

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

Кафедра «Теоретическая и прикладная психология»

37.03.01 «Психология»

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: **«Взаимосвязь уровня тревожности и эмоционального
выгорания медицинских работников»**

Студент(ка) В.П. Занкович _____
(И.О. Фамилия) (личная подпись)

Научный к.псих.н., доцент Чапала Т.В. _____
руководитель (И.О. Фамилия) (личная подпись)

Допустить к защите
Заведующий кафедрой к.псих.н., доцент Е.А. Денисова _____
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия) (личная подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

Тольятти, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ	
1.1 Обзор основных концепций эмоционального выгорания медицинских работников в зарубежной психологии.....	7
1.2 Основные теоретико-методологические подходы к исследованию эмоционального выгорания личности медицинских работников в отечественной психологии	13
Выводы по первой главе	19
ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ	
2.1. Исследование тревожности в трудах зарубежных исследователей.....	21
2.2. Исследование тревожности в трудах отечественных исследователей.....	24
Выводы по второй главе	29
ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
3.1 Организация и методы исследования.....	31
3.2 Результаты исследования	32
3.3 Анализ, интерпретация эмпирических данных.....	42
Выводы по третьей главе	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	47
БИБЛИОГРАФИЯ	49

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Результаты многолетних исследований в области психологии труда, социальной психологии, психологии профессионального здоровья, психологии развития (А.С. Шафранова, Л.В. Куликов, А.К. Маркова, А. Адлер, Дж. Холланд, Е.А. Климов, В.А. Бодров, Д.Г. Трунов и др.) показывают, что труд, с одной стороны, способствует личностному развитию работника, с другой может оказывать разрушающее воздействие на него, вследствие профессиональных стрессов. Взаимовлияние профессии и личности признается большинством зарубежных и отечественных исследователей. Поэтому одной из задач сохранения здоровья и работоспособности специалиста является выявление и смягчение негативных последствий взаимодействия человека и профессии.

Одним из таких последствий, по мнению ряда ученых, является синдром «эмоционального выгорания». Исследования этого феномена проводились сначала с описательной позиции, как определение симптоматики выделенного в отдельный вид расстройства или дезадаптации. В дальнейшем подробнее разрабатывались вопросы причин возникновения, профессиональной принадлежности лиц подверженных этому расстройству, взаимосвязи отдельных симптомов и их веса в целом явлении. Далее разрабатывались вопросы коррекции и профилактики исследуемого явления. (Х.Дж. Фрейденбергер, К. Маслач, Е. Махер, К. Кондо, А.К. Маркова, К. Веселова, Н.Е. Водопьянова, В.Е. Орел и др.). Специалисты сферы «человек-человек» заслуживают особого внимания потому, что составляют «группу риска» в формировании синдрома «эмоционального выгорания». Было установлено, что работа врачей, работников социальных служб, милиции, образования и воспитания и т.д., то есть специалистов сферы «человек-человек», связана с большими нервно-психическими нагрузками. (М.А. Березин, Л.И. Вассерман, И.А. Мотовилина, В.Т. Лободин, Г.В. Лавренова, С.В. Лободина и др.). Здесь играют роль как физиологические факторы

(повышенная нагрузка на зрительный и слуховой анализаторы, на речевой аппарат и т.д.), так и психологические (отсутствие свободы выбирать объект работы, постоянная необходимость «держать себя в форме», не расслабляться, быть внимательным; частое переключение внимания; большое количество контактов, межличностные конфликты и т.д.). Особенно это касается тех специалистов, которые вынуждены общаться с людьми, находящимися в сложной жизненной ситуации.

В настоящее время среди исследований, посвященных проблеме выгорания специалистов сферы «человек - человек» важное место занимают работы, касающиеся труда врачей и медицинских работников. Медицина является той сферой деятельности, где присутствуют негативные эмоциональные состояния, вызванные многими факторами, в том числе чрезмерными рабочими нагрузками, неадекватными межличностными отношениями, высоким уровнем ответственности специалиста за свои действия и др.

Синдром выгорания, по мнению Р. Кочюнас – это сложный, психофизиологический феномен, который вызывается длительными эмоциональными перегрузками и характеризуется эмоциональным истощением, умственным и физическим. [41].

По мнению В.В. Бойко, эмоциональным выгоранием является механизм психологической защиты, который вырабатывает личность и выражается в исключении эмоций из межличностного общения профессионала. Чаще всего это исключение эмоций является следствием психотравмирующих воздействий. Автор различает профессиональное выгорание от различных форм эмоциональной ригидности, которые определяются индивидуально-личностными особенностями личности [12].

Синдром эмоционального выгорания рассматривается Т.В. Форманюк, как вид профессионального заболевания лиц, причем специфический вид, именно у учителей, психологов, психиатров и т. п. [76].

Наиболее полно психологами изучены внешние факторы выгорания, обусловленные организационным контекстом, в котором протекает деятельность медика. Вместе с тем открытым остается вопрос о влиянии личностных факторов на эмоциональное выгорание специалиста.

Нами было разработано и проведено эмпирическое исследование с целью изучения влияния тревожности на уровень эмоционального выгорания у медицинских работников.

Объект исследования: эмоциональное выгорание.

Предмет исследования: особенности взаимосвязи уровня тревожности и эмоционального выгорания медицинских работников.

Цель исследования: выявить особенности взаимосвязи уровня тревожности и эмоционального выгорания медицинских работников.

Гипотеза исследования: Индивидуальные особенности уровня тревожности оказывает влияние на особенности эмоционального выгорания медицинских работников.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературу по проблеме эмоционального выгорания и тревожности личности.

2. Выявить уровни тревожности и уровни эмоционального выгорания у медицинских работников.

3. Охарактеризовать взаимосвязь тревожности и эмоционального выгорания медицинских работников.

Методы исследования:

1) Теоретический метод – сравнительно-сопоставительный анализ психологической и педагогической литературы по проблеме исследования.

2) Диагностические методы - Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко; шкала оценки реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

3) Математические методы обработки результатов.

- Корреляционный анализ (метод корреляции Спирмена). Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью программы SPSS для Microsoft Windows (версия 17.0).

Теоретико-методологической основой работы являются: философские и социологические исследования тревожности (Дж. Тейлора, Ф. Перлз, А. М. Прихожан [62], Р.С. Немова [55], Г.Г. Аракелов [5], А.К. Дусавицкий, Б.И. Кочубей, И. В. Имедадзе [35] и др.); а также труды отечественных и зарубежных исследователей по проблеме эмоционального выгорания: (Н.Е. Водопьянова [19], [20], К. Маслач [51], В.Е. Орел [58], Т.И. Рогинская [64], В.В. Бойко [12], [13] и др.) и концепция общего адаптационного синдрома Г. Селье. Работа опирается на принципы детерминизма, системности, комплексного подхода к рассматриваемой проблеме (Б.Г. Ананьев [3], А.А. Бодалев [10], Л.С. Выготский [21], Б.Ф. Ломов [45], С.Л. Рубинштейн).

Эмпирической базой исследования является ГАУЗ «Альметьевская станция скорой медицинской помощи» г. Альметьевска. В исследовании приняли участие 40 человек – врачи и средний медицинский персонал скорой помощи.

Практическая значимость исследования: Результаты теоретического исследования могут быть использованы при разработке программ специальных курсов по общей психологии, психологии личности, социальной психологии.

Данные, полученные в ходе эмпирического исследования, могут быть рекомендованы к использованию в практической деятельности психологической службы системы здравоохранения: в диагностической, консультационной, коррекционной практике по оптимизации тревожности и с целью профилактики эмоционального выгорания медицинских работников.

ГЛАВА 1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

1.1. Обзор основных концепций эмоционального выгорания в зарубежной психологии

Проблема «выгорания» специалистов сферы «человек-человек» зарубежных исследователей занимается на протяжении последних тридцати лет. Исследования ведутся в психиатрическом и социально-психологическом направлениях. Психиатрическое направление особое внимание уделяет симптомам выгорания и сущности психического здоровья. Так, Х. Дж. Фрейденбергер - представитель психиатрического (или клинического) направления – ввел в 1974 году понятие «staff burnout» (выгорание, сгорание, затухание горения), который ранее использовался для обозначения эффекта хронической зависимости от наркотиков. Предметом его изучения являлись характеристики психологического состояния здоровых людей, которые находятся в тесном общении и взаимодействии с другими людьми – клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере психиатрического оказания профессиональной помощи. Х.Дж. Фрейденбергер определял синдром выгорания как «истощение энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей» [78]. Изучение данного феномена носило скорее описательный характер, ограниченный рамками социальной проблемы.

Второй подход - социально-психологический, в рамках которой К. Маслач и его коллеги (С. Джексон, А. Пинс) разработали концепцию «выгорания» как трехсимптомного комплекса [51]. Они говорят о том, что профессионалы, реализующиеся в сфере образовательных и медицинских учреждениях, по условиям профессии вынуждены проводить большое количество времени во взаимодействии с другими людьми. Погруженные в общение с десятками пациентов, клиентов и учеников, они испытывают сильнейшее эмоциональное напряжение и нередко (неожиданно для себя) замечают, что на смену сочувствию и сопереживанию приходят апатия,

раздражение и ощущение бессмысленности собственных усилий. К. Маслач, подчеркивала, что эмоциональное выгорание — это эмоциональное истощение, которое возникает на фоне стрессов, вызванных межличностным общением. Потеря интереса, творческого потенциала, скука скорее является следствием данного синдрома. Разработанная К. Маслач модель выгорания послужила основой для проведения дальнейших исследований данного феномена [51].

Исследования многих зарубежных авторов подтверждают происхождение выгорания из профессиональных стрессов (Poulin и Walter, 1993; Rowe, 1998; Lawlor, 1997). «Профессиональный стресс - это многомерный феномен, который выражается в физиологических и психологических реакциях на сложную рабочую ситуацию». Согласно взглядам многих исследователей, профессиональный стресс является результатом дисгармонии между внутренними ресурсами профессионала и требованиями внешней среды, воплощенными в особенностях конкретной трудовой ситуации. Исследование 3400 работающих, проведенное *Families and Work Institut* (1997) показало, 40% респондентов сообщили, что работу они воспринимают как «очень или чрезвычайно стрессовой», а 25% опрошенных рассматривают её как основной стрессовый фактор.

В соответствии с представлениями Ганса Селье (Selye, 1976) стресс понимается как физиологический синдром и неспецифическая реакция организма на предъявленное ему требование [65].

Синдром биологического стресса, выделенный Г. Селье характеризуется относительной независимостью от вызвавших его факторов (стрессоров). На рисунке 1 изображены три фазы стресса.

I фаза— реакция тревоги. Организм меняет свои характеристики как показано на (рис.1) Во время первоначальной тревожной реакции на стресс сопротивляемость организма падает ниже обычной. Затем она повышается по мере того, как ресурсы тела мобилизуются на *II фазе* - сопротивления. Уровень сопротивления поднимается значительно выше обычного. В

конечном итоге сопротивление падает, когда наступает *III фаза*–истощения. После длительного действия стрессора энергия исчерпана, физиологическая и психологическая защиты оказываются сломленными, человек не имеет больше возможности защищаться, т.е. происходит снижение адаптивных возможностей (сопротивления), нарастает риск нарушений здоровья и заболеваний [65].

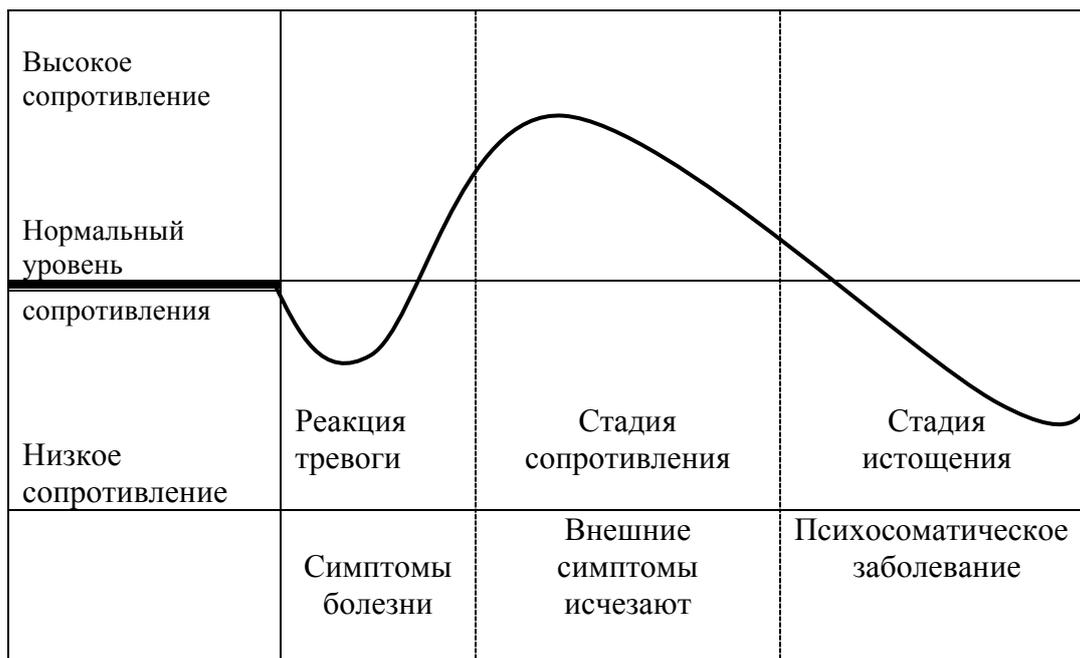


Рисунок 1. Фазы развития стресса

Исследования Г. Селье показали, что определённая степень стресса может быть даже полезной, т. к. играет мобилизирующую роль и способствует приспособлению человека к изменяющимся условиям. Но если стресс очень силен и продолжается слишком долго, то он перегружает адаптационные возможности человека и приводит к психологическим и физиологическим «поломкам» в организме.

Психический стресс, вызываемый отношениями между людьми, регулируется похожим механизмом. Г. Селье отмечает, «что в какой-то момент возникает столкновение интересов - стрессор; затем появляются сбалансированные импульсы – приказы сопротивляться или терпеть. В зависимости от наших реакций решение оказать сопротивление может

привести к выигрышу или проигрышу». Однако, как считают современные исследователи, психологический стресс «опосредуется через сложные психические процессы» и отмечают, что «чувствительные и эмоциональные люди раньше замечают симптомы стресса, поэтому большее значение имеет индивидуальный тип реагирования на стрессогенные ситуации». Субъективное отношение к стимулу, зависящее от индивидуального опыта, личностных особенностей, характера когнитивных процессов и психического состояния, является важным психологическим механизмом и определяет индивидуальную значимость стрессора. Это обстоятельство «исключает возможность устанавливать непосредственную зависимость психического стресса от характеристик среды. При невротических состояниях и личностных декомпенсациях, обусловленных психическим стрессом, роль предшествовавшего опыта и особенностей личности, которые определяют индивидуальную уязвимость наиболее выражены» [65].

В настоящее время нет единого взгляда на причины, механизмы возникновения, структуру и динамику синдрома выгорания. Рассматриваются два подхода в определении выгорания: *результативный* и *процессуальный*.

Однофакторная модель эмоционального выгорания. (Пайнс, Аронсон). В данной модели выгорание обусловлено длительным пребыванием личности в эмоционально перегруженных ситуациях и характеризуется сильным физическим, эмоциональным и когнитивным истощением. Главным фактором (причиной) его возникновения считается истощение, а другие проявления дисгармонии переживаний и поведения считают следствием.

Двухфакторная модель эмоционального выгорания (Д. Дирендонк, В. Шауфели, Х. Сиксма). В данной модели синдром выгорания рассматривается как двумерная конструкция, первым компонентом которой является эмоциональное истощение, вторым – деперсонализация. Эмоциональное истощение проявляется в ухудшении здоровья, физического

самочувствия, нервном напряжении. Изменение отношений профессионала к себе, пациентам, коллегам связано со вторым компонентом – деперсонализацией.

Больше всего распространена **трёхфакторная модель** американских исследователей К. Маслач и С. Джексона, которые понимают выгорание как реакцию на «длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающая в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений» [51].

Эмоциональное истощение выражается в ощущении усталости, опустошенности, постоянного эмоционального перенапряжения. Эмоциональные ресурсы профессионала заканчиваются и он становится неспособным давать адекватную эмоциональную реакцию на ежедневные стрессовые и не стрессовые ситуации профессионального общения и взаимодействия с коллегами, пациентами на психологическом уровне.

Деперсонализация характеризуется негативным, бездушным, циничным отношением ко всем субъектам профессиональной деятельности. Отличительными особенностями деперсонализации выступают: повышенная конфликтность в ситуациях межличностного общения, формальность и обезличенность социальных контактов.

Редукция персональных достижений проявляется в тенденции к негативной оценке себя, своих поступков, профессиональных достоинств, результатов профессиональной деятельности, в сознательном или неосознаваемом ограничении своих обязанностей по отношению к другим.

Процессуальные модели понимают данное явление как процесс, который развивается во времени и имеет определенные стадии. Эти модели рассматривают динамику развития выгорания как процесс увеличения эмоционального истощения. Специалист, таким образом, формирует эмоционально дистантные отношения. Одновременно развивается редукция профессиональных достижений в виде негативной установки к собственным

достижениям в профессии. Среди представителей процессуальных моделей можно отметить динамическую модель Б. Перлман и Е.А. Хартман [58].

Данная модель рассматривает эмоциональное выгорание как четыре стадии стресса: 1) *первая фаза* - напряженность, которая связана с дополнительными усилиями по адаптации к ситуационным рабочим требованиям; 2) *вторая фаза* - сильные ощущения и переживания стресса; 3) *третья стадия* – это индивидуальные проявления физиологических, аффективно-когнитивных и поведенческих реакций; 4. *четвертая стадия* выражается в переживании хронического психологического стресса.

Нам представляется интересным подход К. Маслач и М. Лейтер, о взаимодействии личностных и ситуационных факторов в возникновении выгорания [51]. По мнению авторов, эмоциональное выгорание является результатом несоответствия между личностью и работой. Авторы предлагают шесть сфер такого несоответствия:

1. Выгорание приводит к ухудшению качества работы и разрыву взаимоотношений с коллегами, когда возникает несоответствие между требованиями, предъявляемыми к работнику и его внутренними ресурсами.

2. Возникновение чувства бесполезности своей деятельности, отсутствие ощущения ответственности за неё связывается с несоответствием между стремлением специалистов иметь большую степень самостоятельности в своей профессиональной деятельности, самостоятельно определять способы достижения тех результатов, за которые они несут ответственность, и жесткой политикой администрации в организации рабочей активности и контролем за ней.

3. Переживание работником непризнания своего труда в связи с отсутствием вознаграждения.

4. Потеря чувства положительного взаимодействия с другими людьми в рабочей среде. Постоянные и нерешаемые конфликты между людьми продуцируют чувство неудовлетворённости, враждебности и уменьшают вероятность социальной поддержки.

5. Возникновение чувства отсутствия справедливости на работе. Справедливость обеспечивает признание и закрепление самооценки работника.

6. Несоответствие между этическими принципами личности и требованиями работы.

1.2. Основные теоретико-методологические подходы к исследованию эмоционального выгорания личности в отечественной психологии

Интерес к исследованию феномена эмоционального выгорания в отечественной психологии появился благодаря работам, посвященным изучению стресса, в том числе вызванного особенностями профессиональной деятельности. Не смотря на то, что термин «выгорание» не использовался, его сущность, и понимание были определены довольно ясно. В проведенном еще в 20-х гг. исследовании по охране труда, выполненном группой А.С. Шафрановой, впервые довольно детально изучалась динамика работоспособности специалистов сферы «человек-человек» и подтвердилось существование «скрытых факторов» индивидуальности, которые предрасполагают или препятствуют развитию психической усталости у работающих специалистов (на примере педагогических работников). Эта группа исследователей попыталась выявить некий общий фактор, который определяет «трудность и вредность» деятельности педагогов и выделила условия, способствующие профессиональной дезадаптации учителей и механизмы, по которым данные процессы происходят. Позже, на основании проведенных исследований, Л.С. Шафранова сформулировала характеристики труда, описывающие специфику деятельности всех профессий типа «человек-человек», («профессий высшего типа» по классификации Л.С. Шафрановой), которые вызывают выгорание занятых в них специалистов. Среди них:

1) ощущение новизны, которое постоянно сопровождает рабочие ситуации в данных профессиях;

3) необходимость постоянного саморазвития;

4) межличностные контакты в профессиональной деятельности эмоционально насыщены, причем они могут не быть постоянно очень высокими, но могут иметь хронический характер, что является более патогенным.

5) гиперответственность за подопечных;

6) постоянное включение в деятельность волевых процессов [19].

Однако исследования отечественных психологов были далеко не первыми, где ставился вопрос об актуальности данной проблемы. Так, Антон Павлович Чехов, еще в конце XIX века блестяще описал синдром выгорания у врачей в рассказах «Ионыч» и «Палата №6». Чехов, сумел точно нарисовать картину расстройства, которое спустя почти 80 лет в научных терминах воспроизвели зарубежные психологи и психиатры.

Возвращение к проблеме эмоционального выгорания работников (как следствие непереносимости эмоционального перенапряжения) произошло в области психологии труда и связано с опубликованными исследованиями, проведенными английскими психологами, которые описали так называемый синдром эмоционального «сгорания», который преимущественно возникает у профессионалов, работающих с людьми в сфере «человек-человек». Это учителя, психологи, психиатры, священники и т.д.

В отечественной психологии изучение синдрома эмоционального выгорания возобновляется в конце 90-х годов и эти исследования имели преимущественно узко эмпирическую направленность - Н.Е. Водопьянова [19], Н.В. Гришина [44], В.Е. Орёл [58], А.А. Рукавишников, Т.В. Форманюк [76], В.В.Бойко [12] и др.

В отечественной психологии на сегодня существует ряд дефиниций, отражающих синдром выгорания и связанные с ним аспекты. Существует два

основных научных подхода к изучению, синдрома эмоционального выгорания:

1) *С позиций экзистенциального анализа.* Н.В. Гришина рассматривают выгорание как следствие искажения ценностно – смысловой сферы личности, приводящей к предельному экзистенциальному состоянию. Выгорание – это «следствие болезненного разочарования в работе как способе обретения смысла, проявляющееся в различных сферах бытия человека», т.е. выгорание – это отсутствие способности пережить крушение цели, зашедший в тупик поиск смысла жизни. Когда, по выражению Ф. Сторли «человеческий дух истощается в борьбе против обстоятельств, которые трудно изменить» [46].

«Синдром сгорания подстерегает нас, когда из нашей жизни уходит смысл, но мы не можем или не хотим остановиться и признать это. Синдром сгорания подталкивает нас к той, пока незнакомой жизни, которую мы всей душой стремимся обнаружить». Поэтому сгорание как предельное состояние несет и положительный аспект – возможность перемен, возможность восстановления.

2) *С позиции стресса.* Выгорание – «ответная реакция на длительные рабочие стрессы межличностного общения» В.Е. Орел рассматривает выгорание «как профессиональный феномен, представляющий собой состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся, прежде всего, в профессиях социальной сферы» [58].

Рассуждая о том, какие факторы оказывают влияние на развитие синдрома выгорания В.В. Бойко выделяет два блока: во-первых, особенности самой профессиональной деятельности, во-вторых, индивидуально-личностные особенности самих профессионалов. Данные факторы называют ещё *личностными и организационными* [58],[12], [13]. Некоторые авторы в качестве фактора еще выделяют содержательные аспекты самой деятельности [76].

К внешним факторам, провоцирующим «выгорание» В.В. Бойко относит длительную эмоционально напряженную профессиональную деятельность; проблемы и трудности организационного характера в ежедневных профессиональных обязанностях; высокий уровень ответственности; эмоционально и психологически трудные все субъекты профессионального общения.

Внутренние факторы, способствующие развитию эмоционального выгорания - эмоциональная ригидность; повышенная ответственность, трудоголизм; нравственная дезориентация личности [12].

Ряд учёных в ходе исследования феномена эмоционального выгорания пришли к выводу, что индивидуально-психологические особенности влияют сильнее на развитие выгорания, чем организационные или даже демографические (В.Е. Орел, Н.В. Самоукина, М.Ю. Горохова, Е.С. Романова, Э.Э. Сыманюк, и др.).

Анализ исследований по проблеме эмоционального выгорания позволяет говорить о том, что в отечественной психологии существуют различные подходы к проблеме эмоционального выгорания, динамики и механизмов его возникновения. В нашей работе мы придерживаемся концепции возникновения и проявления синдрома эмоционального выгорания В.В. Бойко, автора соответствующей методики [12]. Выводы об уровне эмоционального выгорания составляется в зависимости от сформированности или не сформированности 3 фаз, выделенных автором методики - «Тревожное напряжение», «Резистенция», «Истощение».

Таким образом, осуществляя профессиональную деятельность в условиях часто возникающих конфликтов и эмоционального напряжения, специалисты сферы «человек-человек» включаются в группу риска развития невротических расстройств, психосоматических заболеваний, а также деформаций личности (невротических и патологических развитий). Собственное психическое здоровье и психологическое благополучие

являются необходимыми профессионально важными качествами специалистов, работающих с людьми [12].

Анализируя особенности профессиональной деятельности медицинских работников и их подверженность к выгоранию, мы можем говорить о том, что их «сгорание» обусловлено специфическими особенностями, так называемых помогающих профессий. Эмпирическое исследование проведено на выборке врачей и медицинских сестер скорой помощи, а спецификой их работы является большое количество эмоционально насыщенных контактов, когнитивно сложных межличностных отношений, что требует от профессионала ежедневного усиленного субъективного вклада в профессиональные дела.

Профессиональная среда врачей скорой помощи подразумевает высокий уровень эмоциональной вовлеченности, которая вызывает, как правило, состояние стресса. Эмоции, в основном, разнонаправлены, то есть в течение короткого периода времени профессионал может испытывать чувство удовлетворения от успехов в лечении, от уважения и одобрения коллег и пациентов, и, в то же время, чувство разочарования от возможных профессиональных ошибок и трудностей.

В тоже время, у деятельности медицинского персонала, работающего в бригадах скорой помощи, имеется своя специфика. Факт частого столкновения врача-фельдшера со смертью способствует углублению выгорания профессионала. Смерть, в свою очередь, выступает в трех формах: реальная – смерть в машине скорой помощи, потенциальная – зависимость здоровья и жизни пациента от деятельности врача, и фантомная смерть – страх и тревога хронических больных, общение с родственниками тяжелобольных и т.п.

С уверенностью можно говорить о том, что только эмоционально зрелая личность может решать эти задачи продуктивно и справляться с подобными трудностями.

Ниже приводится теоретический анализ особенностей профессиональной деятельности и индивидуальных особенностей лиц, выбирающих данную специальность.

- Содержание деятельности врачей скорой помощи заключается в том, что надо постоянно входить и находиться в состоянии пациента (эмпатия).

- Динамичный график работы, большое количество пациентов, вызовов, нестабильный график работы.

- Работа «на износ» очень высокий уровень ответственности и постоянный тщательный самоконтроль. Постоянная эмоциональная сдержанность приводит к повышенному уровню тревожности, депрессии, эмоциональному опустошению.

- Постоянная профессиональная деятельность с трансцендентно трудными ситуациями – тяжело больные и умирающие.

В качестве психологических особенностей самих профессионалов можно отметить:

- ригидность в эмоциональных проявлениях;
- гиперответственность в профессиональной деятельности.
- хроническая усталость, переутомление, эмоциональное истощение переходящие в бессонницу после интенсивной профессиональной деятельности.

- возникновение психосоматических заболеваний – повышение или понижение артериального давления, кожные заболевания, заболевания ЖКТ и сердечно-сосудистой системы и др.;

- резкое или постепенно изменение отношения к пациентам, эмоциональная холодность, отстраненность;

- формальное и отстраненное отношение к выполнению своим профессиональным обязанностям;

- повышенная агрессивность и раздражительность к пациентам;

- искажение самооценки и самоотношения;

- тревожные состояния и чувство вины.

Выводы по первой главе

В данной главе мы подробно рассмотрели теоретические основы формирования синдрома эмоционального выгорания, проанализировали различные дефиниции феномена «выгорания». Многими учеными подчеркивается сложный и многоуровневый характер эмоционального выгорания (М. Буриш, Н.Е. Водопьянова, К. Маслач, В.Е. Орел и др.).

Синдром эмоционального выгорания рассматривается как симптомокомплекс, охватывающий все структурные уровни личности – социально-психологический, личностный, мотивационный, регулятивно-ситуационный.

Выгорание рассматривается и как результат профессиональной деятельности и как процесс, возникающий и развивающийся с течением времени и имеющий стадии развития (М. Буриш, К. Чермис, Л. Халстен, В.В.Бойко и др). Наиболее подробно стадии развития выгорания рассматривается в концепциях М. Буриша и В.В. Бойко, которые выделяют фазы в динамике феномена выгорания, характеризуя каждую из них.

В настоящее время наиболее распространен подход, в котором «выгорание» рассматривается как синдром, который возникает вследствие хронических стрессов на рабочем месте и включает в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личностных достижений (С. Maslach, S. Jackson A. Pines).

Одним из основных факторов развития «выгорания» является стратегия специалиста справляться с профессиональным стрессом, с которым он сталкивается каждый день на работе. Согласно исследованиям, наиболее уязвимы те, кто реагирует на стресс агрессивно, стремятся от него избавиться, избежать его. Менее подвержены «выгоранию» те, кто использует активный, а не пассивный подход к решению проблем, возникающих на работе.

В настоящее время исследователями активно изучаются вопросы, связанные со структурой и динамикой выгорания, спецификой проявления

выгорания в разных профессиях, детерминанты и факторы, способствующие возникновению и развитию выгорания, влияние выгорания на здоровье и деятельность профессионала, а также вопросы профилактики и коррекции выгорания. Следует допустить, что происхождение «выгорания» скорее является результатом сложного взаимодействия личностных особенностей человека, ситуации его межличностных отношений и его профессиональной деятельности.

Определен круг профессий, в которых выгорание проявляется в большей степени, – это профессии социальной направленности (сферы «человек-человек»): педагогические, медицинские, связанные со сферой услуг, управленческие и др., главной характеристикой которых является межличностное взаимодействие, характеризующееся чрезмерной эмоциогенностью.

Таким образом, несмотря на различие в подходах к изучению эмоционального выгорания, можно заключить, что данный синдром представляет собой личностную деформацию вследствие эмоционально затруднённых или напряжённых отношений в системе «человек-человек», развивающуюся во времени. Развитие синдрома выгорания носит стадийный характер, в процессе которого происходит изменение отношения к профессиональной деятельности до безразличного и даже отрицательного, нарушаются контакты с людьми, подавляются гуманные формы поведения. Однако сложный характер синдрома эмоционального выгорания, а также многообразие интерпретаций его причин и проявлений требует поиска новых путей, исследовательских стратегий по оптимизации профессиональной деятельности, адаптации личности к быстро меняющимся социальным, подчас экстремальным условиям.

ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

2.1. Исследование тревожности в трудах зарубежных исследователей

Проблема исследования тревоги и тревожности - одна из центральных проблем современного общества. Изучением данной проблемы занимаются исследователи в различных научных сферах: в психологии и психиатрии, в биохимии, физиологии, философии, социологии.

В психологических исследованиях *тревога* рассматривается как эмоциональное переживание, связанное с предчувствием опасности, которую, тем не менее, можно использовать конструктивно. Тревожность выражается в постоянном ощущении угрозы собственному «я» в любых ситуациях.

По мнению Дж. Тейлора, тревожность - это склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги: один из основных параметров индивидуальных различий [33].

Основатель гештальттерапии Ф. Перлз описывает феномен тревожности как «брешь» между сейчас и тогда [59].

Многие исследователи и практические психологи считают, что тревожность лежит в основе целого ряда психологических трудностей, в том числе многих нарушений развития, её роль также высока и в нарушениях поведения, в возникновении деликвентности и аддиктивного поведения.

Одним из первых, свое внимание на проблему тревожности обратил основатель психоанализа З. Фрейд [77]. Также, исследования тревожности можно найти в трудах К. Хорни [80], А. Фрейд, Дж. Тейлор [33], А. М. Прихожан [62], Р. Мэй [53].

При изучении зарубежной литературы по проблеме тревожности, важно обращать внимание на тот факт, что в английском языке словом

«anxiety» обозначаются и «тревога» и «тревожность» и различия в употреблении зависят от контекста. В русском языке это разные слова, и указать на различие между ними довольно просто.

Тревожность, в отличие от тревоги - это индивидуальная психологическая особенность, которая проявляется в склонности индивида часто переживать сильную тревогу по относительно малым поводам. Термин «тревожность» также нередко используется и для обозначения более широкого круга переживаний, возникающих независимо от конкретной ситуации.

Чаще всего термины «тревога» и «тревожность» понимаются в двух смыслах: во-первых, тревога как психическое состояние (непосредственно тревога), которое возникает в определенный момент времени и связано с конкретной угрожающей ситуацией; во-вторых, тревога как свойство личности (тревожность) - черта личности, предполагающая повышенную склонность к переживаниям состояния тревоги.

Одним из первых классификацию тревожности выделил основатель психоанализа З. Фрейд и определил три вида тревожности. Во-первых, объективная тревожность, которая возникает в ситуациях реальной внешней опасности, во-вторых, невротическая тревожность, вызванная неизвестной и неопределенной опасностью и, в-третьих, моральная тревожность, определяемая им как «тревожность совести» или Сверх-Я. Проанализируем подробнее каждую из них.

Невротическая тревожность, согласно З. Фрейду, существует в трех основных формах. Во-первых, это «свободно плавающая», которую свертревожный индивид испытывает постоянно и готов её спроецировать на любой более или менее подходящий объект, как внешний, так и внутренний. Во-вторых, невротическая тревожность проявляется в виде фобических реакциях, которые характеризуются несоответствием вызвавшей их ситуации и эмоциональной реакцией человека. В качестве примера можно привести боязнь высоты, змей, толпы, и т.п. В-третьих, это страх, возникающий при

истерии и тяжелых невротических расстройствах. Характерной особенностью такого невротического страха является отсутствие связи с какой-либо внешней угрозой.

Моральная тревожность, по мнению З. Фрейда, носит интегральный характер и напрямую связана со Сверх-Я в структуре личности и с силой и значимостью «преступления» моральных принципов, как социальных, так и собственно личностных [77].

Исследуя тревогу как состояние и тревожность как личностное свойство, Ч. Д. Спилбергер [70] разделил эти два определения на «*ситуативную*» и «*личностную*» *тревожность*. *Ситуативная тревожность* понимается как временное состояние, но может быть устойчивым, и связано с конкретными ситуациями. Это могут быть экзамены, разговор с начальством, общение с незнакомыми или неприятными людьми, от которых можно ожидать чего угодно. *Личностная тревожность*, в свою очередь, становится характерной чертой личности человека, которая оставляет отпечаток на отношении к различным жизненным ситуациям, постоянно предвидя в них опасность и пребывая в них в состоянии постоянного беспокойства. Личностная тревожность, как правило, имеет глубокие корни, уходящие в раннее детство, с ней трудно бороться, но и трудно жить, когда перед тобой постоянное ожидание опасности.

Здесь мы можем провести параллели между классификацией З. Фрейда и Ч.Д. Спилбергера, где объективная тревожность соотносится с «*ситуативной*», а невротическая – с «*личностной*».

Проблему тревожности подхватили неофрейдисты и она стала предметом специального исследования. Прежде всего, К. Хорни [80] говорила о том, что главные источники тревоги и беспокойства личности являются результатом неправильных человеческих отношений. К. Хорни называет 10 невротических потребностей, при удовлетворении которых индивид избавиться от тревоги, но невротические потребности нельзя удовлетворить, а, следовательно, от тревоги нет путей избавления.

2.2. Исследование тревожности в трудах отечественных исследователей

В отечественной психологической науке существуют различные подходы к определению понятия тревожности, хотя большинство исследователей, наряду с зарубежными, учитывая переходное состояние и динамику, признают необходимость разделять тревожность как ситуативное явление и как личностную характеристику. Так, А.М. Прихожан отмечает, что тревожность - это «переживание эмоционального дискомфорта, которое связано с ожиданием неблагоприятного и предчувствием грозящей опасности». [62]. Таким образом, различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности. Автор строит свою классификацию тревожности и связывает её с особыми видами деятельности – в процессе обучения возникает учебная тревожность, в процессе общения – межличностная тревожность и тревожность, связанная с представлениями о себе – это *самооценочная тревожность*.

Согласно определению Р.С. Немова, тревожностью мы можем назвать проявляемое постоянно или ситуативно свойство человека приходить и оставаться в состоянии повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях» [55].

По мнению А.В. Петровского, тревожность - склонность личности к переживанию тревоги, которая характеризуется низким порогом возникновения. Повышение уровня тревожности обычно связывается с возникновением нервно-психических и тяжелых соматических заболеваний, у здоровых людей, переживающих последствия психотравмы, у многих групп лиц с отклоняющимся субъективным проявлением неблагоприятия личности [63].

Г.Г. Аракелов, А.К. Дусавицкий, Б.И. Кочубей, в свою очередь, отмечают, многозначность данного психологического термина, и описывают тревожность как определенное состояние индивидов в ограниченный момент времени, так и устойчивое свойство любого человека. Тревожность - как

черта личности связана с генетически детерминированными свойствами функционирующего мозга человека, обуславливающими постоянно повышенным чувством эмоционального возбуждения, эмоций тревоги [5].

И. В. Имедадзе [35] выделяет два уровня тревожности: низкий (адекватный) – необходим для нормального приспособления к среде и высокий (неадекватный). Высокий уровень тревожности вызывает дискомфорт индивида в окружающем его социуме.

Помимо указанных выше авторских классификаций видов тревожности, существует также более общая классификация, согласно которой выделяется открытая и скрытая тревожность.

Открытая тревожность – сознательно переживается и проявляется в поведении и деятельности индивида в виде состояния тревоги; *скрытая тревожность* – неосознаваемая, и проявляется может как в чрезмерном спокойствии, нечувствительности к реальности или даже в отрицании неблагополучия, или через специфические формы поведения (косвенным путем).

В.Р. Кисловская определяет тревожность как свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства (ситуативно или постоянно). Человек испытывает страх и тревогу в особых социальных ситуациях, которые связаны или с экзаменационными испытаниями, или с повышенной эмоциональной или физической нагруженностью, порожденной причинами иного характера [39].

Тревожность является естественной эмоциональной реакцией на угрозу и характеризуется расплывчатостью и неопределенностью ощущений. Даже если имеется конкретная опасность, как при землетрясении, тревожность возникает в связи с ужасом перед неизвестным. То же самое ощущение возникает и при невротической тревоге, возникающей как в необремененной, так и в воплощенной в чет-то конкретном.

По мнению Н.Д. Левитова [43], тревога вызывается такой опасностью, которая угрожает самой сущности или ядру личности человека.

Также, тревога характеризуется чувством беспомощности перед надвигающейся опасностью, обусловленная как внешними факторами (например, стихийные бедствия, терроризм и т.п.), так и внутренними, такими как слабость, безынициативность, трусость и др.

Согласно Ю. Л. Ханину [79], ситуативная тревожность возникает «как реакция человека на различные социально-психологические стрессоры - ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу и т.п. Тревожность как черта личности (личностная тревожность) раскрывает индивидуальные различия в устойчивости или неустойчивости человека воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных, даже незначительных, ситуациях. Таким образом, индивид в многообразном спектре жизненных ситуаций реагирует повышением ситуативной тревожности. Данное обстоятельство зависит и характеризует, в первую очередь, прошлый опыт индивида, то, насколько часто он испытывал ситуативную тревожность.

В различных ситуациях тревожность проявляется по-разному. В некоторых случаях люди склонны вести себя тревожно всегда и везде и проявление тревожности для этих ситуаций является нормальным, в других они обнаруживают свою тревожность лишь время от времени, в зависимости от складывающихся обстоятельств.

Также важно отметить, что для эффективности деятельности необходим определенный уровень тревожности, которую еще называют «полезная тревожность». Конечно, оптимальный порог тревожности у каждого человека существует свой, тем не менее, существует категория людей, у которых очень высокий уровень тревожности, представляющий угрозу как для самооценки, так и для всей жизнедеятельности личности.

Анализ психологической литературы позволяет систематизировать ощущения тревожных людей по различным уровням (А.М. Прихожан [62], Ч. Спилбергер [70], К.Е. Изард [34], Н.В. Имедадзе [35]):

На физиологическом уровне тревожность проявляется в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, возрастании общей возбудимости, снижении порога чувствительности.

Психологический уровень тревожности проявляется в ощущении напряжения, озабоченности, нервозности, чувстве неопределенности, чувстве грядущей опасности и неудачи, невозможность принять решения и др.

Исследования отечественных психологов опровергают фрейдовский подход к пониманию тревожности как давление врожденных агрессивных или сексуальных инстинктов, а понимают тревожность как результат реальной тревоги, возникающей в определенных неблагоприятных ситуациях и возникающие в процессе деятельности и общении личности. Иначе говоря, тревожность - это явление социальное, а не биологическое.

Еще один подход в понимании тревоги опирается на понятие «стресса», который более подробно был рассмотрен в предыдущей главе в аспекте изучения синдрома эмоционального выгорания. Здесь мы может отметить, что подавляющее большинство автором тревогу рассматривают как составную часть состояния сильного психического напряжения – «стресса».

Важно понимание, что понятия «стресс» и «тревожность» нельзя отождествлять, во-первых, из-за того, что состояние стресса возникает в реальных трудных жизненных ситуациях, в отличие от тревожности, которая может быть вызвана и в их отсутствие. Стресс и тревожность как состояния различаются и по силе: стресс - это чрезмерное напряжение нервной системы, а для тревожности характерна меньшая сила напряжения.

Анализируя аспект взаимодействия стресса и тревожности, мы можно говорить о том, что тревога может опережать сам стресс и возникать до наступления реальной стрессовой ситуации как ожидание опасности, неприятности, предчувствовать её.

Теоретические подходы к проблеме тревоги и тревожности, возможно, проанализировать и в зависимости от того, какие выделяются источники тревожности. Анализ и систематизация представлены ниже:

1.Тревожность, связанная с потенциальным физическим вредом. Этот вид тревожности возникает как результат ассоциирования некоторых стимулов, угрожающих болью, опасностью, физическим неблагополучием.

2.Тревожность из-за потери любви. В данном случае любовь рассматривается в более широком аспекте и включает и как любовь матери и как расположение сверстников.

3.Тревожность, причиной которой является чувство вины и проявляется обычно у детей не ранее 4-х лет. В более старшем возрасте тревожность, вызванная чувством вины сопровождается чувствами самоунижения, досады на себя, переживание себя как недостойного.

4.Тревожность из-за неспособности овладеть средой. Она возникает в ситуациях, когда человек чувствует, что не может справиться с проблемами, которые выдвигает среда.

5.Тревожность вызванная чувством неполноценности.

6.Тревожность может возникнуть и в состоянии фрустрации. Фрустрация - это переживание, которое возникает при наличии препятствия к достижению желаемой цели или сильной потребности.

7. Позитивная тревожность, свойственная каждому человеку в той или иной степени и играющая роль мобилизации к достижению цели. При недостаточном уровне тревожности в деятельности человек может проявить недостаточную активность для достижения цели, так же как сильное чувство тревоги может быть “эмоционально калечащим” и привести к отчаянию.

Относительно эпизодическое состояние тревоги, связанное с ощущением дискомфорта и ожидаемости неблагополучия, может преобразоваться в индивидуально-психологическую особенность личности, называемую тревожностью, когда человек становится склонным к

переживанию состояния тревоги неадекватного ситуации, либо имеет низкий порог его возникновения.

Выводы по второй главе

Проблема тревоги и тревожности остается одной из главных разрабатываемых проблем как зарубежной, так и отечественной психологии. Такие выдающиеся психологи, как З. Фрейд, К. Хорни, Дж. Тейлор, Ч.Д. Спилбергер, Р. Мэй и др. занимались не только изучением данного психологического явления, но и строили свои концепции, опираясь и ставя во главу понимания психологической природы человека понятия «тревога» и «тревожность».

Важно разделять понятия «тревога» и «тревожность». Тревога – это состояние беспокойства, возникающее в ситуациях, представляющих какую-либо угрозу для индивида, будь то физическую или психологическую. Тревожность, в отличие от тревоги – это индивидуальная психологическая особенности личности, проявляющаяся в частом переживании состояния сильной тревоги по относительно малым поводам.

Одним из первых на проблему тревожности обратил внимание З. Фрейд, который определял ей ключевое место в душевной жизни человека и выделял три вида тревожности: объективная тревожность, возникающая в ситуациях реальной внешней опасности, невротическая тревожность, которая вызвана неизвестной и неопределённой опасностью и моральная тревожность или «тревожность совести».

Ч.Д. Спилбергер разделил понятия тревога и тревожность и выделил «ситуативную» и «личностную» тревожность. Ситуативная тревожность, по мнению автора, связана с конкретными ситуациями и является временным состоянием, личностная тревожность становится характерной чертой личности человека.

В отечественной психологии существуют различные подходы к определению тревожности. Здесь можно отметить Р.С. Немова, А.В. Петровского, И.В. Имедадзе, В.Р. Кисловского, Ю.Л. Ханина, А.М. Прихожан, Ф.Б. Березин и др. Большинство авторов также учитывают и разделяют понятия тревоги как временное состояние, вызванное объективными внешними угрожающими факторами и состояние тревожности как индивидуально-психологической характеристикой личности.

Р.С. Немов определяет тревожность как проявляемое постоянно или ситуативно свойство человека приходить и оставаться в состоянии повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях». А.В. Петровский понимает тревожность как склонность индивида к переживанию тревоги, которая характеризуется низким порогом возникновения.

Активная деятельности личности не может не сопровождаться определенным оптимальным уровнем тревожности. Для каждого человека существует оптимальный, уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

В целом, можем отметить, что проблема тревоги и тревожности остается одной из активно разрабатываемой проблемой в зарубежной и отечественной психологии.

ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

3.1 Организация и методы исследования

Для проведения экспериментального исследования по выявлению взаимосвязи уровня тревожности и эмоционального выгорания был подобран комплекс психодиагностических средств, позволяющих решить поставленные задачи.

Исследование проводилось на базе станции скорой медицинской помощи г. Альметьевска. Медицинский персонал, охваченный исследованием, составил 40 человек.

Врачи различного профиля со стажем работы от шести до сорока одного года. Исследование было добровольным и индивидуальным. Испытуемым было предложено два опросника: *«Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко»* и *«Шкала оценки реактивной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина»*.

Со всеми испытуемыми были проведены индивидуальные беседы для установления контакта и снятия напряжения, настороженности по отношению к процедуре исследования, мотивирования их на добросовестное и, по возможности, объективное заполнение тестовых методик, для достижения максимальной достоверности результатов. Им было разъяснено, что тестирование проводится не по заказу администрации, а в частном порядке, направлено на исследования в области профессиональной специфики труда (в частности его психологической вредности). Было обещано ознакомить их с результатами исследования и предложить определенную коррекционную работу по желанию отдельных лиц, участвовавших в исследовании. Перед началом работы были даны соответствующие пояснения о целях и предмете исследования.

Для исследования уровня эмоционального выгорания была выбрана *«Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко»*

(Приложение 1). Данная методика позволяет определить сформированность фаз эмоционального выгорания и симптомов, включенных в каждую фазу.

Для диагностики уровня тревожности была использована «Шкала оценки реактивной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина (Приложение 2), которая позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство и как состояние.

Для определения степени тесноты связи между фазами эмоционального выгорания и уровнем тревожности используется *параметрический критерий ранговой корреляции Спирмена*. Формула расчета коэффициента корреляции построена таким образом, что, если связь между признаками имеет ранговый характер, коэффициент Спирмена точно устанавливает тесноту этой связи.

3.2. Результаты исследования уровня тревожности и уровня эмоционального выгорания у специалистов в сфере «человек-человек»

На **первом этапе** в ходе эмпирического исследования нами были изучены особенности личностной и ситуативной тревожности медицинского персонала по методике Спилбергера-Ханина. В Таблице 1 представлены уровни выраженности в процентном соотношении личностной и реакционной тревожности у врачей.

Таблица 1

Выраженность ситуативной и личностной тревожности у врачей

Вид тревожности	Уровень	Врачи	
		Кол-во человек	%
СТ	высокий	10	25
	средний	26	65
	низкий	4	10
ЛТ	высокий	8	20
	средний	30	75
	низкий	2	5

Как видно из таблицы, подавляющее большинство респондентов обнаруживают средний уровень как ситуативной (65%), так и личностной (75%) тревожности. Низкий уровень ситуативной и личностной тревожности выявлен у 4 и 2 человек соответственно. Такие данные позволяют говорить в целом о преобладании среди врачей достаточно адекватной реакции на стрессовые ситуации и достаточной уверенности в себе и своих действиях.

На рисунке 2 представлены средние показатели уровней выраженности личностной и реактивной тревожности по выборке. Результаты приведены ниже в таблице.

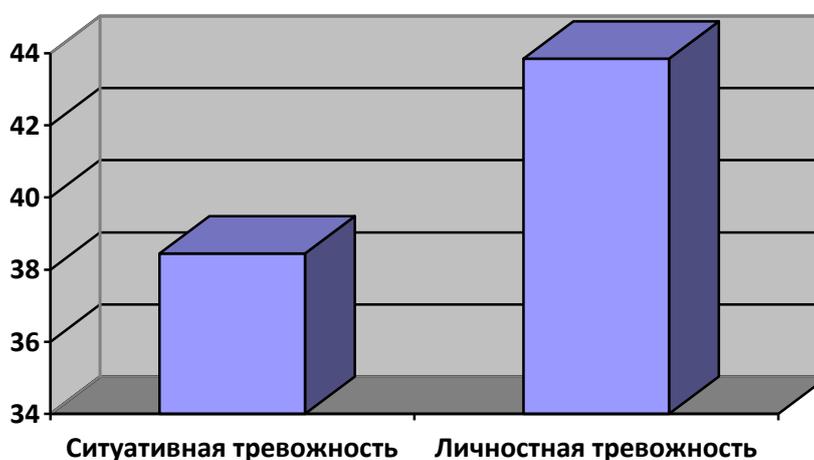


Рис. 2. Выраженность средних значений уровня личностной и ситуативной тревожности по методике Спилбергера-Ханина

Анализ данных, представленных на рисунке 2 позволяет сделать вывод о том, что у врачей как ситуативная, так и личностная тревожность выражена в средних значениях, тем не менее, у врачей более выражена тревожность как устойчивая индивидуально-психологическая характеристика, отражающаяся на качестве и эффективности профессиональной деятельности, на глубине межличностных отношений и, как следствие, складывающееся отношение к себе. Врачи склонны воспринимать широкий спектр ситуаций как угрожающие, отвечать на каждую из них определенной реакцией. На наш взгляд, это связано с особенностями профессиональной деятельности врачей, повышенной

ответственностью и, несомненно, способствует формированию многих симптомов эмоционального выгорания.

Задачей **второго** этапа эмпирического исследования было выявление уровня эмоционального выгорания у медицинского персонала, определение степени выраженности симптомов выгорания и фаз выгорания.

На рисунке 3 демонстрируется распределение данных по методике диагностики синдрома «эмоционального выгорания» В.В. Бойко и показывает уровень сформированности различных фаз выгорания в данной выборке.

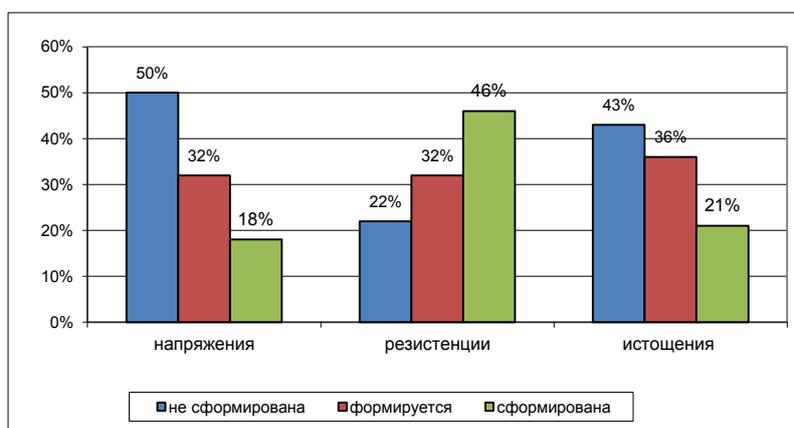


Рис 3. Сформированность фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей.

Анализируя результаты, представленные на рисунке 3, мы можем отметить, что у большинства респондентов (46%) сформирована фаза резистентности, что позволяет говорить о развитости механизмов сопротивления и психологических защит у врачей. Сформированность фазы напряжения была выявлена у 18% респондентов, что характеризует психоэмоциональное состояние данных врачей как тревожное, обусловленное изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. У 21% респондентов сформированы фазы истощения, которой сопутствует оскуднение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса.

У 50% испытуемых (20 человек) не сформирована фаза напряжения. Также несформированность фазы истощения обнаруживают 43% врачей.

Анализ полученных по методике данных также показывает, что все три фазы (напряжения, резистентности и истощения) выявляются в стадии формирования примерно у трети респондентов (32%, 32% и 36% соответственно).

Подобное распределение данных позволяет говорить о переживании большинством из опрошенных врачей значительного психоэмоционального напряжения и стресса, что может провоцировать развитие отдельных симптомов эмоционального выгорания.

В таблице 2 представлено распределение данных по методике, выраженное в процентах, и показывающее сформированность конкретных симптомов фазы напряжения у врачей.

Таблица 2

Сформированность симптомов выгорания фазы напряжения у врачей (в процентах)

№	Симптомы	Не сформирован	Формируется	Сформирован
1	Переживание психотравмирующих обстоятельств	20	25	55
2	Неудовлетворенность собой	80	15	5
3	"Загнанность в клетку"	70	10	20
4	Тревога и депрессия	50	28	22
Фаза напряжения		50	32	18

Исходя из анализа полученных данных, у опрошенных врачей в фазе напряжения наиболее выражен симптом переживания психотравмирующих обстоятельств. Сформированность данного симптома обнаружена у 55% респондентов, что проявляется у данных респондентов осознанием неустраимости психотравмирующих факторов в профессиональной деятельности. У 8 человек из выборки (20%) данный симптом не сформирован, у 25% он находится в стадии формирования. Симптом

неудовлетворенности собой сформирован всего лишь у 5 % испытуемых, подавляющее же большинство (80%) демонстрируют несформированность данного симптома у врачей. «Загнанность в клетку» как симптом эмоционального выгорания в фазе напряжения обнаруживают 8 врачей (20% от всей выборки), который способствует у врачей ощущению безысходности, возникновению состоянию интеллектуально-эмоционального затора, тупика, связанные со многими недостатками профессиональной деятельности врачей – повседневная рутинность, человеческая непорядочность, бюрократия, организационная бестолковщина.

Крайняя точка в формировании тревожной напряженности при развитии эмоционального выгорания у врачей, а именно сформированность симптома «Тревога и депрессия» была обнаружена у 22% респондентов, что порождает переживания сильной личностной и ситуативной тревоги, разочарование в себе, в избранной профессии и конкретной должности. У половины опрошенных данный симптом не сформирован.

Общие данные сформированности симптомов фазы напряжения эмоционального выгорания у медицинского персонала представлены в рисунке 4.

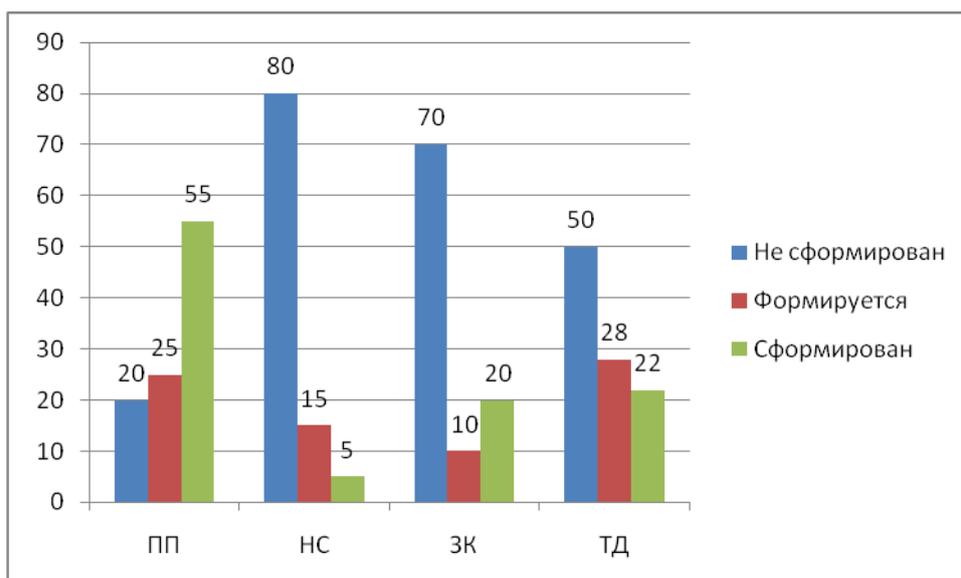


Рис.4. Сформированность симптомов фазы напряжения синдрома эмоционального выгорания у врачей, где ПП – переживание психотравмирующих обстоятельств; НС – неудовлетворенность собой; ЗК – «загнанность в клетку»; ТД – тревога и депрессия.

Далее, нами была проанализирована фаза резистенции, которая выявлена у большинства врачей, и сформированность каждого симптома данной фазы. Результаты этих данных представлены ниже в таблице 3.

Таблица 3

**Сформированность симптомов выгорания в фазе резистенции
(в процентах)**

№	Симптомы	Не сформирован	Формируется	Сформирован
1	Неадекватное эмоциональное реагирование	15	30	55
2	Эмоционально-нравственная дезориентация	32	40	28
3	Расширение сферы экономии эмоций	45	20	35
4	Редукция профессиональных обязанностей	25	26	48
Фаза резистенции		22	32	46

У врачей в фазе резистенции наиболее выражен такой симптом как неадекватное эмоциональное реагирование – более чем у половины (55%) данный симптом сформирован и у 30% врачей находится в стадии формирования. Профессионалы неадекватно «экономят» на эмоциях, ограничивают эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в процессе разнообразных социальных контактов – с пациентами, коллегами, непосредственным руководством. Если профессионал сочтет нужным, он уделит внимание партнеру, если будет подходящее настроение – откликнется на его состояние и потребности. В свою очередь, партнерами по общению данная эмоциональная отстраненность воспринимается и интерпретируется в плоскости нравственных оценок, а именно как неуважение к их личности

На втором месте в данной фазе находится симптом «Редукция профессиональных обязанностей», который сформирован у 48% врачей и у 28% находится на стадии формирования, что проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности. Иными словами, врач не находит

важным дольше побеседовать с больным, побудить к подробному изложению жалоб. Анамнез получается скудным и недостаточно информативным. Больной жалуется на кашель, его надо послушать с помощью фонендоскопа, задать уточняющие вопросы, но вместо этих действий, требующих подключения эмоций, доктор ограничивается направлением на флюорографию. Медсестра, пришедшая на дом сделать укол, не обронит доброго слова, «забудет» дать пояснения к приему назначения. Одним словом, редукция профессиональных обязанностей – привычная спутница бескультуры в деловых контактах.

Расширение сферы экономии эмоций как симптом эмоционального выгорания сформирован у 35% респондентов выборки и у 20% находится на стадии формирования, что проявляется в «выходе» ощущения выгорания за сферу профессиональной деятельности – в общении с родными, приятелями и знакомыми. Данные врачи дома замыкаются, пресыщаются человеческими контактами и испытывают ощущения «отравление людьми».

Эмоционально-нравственная дезориентация как симптом эмоционального выгорания, выраженный в потребности самооправдаться за свою холодность с деловыми партнерами, выявлен как сформированный в фазе резистенции у 28% респондентов.

Таким образом, можно говорить о наибольшей сформированности таких симптомов в данной фазе, как неадекватное эмоциональное реагирование и редукция профессиональных обязанностей в данной выборке. Результаты данных по сформированности симптомов в фазе резистенции представлены на гистограмме ниже (рисунок 5).

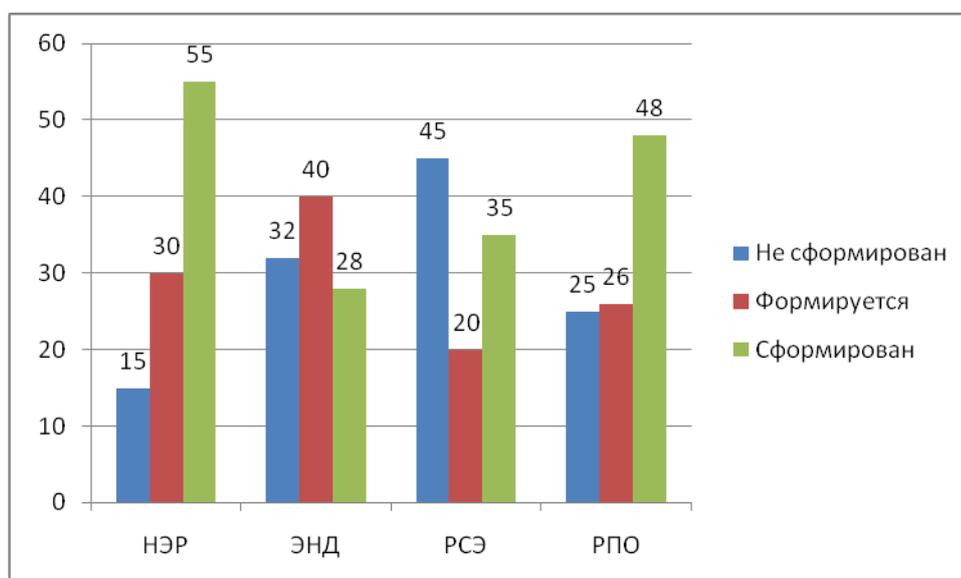


Рис.5. Сформированность симптомов фазы резистенции синдрома эмоционального выгорания у врачей, где НЭР - неадекватное эмоциональное реагирование; ЭНД - эмоционально-нравственная дезориентация; РСЭ - расширение сферы экономики эмоций; РПО - редукция профессиональных обязанностей

Результаты распределения данных по уровню сформированности симптомов эмоционального выгорания фазы истощения у врачей приведены в таблице 4.

Таблица 4

Сформированность симптомов эмоционального выгорания в фазе истощения у врачей (в процентах)

№	Симптомы	Не сформирован	Формируется	Сформирован
1	Эмоциональный дефицит	45	25	30
2	Эмоциональная отстраненность	50	22	28
3	Личностная отстраненность	48	25	27
4	Психосоматические и психовегетативные нарушения	60	20	20
Фаза истощения		43	36	21

Исходя из данных, представленных в таблице, можно говорить о том, что в большей степени в фазе выгорания у врачей выражен симптом «эмоциональный дефицит» - у 30% врачей данный симптом сформирован и у 25% в процессе формирования. Данные представители медицинского профессионального сообщества постепенно приходят к ощущению того, что

уже не могут помогать своим пациентам, не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать усиливать интеллектуальную, волевою и нравственную отдачу. Данный симптом имеет особенности усиливаться – возникают резкость, грубость, раздражительность, обиды и капризы.

В меньшей степени в фазе истощения выражен симптом психосоматических и психовегетативных нарушений – сформирован у 20% врачей, участвующих в исследовании и у 20% находится в процессе формирования.

У половины испытуемых симптом эмоциональной отстраненности не сформирован в фазе истощения, у оставшейся половины он либо находится в стадии формирования (22%), либо уже сформирован (28%). Аналогичная картина распределения наблюдается в результатах исследования симптома личностной отстраненности.

Обобщенные результаты сформированности симптомов фазы истощения эмоционального выгорания медицинского персонала представлены ниже (рис. 6)

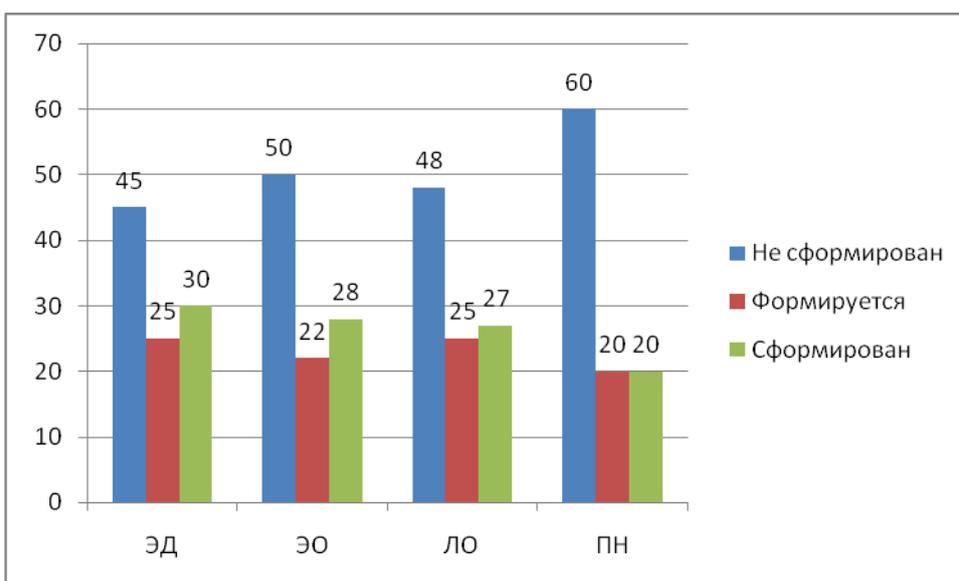


Рис.6. Сформированность симптомов фазы истощения синдрома эмоционального выгорания у врачей, где ЭД - эмоциональный дефицит; ЭО - эмоциональная отстраненность; ЛО - личностная отстраненность; ПН - психосоматические и психовегетативные нарушения.

В результате исследования синдрома «эмоционального выгорания» медицинского персонала было выявлено, что у врачей наиболее выражены такие симптомы выгорания как переживание психотравмирующих обстоятельств (55%), неадекватное эмоциональное реагирование (55%) и редукция профессиональных обязанностей (сформирована у 48% респондентов).

Также по результатам диагностики можно судить о том, что наименее всего в данной выборке испытуемых выражен такой симптом эмоционального выгорания как неудовлетворенность собой (5%).

Также, в процессе исследования особенностей эмоционального выгорания врачей нами была изучена общая совокупность сформированности фаз. Результаты данного анализа представлены на рисунке 7.

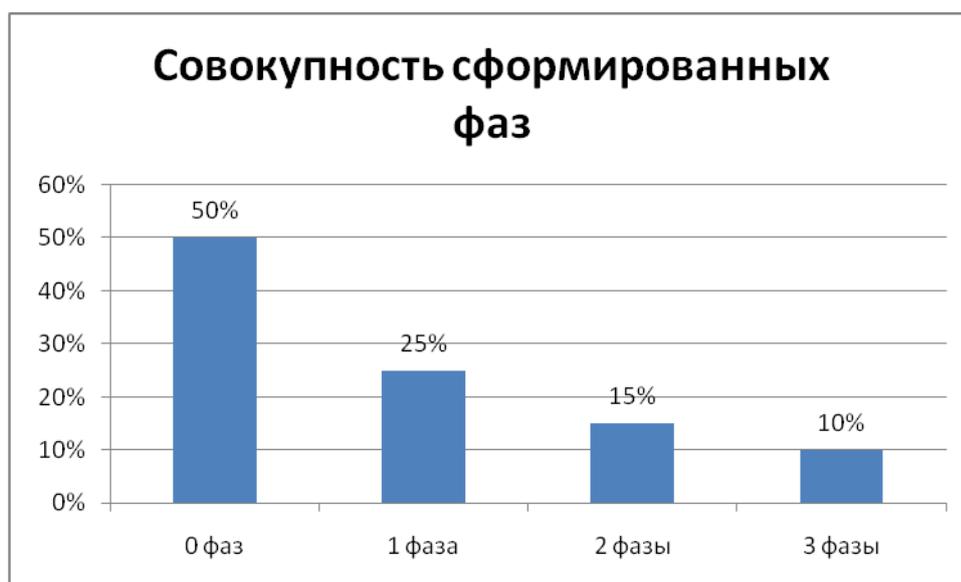


Рис.6. Анализ сформированности фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей в общей совокупности.

Как видно из гистограммы, среди опрошенных респондентов у половины врачей не сформировано в общей совокупности ни одной фазы (50%). Четверть испытуемых обнаруживает сформированность только одной фазы; у 15% одновременно сформированы 2 фазы; у 10% выявлена сформированность всех трех фаз в совокупности.

3.3. Анализ, интерпретация исследования взаимосвязи уровня тревожности и эмоционального выгорания медицинских работников

Следующим этапом анализа и интерпретации полученных эмпирических данных, было сопоставление уровня личностной и ситуативной тревожности и выраженности синдрома эмоционального выгорания. Данные анализа представлены в таблице 5.

Таблица 5
Степень выраженности уровня тревожности и сформированность фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей (в процентах)

Фаза	Уровень сформированности и фаз	Уровень тревожности врачей				
		высокий		средний		низкий
		СТ	ЛТ	СТ	ЛТ	СТ
напряжения	сформировалась	40	45	6	5	0
	формируется	10	33	50	31	0
	не сформирована	50	22	44	63	100
резистенции	сформировалась	50	67	50	37	0
	формируется	20	22	38	37	50
	не сформирована	30	11	12	26	50
истощения	сформировалась	50	45	6	10	0
	формируется	30	22	44	42	0
	не сформирована	20	33	50	47	100

Опираясь на полученные данные, мы можем говорить о том, что у респондентов с низким уровнем ситуативной тревожности синдром эмоционального выгорания либо не выражен, либо имеет одну из фаз в стадии формирования.

Результаты исследования позволяют говорить о том, что у большинства врачей, имеющих высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, выявлена сформированность фаз резистенции и истощения. У

тех медицинских работников, которые длительное время находятся в повышенном тревожном состоянии, формируется и развивается неадекватное эмоциональное реагирование, проявляющееся в ограничении эмоциональной отдачи за счет выборочного реагирования в процессе межличностных отношений в профессиональной деятельности. Развитие симптома эмоционально-нравственной дезориентации у медицинских работников с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности выражается в попытке оправдать свою эмоциональную холодность и выражается фразами «за всех нельзя переживать», «таким нельзя сочувствовать» и т.п. Такая экономия эмоций начинает распространяться не только на межличностные отношения, коллег, пациентов, но и на близких, родных, семью и друзей. Также, медицинские работники с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности стремятся облегчить или сократить свои профессиональные обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

Повышенный уровень ситуативной и личностной тревожности способствует развитию финальной фазы эмоционального выгорания – фазы истощения. Данный факт свидетельствует о том, что данная категория медицинского персонала уже не может эмоционально войти в положение своих пациентов, не в состоянии сопереживать и соучаствовать. Профессионалы почти полностью исключают эмоции из сферы профессиональной деятельности, у них не вызывает эмоционального отклика ни позитивные обстоятельства профессиональной деятельности, ни отрицательные. Данные эмоциональные защиты приводят к развитию у медицинских работников с высоким уровнем личностной и ситуативной тревожности психосоматических и психовегетативных заболеваний.

Таким образом, по результатам полученных данных мы можем предполагать взаимосвязь между уровнем тревожности у врачей и выраженностью синдрома эмоционального выгорания (чем выше уровень тревожности, тем более выражен данный синдром).

Для определения статистической значимости предполагаемых взаимосвязей нами был проведен корреляционный анализ с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена. Полученные данные представлены в таблице.

Таблица 7

Корреляционный анализ взаимосвязи выраженности личностной и ситуативной тревожности и фаз синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей (коэффициент Спирмена (N=40))

Фаза	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
Напряжения	0,39*	0,48**
Резистенции	0,39**	0,52**
Истощения	0,52**	0,50**
СЭВ	0,51**	0,56**

Примечание: все расчеты производились в пакете статистического анализа SPSS Statistics 17.0

*- корреляция при уровне значимости $p \leq 0,05$

** - корреляция при уровне значимости $p \leq 0,01$

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что существуют достоверные прямые взаимосвязи между выраженностью синдрома эмоционального выгорания и уровнем ситуативной и личностной тревожности у врачей. Чем выше у профессионала выражена ситуативная и личностная тревожность, тем в большей степени сформирован синдром эмоционального выгорания у медицинских работников (на уровне значимости 0,01). Повышение уровня тревожности (личностной и ситуативной) сопровождается формированием всех фаз эмоционального выгорания – фазы напряжения, фазы резистенции и фазы истощения (на уровне значимости 0,01)

Таким образом, по данным корреляции, можно говорить о том, что чем выше ситуативная и личностная тревожность у врачей, тем более выражен синдром эмоционального выгорания, и наоборот.

Выводы по третьей главе

В ходе исследования нам удалось добиться поставленной цели. Решая поставленные задачи, мы проанализировали теоретический материал по теме исследования, провели практическое исследование по выбранным методикам.

Проанализировав полученные результаты, мы пришли к следующим выводам.

1. Большинство медицинских работников имеют умеренный уровень как реактивной (65% врачей), так и личностной тревожности (75% от выборки). Это может говорить об адекватном реагировании на стрессовые ситуации.

2. У большинства врачей (46% респондентов) сформирована фаза резистенции, что позволяет предположить наличие у них развитых психологических защит. Такие симптомы эмоционального выгорания как переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей наиболее выражены у данной группы испытуемых.

3. У большинства врачей, имеющих высокий уровень ситуативной тревожности, выявлена сформированность фаз резистенции и истощения, тогда как у респондентов с низким уровнем ситуативной тревожности синдром эмоционального выгорания либо не выражен, либо имеет одну из фаз в стадии формирования. При высоком уровне личностной тревожности у большинства испытуемых сформирована фаза напряжения.

4. По результатам корреляционного анализа мы можем утверждать, что существуют достоверные связи между выраженностью синдрома

эмоционального выгорания и уровне выраженности личностной и ситуативной тревожностью врачей, что подтверждает гипотезу исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе была изучена сформированность фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей, а также выявлена взаимосвязь выраженности данного синдрома с уровнем тревожности.

Теоретический анализ литературы по проблеме исследования показал, что медицинские работники наиболее часто подвержены синдрому эмоционального выгорания. Это обусловлено особенностями их профессиональной деятельности. Врачи призваны оказывать помощь другим людям, их ответственность за жизнь и здоровье других людей чрезмерно высока. Также врачи достаточно часто подвергаются воздействию неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса.

Актуальность исследования обусловлена отмеченной многими исследователями тенденцией, которая заключается в том, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Это проявляется как разочарование в профессии, ухудшение состояния психического здоровья практикующих врачей, снижение устойчивости браков среди медиков, развитие склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя.

В данном исследовании выявлена сформированность фазы резистенции синдрома эмоционального выгорания у большинства врачей. При этом симптомы данной фазы, отражающие развитость механизмов психологической защиты, способны при условии сформированности деформировать личность специалиста. Также мы отметили, что характерными среди этих симптомов являются неадекватность эмоциональных реакций и формальное отношение к своим обязанностям.

В рамках исследования фаза истощения сформирована у статистически незначимого количества респондентов, что позволяет говорить о достаточном уровне стрессоустойчивости и сопротивляемости стрессовым воздействиям большинства опрошенных медицинских работников.

Анализ выраженности личностной и ситуативной тревожности позволяет говорить об умеренной тревожности медицинского персонала. Сопоставление данных исследования сформированности фаз синдрома эмоционального выгорания и уровня тревожности, а также корреляционный анализ позволили установить, что чем выше уровень тревожности, тем более выражено эмоциональное выгорание у врачей. Это позволяет нам говорить о том, что гипотеза о взаимосвязи выраженности синдрома эмоционального выгорания уровня тревожности врачей подтвердилась.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абрамова, Г. С., Юдчиц, Ю.А. Психология в медицине [Текст] / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. - М.: Наука, 1998. - С.231-244.
2. Алексеев, А. А., Ларионова И. С., Дудина, Н. А. Врачи заложники смерти. Почему врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов [Текст] / А.А. Алексеев, И.С. Ларионова, Н.А. Дудина. - М.: Триада плюс, 2000. - 226 с.
3. Ананьев, Б. А. Введение в психологию здоровья [Текст] / Б.А. Ананьев. - СПб.: Питер, 1999. - 123 с.
4. Антоненко, М. И. Проблема феномена «выгорания» у консультантов и волонтеров в работе телефона доверия [Текст] / М.И. Антоненко. – Казань, 2001. - 65 с.
5. Аракелов, Г. Г., Шишкова, Н. В. Тревожность: методы ее диагностики и коррекции [Текст] / Г.Г. Аракелов, Н.В. Шишкова // Вестник Московского университета, сер. Психология. – 2008. - № 1. – С. 12-23.
6. Астапов, В. М. Тревога и тревожность [Текст] / В.М. Астапова. – М.: Просвещение, 2010. - 664 с.
7. Безносков, С. П. Профессиональная деформация личности [Текст] / С.П. Безносков. - СПб.: Речь, 2004. - 271 с.
8. Березин, Ф. Б., Мирошников, М. П., Рожанец, Р. В. Методика многостороннего исследования личности [Текст] / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. - М.: Медицина, 2006. - 277 с.
9. Берн, Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных [Текст] / Э. Берн. – СПб.: Речь, 1991. – 318 с.
10. Бодалев, А. А. О коммуникативном ядре личности [Текст] / А.А. Бодалев. - М.: Академия, 2010. – 453 с.
11. Божович, Л. И. Психологический анализ условий формирования и строения гармонически развитой личности [Текст] / Л.И. Божович //

Методологические проблемы формирования и развития личности. - М.: Академия, 1981.

12. Бойко, В. В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении [Текст] / В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.

13. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других [Текст] / В.В. Бойко. - М.: Наука, 1996. - 154 с.

14. Бохан, Т. Г. Стресс и стрессоустойчивость: опыт культурно-исторического исследования [Текст] / Т.Г. Бохан. – Томск: Иван Федоров, 2008. – 267 с.

15. Брук, Д., Льетто, Т., Мак-Хью, К.Б. Наркомания среди работников здравоохранения [Текст] / Д. Брук, Т. Льетто, К. Б. Мак-Хью. - М.- СПб.: Изд-во «Бином-Невский Диалект», 2000. - С. 78-89.

16. Бурлачук, Л. Ф., Морозов, С. М. Словарь - справочник по психодиагностике [Текст] / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. - СПб.: Питер, 2002. - 528 с.

17. Вассерман, Л. И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика [Текст] / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. - СПб.: Речь, 2010. - 192 с.

18. Вилюнас, В. К., Гиппенрейтер, Ю. Б. Психология эмоций [Текст] / В.К. Вилюнас, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: МГУ, 2004. - 199 с.

19. Водопьянова, Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях [Текст] / Н.Е. Водопьянова. - СПб.: Издательство СПбГУ, 2000. - С.443-463.

20. Водопьянова, Н. Е., Старченкова, Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. - 338 с.

21. Выготский, Л. Собрание сочинений. - В 6 т. - Т. 3,4 [Текст] / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 2003.- 544 с.

22. Вяткин, Б. А. Тревожность, стресс и успешность деятельности спортсмена в соревновании [Текст] / Б.А. Вяткин. — М.: Физкультура и спорт, 2003. - С.78-92.
23. Габдреева, Г. Ш. Формирование способности к самоуправлению психическим состоянием у студентов с высоким уровнем тревожности // Автореферат дисс. канд. псих. наук [Текст] / Г.Ш. Габдреева. - М., 1991. - 23с.
24. Гиндикин, В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика [Текст] / В.Я. Гиндикин. - М.: Триада-Х, 2000. - 256 с.
25. Грабе, М. Синдром выгорания - болезнь нашего времени [Текст] / М. Грабе. - СПб.: Речь, 2008. - 96 с.
26. Дерманова, И. Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития [Текст] / И.Б. Дерманова. – СПб.: Питер, 2002. - С.64-71.
27. Дмитриева, Т. Б., Дроздов, А. З. Половые и гендерные аспекты стрессоустойчивости [Текст] / Т.Б. Дмитриева, А.З. Дроздов // Российский психиатрический журнал. - 2010. - № 1. - С. 18-24.
28. Ермолаев, О. Ю. Математическая статистика для психологов [Текст] / О.Ю. Ермолаев. - М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2004. - 336 с.
29. Запорожец, А. В. Психология [Текст] / А.В. Запорожец. – М.: Совершенство, 2006. - 315 с.
30. Захаров, А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков [Текст] / А.И. Захаров. – М.: Мысль, 2002. – 301 с.
31. Знаков, В. В. Исследование профессионально важных качеств у медицинских работников [Текст] / В.В. Знаков // Психологический журнал. - 2004. - №3. - С.71 – 81.
32. Иванова, М. А., Трусов, В. П. Исследование состояния тревожности и личностных характеристик студентов интернациональной группы [Текст] / М.А. Иванова, В.П. Трусов. - М.: Сфера, 2001. — 174 с.

33. Ивлева, Е. И. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий [Текст] / Е.И. Ивлева. - М.: Мысль, 2006. - 311 с.
34. Изард, К. Е. Эмоции человека [Текст] / К.Е. Изард. - М.: Наука, 2010. - 440с.
35. Имедадзе, Н. В. Тревога как фактор учения в дошкольном возрасте [Текст] / Н.В. Имедадзе // Психологические исследования. - Тбилиси, 1996. - С.49 - 57.
36. Карвасарский, Б. Д. Неврозы [Текст] / Б.Д. Карвасарский. – М.: Наука, 1990.
37. Карелин, А. А. Психологические тесты [Текст] / А.А. Карелин. – М.: Наука, 2002. – 483 с.
38. Катыгин, Ю. А., Умнов, В. П., Чунаев, А. А. Связь тревожности как свойства личности с некоторыми психофизиологическими характеристиками [Текст] / Ю.А. Катыгин, В.П. Умнов, А.А. Чунаев. - СПб.: Питер, 2009. – 249 с.
39. Кисловская, В. Р. Зависимость между социометрическим статусом и симптомом тревожности ожиданий в социальном общении (в возрастном плане) [Текст] / В.Р. Кисловская // Дисс. канд. псих. наук. - М., 2001. – 194 с.
40. Косенко, В. Г., Смоленко, Л. Ф., Чебуракова, Л. Ф. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров [Текст] / Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. - Р н/Д.: Феникс, 2002. - 416 с.
41. Кочюнас, Р. Психотерапевтические группы: теория и практика [Текст] / Р. Кочюнас. - М.: Академический проект, 2000. - 238 с.
42. Ларенцова, Л. И. Психологические и психопатологические особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей клинического профиля [Текст] / Л. И. Ларенцова, Л. М. Барденштейн, Н. В. Терехина и др. // Российский медицинский журнал. - 2008. - № 6. - С. 32-36.
43. Левитов, Н. Д. О психических состояниях человека [Текст] / Н.Д. Левитов. — М.: Просвещение, 2004. - 343с.

44. Леонова, А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции [Текст] / А.Б. Леонова // Психологический журнал. - 2004. - Т. 25, № 2. - С. 75-85.
45. Ломов, Б. Ф. Проблема общения в психологии [Текст] / Б.Ф. Ломов. – М.: Просвещение, 2010. - 382 с.
46. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа [Текст] / А. Лэнгле // Вопросы психологии. - 2008. - № 2. - С. 3-16.
47. Макарова, Г. А. Синдром эмоционального сгорания [Текст] / Г.А. Макарова // Психотерапия.- 2003. - № 11. - С. 18-20.
48. Макшанцева, Л. В. Тревожность и возможности ее снижения у детей [Текст] / Л.В. Макшанцева // Психологическая наука и образование. - М.: Наука, 2008. – 198 с.
49. Марищук, В. Л. Психологические основы формирования профессионально важных качеств [Текст] / В.Л. Марищук. - Л.: СпецЛит, 1982.
50. Маркова, А. К. Психология профессионализма [Текст] / А.К. Маркова. - М.: Наука, 1996. - 308 с.
- 51.** Маслач, К. Профессиональное выгорание: как люди справляются [Текст] / К. Маслач [Электронный документ] // URL: <http://psy.piter.com/library/?tp=1&rd=1>
52. Морган, У. П., Эликсон, К. А. Ситуативная тревога и результативность деятельности [Текст] / У.П. Морган, К.А. Эликсон // Вопросы психологии. - 1990. - №3. - С. 155 - 161.
53. Мэй, Р. Проблема тревожности [Текст] / Р. Мэй. - М.: Эксмо, 2001. - 431с.
54. Наенко, Н. И. Психическая напряженность [Текст] / Н.И. Наенко. - М.: Совершенство, 2006. - 111с.

55. Немов, Р. С. Психология [Текст] / Р.С. Немов. - М.: Владос, 1998. - 593 с.
56. Никитин, Е. А. Эмоциональное истощение как проявление дезадаптации у медицинских работников [Текст] / Е. А. Никитин, С. М. Школьник, В. С. Цой, Ю. А. Парфенов // Вестник психотерапии.- 2007. - № 21. - С. 39-48.
57. Никифоров, Г. С. Психология здоровья [Текст] / Г.С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2002. - 256 с.
58. Орел, В. Е. Феномен "выгорания" в зарубежной психологии: эмпирические исследования [Текст] / В.Е. Орел // Психологический журнал. - 2001. - Т.22. - №1. - С.90-101.
59. Перлз, Ф. Опыты психологии самопознания [Текст] / Ф. Перлз. - М.: Сфера, 2010. - 185 с.
60. Петрова, Н. Н. Психология для медицинских специальностей [Текст] / Н.Н. Петрова. - М.: Академия, 2006. - 319 с.
61. Полунина, О. В. Увлечённость работой и профессиональное выгорание: особенности взаимосвязей [Текст] / О.В. Полунина // Психологический журнал. - 2009. - Т. 30. - № 1. - С. 78-85.
62. Прихожан, А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности [Текст] / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. - 2008. - С.11 - 17.
63. Прохоров, А. О. Психические состояния и их функции [Текст] / А.О. Прохоров. - Казань: Изд-во КГПИ, 1994. - 168с.
64. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях [Текст] / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. - М.: Наука, 2002. - Т.23. - № 3. - С. 85-95.
65. Селье, Г. Стресс без дистресса [Текст] / Г. Селье. - М.: Наука, 1992. - 271 с.

66. Сергеева, Л. С. Синдром профессионального выгорания; психотерапия и профилактика [Текст] / Л. С. Сергеева. - СПб.: СПбМА-ПО, 2006. - 18 с.
67. Сидоров, П. Синдром эмоционального выгорания [Текст] / П. Сидоров // Медицинская газета. – 2005. - №43. - С.25-32.
68. Словарь практического психолога [Текст] / Сост. С.Ю. Головин. - Минск, 1997. - 839 с.
69. Сорокина, Т. С. История медицины [Текст] / Т.С. Сорокина. - М.: 1992. - 214 с.
70. Спилбергер, Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги [Текст] / Ч.Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте. Международный сборник научных статей. - М.: Физкультура и спорт, 1993. — С. 12 -24.
71. Спринц, А. М., Михайлова, Е. П., Шатова, Е. П. Медицинская психология с элементами общей психологии [Текст] / А. М. Спринц, Н. Ф. Михайлова, Е. П. Шатова. - СПб.: СпецЛит, 2009. - 447 с.
72. Сухов, А. Н., Дергач, А. А. Прикладная социальная психология [Текст] / А.Н. Сухов и А.А. Дергач. - Москва-Воронеж, 1998. - 600 с.
73. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н.В. Тарабрина. - СПб.: Питер, 2001. - 272 с.
74. Тарнавский, Ю. Б. Срыва можно избежать (невроты, их лечение и профилактика) [Текст] / Ю.Б. Тарнавский. - М.: Медицина, 1990. – 311 с.
75. Фетискин, Н. П., Козлов, В. В., Мануйлов, Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. - М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. - 490 с.
76. Форманюк, Т. В. Синдром эмоционального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя [Текст] / Т.В. Форманюк // Вопросы психологии. - 1994. - № 6. - 57-63 с.

77. Фрейд, З. Психология бессознательного [Текст] / З. Фрейд. - М.: Просвещение, 2000. - 447с.
78. Фрейденберг, Г. Перегореть: высокая цена больших достижений [Текст] / Г. Фрейденберг. – М.: Прогресс – Универс, 1974. - 328 с.
79. Ханин, Ю. Л. Исследование тревоги в спорте [Текст] / Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. - 2008. - №6. - С.94-106.
80. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ [Текст] / К. Хорни. - М.: Прогресс - Универс, 2003. – 480 с.
81. Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А.М. Прихожан) / Диагностика эмоционально-нравственного развития [Текст] / Ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб., 2002. - С.60-64.