до и после коррекционных мероприятий

- – до коррекционных мероприятий
- – после проведения коррекционных мероприятий

НПУ – нервно-психическая устойчивость, РТ – реактивная тревожность, ЛТ – личностная тревожность, нерв. – нервозность, агр – агрессивность, депр – депрессивность, возб – возбудимость, общ – общительность, нев. – невозмутимость, Э-И – интровертированность, М-Ж – мужественность, женственность.

Корреляционные связи в триаде «депрессивность – интровертированность – ведущий стиль поведения» наиболее значимы как до проведения коррекционных мероприятий, так и после. Однако депрессивное состояние для данной группы не является ведущим фактором.

При сравнении результатов медицинских работников, полученных до и после проведенной коррекционно-профилактической работы, было установлено, что при втором обследовании обозначились сильные положительные корреляционные связи между НПУ и интровертированностью; НПУ и ведущей стратегией поведения; интровертированностью и ведущей стратегией поведения.

**Выводы:**

1. Проведенное исследование позволило изучить различные психоэмоциональные состояния субъектов труда, их деформации в зависимости от стажа, основного вида производственной деятельности.

2. Проблемы эмоционального характера субъектов трудовой деятельности требуют дальнейшей разработки определенных мероприятий по изменению деструктивных состояний, включения интерактивных способов работы со специалистами в области образования и медицины по преодолению затруднений в межличностных контактах с учетом специфики профессиональной деятельности.

3. Экспериментально доказано существование связи между деструктивными эмоциональными состояниями и синдромом «эмоционального выгорания», а также установлена зависимость формирования и проявления деструктивных эмоциональных состояний, синдрома «эмоционального выгорания» от выполняемых профессиональных обязанностей и стажа.

4. Создание системы регуляции и саморегуляции состояний является сложной актуальной психологической проблемой. Ее решение посредством коррекционно-профилактической работы дает возможность предупредить возникновение отрицательного состояния и установить закономерности, позволяющие понять систему работы над выработкой конструктивных способов реагирования в определенных ситуациях, связанных с выполнением трудовой деятельности.

**Литература**

1. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб., 1999. – 473 с.
2. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
3. Зеер Э. Ф. Психология профессии: Учеб. пособие, 4-е изд., перераб. и доп. – Екатеринбург, 2007. – 360 с.
4. Куликов Л. В. Психические состояния: Учеб. пособие. – СПб., 1998. – 213 с.
5. Психические состояния: Хрестоматия / Сост. Л. В. Куликов. – СПб.: Питер, 2000. – С. 590.

Л. В. Смирнова

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ  
ПРОФИЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ НА СТАРШЕЙ СТУПЕНИ ШКОЛЫ**

В данной статье рассматриваются психолого-педагогические проблемы профильной дифференциации, обосновывается целесообразность ее реализации в старших классах средней школы.